

# Vers un nouveau financement des hôpitaux ...

Didier COEMELCK

Cours destiné aux étudiants de la 2ème année de cadres en soins de santé de  
l'Ecole de Promotion Sociale

Rue Saint Brice, 54

7500 TOURNAI

Mars 2018

# Vers une nouvelle organisation des soins

## 1. Constats :

### Amélioration des niveau de vie et des soins donnés :

- vieillissement de la population
- Augmentation des maladies chroniques
- Patients multipathologiques
- Cure -> Care

### Recours aux technologies médicales ,au numérique (e-health, DPI, etc.), aux spécialités et aux implants & prothèses coûteuses

### Empowerment du patient

- Approche de la médecine comme un bien de consommation
- Passif -> actif : P veut savoir , comprendre, participer
- Exigence : BEP , compare, qualité, urgence, shopping médical

# Vers une nouvelle organisation des soins

## 2. Conséquences :

Risque d'augmentations importantes des dépenses

OR

L'Etat ne peut permettre qu'une croissance limitée du budget

DONC

Il faut optimiser l'utilisation des budgets disponibles par :

- une réforme de l'organisation de l'offre de soins
  - une réforme du financement des hôpitaux

Le principe de la nécessité d'une réforme est admis

# Vers une nouvelle organisation des soins

## 3. Réforme de l'organisation de l'offre de soins :

### ❑ Rôle de l'hôpital dans le paysage des soins :

#### ○ 3 niveaux d'hôpitaux :

##### **1. Le réseau de soins intégrés : care**

Approche plus locale où le patient est entouré par les soignants et institutions de proximité.

Protocoles de collaboration, permanence médicale, multidisciplinarité

##### **2. Mise en place de 25 réseaux cliniques : cure**

Entre hôp agréés pour assurer des soins de base et spécialités à une population

➤ Répartition de l'offre de soins en, veillant à maintenir l'accessibilité et le renforcement de la qualité.

➤ Concentration <-> hôpitaux plus grands

##### **3. Les centres spécialisés (<25)**

Hôp qui concentrent des technologies très coûteuses ou des pathologies rares et/ou complexes.

# Réformes hospitalières : 25 réseaux a créer pour le 1<sup>er</sup> janvier 2018

Avant-projet de Loi approuvé le 30 mars 2018 comporte les dispositions suivantes :

- Critères :

# Vers une nouvelle organisation des soins

## 4. Objectifs :

En diminuant les durées de séjours et les séjours inutiles par le développement de :

- l'ambulatoire
- La revalidation
- Hôtels hospitaliers
- Des relations avec les MR - MRS et soins à domicile
- Hospitalisation à domicile (étude pilote)
- Développement des premières lignes de soins
- etc...

Fermeture de lits aigus, des services aigus, voire même des sites hospitaliers

⇒ Dégagement de moyens budgétaires pour :

- Financement de rattrapages aux hôpitaux
- Financement de nouvelles technologies médicales
- Développement de l'extra-muros

# Vers une nouvelle organisation des soins

## 4. Objectifs :

Favoriser la réforme du paysage hospitalier

### Principes :

- Couvrir les frais de fonctionnement de l'hôpital
- Se focaliser sur :
  - Moins de prestations
  - Plus de qualité et les résultats (P4P / Q)
- Financement du système d'information intra et extra-muros
- Mise en place progressive d'un système de financement plus prospectif pour les soins standardisables
- Maintien du système d'honoraire par prestation médicale mais réforme du système de retenue sur les honoraires des médecins
- > Intégration des médecins dans la gestion de l'hôpital.
- Préserver et renforcer les points + du système actuel : accessibilité, disponibilité des soins et prestataires ....

# Vers une nouvelle organisation des soins

## 4. Conditions :

Guy Durant énonce 10 conditions pour un nouveau financement des hôpitaux.



