

Analyse comparative des méthodes de financement des hôpitaux et perspectives d'avenir pour la Belgique

Auteurs :

Eduard Portella
Stéphane Le Grand
Marc Van Uytven
Joan Barrubés

Juillet 2020



Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux asbl
Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs vzw
Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren VoG

Référence bibliographique :

Toute utilisation de l'information contenue dans ce document qui viendrait à être citée devra se faire avec la référence bibliographique suivante :

Portella E, Le Grand S, Van Uytven M, Barrubés J. Analyse comparative des méthodes de financement des hôpitaux et perspectives d'avenir pour la Belgique. Bruxelles : Antares Consulting, Absym, ADBH ; 2020

L'objectif de ce document

Ce rapport est commandité par l'Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux (ABDH) et par l'Association Belge des Syndicats Médicaux (Absym) à Antares Consulting.

L'objectif est d'identifier les tendances dans les méthodes de financement des hôpitaux afin de définir des perspectives pour l'avenir du financement en Belgique.

Ce rapport contient une description et analyse de trois pays européens qui ont vécu une réforme radicale : la France, l'Allemagne et la Suisse, pays qui sont parmi les derniers à avoir implanté le financement basé sur des critères d'activité et de résultats. Description et analyse visant à identifier :

- Les effets obtenus (voulus ou non).
- La situation actuelle et les pistes d'évolution.
- Comment, dans ces systèmes, se financent des aspects spécifiques, comme la rémunération des professionnels, les investissements, l'innovation, les cas lourds, etc.
- Quelles sont les exigences de ces modalités de financement sur le modèle de régulation du secteur hospitalier.

Ce rapport n'a pas pour vocation de décrire les modalités de financement en Belgique, même s'il cherche à en montrer la complexité. D'autres rapports détaillent d'ores et déjà précisément le système belge.

Ses principales recommandations

Le système de santé belge a un modèle de financement hospitalier très complexe et peu transparent, basé sur les prestations intermédiaires. Ce modèle s'est constitué à partir d'une juxtaposition de réformes partielles et n'a jamais changé sa logique... Il arrive aujourd'hui à bout de souffle, et est décrié par l'ensemble des *stakeholders*, qui prônent une réforme en profondeur que ne lui apporteront pas les projets en cours comme la réforme de la nomenclature.

Dans les systèmes de santé qui ont évolué vers des modalités de financement plus innovantes, le point de départ a été la mise en place des DRG. Ce processus a requis environ une dizaine d'années de préparation avant son implantation. Aujourd'hui, tous ces systèmes ont introduit, d'une manière ou d'une autre, la notion de « valeur » dans leur modèle de financement.

Ce rapport propose donc un « plan choc » vers de nouvelles modalités de financement plus innovantes de type « bundled payments », qui se baseraient en premier lieu sur un système « All-in » DRG. Cette étape est incontournable pour préparer la forfaitisation et accompagner la transition de l'ensemble du système.

Cette évolution doit se faire en un temps-record pour rattraper le gap qui existe entre la situation actuelle et les attentes de l'ensemble des *stakeholders*.

Pour y parvenir, nous proposons de lancer 3 grands chantiers qui pourraient se réaliser sur une période courte de 10 ans :

1. Développer un *shadow system* de financement basé sur les DRG, comme socle de base pour les futurs *bundle payments* ;
2. Préparer les éléments nécessaires pour construire les *bundled payments* ;
3. Adapter la régulation (orientée aux *outcomes*, plutôt qu'aux structures), les outils et les compétences.

Ces 3 chantiers sont détaillés dans le document, avec pour chacun d'eux toute une série de mesures clés et prioritaires qui seraient à adopter.

ACO	Accountable Care Organization (USA)	IFAQ	Incitation Financière de la Qualité (France)
ARS	Agence Régionale de Santé (France)	InEK	Institut allemande des DRG (Allemagne)
BMF	Budget des Moyens Financiers (Belgique)	KHRG	Loi sur la réforme du financement des hôpitaux (Allemagne)
CDS	Conférence de Directeurs cantonaux de la Santé (Suisse)	NHS	National Health Service (UK)
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins (France)	OFS	Office fédéral de la santé publique (Suisse)
DRG	Diagnosis related group	PACE	Program of All-Inclusive Care for the Elderly (USA)
ENCC	Étude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune (France)	PCG	Coûts psychiatriques de base (Suisse)
EXH/B	Extrêmement Haut/Bas (France)	RMN	Résonnance Magnétique Nucléaire
FHM	Fédération des médecins (Suisse)	SI	Soins intensifs
FIDES	Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (France)	ST Reha	Structure tarifaire des prestations de réadaptation (Suisse)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups System (Allemagne)	Swissdrg	Institut Suisse des DRG (Suisse)
GHM	Groupes Homogènes de Malades (France)	T2A	Tarifcation à l'activité (France)
H+	Organisme national des hôpitaux (Suisse)	TARMED	Structure tarifaire des prestations médicales (Suisse)
HAS	Haute Autorité de Santé (France)	TARPSY	Structure tarifaire des prestations psychiatriques (Suisse)
HMO	Health Maintenance Organization (Suisse)	USLD	Unité de soins de longue durée (France)
		VBHC	Value-Based HealthCare

TABLES

Table 01. Introduction du financement par DRG dans des pays européens.	Page 11
Table 02. Champ d'application des systèmes de paiement par DRG aux hôpitaux de plusieurs pays européens sélectionnés.	Page 12
Table 03. Echantillon d'hôpitaux utilisés pour calculer le tarif moyen par groupe de DRG.	Page 13
Table 04. Sources de financement des hôpitaux belges.	Page 27
Table 05. Calendrier du développement des 3 chantiers.	Page 102

FIGURES

Figure 01. Niveau de transfert du risque des modes de financement.	Page 15
Figure 02. Développement des différents modèles.	Page 16
Figure 03. Principe de financement d'OrthoChoice en Suède sur la chirurgie du rachis.	Page 21
Figure 04. Modélisation des flux de financement entre les différents acteurs dans le modèle des ACO.	Page 22
Figure 05. Répartition des différentes parties du BMF.	Page 29
Figure 06. Répartition des différentes compétences en Belgique.	Page 33
Figure 07. Coexistence des modèles de financement en Belgique.	Page 36
Figure 08. Modèle du Kaiser Permanente.	Page 42
Figure 09. Les différents pays de l'étude : France, Suisse et Allemagne.	Page 45
Figure 10. Une analyse comparative de 3 pays : France, Suisse et Allemagne.	Page 58
Figure 11. Un parcours accéléré pour le développement de nouvelles modalités de financement.	Page 93

GRAPHIQUES

Graphique 01. Dépenses de santé en 2015 et 2016 (en % du PIB).	Page 26
Graphique 02. Evolution cumulée des dépenses de santé depuis l'an 2000.	Page 26
Graphique 03. Phases de l'introduction du système de paiement par DRG en Allemagne.	Page 52
Graphique 04. Phases de convergence du système de paiement par DRG en Allemagne.	Page 53
Graphique 05. Evolution du nombre de sorties, 2002-2009.	Page 62
Graphique 06. Séjour moyen (en jours) pour les admissions en chirurgie, obstétrique et médecine.	Page 62
Graphique 07. Evolution du séjour moyen, de la mortalité à l'hôpital et de la réadmission, Suisse, 2002-2009.	Page 65
Graphique 08. Réductions et suppléments liés à la durée du séjour en Allemagne.	Page 70

1. Des financements qui constituent une rupture	08
2. La situation actuelle en Belgique	25
3. Mode de rémunération des professionnels	35
4. Les pays étudiés : Caractéristiques clés	44
5. L'analyse transversale	57
6. Recommandations	89
7. Références	103

Des financements qui constituent une rupture

Une véritable rupture dans la logique de financement, qui, depuis 1983 et l'implantation des DRG, transfère progressivement les risques et augmente la responsabilisation des prestataires de soins



1. Des financements qui constituent une rupture

Les USA sont les pionniers dans l'instauration d'un système de financement par DRG, à l'initiative de Medicare et suite aux recherches de l'Université Yale, qui a conceptualisé le système dès 1970.

Depuis les années 1990, les systèmes de paiement par groupe de diagnostics (DRG) sont devenus le principal mode de financement des hôpitaux de soins aigus dans la plupart des pays à haut revenu, ce dans le but d'accroître l'efficacité et d'améliorer la transparence des activités hospitalières.

Cet instrument a été créé au début des années 1970 par Robert B. Fetter et John D. Thompson à l'Université de Yale, avec le soutien de l'ancienne Health Care Financing Administration (HCFA), aujourd'hui connue sous le nom de Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

L'initiative a été mise en œuvre pour la première fois dans le New Jersey à partir de 1980, sous l'impulsion de la commissaire à la santé du New Jersey, Joanne Finley.

Ce pilote était réalisé avec un petit nombre d'hôpitaux, répartis en trois groupes en fonction de leurs positions budgétaires avant l'imposition du paiement par DRG :

- Excédentaires
- Atteignant un seuil de rentabilité
- Déficitaires.

Ce pilote s'est ensuite poursuivi pendant trois ans, et, au fur et à mesure, l'ensemble des hôpitaux du New Jersey se sont joints à la démarche.

Ce pilote avait été conçu pour limiter la part des revenus hospitaliers provenant du budget du programme Medicare.

