

Les Analyses du Centre Jean Gol



Analyse : La Réforme du financement des hôpitaux

Violaine Herbaux

Mai 2015

Administrateur délégué : Richard Miller

Directrice : Laurence Glautier

Directeur scientifique : Corentin de Salle

Avenue de la Toison d'Or 84-86
1060 Bruxelles

Tél. : 02.500.50.40

cjg@cjg.be

Analyse :

La Réforme du financement des hôpitaux

Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques et l'augmentation de patients souffrant d'affections multiples nécessitent une adaptation de l'organisation des soins, aujourd'hui, très fragmentée.

Ainsi, une plus grande coordination et intégration des soins s'imposent afin de répondre aux besoins de patients toujours plus mobiles, assertifs et soucieux de garder un rôle actif dans la gestion de leurs pathologies.

De plus, la croissance des technologies médicales et la numérisation du système sont des innovations onéreuses mises au service des malades.

Pour faire face aux enjeux et garantir aux générations futures des soins de santé de qualité, une réforme du financement des hôpitaux et une utilisation plus intelligente des budgets disponibles sont, par conséquent, élémentaires.

1. Les limites de l'organisation actuelle des soins de santé

En 2013, 40 des 92 hôpitaux généraux de Belgique clôturaient leurs comptes annuels avec un résultat courant déficitaire. Aujourd'hui, même si la santé financière des hôpitaux généraux belges, privés et publics, semble s'être légèrement améliorée, le nombre d'institutions hospitalières dont le résultat est très négatif continue à augmenter¹.

Le système actuel des soins de santé présente donc certains défauts, notamment en matière de financement. Le système actuel de financement est en effet complexe et s'accompagne d'une surcharge administrative. Le système reste également très centré sur les prestations, ce qui entraîne des volumes de soins importants au détriment d'un financement en fonction de la qualité des soins.

De plus, le système actuel de financement n'encourage pas une affectation efficiente des moyens et reste très fragmenté et divisé en « silos » avec peu d'interactions.

Enfin, les services BMF (budget des moyens financiers) sont structurellement sous-financés ce qui a des effets pervers possibles (augmentation des prélèvements sur honoraires, ce qui incite à augmenter les prestations et/ou les suppléments d'honoraires dans le chef des médecins).

¹ La Journal du médecin, « Croissance fragile et crainte de récupération politique », n°2421, vendredi 2 octobre 2015

En comparaison avec les autres pays de l'OCDE, les hôpitaux et les soins de santé en Belgique présentent également les caractéristiques suivantes² :

- Nombre relativement élevé de lits d'hôpital aigus ;
- Admissions hospitalières plus fréquente ;
- Durée moyenne de séjour plus longue ;
- Moins d'interventions en hôpital de jour ;
- Nombre de « lits agréés » (lits pour lesquels les hôpitaux ont l'autorisation d'exploitation) beaucoup plus élevé que le nombre de « lits justifiés » (nombre de lits financés par les autorités, tenant compte du case-mix³ de chaque hôpital et sur la base de la durée moyenne nationale de séjour pour chaque type de patients) ;
- Trop de lits chirurgie, médecine interne, pédiatrie et maternité, etc ;
- Densité et utilisation plus élevée d'appareils de diagnostic ou d'équipements onéreux.

Ces constats permettent d'affirmer qu'il y a encore de la marge en Belgique pour un raccourcissement du séjour à l'hôpital, une diminution du nombre d'hospitalisations, une reconversion vers des admissions en hôpital de jour et une réduction du recours aux équipements de haute technologie, à condition évidemment, et essentiellement pour les 2 premiers points, qu'il y ait suffisamment de possibilités d'accueil en dehors des murs de l'hôpital.

2. Mesures du Gouvernement fédéral

Le Gouvernement fédéral s'est engagé via l'accord de gouvernement à revoir en profondeur le système actuel de financement des hôpitaux. Le nouveau système de financement des hôpitaux devra ainsi couvrir les frais de fonctionnement des hôpitaux et suivre correctement l'évolution des besoins. Le système devra également être moins lié à la structure et aux prestations, et devra stimuler les institutions et les dispensateurs de soins pour adopter une attitude axée sur la qualité et les résultats dans tous les domaines significatifs (accessibilité, respect des délais, sécurité, efficacité, efficience, ...), sans alourdir davantage l'obligation globale d'enregistrement.