# UN NOUVEAU FINANCEMENT ?

Une réforme inéluctable en faveur d'un financement :

- **Plus lié aux résultats** qu'au volume d'activité

(Outcome Based ↔ Fee for service)

Value ↔ Volume

Pay for performance ↔ Pay for service)

- Dont le but n'est pas de donner le maximum de soins mais les bons soins
- Qui tient compte des coûts réels de prise en charge des différents groupes de malades et non de « prix de vente » négociés et de coûts moyens (certains revenus survalorisés, d'autres insuffisamment payés)
- Qui intègre toutes les activités, chaque acteur ne facturant plus séparément de manière isolée (paiement à un groupe d'acteurs)

```
graph TD; A[Financement par patient plutôt que par acte diagnostique et thérapeutique réalisé] --> B[Financement forfaitaire]; B --> C[Dotation globale  
(but : minimiser le nombre d'admissions)]; B --> D[Tarifs par DRG  
(lien avec le nombre d'admissions)];
```

Financement par patient plutôt que par acte diagnostique et thérapeutique réalisé

Financement forfaitaire

**Dotation globale**  
(but : minimiser le nombre d'admissions)

**Tarifs par DRG**  
(lien avec le nombre d'admissions)

# 10 CONDITIONS EMISES EN 2010 <sup>(1)</sup>

1. Le DRG ne peut déterminer à lui seul le budget de l'hôpital

Il faut quelques paramètres en sus

et/ou des paiements additionnels

2. Exclure du budget du système des tarifs forfaitaires par DRG une série d'activités :

- les DRG très hétérogènes
- les outliers
- les médicaments et DM onéreux
- les séjours au sein d'unités très spécialisées
- ...

(1) Guy Durant, Quel modèle de financement des hôpitaux  
connaîtrons-nous demain ? Hospitals.be, n°2, 2010

**3.** Basé sur la déclaration de l'hôpital (le DRG, le Di-RHM, ...), le système ne peut fonctionner que s'il y a des **contrôles** (insuffisants) et des sanctions (inexistantes) en cas de manipulation des données.

**4.** Exclure ce qui a trait aux bâtiments (amortissements et gros entretiens)

**5.**

Etablir les tarifs à partir d'études objectives de coûts (type ABC) et non sur la base de la nomenclature actuelle

**6.**

Des honoraires médicaux « purs » doivent être facturés séparément (comme aux USA), à des tarifs qu'il faudra établir en tenant compte du temps passé par le médecin, de la lourdeur, de la pénibilité et de la responsabilité de l'acte

- Maintien du statut d'indépendant si souhaité
- Maintien du bon côté du FFS : le « service »

**7.** Une meilleure intégration du médecin à l'hôpital. Existence d'un seul tarif que l'hôpital devra respecter dans ses coûts : médecins attentifs à la DS, aux actes prescrits, au processus de soins, à la multidisciplinarité... (gestion clinique)

**8.** Tenir compte de ce qui se passe hors les murs c'est-à-dire les examens avant l'hospitalisation et la révalidation en aval (**bundle payment** pour certains DRG)

**9.**

Nécessité d'incitatifs financiers à la qualité :

- des indicateurs (P4P)
- des objectifs à atteindre

**10.**

*Application progressive* pour que les hôpitaux puissent s'adapter au nouveau volume de revenus

## 4 impératifs à respecter :

- Équité dans l'allocation des ressources entre établissements
- **Transparence**
- **Responsabilisation** des acteurs
- **Participation** de ceux-ci à la conception et l'implémentation du système



## Un postulat avant toute réforme :

- Le passage à la version 31-34 des APR-DRG permet d'affiner le **niveau de sévérité** attendant à chaque patient
- Mais il y a encore des DRG trop hétérogènes ou qui ne différencient pas assez la complexité



- Scinder des DRG
- En créer de nouveaux

(Le nombre de DRG en Belgique est deux fois inférieur à celui de la France ou de la Grande-Bretagne)

# Une 11<sup>ème</sup> « attente »

- Accroître la **promotion** de la santé (financer la santé plutôt que les soins)
- Et surtout la **prévention**  
(2% des dépenses en Belgique contre 5,4% en Finlande  
4,8% aux Pays-Bas  
2,9% moyenne de 27 pays européens)