Dès 1982, le Congrès américain adopte la Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, avec des dispositions visant à réformer le paiement Medicare, mais il faudra encore attendre 1983 pour qu'un amendement fasse entrer les DRG dans le système Medicare.

Ce système s'est ensuite progressivement étendu à l'ensemble du territoire, en commençant par l'état de New York, qui adopte en 1987 une loi basée sur les paiements par DRG pour l'ensemble des patients « Non-Medicare ». Suite à une évaluation du département de la santé de l'état de New York, il s'est avéré que ce système n'était pas adapté pour cette population. Des changements permettant d'inclure cette population furent développés, aboutissant au système d'APR DRG. Ce système permettait également d'inclure les greffes, les soins obstétricaux à haut risque, les troubles nutritionnels et la pédiatrie.

Toute l'historique de la conception du modèle, mais également toutes les règles de classification et l'application aux données de sortie des patients sont consultables dans le CMS DRG Definitions Manual. Cette classification connaît des modifications régulières, la dernière étant la version 37 d'octobre 2019.

Comme nous le verrons dans le présent rapport, ce système s'est ensuite progressivement implanté dans de nombreux pays à travers le monde, en transférant le risque aux prestataires de soins et en s'adaptant aux spécificités de chacun.

1. Des financements qui constituent une rupture

Un concept initial relativement simple, avec de nombreux avantages attendus, mais pouvant également induire des effets indésirables.

L'idée de base des DRG est simple : il faut s'attendre à ce que les cas au sein d'un même DRG subissent une évolution clinique similaire et, par conséquent, impliquent des coûts de diagnostic et de traitement homogènes. Les deux principales caractéristiques de la conception d'un système de financement basé sur les DRG sont :

1. Un système complet de classification des patients (c'est-à-dire le système de DRG)
2. La formule de paiement, basée sur un tarif/prix multiplié par un poids relatif spécifique pour chaque DRG. Bien que dans chaque pays le prix et le coût par DRG soient liés, les pays utilisent différentes façons de calculer les prix. Les principales différences comprennent les sources de données utilisées pour les coûts, la définition des valeurs aberrantes et la question de savoir si les coûts sont convertis directement en prix ou en pondération des coûts. En ce qui concerne ce dernier point, il y a habituellement une séparation délibérée entre les prix et les informations sur les coûts sous-jacents sur lesquelles ils sont fondés : l'information sur les coûts devient un système de pondération, plutôt que de rendre compte directement des prix dans les unités monétaires.

Ce type de paiement incite les hôpitaux à améliorer l'utilisation de leurs ressources et à optimiser l'organisation des soins de santé pour améliorer l'efficacité.

Il peut également aider à faire progresser la qualité des soins, si ces changements améliorent le processus clinique et la gestion des cas.

Cependant, et comme toute forme de paiement, les paiements par DRG peuvent induire un comportement indésirable de la part des fournisseurs, des effets négatifs qui ont été largement décrits dans la littérature. La sélection des patients, le codage vers le haut des niveaux de sévérité, et la sortie prématurée de patient sont des comportements opportunistes qui sont souvent mentionnés dans la littérature, et peuvent avoir des conséquences sur la qualité des soins.

En outre, l'efficacité recherchée peut également être compromise, car, afin de maximiser les revenus, les hôpitaux peuvent accroître l'activité non-justifiée et modifier la composition des soins en abandonnant certaines activités qui ne sont pas rentables.

Malgré des principes fondamentaux communs, les modèles de paiement basés sur les DRG peuvent varier considérablement dans leur architecture et leur déploiement d'un pays à l'autre.

1. Des financements qui constituent une rupture

Une véritable rupture dans la logique de financement en transférant les risques aux prestataires de soins...

Le transfert et/ou le partage des risques se véhicule à travers différents outils de financement, c'est-à-dire les systèmes de forfaitisation, et notamment donc le système DRG, qui est le plus répandu dans notre région du monde.

En effet, ce système de paiement prospectif est basé sur l'activité médicale réalisée par les établissements de santé et sur les coûts associés à chaque séjour, « le cost based ». Il prend en considération la diversité des cas cliniques, « le case mix ». Les modalités d'application sont différentes selon les pays et il existe généralement des financements complémentaires (enseignement, recherche, populations fragiles, etc.). Mais l'idée initiale est que les recettes annuelles totales s'obtiennent en multipliant le tarif de chaque séjour classé dans un groupe de diagnostic - ce quels que soient les soins effectivement dispensés, par le nombre de cas traités annuellement. L'établissement assume donc le risque de dépassement de son budget par rapport aux recettes de son activité, au lieu de se voir rembourser simplement ses coûts par le système d'assurance maladie.

En 2007, l'auteur Rick Mayes, professeur de politique publique au département de sciences politiques de l'Université de Richmond a décrit l'apparition des DRG comme :

« ... le changement le plus important dans la politique de santé depuis le passage de Medicare et Medicaid en 1965 est pratiquement passé inaperçu auprès du grand public. Néanmoins, le changement n'était rien de moins que révolutionnaire. Pour la première fois, le gouvernement fédéral a pris le dessus dans ses relations financières

avec l'industrie hospitalière. Le nouveau système de paiement prospectif de Medicare avec DRG a déclenché un changement dans l'équilibre du pouvoir politique et économique entre les prestataires de soins médicaux (hôpitaux et médecins) et ceux qui les ont payés - pouvoir que les prestataires avaient accumulé avec succès depuis plus d'un demi-siècle... ».

En Europe, des systèmes de paiement prospectifs basés sur les processus ont commencé à être introduits dans une phase pilote à la fin des années 1990, et se sont généralisés au cours de la première décennie des années 2000. La Suède a été un pays pionnier en 1992 lors de l'introduction du paiement par DRG, suivie de la Finlande en 1995, de l'Autriche en 1997, du Portugal en 1998 et du Danemark en 2000. En Angleterre, en France, en Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas, le système de paiement par DRG est introduit entre 2003 et 2005. Le dernier pays à avoir adopté le paiement par DRG est la Suisse (2012).

Table 01. Introduction du financement par DRG dans des pays européens.

	Belgique	Royaume- Uni	Allemagne	France	Pays-Bas	Suisse
Année d'introduction	2002	2003	2003	2005	2005	2012
Système de classification utilisé *	APR DRG	Healthcare Resource Group (HRG)	German DRG (G-DRG)	Groupe Homogène de Malades (GHM)	Diagnose Behandeling Combinaties (DBC)	Swiss DRG
Système de paiement précédent	Budget prévisionnel et paiement par activité	Budget ajusté en fonction des activités				

* Date de début de l'introduction, pouvant être dans une phase pilote

1. Des financements qui constituent une rupture

... mais avec un partage des risques différent selon les pays.

Nous notons cependant qu'il existe, entre les différents pays qui ont adopté un tel système, un niveau du partage du risque qui peut être variable, car le pourcentage des recettes des hôpitaux aigus lié au système DRG est très variable. Le poids du paiement des DRG dans le financement hospitalier est élevé, supérieur à 60% du budget hospitalier au Royaume-Uni, et 80% en Allemagne, France, Pays-Bas et Portugal. Le paiement pour le DRG comprend généralement les traitements en hospitalisation. Les systèmes européens diffèrent par l'inclusion de certains services dans le cadre du paiement par DRG : psychiatrie, urgence, soins intensifs ou rééducation.

Table 02. Champ d'application des systèmes de paiement par DRG aux hôpitaux de plusieurs pays européens sélectionnés.

	Autriche	Royaume-Uni	France	Allemagne	Portugal	Pays-Bas	Suisse
% Des coûts hospitaliers financés par les DRG	≈ 96%	≈ 60%	≈ 80%	≈ 80%	≈ 80%	≈ 84%	-
Prestations couvertes par les DRG							
Hospitalisation complète	X	X	X	X	X	X	X
Hospitalisation de jour	X	X	X	X	X	X	X
Ambulatoire	X	X	X	X	X	X	X
Non couvertes par les DRG							
Psychiatrie	X	X		X			
Réhabilitation	X		X				X
Soins intensifs	X	X	X	X	X	X	X
Urgences			X				
Enseignement	X	X	X	X	X	X	X
Recherche	X	X	X	X	X	X	X
Investissement	X			X			
Médicaments coûteux				X		X	X

1. Des financements qui constituent une rupture

Des tarifs qui sont calculés sur un échantillon d'établissements différent dans chaque pays, et qui demandent des mesures préparatoires avant une introduction du système.

L'introduction du paiement des DRG dans les pays européens a nécessité la généralisation de systèmes avancés de comptabilité analytique, afin de déterminer le coût moyen de chaque groupe de patients. Pour ce faire, tous les pays ont recouru à deux mesures :

- Un modèle de comptabilité analytique commun, ce qui n'est pas le cas en Belgique aujourd'hui, qui se base sur le *case mix*.
- Un échantillon d'hôpitaux à l'échelle nationale pour calculer les coûts moyens par groupe de patients.

Au niveau de la comptabilité analytique, la situation la plus courante en Europe est l'existence d'un guide national sur le modèle de comptabilité analytique. C'est le cas entre autres de la France, de l'Allemagne, de la Suède, du Royaume-Uni, de l'Irlande et du Portugal.

Cependant, dans la plupart des pays, il n'est pas obligatoire d'avoir une comptabilité analytique dans chaque hôpital, bien que la comptabilité analytique soit largement développée.

