

HOPITAUX EN MUTATION, FINANCEMENT EN TRANSFORMATION

-Enjeux et impacts-

Guy DURANT

Pr.ém.UCLouvain

Administrateur général honoraire des Cliniques
Universitaires St-Luc

Hospital 4.0 Cercle du Lac - LLN
21 novembre 2019

SOMMAIRE

A. MUTATION DE L'HOPITAL

B. TRANSFORMATION DU FINANCEMENT

I. Frais d'exploitation

1. Le système actuel de financement de l'hospitalisation aigue
2. Qualités et défauts
3. Systèmes existant dans le monde
4. La réforme De Block de 2015
5. Où en est-on ?
6. Qu'est-ce qui va suivre ?
7. Qu'est-ce qui pourrait suivre ?
8. Enjeux et défis
9. Enjeux et impacts

II. Frais d'investissement

III. Si on se projette à 2030

C. RESUME DES ENJEUX, DEFIS ET IMPACTS, à terme

et POSTULATS

A. L'HOPITAL VA FORTEMENT EVOLUER

- il va **maigrir**, en nombre de lits comme en volume d'activité médicale, et ce au profit de l'hospitalisation à domicile, des soins à domicile ainsi que de structures résidentielles moins aiguës
- il va **raccourcir** notablement ses durées de séjour
- il va travailler en **réseau** avec d'autres hôpitaux aigus comme avec les structures d'amont de première ligne et celles d'aval (domicile, institutions gériatriques ou de revalidation, centres de convalescence, maisons de repos et de soins)
- il va initier ou accentuer des **activités nouvelles** comme la prévention, la promotion de la santé et la digitalisation des soins

- il va évoluer d'un mode d'intervention ponctuelle vers la prise en charge de la santé des populations, de concert avec les médecins généralistes, devenant en quelque sorte une **plate-forme de pilotage de la santé** : prévention et suivi: éducation et informations sur la santé; investigation, identification des risques et conseil ainsi que le suivi des patients à risques; intervention et plan de traitement pour les épisodes critiques: suivi à distance et gestion de la santé quand la maladie est installée
- les patients seront plus impliqués, et responsabilisés, dans la gestion de leur santé. Les soins seront plus **intégrés**
- les nouvelles **technologies médicales** vont exploser : médecine prédictive, médecine génomique personnalisée, régénération d'organes, nanotechnologies, intelligence artificielle,...

B. LE FINANCEMENT VA SE TRANSFORMER

D'un système actuel qui date et a atteint ses limites à un système plus moderne, plus en phase avec la mutation de l'hôpital, une exigence de performance accrue et la tendance internationale

I. FRAIS D'EXPLOITATION

1. Le système actuel de financement des hôpitaux est triple :

3 principaux composants :

- une enveloppe annuelle pour l'hospitalisation (le BMF - Budget des moyens financiers), liée au nombre et au type d'admissions d'une période précédente **(38%)**
- des honoraires médicaux, principalement à l'acte et « bruts » çàd couvrant non seulement la rémunération des médecins mais aussi toute l'infrastructure matérielle et humaine permettant de les promériter **(42%)**
- des médicaments et des dispositifs médicaux (implants, prothèses,...), en partie forfaitaires, en partie à l'unité **(15%)**

- En place depuis 2002
- Les clés du financement sont :

> les **ADMISSIONS** et non plus les journées d'hospitalisation. On tient donc compte de la durée de séjour.

Les pathologies sont mesurées par un outil internationalement reconnu : les APR-DRG (Diagnosis Related Groups – groupes de malades homogènes) : il y a 350 groupes X 4 niveaux de sévérité. En Belgique, on classe en outre les épisodes de soins d'un patient en NRG (Nursing related groups) : une (petite) part du financement est liée aux caractéristiques, à la technicité et à l'intensité des soins infirmiers.

> les **ACTES MEDICAUX**, par référence à une nomenclature de prestations, avec libellés, tarifs et règles de facturation

2. Le système a des qualités

- Le financement est basé sur l'**ACTIVITE** et non pas sur la structure :
 - on finance des lits « justifiés » par une activité historique et non plus des lits agréés çàd officiellement reconnus dans le passé (jusqu'il y a 50 ans)
 - on finance, par ex., le bloc opératoire en fonction du nombre et du type d'interventions chirurgicales pratiquées dans un proche passé et non plus en fonction du nombre de lits de chirurgie ou des salles existantes. Autre ex : on finance les unités de soins en fonction notamment du nombre de patients traités et de leur durée de séjour standard (= moyenne belge) par DRG

On finance donc l'hôpital pour ce qu'il fait et non pas pour ce qu'il est

- l'**EQUITE** : la répartition de l'enveloppe nationale disponible se fait sur base de **paramètres objectifs** : nombre de lits justifiés, sévérité des cas, durée de séjour, activité opératoire, nombre d'accouchements, actes médicaux, présence de services lourds (radiothérapie, soins intensifs, néonatalogie,...)