La mise en œuvre de la méthodologie et de la planification établie au sein du KCE (Centre fédéral d'expertise) pour la révision du financement des hôpitaux par le biais d'une large concertation (« Feuille de route pour un nouveau financement des hôpitaux en Belgique ») devra aussi être poursuivie.

Par ailleurs, la préférence du Gouvernement est pour un système de financement mixte, tant avec un financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés, qu'avec le maintien du principe d'un honoraire par prestation médicale.

En outre, le gouvernement veillera à ce que la participation des dispensateurs de soins dans les aspects médicaux de la gestion de l'hôpital, en particulier en ce qui concerne les investissements dans les services médicaux, ne soit pas mise en péril à cause de ce nouveau système de

² OECD, le Panorama de la santé 2013 – Les indicateurs de l'OCDE, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2013_health_glance-2013-fr

³ Case-mix désigne le type ou la combinaison des patients traités par un hôpital ou l'unité.

financement. Dans ce cadre, une attention particulière doit être portée à la réforme du système existant des retenues sur les honoraires médicaux.

3. Les objectifs de la réforme

Une réforme du financement des hôpitaux est vouée à l'échec si, dans le même temps, l'organisation du paysage hospitalier n'est pas adaptée en conséquence et que le concept d'hôpital n'est pas redéfini.

3.1. Redéfinition du rôle de l'hôpital dans le paysage hospitalier et réorganisation du paysage des soins de santé

3.1.1. Réorganisation du paysage des soins de santé

La réorganisation du paysage des soins de santé passera entre autre par une concentrer des soins complexes et spécialisés dans les hôpitaux. La collaboration entre les hôpitaux et entre les hôpitaux et les autres institutions de soins devra être renforcée et le personnel de soins devra être affecté de manière plus judicieuse et évitant toute réduction du personnel.

L'identification des besoins en matière de soins hospitaliers pour les prochaines années en tenant compte des évolutions attendues dans les groupes de pathologies et dans les modalités de diagnostic et de traitement ainsi que des évolutions technologiques sera également essentielle.

Le nouveau paysage des soins de santé devra aussi passer par une optimisation de l'infrastructure et le développement d'une offre de soins complémentaires via des réseaux afin de réduire l'incitation à proposer tous les services, fonctions et programmes dans chaque hôpital.

La Ministre en charge de la Santé publique, Maggie De Bloc envisage également de définir trois sortes de réseaux:

- Réseaux pour les soins cliniques (envoi de patients ou déplacement de prestataires de soins en vue de garantir l'accès à la meilleure expertise disponible) ;
- Réseaux pour les services médicaux de soutien (labo, pharmacie,) (déplacement d'échantillons/de matériel en vue d'utiliser de la manière la plus efficiente possible les infrastructures et équipements onéreux) ;
- Réseaux pour les services de soutien/auxiliaires (dossier électronique du patient, groupement d'achat, ...en vue de partager l'expertise et de réaliser des économies d'échelle).

Dans le cadre de la Réforme, des réseaux entre les hôpitaux et les autres structures de soins seront développer, et ce, pour l'aspect cure (ex : avec les médecins généralistes, les infirmiers à domicile, etc.) et l'aspect care (ex : avec les maisons de repos, l'aide à domicile, etc.).

Le défi de cette Réforme sera donc de mener une concertation avec les entités fédérées pour la mise en place des réseaux et pour examiner la possibilité d'un « contrôle de conformité »

préalable afin de faire en sorte qu'il n'y ait pas de nouvelle infrastructure/d'élargissement de l'infrastructure qui ne soit pas compatible avec « le paysage des soins de santé 2025 ».

3.1.2. Redéfinition du rôle de l'hôpital

Le rôle de l'hôpital doit être redéfini et le concept d'hôpital doit être adapté aux évolutions d'aujourd'hui (l'hôpital n'est plus « une maison de lits » mais bien un centre d'expertise médico-technologique avec plateforme de diagnostic et de traitement).

Le nouveau concept d'hôpital doit indiquer les missions de l'hôpital, à savoir ses :

- Mission de soins de base / proximaux (doivent être dispensés à une distance raisonnable du domicile des patients mais ne doivent pas nécessairement être disponibles dans chaque établissement) ;
- Mission de soins spécialisés / de référence (proposés dans un nombre d'endroits limités et important besoin de collaboration avec les hôpitaux et les réseaux) ;

L'hôpital sera également une plaque tournante dans le réseau de soins transmurale.