L'échantillon d'hôpitaux utilisé dans chaque pays pour déterminer le coût moyen par groupe de patients n'est pas comparable, et varie de 8% à 9% de tous les hôpitaux en Autriche et en France à 100% au Royaume-Uni. Un élément commun à chacun d'entre eux est qu'il existe un décalage entre la base de données pour calculer les coûts moyens et l'année en cours. Normalement, le coût moyen pour fixer le prix par DRG est issu d'une base de données datant déjà de 2-3 ans.

Table 03. Echantillon d'hôpitaux utilisés pour calculer le tarif moyen par groupe de DRG.

Pays	Echantillon d'établissements	% du total
Autriche	20	8%
Royaume-Uni	Tous	100%
Finlande	5	30%
France	99	9%
Allemagne	296*	15%
Pays-Bas	15-25	24%
Suisse	175	62%

* À partir de fin 2020, 60 nouveaux établissements participeront au calcul du tarif.

Les échantillons sont variables, mais il est souvent observé une forte similarité dans le poids relatif de l'activité de chaque établissement, en ce qui concerne l'activité qui constitue 80% de l'activité totale.

1. Des financements qui constituent une rupture

Le système « All in » DRG connaît cependant des limites, qui conduisent aujourd'hui les pays à s'ouvrir à de nouvelles formes de financement.

La mise en place et l'utilisation des DRG déclenche parfois, et notamment dans nos pays européens, différents problèmes qui limitent leur utilisation et qui sont peu compatibles avec les soucis de « rationalisation » qui ont guidé leur mise en place :

1. La conception des DRG se base sur une période, les années 70, où la mission centrale de l'hôpital était le traitement en hospitalisation conventionnelle, qui représentait une grande partie de l'activité hospitalière. Aujourd'hui, la prise en charge a fortement évolué vers des traitements ambulatoires.
2. Le DRG est pensé dans une logique hospitalocentriste, il se limite au seul monde hospitalier, sans prendre en compte le reste du parcours du patient dans les structures extrahospitalières. Le système des DRG se pense donc dans une vision éclatée de la prise en charge du patient, ce qui n'encourage pas à la coordination des soins entre les différents acteurs.
3. Les DRG induisent des comportements pervers qui ne sont pas toujours cohérents avec leur volonté initiale de rationalisation. Le DRG peut au contraire conduire à une augmentation de l'activité :
 - Cependant, contrairement aux Etats-Unis qui ont profondément libéralisé leur système de santé, pouvant pousser à une surconsommation des soins, les enveloppes budgétaires des assurances maladie de nos pays sont globalement fixes.
4. Certains établissements peuvent être tentés par la pratique du surcodage, qui implique la multiplication de codes diagnostiques pas forcément appropriés dans le contexte clinique des patients, afin de justifier une longue durée de séjour et percevoir ainsi un montant plus important. Enfin, ils peuvent également être tentés de faire un écrémage des patients pour lesquels ils percevraient un montant plus important. Ces effets pervers ont donc conduit la régulation à développer de nouvelles modalités pour mieux s'adapter et contrôler.
4. Il peut parfois y avoir des discussions sur les règles de répartition du *cost-weight*, qui est censé représenter la consommation moyenne relative des ressources d'un DRG, c'est-à-dire la base de remboursement pour les hôpitaux pour la prise en charge des patients hospitalisés. En effet, il est parfois dénoncé une allocation des ressources arbitraire entre ceux qui génèrent le plus de revenus et les autres.

La mise en place et l'utilisation des DRG peut donc induire certaines limites, et c'est pourquoi aujourd'hui, les systèmes de santé qui ont implanté cette réforme la considèrent comme une étape, et développent de nouvelles modalités de financement avec une approche beaucoup plus tournée vers le « Patient-Centered Care ».

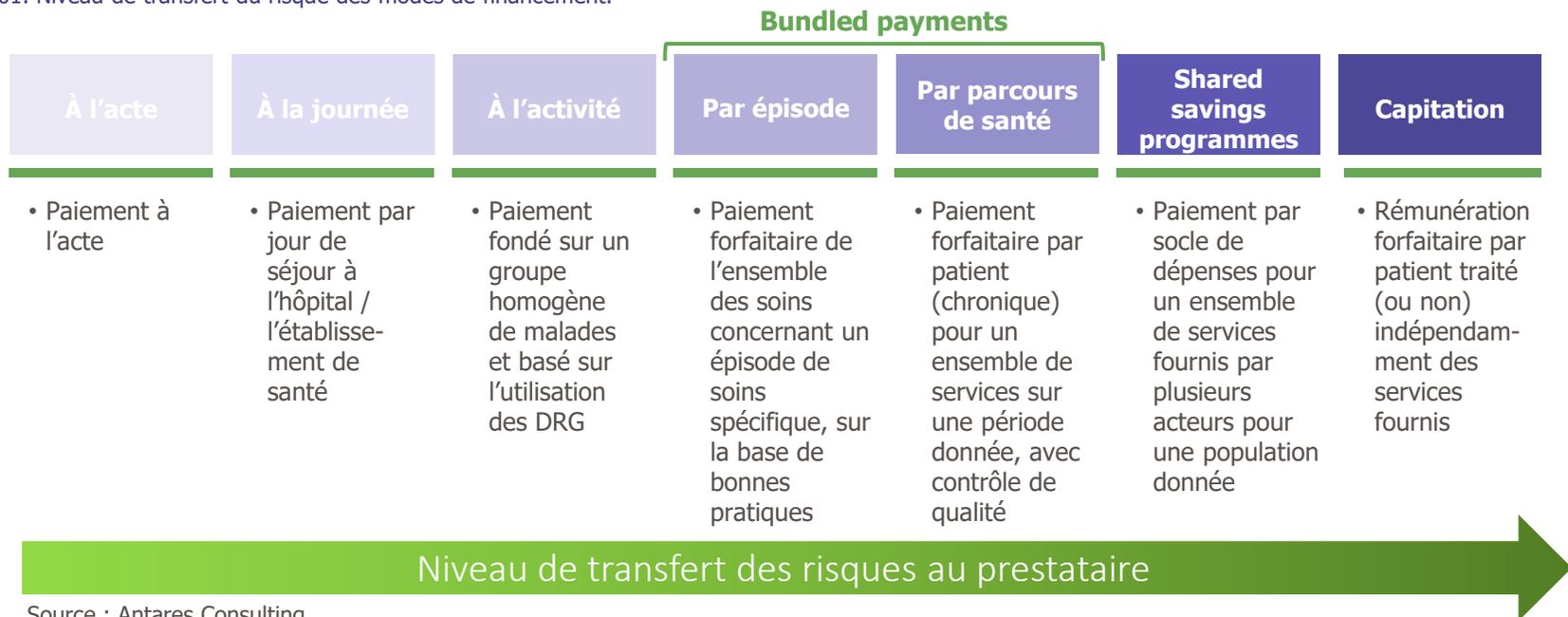
1. Des financements qui constituent une rupture

Les nouvelles formes de financement, au-delà du système DRG ou à l'activité, continuent d'augmenter le niveau de transfert de risques vers les prestataires.

Il existe d'autres possibilités de rembourser les prestataires de soins qui diffèrent d'un remboursement à l'acte traditionnel. Deux de ces possibilités sont le paiement de type « bundled payments » et la capitation avec un mode de rémunération regroupé différent. Les DRG se concentrent uniquement sur la partie hospitalisation, alors que le « bundled payments » s'ouvre sur l'amont et l'aval dans son financement.

Le regroupement crée des incitations vertueuses à la coordination de l'ensemble des acteurs de santé et à la mise en place d'une offre avec une orientation clairement « Patient-Centered Care ». Dans ce cadre, les fournisseurs de soins doivent se coordonner concernant toutes les étapes de la prise en charge du patient, ce qui conduit à une meilleure efficacité du système, une réduction des coûts et une amélioration de la qualité, notamment à travers une réduction des taux de complications, de ré-hospitalisation et d'admission en urgence. Selon le niveau de maturité, ces modes de financement favorisent également l'intégration des stratégies de prévention. Ces évolutions des modes de financement se caractérisent en outre par un transfert des risques aux prestataires.

Figure 01. Niveau de transfert du risque des modes de financement.