- l'incitation à une certaine **PERFORMANCE** :

- > clinique : -réduction de la durée de séjour

- augmentation de l'hospitalisation de jour

- > financière : le forfait pour les charges financières incite à facturer rapidement et recouvrer les créances au plus vite ainsi qu'à utiliser des outils d'emprunt modernes et moins onéreux (straight loans, billets de trésorerie,...)

...mais il a aussi des défauts

- le système est **COMPLEXE** :

- l'AR du 25/8/02 sur le BMF comporte 160 pages : 14 chapitres divisés en sections et sous-sections, 104 articles et 21 annexes...et est modifié au moins une fois chaque année

- la nomenclature des actes médicaux comporte plus de 6000 codes et plusieurs volumes de règles interprétatives. Les modifications sont très fréquentes

- le système est parfois **OPAQUE** :

- le calcul annuel du nombre de lits justifiés d'un hôpital dépend de la performance de tous les autres en matière de durée de séjour, ce qui est invérifiable par les hôpitaux

- quasi personne ne comprenait la technique de calcul des NRG (Nursing related groups) – heureusement adaptée et plus valide depuis juillet 2019

- autre ex : le manque de transparence dans le calcul de la « correction moyenne salariale »

- le système est **COMPOSITE** et peu lisible : juxtaposition de plusieurs concepts et techniques de financement : une enveloppe/ à l'acte/au forfait/au forfait partiel,...avec des mélanges de rétrospectif (actes médicaux, médicaments,...) et de prospectif (le BMF, en partie)
- le système est **DUAL** : BMF d'un côté, honoraires médicaux d'un autre, ce qui ne correspond pas au concept d'un hôpital intégré
- le BMF souffre d'un **SOUS-FINANCEMENT** structurel notoire (ex.parmi des dizaines d'autres : les augmentations barémiques du personnel)...qui oblige les hôpitaux à ponctionner les honoraires médicaux pour équilibrer les comptes
- le **FINANCEMENT DES ACTES MEDICAUX** est plus centré sur les prestations (et leur volume) que sur le résultat des soins. Besoin de « value based health care »
- les **TARIFS** des actes médicaux ne représentent plus le prix de revient de ces actes mais résultent de mesures gouvernementales d'augmentation/réduction et/ou de négociations ayant entraîné de grandes inéquités entre les disciplines médicales (actes techniques sur-valorisés, autres prestations sous-financées)

- les **REVISIONS** *a posteriori* du BMF par des rattrapages positifs ou négatifs relatifs a des exercices vieux de 5 ans et plus créent beaucoup d'incertitudes financières
- pas de garantie d'un financement **STABLE** : l'hôpital peut connaître des changements financiers importants d'une année à l'autre
- la **PERIODE** de l'enveloppe BMF annuelle, débutant un 1^{er} juillet, est incompatible avec l'exercice budgétaire d'un hôpital (du 1/1 au 31/12)

3. Plusieurs modèles existent de par le monde, mais un d'entre eux prédomine

- à la **journée** et à l'**acte** (devenu extrêmement rare) = FFS (fee for service)
- à la **capitation** (peu envisageable pour le système hospitalier belge / existe dans les HMO, par ex. le modèle de Kaiser Permanente aux USA qui couvre 1^{ère} ligne, prévention, promotion de la santé, hôpitaux et post-hospitalisation çàd soins intégrés trans muros)
- selon un **budget global**, soit fixé sur base du passé, soit en fonction d'une prévision budgétaire : de plus en plus abandonné dans le monde car pas ou peu de liens avec l'activité sauf si budget lié aux DRG. But : contenir les coûts. Peu transparent
- selon des **tarifs par pathologie** : devenu le **modèle prédominant**
 - aux USA depuis 1983
 - en France depuis 2004 (T2A)
 - en Allemagne, en Angleterre, en Suisse, en Suède, en Espagne,...et dans une cinquantaine de pays dans le monde (certaines provinces canadiennes, Asie, Australie)