Enfin, il conviendra de réglementer la « chirurgie de cabinet », c'est-à-dire les institutions extramurales pour lesquels les soins ne sont aujourd'hui pas adéquatement réglementés.

3.2. Adaptation du financement de l'hôpital

3.2.1. Clusters de financement

La Réforme de la Ministre De Block envisage un des financements distincts en fonction de la catégorisation des patients des hôpitaux en plusieurs clusters qui peuvent être approchés selon des modalités distinctes sur le plan du financement⁴:

- Soins à basse variabilité (peu complexes et à faible risque) : les soins administrés sont prévisibles et varient peu entre les patients. Le prix des soins est fixé à l'avance ;
- Soins à moyenne variabilité (soins moyennement complexes) : on travaillera dans une enveloppe fermée ;
- Soins à haute variabilité : ce groupe comprend des hospitalisations dans le cadre desquelles le coût des soins est difficilement prévisibles vu leur complexité. Financement de ces soins sur mesure.

Le clustering des soins en trois groupes seront donc financés distinctement.

⁴ En fonction de la nature des soins, le risque financier lié à la dispense de soins est essentiellement supporté soit par les autorités, soit pas les hôpitaux.

3.2.2. Autres grands axes de la réforme de financement

Un financement isolé transparent continuera d'être assuré pour les tâches et missions spécifiques qui ne sont pas réalisées dans tous les hôpitaux : patients présentant un faible profil socio-économique, missions académiques des hôpitaux universitaires, services d'urgences, innovation, etc.

La Réforme privilégie également le développement d'une approche « Pay for Performance » (P4P) c'est-à-dire l'utilisation d'indicateurs de performance, de critères de résultat, indicateurs de satisfaction des patients, indicateurs de qualité. Cette initiative P4P ne sera toutefois élargie que si elle débouche sur un nombre suffisant d'expériences positives (projets pilotes).

4. Méthodologie

4.1. Les principes de base

Le nouveau paysage des soins de santé sera réalisé autant que possible sur un mode « bottom-up » via des initiatives émanant des institutions. Dans le même temps, les autorités fixeront sur un mode de « top-down » le cadre et les règles du jeu auxquelles le réseautage doit satisfaire.

La concertation sera systématique entre le Fédéral, les entités fédérées, les administrations et l'ensemble des acteurs (stakeholders).

Enfin, en ce qui concerne l'harmonisation mutuelle entre la réforme de financement des hôpitaux, l'AR n°78 et la révision de la nomenclature, l'accord de gouvernement prévoit la création d'une task-force.

4.2. Des adaptations à court terme

Si la Réforme du financement des hôpitaux est planifiée sur plusieurs années et donc, sur le long terme, d'autres mesures seront mises en place à court terme, telles que : la simplification des enregistrements obligatoires dans les hôpitaux, la correction des erreurs et des anomalies par l'administration du SPF SPSCAE dans le modèle de financement RIM25 dans le BMF de juillet 2015, ainsi qu'avec effet rétroactif et le financement adapté des services des urgences et des postes de garde.

4.3. Des mesures construites étapes par étapes

Le « Plan d'approche » de la Ministre De Block tient lieu de « boussole » ; il dispose les balises pour une réforme qui s'étendra au-delà de la législature actuelle. Des projets pilotes seront menés. L'implémentation sera donc prudente, pragmatique et par étapes des nouveaux modèles.

⁵ RIM2 fait référence à la deuxième version du résumé infirmier minimum (RIM) et est aussi appelé « financement basé sur les NRG » (*nursing related Groups*).

5. Conclusions

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique, Mme. Maggie de Block a présenté son plan de réforme du financement hospitalier. Le fond de cette réforme vise deux objectifs majeurs : une redéfinition du rôle de l'hôpital dans un paysage hospitalier réorganisé et une réforme fondamentale du financement des hôpitaux.

Cette réforme sera une évolution et non une révolution. Le Plan et ses changements seront graduels mais néanmoins profonds et suivront un timing concret.

Le Plan d'approche de la Ministre De Block tient lieu de « boussole » et dispose les balises pour une réforme qui s'étendra au-delà de la législature actuelle.

Cette réforme sera un chantier en soins de santé considérable sous cette législature. Le décloisonnement et le développement de soins transmuraux sont nécessaires pour rendre les soins de santé plus sûrs, plus efficace et moins onéreux.