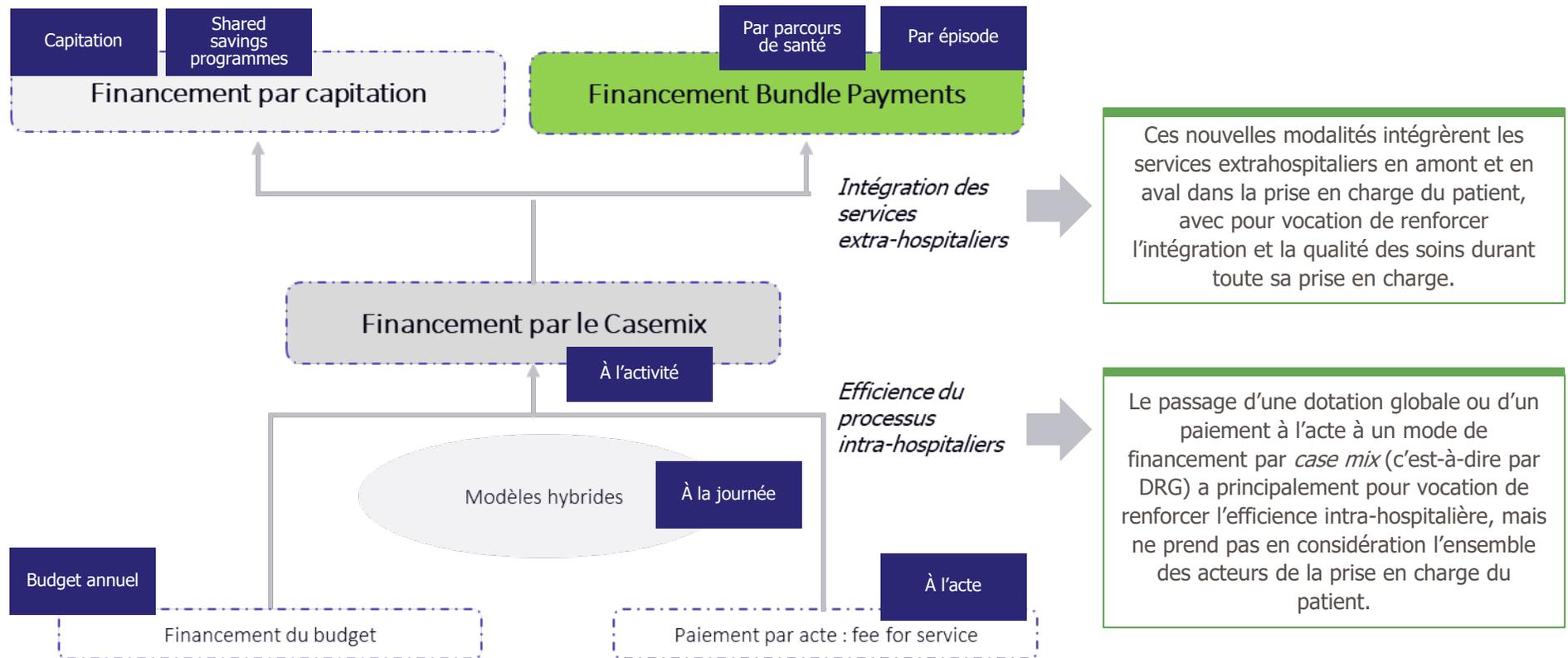


Source : Antares Consulting

1. Des financements qui constituent une rupture

Les nouvelles formes de financement (capitation ou *bundled payments*) s'intéressent à la coordination et la qualité des soins tout au long du parcours des patients, en amont et en aval de l'hôpital.

Figure 02. Développement des différents modèles.



Source : Antares Consulting

1. Des financements qui constituent une rupture

La capitation est un système qui transfère fortement le risque vers le prestataire, avec pour vocation d'encourager le renforcement du niveau de la prise en charge par l'ensemble des acteurs et de réduire les actes évitables, en incluant tous les soins pour un groupe de population donné.

Le système par capitation :

La capitation est une rémunération forfaitaire pour un patient et pour une période donnée, par exemple un an. Cette rémunération est forfaitaire, et versée que le malade consulte une ou plusieurs fois ou même ne consulte pas. Le niveau de forfait pour chaque patient est adapté à ses caractéristiques cliniques et à son âge. Ce modèle doit donc développer la prévention comme un élément clé.

Aux Etats-Unis, nous pouvons citer l'exemple des « Program of All Inclusive Care for the Elderly » (PACE), qui sont des prestataires de soins de santé regroupant une gamme complète de professionnels pour garantir l'intégration de la prise en charge des patients âgés et fragiles qui en sont membres, avec l'ensemble des acteurs organisés dans un « Centre PACE ». Ces centres sont généralement composés d'un centre de santé de jour, de cabinets de médecins, de soins infirmiers, de services sociaux et de services de réadaptation, et disposent de personnel administratif dédié. Les programmes PACE fournissent des niveaux élevés de services préventifs. Ils prennent en charge des patients qui ont les caractéristiques clés suivantes :

- Ils ont 55 ans et plus
- Ils vivent dans une zone qui est desservie par un PACE (il y avait 239 centres en 2017, répartis dans 31 états)
- Ils sont certifiés comme ayant besoin de soins en maison de repos
- Ils sont capables de vivre en sécurité dans la communauté.

Les PACE fonctionnent donc sur un système de capitation. Les PACE sont remboursés sur une base fixe par membre et par mois et, en contrepartie de ce paiement fixe, sont responsables de fournir tous les services de santé, allant même jusqu'au transport. Le prestataire assure donc le risque de dépasser ce capita, ce qui l'encourage à réduire les soins inutiles et à renforcer la qualité des soins et la prévention.

Ce paiement par capitation mensuel est assuré directement par Medicare et Medicaid. Les patients non éligibles à Medicaid paient eux-mêmes.

Le taux de capitation Medicare est ajusté à la fragilité des inscrits à la PACE. Environ 99% des inscrits sont certifiés Medicaid, et environ 90% sont éligibles à la fois à Medicare et Medicaid.



1. Des financements qui constituent une rupture

La capitation, un mode de financement qui connaît des limites et qui ne serait pas forcément adapté aux spécificités belges.

Un système qui connaît des limites...

En juillet 2016, les professeurs Michael E. Porter et Robert S. Kaplan de l'université d'Harvard ont publié une tribune à charge dans la Harvard Business Review contre les modes de financement par capitation, plaidant pour le développement des financements de type *Bundled Paiements*. Ils y mettaient en exergue toutes les limites de l'un et les avantages de l'autres :

« Capitation is not the solution. It entrenches large existing systems, eliminates patient choice, promotes more consolidation, limits competition, and perpetuates the lack of provider accountability for outcomes. It will fail again to drive true innovation in health care delivery. »

« Capitation might seem simple, but given highly heterogeneous populations and continual turnover of patients and physicians, it is actually harder to implement, risk-adjust, and manage to deliver improved care. Bundled payments, in contrast, are a direct and intuitive way to pay clinical teams for delivering value, condition by condition. They put accountability where it should be—on outcomes that matter to patients. This way to pay for health care is working, and expanding rapidly. »

**Harvard
Business
Review**

...et qui ne serait pas transposable en Belgique.

La Belgique est un pays qui se caractérise par une petite taille et, traditionnellement, une forte mobilité géographique des patients.

Ces patients sont fortement autonomes dans le choix de la localisation de leurs soins, avec une composante de culture régionale forte. Ces différents aspects complexifieraient le développement d'un mode de financement par capitation.

En plus, il est à noter que les systèmes de financement par capitation se développent quand la santé communautaire du pays est fortement ancrée, ce qui n'est pas le cas en Belgique.

Le développement d'un système par capitation en Belgique conduirait à la constitution d'un système complexe obligeant les centres à se restructurer.

Notons enfin qu'il serait difficile de faire coexister ensemble dans une logique de capitation les acteurs actuels SPF Santé Publique, INAMI et les mutualités.

1. Des financements qui constituent une rupture

Le *Bundled Paiement*, une voie de développement alternative à la capitation, est une évolution à partir des DRG dont il existe deux modèles.

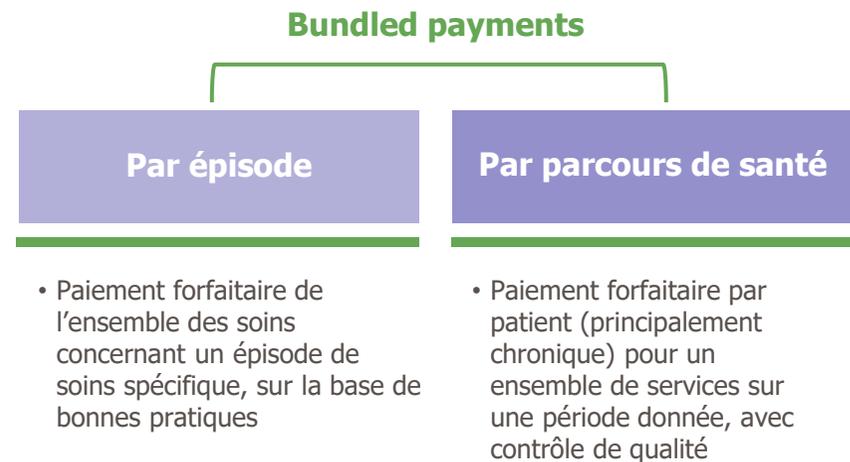
Avec un champ d'application plus limité, mais également plus ciblé, les *bundled payments* intègrent en un seul versement les soins apportés à des pathologies données, favorisant ainsi l'intégration et l'atteinte d'*outcomes* prédéfinis. Le passage de versements par bloc ou par budget à des paiements « fondés sur l'épisode » pour un ou plusieurs prestataires représente un pas en avant vers une approche plus coordonnée, encourageant le même cheminement clinique des soins. Les défenseurs de ce type de systèmes de paiement soulignent qu'ils sont particulièrement efficaces pour le traitement des maladies chroniques.

Les Pays-Bas ont introduit ce système en 2010 pour le traitement du diabète, de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et pour la gestion du risque vasculaire. Les assureurs allemands ont eu l'occasion de négocier des contrats intégrés avec plusieurs prestataires de soins de santé depuis 2010.