Rémunération des médecins incluse (type « all in ») ou honoraires purs séparés

Ou avec des **mélanges** entre ces différentes techniques (comme c'est souvent le cas à l'étranger, en particulier au Japon et en Corée)

4. La Ministre De Block a initié une réforme en avril 2015

qui s'inscrit en partie dans la tendance mondiale d'intégration et de forfaitarisation

- le financement est différent selon les 3 clusters de patients :
 - soins à basse variabilité
 - soins de complexité moyenne
 - soins très complexes, non standardisables
- les honoraires bruts sont maintenus, à l'acte

mais

- « la partie rémunérations et la partie coûts de pratique seront clairement indiqués » (note De Block)
- « ultérieurement, et si nécessaire, on évoluera vers une plus grande homogénéité dans les coûts et on établira une liaison entre la partie frais de fonctionnement des prestations médicales et le budget hospitalier global »
- le BMF, l'hospitalisation de jour et le forfait pour les médicaments seront progressivement **intégrés**
- l'accent sera progressivement mis sur le concept d'une **durée de séjour** « evidence based » plutôt que sur la durée de séjour observée dans le **passé**

SOMMAIRE

A. MUTATION DE L'HOPITAL

B. TRANSFORMATION DU FINANCEMENT

I. Frais d'exploitation

1. Le système actuel de financement de l'hospitalisation aigue
2. Qualités et défauts
3. Systèmes existant dans le monde
4. La réforme De Block de 2015
5. Où en est-on ?
6. Qu'est-ce qui va suivre ?
7. Qu'est-ce qui pourrait suivre ?
8. Enjeux et défis
9. Enjeux et impacts

5. Où en est-on en 2019 ?

Festina lente.....

D'abord les **soins à basse variabilité** (soins prévisibles et qui varient peu) :

- à partir du 1/1/19

- concerne uniquement les **honoraires**, qui sont globalisés par groupe de patients

- 32 DRG (surtout chirurgicaux) classiques et/ou de jour, de sévérité 1 et 2*, mais 54 groupes de patients :

 - un groupe peut parfois contenir 2 DRG

 - un même DRG peut donner lieu à 2 ou 3 groupes selon la présence ou l'exclusion d'un ou plusieurs codes de la nomenclature

* Si le degré de sévérité passe au-delà de 2 au cours du séjour, passage à la facturation à l'acte

- concerne 9% des séjours et 11,5% des honoraires (370 mios €)
- honoraires forfaitaires globaux prospectifs (définitifs) par admission en lieu et place d'honoraires par acte et retrospectifs
- les forfaits = la médiane des honoraires des 3 années précédentes, donc **basés sur la nomenclature et non pas les coûts réels** (la nomenclature ne représente plus le prix de revient des actes)

5. Qu'est-ce qui va suivre ?

- Pour le 2ème cluster : on évoque le maintien du système actuel de lits justifiés...: difficilement gérable !

Un phasage est normal (=partout ailleurs : système à blanc la première année, sélection d'hôpitaux –volontaires ou système obligatoire, sélection de certains coûts, sélection de certaines pathologies, phasage dans le temps) mais celui choisi n'est pas le meilleur et surtout on ne sait pas si le système de paiement par DRG connaîtra ou non une 2è phase !!

- Pour le 3ème cluster : on parle de laisser le risque au payeur et donc de maintenir le paiement à l'acte et à la journée mais « aux hôpitaux qui seront reconnus comme centres de référence et auront signé une convention avec l'INAMI »
- (Pour la basse variabilité (1er cluster), l'INAMI évoque un « élargissement aux médicaments et produits de santé »

7. Qu'est-ce qui devrait suivre ?

Comme l'a proposé le KCE en 2014 après consultation d'une vingtaine d'experts belges et étrangers et d'une centaine de stakeholders :

Des tarifs forfaitaires *a priori* çàd prospectifs (calculés et connus à l'avance) par admission (= par pathologie –sauf les complexes) identiques pour tous les hôpitaux (x euros pour une prothèse de hanche, y euros pour un infarctus), incluant BMF, frais liés aux prestations médicales* et médicaments non spécialement onéreux (plus certains dispositifs médicaux), accompagnés de compléments pour diverses missions d'intérêt général (patients sociaux, recherche et formation, services d'urgence,...)