Au Royaume-Uni, outre les initiatives susmentionnées de rémunération au rendement pour les médecins de santé primaire (Quality of Outcomes Framework-QOF) et les spécialistes (Best Practice Tariffs-BPT), l'initiative CQUIN (Comissioning for Quality and Innovation) mise en place en 2009 permet aux acheteurs de services de santé de lier une partie du paiement à la réalisation d'objectifs de qualité et d'amélioration. En parallèle, l'initiative NHS Right Care fournit une méthodologie d'analyse de la variabilité qui permet d'identifier les domaines à améliorer.

La condition préalable à ce type de système de paiement est que le fournisseur contrôle l'ensemble des acteurs impliqués. Pour qu'une organisation puisse s'approprier et assumer la responsabilité de recevoir un *Bundled Payment*, elle doit avoir le contrôle sur l'ensemble de l'équipe de soins et sur tout le processus.

Nous avons dissocié deux types de *bundled paiements* : par épisode et au parcours.



1. Des financements qui constituent une rupture

Le *Bundled Paiement*, une alternative à la capitation : par épisode, l'exemple de l'article 51 en France.

***Bundled Paiement* par épisode de soin spécifique :**

Le principe général est que pour un épisode de soins, il existe une rémunération forfaitaire globale pour l'ensemble des différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge d'une pathologie ou d'un acte donné en établissement de santé ou en ville. Ces acteurs sont groupés et contractualisent entre eux pour la prise en charge de l'ensemble de l'épisode de soins. Ce forfait doit inciter à limiter les actes et services inutiles et à renforcer la coordination entre professionnels.

En France, l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018 permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Des expérimentations sont en cours avec un paiement intégré à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales relativement standardisées, à forts enjeux de coordination entre la ville et l'hôpital :

- La colectomie pour cancer ;
- La prothèse totale de hanche ;
- La prothèse totale de genou.

Il s'agit de prévoir un financement à l'épisode de soins correspondant aux coûts attendus pour un panier de services déterminé (acteur hospitalier et plusieurs acteurs de soins de ville) avec une rémunération collective de l'exercice pluriprofessionnel (paiement collectif au patient et/ou à la séquence de soins ou à la pathologie), soit la possibilité d'une rémunération collective alternative à une partie de leurs rémunérations conventionnelles classiques. Ce mode de rémunération permettrait de valoriser des activités de prévention et d'encourager une logique de responsabilité populationnelle du premier recours.

La France, un pays qui s'est lancé il y a 12 ans dans un système de financement par DRG qui s'applique à tous les revenus hospitaliers, bascule aujourd'hui via les expérimentations de l'article 51 vers un système de *Bundled paiements*.



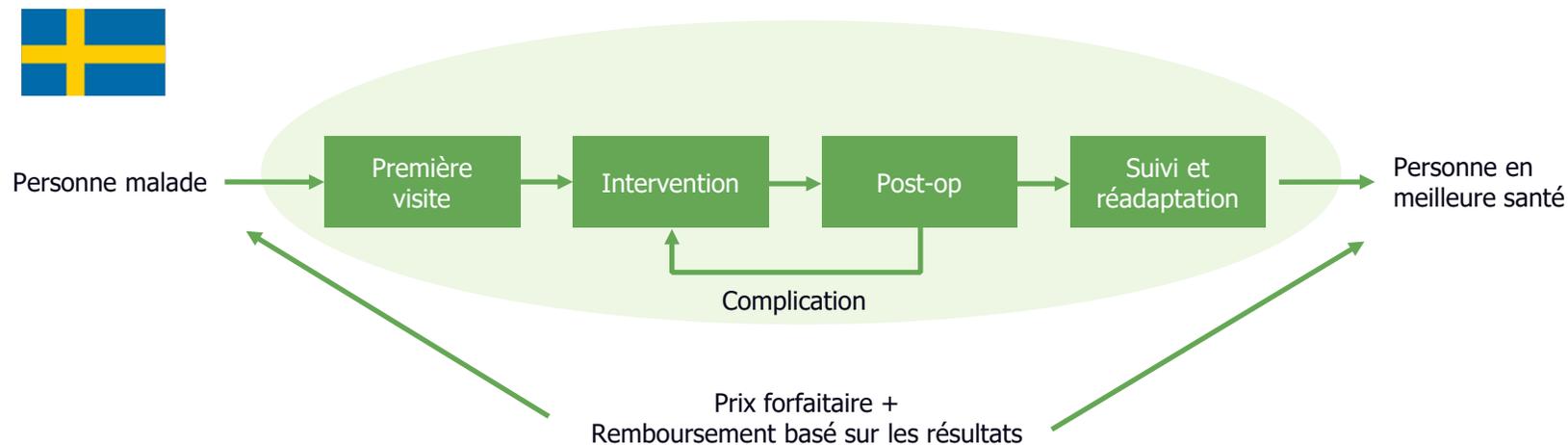
1. Des financements qui constituent une rupture

Le *Bundled Paiement*, une alternative à la capitation : par parcours de santé, l'exemple d'OrthoChoice en Suède.

Bundled Paiement par parcours de santé :

Le principe est le même que pour le paiement par épisode de soin spécifique, c'est-à-dire qu'il existe une rémunération forfaitaire globale, mais il se fait sur une période donnée. C'est par exemple le cas pour la prise en charge de maladies chroniques, avec une prise en charge forfaitaire annuelle. Ce forfait doit aussi contribuer à améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé. Nous pouvons par exemple citer OrthoChoice, introduit en Suède en 2009, un mécanisme de paiement à l'épisode autour de l'arthroplastie de la hanche et du genou, avec garantie du prestataire pendant 2 à 5 ans après la chirurgie, et un suivi et contrôle de la qualité. Ce système s'est élargi en 2013 à la chirurgie du rachis, en assurant un paiement forfaitaire d'un parcours de soins avec garantie sur les complications.

Figure 03. Principe de financement d'OrthoChoice en Suède sur la chirurgie du rachis.



1. Des financements qui constituent une rupture

Des alternatives aux *Bundled Paiements* et à la capitation.

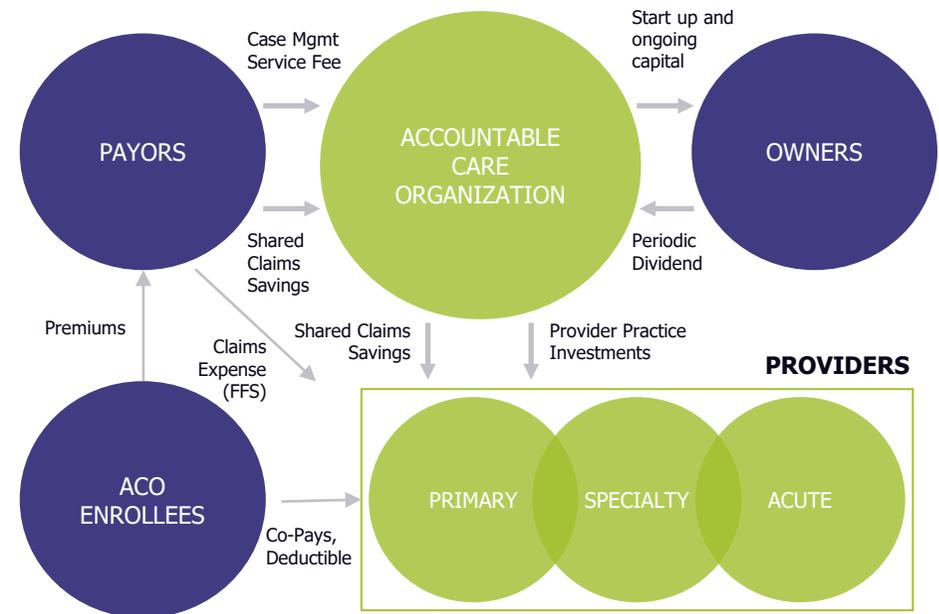
Les « **Shared Savings Programs** » :

Le principe réside ici encore dans un paiement forfaitaire qui cible une population donnée et vise à inciter à la coordination dans une approche territoriale.

Nous pouvons citer comme exemple les Accountable Care Organizations (ACO). Il s'agit d'un modèle d'organisation des soins de santé où un prestataire (ou plusieurs prestataires) de soins prend la responsabilité de fournir des soins de santé à une population entière, de façon coordonnée, dans la perspective de limiter les dépenses inutiles, notamment en évitant une utilisation non indispensable de l'hôpital.

Ce modèle se développe de plus en plus en Europe, où le Royaume-Uni concentre l'émergence du concept des ACO. Dans son agenda England's Five Year Forward View' de 2014, le NHS porte une attention particulière à une plus grande intégration des fournisseurs de soins de santé, dans le but d'offrir un service conjoint aux patients. Le gouvernement actuel voit les ACO comme une manière d'y arriver, car les ACO sont financièrement motivées à transférer le plus rapidement possible les patients vers des niveaux de soins plus faibles / alternatifs pour optimiser les ressources que le paiement fixe qu'elles reçoivent peut couvrir. En juillet 2017, le NHS a annoncé que huit zones de santé deviendraient des Accountable Care Systems (précurseurs des ACO).

Figure 04. Modélisation des flux de financement entre les différents acteurs dans le modèle des ACO.



Le financement des ACO demande une structure organisationnelle, juridique et légale commune entre les différents acteurs qui deviennent la porte d'entrée du financement. Ce modèle de financement centralisé est un levier pour renforcer l'intégration des soins entre l'hôpital et les acteurs de la ville.

1. Des financements qui constituent une rupture

Aujourd'hui, ces nouvelles modalités de financement (*bundled payments* ou *capitation*) devraient être des leviers pour structurer les parcours de santé et la prise en charge des épisodes de soins avec comme objectif une orientation *Value-Based HealthCare*.

Le concept de *Value-Based HealthCare* (plus connu sous l'acronyme VBHC) existe depuis une dizaine d'années déjà. L'apport principal de ce concept se résume à orienter la pratique des soins vers les activités qui produisent les meilleurs résultats possibles en matière de santé (les *outcomes*), c'est-à-dire les plus pertinents pour le patient et pour chaque dépense encourue.

Traditionnellement, la médecine a pris pour base chaque acte de soins considéré séparément, et en a estimé l'efficacité, l'efficience et le rapport coût-résultat. La médecine fondée sur la preuve (*evidence-based medicine*, EBM) repose sur ces principes, ainsi que sur une approche qui adopte un point de vue économique sur les sujets relatifs à la santé. Plus récemment, un fort accent a été mis sur la sécurité des actes dits de santé, ainsi que sur la pertinence ou la cohérence de chaque acte de soins (*right care movement*). L'approche VBHC, en revanche, met en avant le résultat global de l'ensemble du processus de soins administrés aux personnes ou aux patients (récupération partielle ou complète de l'état de santé, processus de réhabilitation et stabilité de l'état de santé une fois récupéré) par rapport aux efforts déployés (ensemble des coûts engagés pour atteindre ces résultats).

Les instruments permettant d'aligner les différents acteurs sur la valeur apportée peuvent être classés selon qu'ils s'adressent à des professionnels ou à des organismes de santé. Ces instruments peuvent engendrer des incitations de type économique ou non-économique.

En ce qui concerne l'objectif d'aligner les organisations et les professionnels autour de l'objectif de valeur, l'option de l'incitation financière liée à la valeur se présente presque spontanément. Cependant, lier l'alignement des organisations, des centres et des professionnels uniquement à une incitation économique reste assurément une vision assez simpliste. Il est évident que les incitations économiques sont un outil puissant pour générer des changements dans l'orientation des organisations et des professionnels. L'alignement des salaires sur la valeur récompense les professionnels et les organisations pour l'efficacité avec laquelle ils obtiennent de bons résultats tout en favorisant la responsabilité vis-à-vis de l'apport de soins de qualité.

Cependant, ce sont des outils limités et risqués : les effets néfastes des incitations économiques sont également bien connus (sélection discriminatoire des patients, par exemple) et elles peuvent constituer une incitation puissante au « jeu » ou à la manipulation des informations sur lesquelles les incitations sont fondées.

Un exercice de réalisme est nécessaire pour combiner les outils existants avec l'alignement général des prestataires de soins. Finalement, pour qu'un instrument incitatif fonctionne, il est essentiel que toute la culture de l'organisation soit axée sur la valeur.

En supposant l'existence d'une culture de l'excellence dans l'organisation, nous devons penser aux systèmes de rémunération variable, qui contribuent à atteindre et à consolider les résultats.

1. Des financements qui constituent une rupture

Les grandes conclusions que nous pouvons tirer dans l'évolution des tendances.

- 1 Les nouvelles modalités de financement qui ont émergé ces dernières années se fondent sur une logique qui transfère fortement le risque vers le prestataire, avec pour vocation d'encourager le renforcement du niveau de la prise en charge par l'ensemble de ses acteurs et de réduire les actes évitables.
- 2 Ce transfert des risques aux prestataires induit donc que l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient doivent se coordonner concernant toutes les étapes de sa prise en charge, ce qui conduit à une meilleure efficacité du système, une réduction des coûts et une amélioration de la qualité. Selon le niveau de maturité, ces modes de financement favorisent également l'intégration de stratégies de prévention.
- 3 Ces nouvelles modalités engendrent une nouvelle logique, qui est celle de faire bien plutôt que beaucoup. C'est-à-dire l'ouverture au concept de *Value-Based HealthCare*, qui permet d'orienter la pratique des soins vers les activités qui produisent les meilleurs résultats possibles en matière de santé, c'est-à-dire les plus pertinents pour le patient et pour chaque dépense encourue.



« *From volume to value* ».

Des modalités de financement qui conduisent les systèmes de santé vers un nouveau vers un nouveau paradigme :



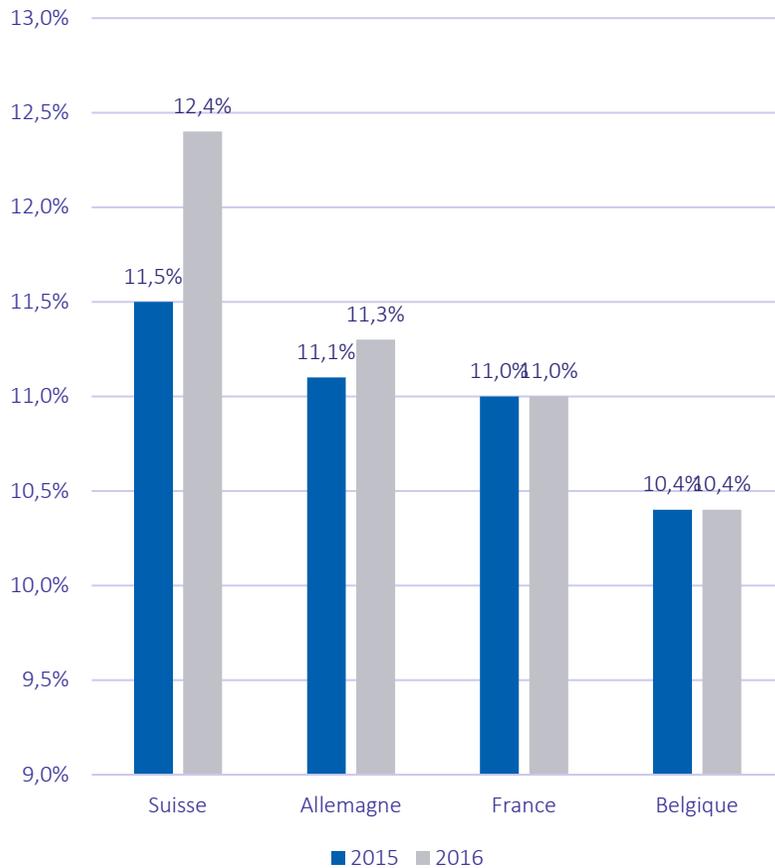
La situation actuelle en Belgique

Un système peu incitatif, basé sur une compilation d'évolutions partielles complexifiant le système, conduisant à un manque de transparence et induisant des difficultés de budgétisation pour les gestionnaires

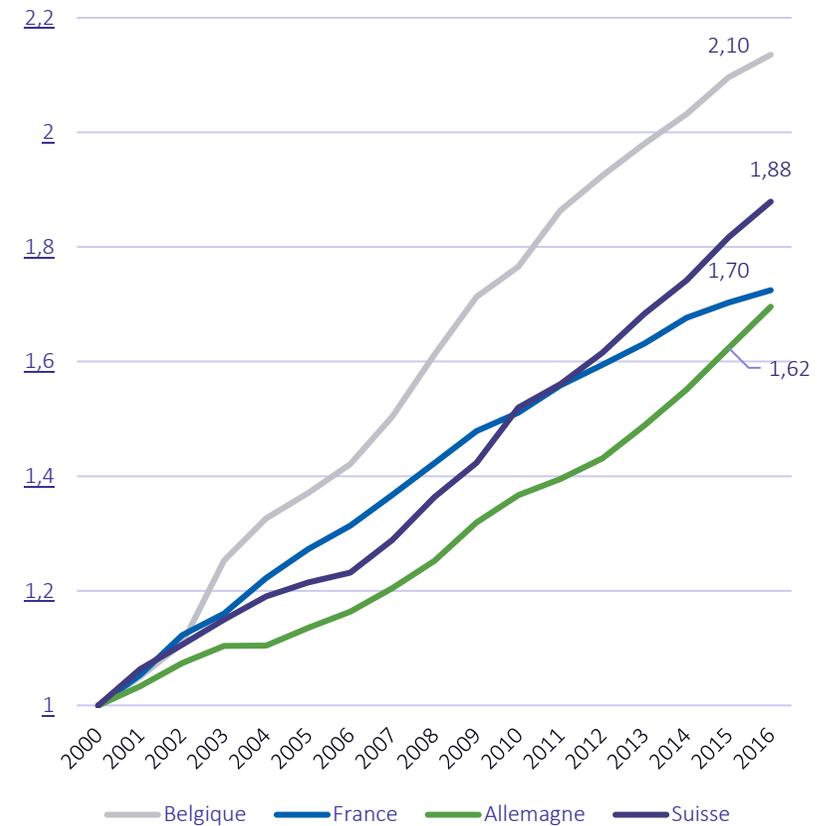
2. La situation actuelle en Belgique

Comparativement aux pays étudiés dans ce rapport, la part des dépenses de santé dans le PIB belge n'est pas la plus élevée, mais la Belgique connaît la plus forte évolution des dépenses de santé depuis les années 2000.

Graphique 01. Dépenses de santé en 2015 et 2016 (en % du PIB).