*les honoraires sont expurgés des frais de fonctionnement intégrés dans le tarif forfaitaire

8. Les enjeux et défis sont très importants

- Les tarifs devront être établis à **partir d'études objectives de coûts** (dans un échantillon d'au moins une vingtaine d'hôpitaux représentatifs) — révisables tous les 3 à 5 ans- qui montrent les coûts réels (BMF et frais de pratique médicale) et **non pas** :
 - pour le BMF : à partir d'une enveloppe annuelle indistincte par hôpital simplement divisée par le nombre d'admissions
 - pour les actes médicaux : à partir de la nomenclature de l'INAMI mais idéalement révisée pour prendre en compte les évolutions de l'activité médicale et les nouveaux modèles de soins

- **Des honoraires médicaux « purs »** (existant déjà, en hospitalisation, pour les chirurgiens, les anesthésistes, les réanimateurs, les urgentistes,...) **seraient maintenus et facturés séparément pour la rémunération proprement dite.** Ils seront calculés selon une nouvelle nomenclature qui prend en compte : la durée de l'acte, sa complexité, sa pénibilité, le risque associé à l'intervention. Travail en cours, difficile, mais prometteur et bien reçu par les groupes de spécialités.
- Le nombre de **groupes de malades** pour lesquels seront fixés des tarifs doit être accru (de 1250 à max.2500 ?) pour assurer **une meilleure homogénéité. Un Institut DRG indépendant doit être créé**
- L'introduction en plus grand nombre dans la liste des actes remboursés de **prestations multidisciplinaires** et la rémunération de la **coordination** (comme pour les Plans personnalisés de santé mis au point par les généralistes)

Réforme de la nomenclature

- Coup d'envoi lancé ce 25/09/2019 : CAHIER DES CHARGES :
 - corriger les différences injustifiées
 - adapter aux évolutions médicales et aux nouveaux modèles de soins (télémedecine, soins multidisciplinaires,...)
 - améliorer la logique intrinsèque
 - des incitants pour promouvoir la collaboration et la qualité

Le rapport entre les différentes prestations sera déterminé sur base de critères objectifs (partie professionnelle des honoraires) et sur base des frais (réels) de fonctionnement

Travail confié à l'ULB + UGent + un consultant

Fin dans 4 ans

9.1 Les enjeux et impacts sur le management de l'hôpital

- des forfaits nécessitent de **connaître ses coûts par pathologie** (par analyse ABC) **et de les gérer** : le meilleur diagnostic et le meilleur traitement dans le cadre d'un budget donné (à l'opposé d'un système rétrospectif)
- **les médecins doivent être étroitement associés à la gestion**
- le travail de **codification** doit se faire dès la fin du séjour et non pas des mois après
- un financement simplifié permettra de **réduire la taille des équipes de facturation** à tous niveaux, aujourd'hui « **sur-importants** » (mais maintenir un staff pour la facturation des actes aux patients ambulants)

- la détermination des frais de pratique médicale et leur intégration dans le forfait (si non : un 2^e forfait « coûts de pratique médicale) **mettra quasi fin aux rétrocessions d'honoraires**, sources de tensions et de litiges
- **La prévisibilité des budgets hospitaliers augmentera** : l'existence de tarifs fixés par pathologie ne contraint plus à devoir attribuer à l'hôpital un budget annuel en fonction de l'évolution de l'activité passée
- **La fin des rattrapages lèvera toutes les incertitudes** sur la gestion financière : plus de bonnes ou de mauvaises surprises des années après

9.2. Les enjeux et impacts pour les payeurs (SPF Santé publique, INAMI et mutuelles)

- Une échelle nationale de coûts
- Une **nouvelle nomenclature** simplifiée et plus équilibrée entre spécialités (pour le 30/06/2020 selon l'INAMI)
- Une simplification par la **non-nécessité d'encore calculer, hôpital par hôpital, des BMF** (très) compliqués à établir, qui plus est : révisables *a posteriori* !
- La fin de l'utilisation des **NRG** pour le financement car les coûts calculés incluront le travail infirmier dans sa diversité. Les NRG restent bien utiles pour la gestion infirmière en interne (mesure de l'activité)
- **La fin des accords médico-mutualistes** (sauf pour l'ambulatoire) car les tarifs seront fixés sur la base des coûts réels
- La simplification des paiements pour une hospitalisation induira un **paiement direct par l'INAMI** plutôt que par les mutuelles

II. FRAIS D'INVESTISSEMENT

- **Un nouveau système** est d'application : un financement forfaitaire à la journée par les Régions : **le prix d'hébergement** propre à chaque hôpital, fonction de son prix de reconstruction théorique qui dépend du nombre de lits, du nombre de salles d'opération, d'accouchements, de bunkers de radiothérapie,...du nombre de m2 qui en résultent et du prix attribué par m2.