Graphique 02. Evolution cumulée des dépenses de santé depuis l'an 2000.



Que les hôpitaux belges soient publics ou privés non lucratifs, quatre sources de financement viennent composer leur chiffre d'affaire... Une utilisation de DRG qui n'en sont pas vraiment, bien loin du concept initial et de son utilité.

En Belgique, 30% des hôpitaux sont publics et sont gérés localement par les communes et intercommunalités. Les 70% restant sont privés (à but non lucratif) et tous sont en ABSL. Qu'ils soient publics ou privés à but non lucratif, leur financement se base principalement sur 4 grandes parties, qui constituent leur chiffre d'affaire :

1. Le Budget des Moyens Financiers (BMF), qui représente environ 36% du chiffre d'affaire des établissements
2. Les honoraires médicaux, qui représentent environ 41% du chiffre d'affaire des établissements
3. Les produits pharmaceutiques, qui représentent environ 17% du chiffre d'affaire des établissements
4. Les forfaits & Conventions INAMI, qui représentent environ 4% du chiffre d'affaire des établissements.

Ces différentes sources de financement caractérisent la complexité du système actuel, à laquelle les gestionnaires doivent faire face. Car toutes ces sources obéissent à des règles qui se sont multipliées et additionnées d'année en année, rendant le système peu transparent et difficile à appréhender pour les gestionnaires.

Le système belge est un système très hybride dans les sources de financement, dans lequel les DRG déterminent actuellement une partie seulement du financement. Il n'existe pour l'heure aucun calcul précis, mais il semblerait qu'ils représentent 20 à 30% des recettes totales de l'hôpital.

Ce système est l'APR DRG, l'algorithme se base donc sur les données américaines mais son utilisation actuelle dans le système belge présente des particularités qui l'éloignent totalement de l'utilité même des DRG :

- Les DRG obtenus pour une année donnée sont utilisés comme clé de répartition de budgets entre les hôpitaux 2 à 3 années plus tard.
- Les DRG sont utilisés à la fois dans le financement du BMF, des médicaments et des honoraires mais avec des règles qui sont différentes d'une source à l'autre (définition d'exception, regroupement des sévérités, ...).
- Un manque important de contrôle sur la codification.

Table 04. Sources de financement des hôpitaux belges.

	Moy. Agrégé %		Abs. Mio.€		Δ € abs
	2017	2018	2017	2018	
Produits d'exploitation	108.9	108.7	16 085	16 895	5
Chiffre d'affaire	100	100	14 774	15 543	5,2
Budget moyens fin. et rattrapages	36.7	36.1	5 424	5 612	3.5
Forfaits	4.4	4.2	657	658	0.2
Pro. Pharma	17.1	17.9	2 528	2 783	10.1
Honoraires	40.8	40.9	6 032	6 354	5,3
Suppléments & ppts accessoires	0.9	0.9	134	137	2.3
Autres prod.d'exploitation	8.8	8.7	1 310	1 135	7.3

Source : MAHA données 2019

Le Budget des Moyens Financiers, un budget global à vocation prospectif, complexe à appréhender pour le gestionnaire.

Le BMF est constitué d'une enveloppe fédérale globale fixe, qui est revue annuellement et qui se répartit entre les établissements selon les données antérieures. Rappelons ce que le BMF couvre :

- Tous les frais résultants du séjour du patient en chambre à plus d'un lit.
- La dispensation au patient de soins dans l'hôpital, y compris en chirurgie de jour, à l'exception des honoraires, des médicaments et dispositifs médicaux (implantables, invasifs, ...).
- Les frais de fonctionnement de la pharmacie (patients hospitalisés).
- Certains services médico-techniques tels que la RMN (Résonance Magnétique Nucléaire), la radiothérapie et le Pet Scan, financés par les régions depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat.
- L'infrastructure des unités de soins, des urgences, du bloc d'accouchement, du bloc opératoire, de la stérilisation centrale et des soins intensifs depuis la 6^{ème} réforme de l'Etat par les régions.

Il est composé, comme le montre la figure 5, de 3 parties principales et de différentes sous-parties. Ce découpage est extrêmement complexe à suivre pour les gestionnaires, et nous ne le développerons pas ici, le BMF n'étant pas l'objet du rapport et la littérature étant déjà suffisamment riche sur le sujet.

Utilisation des APR DRG dans le BMF : Dans la sous-partie B2 qui représente 41% du BMF, le budget disponible est réparti entre les hôpitaux sur base d'un système de points. Ces points sont déterminés en grande partie par le nombre de lits « justifiés » de l'hôpital. Ce nombre de lits est basé principalement sur les durées de séjour moyennes nationales observées par APR DRG.

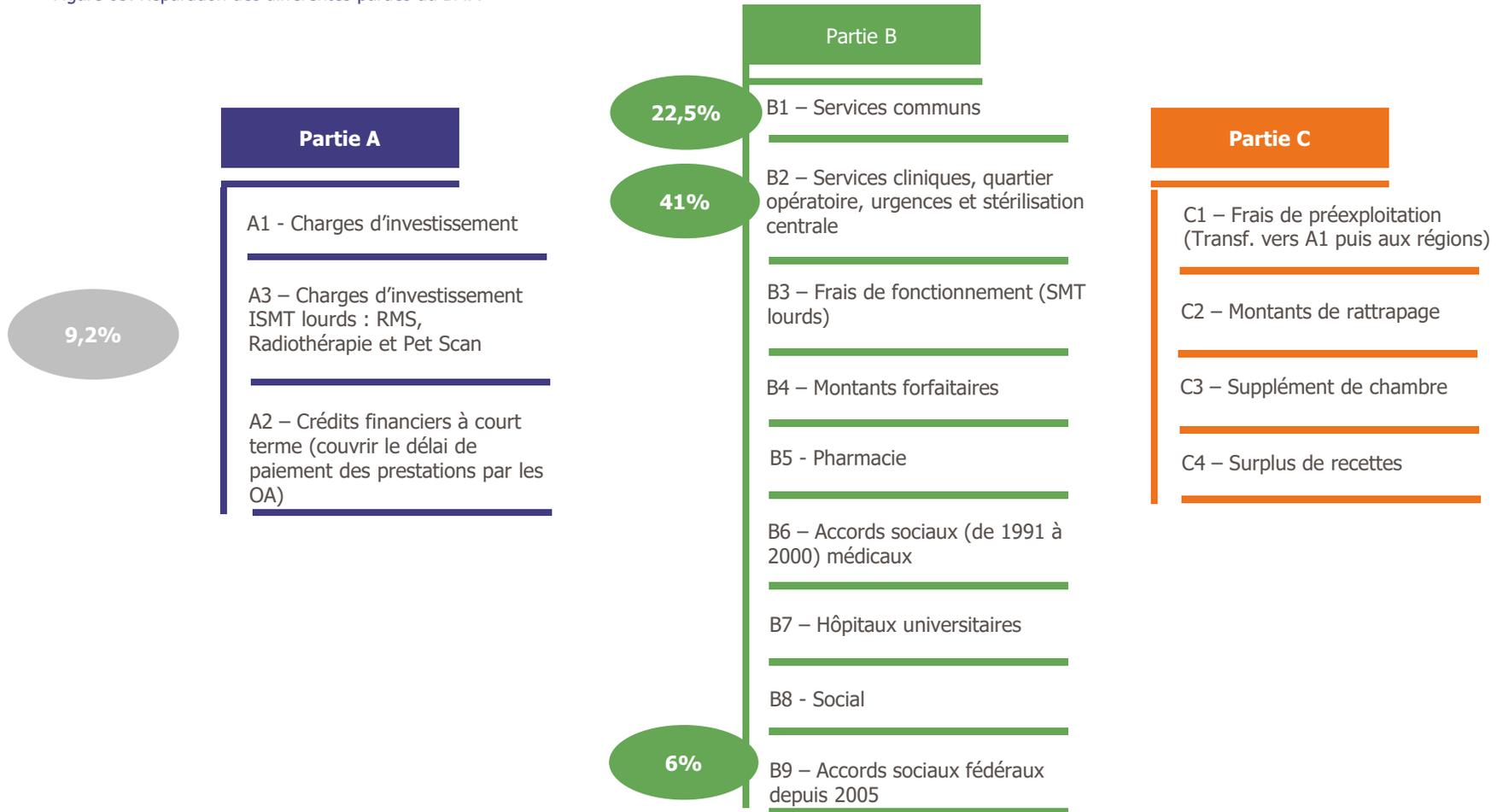
Dans ce cadre, le choix du diagnostic principal et des procédures détermine le groupe de pathologie et les diagnostics secondaires détermine le niveau de sévérité, ce qui montre la nécessité d'un bon codage.

Pour calculer la valeur du point, le budget national disponible est divisé par la somme des points de chaque hôpital. Plus le nombre de points est élevé, moins le point aura de valeur. Le montant du budget de chaque hôpital dépend donc des activités de tous les autres hôpitaux. De surcroît, le budget global est basé sur la somme des budgets individuels de l'année précédente. Cette situation rend donc difficile le pilotage de l'institution dans le temps, en l'absence de projections de financement.

2. La situation actuelle en Belgique

Le Budget des moyens financiers, un budget global prospectif complexe à appréhender pour le gestionnaire.

Figure 05. Répartition des différentes parties du BMF.