Le financement est octroyé **en 25 ans**, il n'y a plus de subsides « cash »

- **Enjeux- impacts :**

-les hôpitaux devant tout emprunter, leur **ratio de solvabilité** se réduit fortement

-les prêteurs : -accorderont d'autant plus d'importance à une situation financière saine de l'hôpital (capacité à assumer le coût des travaux) : **qualité du management**

-ne pourront se réduire aux seules banques. Nécessité d'autres intervenants comme les Cies d'assurances ou les obligations d'entreprise (comme les billets de trésorerie mais à long terme)

-seuls les hôpitaux qui s'inscrivent dans le **nouveau paysage hospitalier** (collaborations, réduction du nombre de lits, soins complexes centralisés,...) pourront prétendre aux autorisations de construction

III. SI ON SE PROJETTE A 2030

1. Hospitalisation

- un financement que si l'hôpital est **accrédité**
- des tarifs par pathologie **au niveau du réseau hospitalier** et non de chaque hôpital individuellement
- des **bundle payments** (payements groupés) incluant l'hospitalisation aigue mais aussi la revalidation
- **un financement de la qualité accru** (de 0,2% en 2019 à 2% ? 3% ? En particulier en considérant le résultats des soins (l'outcome)
- et des **réadmissions** endéans les 30 jours pour une même pathologie suite à des complications évitables payées à 50%...si pas 0%
- plus d'accent sur la **pertinence des soins** via des peer reviews, par ex., et en déremboursant les soins sans plus value démontrée

Hospitalisation (suite)

- avec la forfaitarisation, le mouvement universel du RIGHT CARE et la déportation de malades vers le domicile et/ou les soins de suite et/ou des maisons de convalescence,

il y aura moins d'actes et moins de BMF

mais ce qui subsiste sera mieux payé et permettra d'accroître la dotation infirmière, notoirement insuffisante

- **une réforme du financement des hôpitaux et services Sp** (moyen séjour) en vue de réduire les inégalités flagrantes (allant de 1 à 4) existant entre les différents services du pays prestant pourtant au profit des mêmes malades

2. Patients externes

- maintien d'un honoraire brut « complet » mais réévalué pour chaque acte en fonction des **frais réels** (ou bien un honoraire pur ET un coût de pratique ?)
- la diminution du nombre d'actes (20%?) s'accompagnera d'une **revalorisation** significative
- **nouveaux financements** : - télé-consultations
 - monitoring à domicile
 - applications médicales prescrites, pour le suivi d'exercices de revalidation après une intervention chirurgicale

II. Frais d'investissement

III. Si on se projette à 2030

C. RESUME DES ENJEUX, DEFIS ET IMPACTS, à terme

et POSTULATS

RESUME DES IMPACTS ET ENJEUX A TERME

- L'hôpital aura fortement **évolué** dans ses tâches et missions, la dispensation des soins, les technologies qu'il utilise, ses relations avec les autres intervenants de soins.
- Son financement aura été **transformé** par une forfaitarisation (sauf honoraires purs, outliers, médicaments et DM onéreux, certaines fonctions spécifiques) **en** fonction du case-mix de l'hôpital :

-il sera : entièrement prospectif

plus simple

plus juste

plus transparent

plus responsabilisant

- avec plus de moyens par admission mais moins de moyens au total
- avec une responsabilité financière étendue
 - au niveau du réseau hospitalier
 - en amont et en aval

CELA SUPPOSE (IMPLIQUE)

- **Au niveau de l'hôpital :**

- une situation financière saine (avec l'application du code des sociétés aux ASBL, s'attendre à des faillites)

- une qualité managériale

- une association étroite des médecins à la
gestion

- la fin des rétrocessions pour les actes
médicaux au bénéfice des patients
hospitalisés

- **Au niveau des régulateurs :**
 - une **administration** forte, de haut niveau et performante (INAMI-SPF)
 - un **pouvoir politique** visionnaire et déterminé, peu sujet aux pressions des acteurs de terrain (gestionnaires, médecins, mutuelles, syndicats, associations de patients,...)

Merci pour votre attention

guy.durant@uclouvain.be