Les honoraires médicaux représentent environ 41% du chiffre d'affaire des établissements.

L'honoraire médical en Belgique couvre les points suivants :

- L'activité médicale, c'est à dire la rémunération des médecins qui effectuent des actes médicaux
- Les coûts de fonctionnement qu'entraîne la réalisation de ces actes médicaux (personnel, matériel, locaux, ...).

Les représentants des professionnels de la santé, des mutualités (organismes assureurs) et des pouvoirs publics fixent les prix ou les honoraires par convention. Les professionnels de la santé peuvent adhérer à cette convention. Ils s'engagent alors à respecter les honoraires ou les prix réglementaires. Cependant, si un tarif n'est pas fixé dans la nomenclature alors ce tarif est libre.

Notons que, si la règle est un financement par prestation, il existe cependant de plus en plus de systèmes forfaitaires :

- En biologie clinique pour les patients hospitalisés et externes, 75% des honoraires sont financés par des forfaits basés en partie sur les DRG et 25% à l'acte.
- En imagerie médicale pour les patients hospitalisés, 30% des honoraires sont financés par des forfaits basés en partie sur les DRG et 25% à l'acte.
- Honoraire forfaitaire par admission pour la permanence médicale soins intensifs (SI) et urgence.

- Honoraire forfaitaire par admission pour la permanence médicale soins intensifs (SI) et urgence (pas de lien avec les APR DRG).
- Honoraires forfaitaires de disponibilité (pas de lien avec les APR DRG).

La différence entre les honoraires ou les prix et l'intervention de l'assurance est à charge du patient (ticket modérateur).

Enfin, notons que l'article 40 § 4 de la loi sur les hôpitaux prévoit la possibilité d'affecter une partie des honoraires à des mesures destinées à maintenir et à promouvoir l'activité médicale à l'hôpital.

La perception des honoraires se fait obligatoirement via une perception centrale des prestations aux malades hospitalisés, avec une retenue maximale pour la couverture des frais de perception de 6% par l'hôpital. Il existe également une perception des frais occasionnés par les prestations qui ne sont pas financées par le BMF, soit sur base des frais réels soit via un pourcentage négocié entre le Conseil médical de l'établissement et son gestionnaire.

Des actes qui sont mieux rémunérés que les forfaits créent des disparités et conduisent à une volonté de limiter le déploiement de la forfaitisation.

Les séjours dits « à basse variabilité » (déterminés entre autres sur base des APR DRG), se voient attribuer un honoraire global forfaitaire.

Forfaits & conventions INAMI représentent environ 4% du chiffre d'affaire des établissements.

Le forfait correspond à l'hôpital de jour et celui-ci doit répondre à des critères de base :

- L'hospitalisation ne se fait ni en salle d'attente ni dans un local de consultation polyclinique de l'établissement hospitalier,
- L'hospitalisation n'est pas suivie immédiatement par une hospitalisation programmée dans le même établissement hospitalier.

Il existe toute une série de forfaits différents, par exemple :

- Le maxi-forfait, s'il y a une anesthésie générale durant l'hospitalisation de jour. C'est un montant propre à chaque établissement.
- Forfait soins de base oncologiques.
- Maxi-forfait monothérapie.
- Forfait pédiatrie monothérapie.
- Forfait utilisation salle de plâtre.

Les conventions INAMI permettent de financer des activités médicales particulières, qui ne sont pas prise en charge par le BMF et/ou les honoraires, avec une forte dominante paramédicale (ergothérapie, kinésithérapie, logopédie, psychologie, ...).

- Conventions standard : oxygénothérapie à domicile, apnée du sommeil, autogestion de patients avec diabète sucré, insulinothérapie à domicile, avec pompe, etc.,
- Conventions semi-standards (programme standard mais volume différent entre hôpitaux) : rééducation neuro-pédiatrique, réadaptation cardiaque,
- Autres conventions spécifiques.

Ces conventions sont conclues directement avec l'INAMI, et les prestations qui sont mises en place par les établissements ne dépendent alors pas des critères de programmation fédéraux ni des normes d'agrément régionaux.

2. La situation actuelle en Belgique

Les produits pharmaceutiques représentent environ 17% du chiffre d'affaire des établissements.

Tous les médicaments administrés à l'hôpital, que ce soit pour le diagnostic ou le traitement des patients hospitalisés ou traités en ambulatoire, doivent être délivrés par un pharmacien hospitalier.

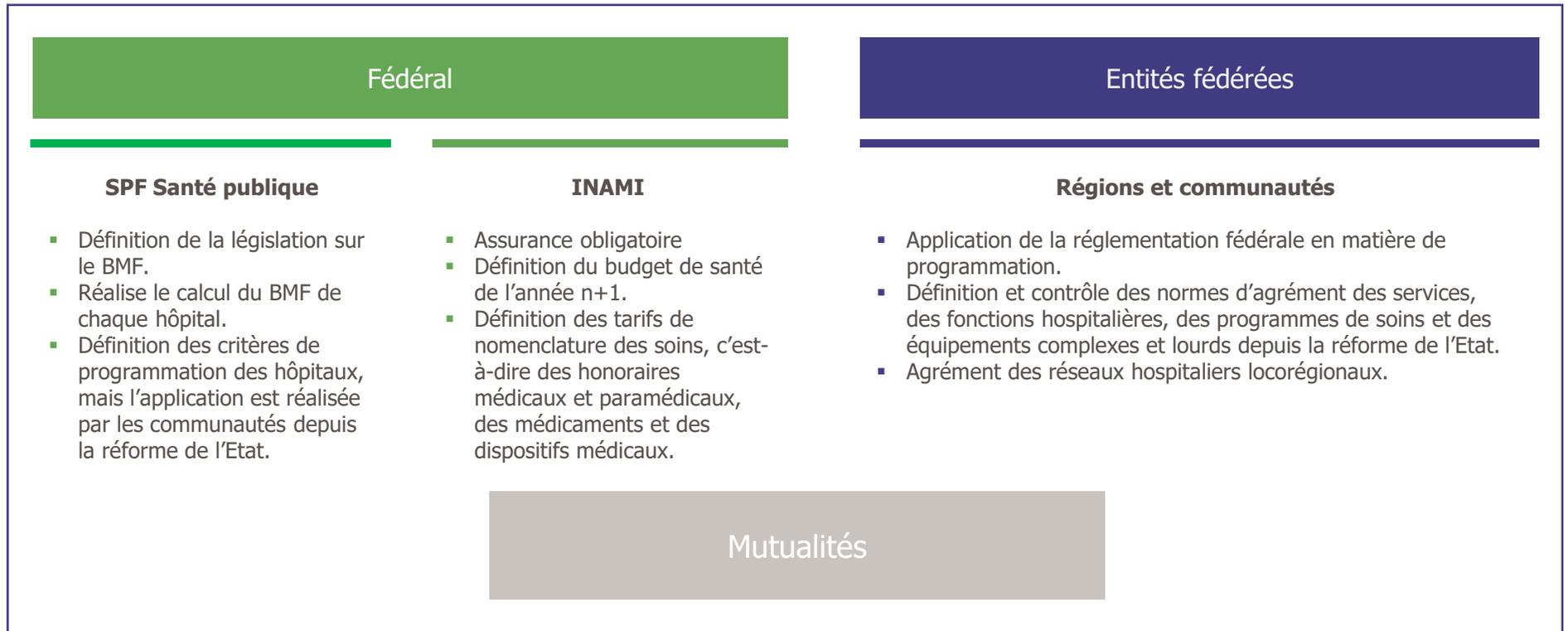
Les médicaments qui ne sont pas remboursés sont 100% à la charge du patient, et l'hôpital peut réaliser dessus une marge jusqu'à hauteur de 31% du prix de vente (HTVA), avec un maximum de 7,44€.

Les médicaments qui sont remboursés sont financés différemment selon que le patient est hospitalisé ou pris en charge en ambulatoire. Dans le premier cas, l'intervention est forfaitisée depuis 2006 sur base des APR DRG pour des patients en hospitalisation complète.

Cependant, la forfaitisation ne s'applique pas aux médicaments qui sont repris sur une liste « d'exception » (liste de codes ATC). Enfin, ne sont pas inclus dans la forfaitisation l'alimentation diététique, les moyens diagnostics et les radio-isotopes.

Une complexité dans les instances décisionnelles ayant des implications directes ou indirectes sur le financement des hôpitaux.

Figure 06. Répartition des différentes compétences en Belgique.



Il en résulte un nombre important de réglementations différentes :

- Loi sur les hôpitaux coordonnée du 10/07/08
- Règlementation INAMI (Loi du 14/07/94, Règlement 28/07/03)
- De nombreux A.R., A.M.
- Décrets fédéraux et régionaux ...

Les grandes conclusions que nous pouvons tirer du modèle belge actuel.

- 1 Le modèle actuel est une juxtaposition de réformes qui s'est constitué année après année et qui arrive aujourd'hui au bout de ses capacités de modification.
- 2 Le principe des DRG est ainsi appliqué partiellement et de différentes manières selon la source de financement. Le système de classification utilisé provient des Etats-Unis et tient peu compte des spécificités belges.
- 3 Un modèle qui est complexe et qui manque de transparence pour l'ensemble des stakeholders, perdant ainsi son caractère incitatif à leur égard.
- 4 Le système de financement actuel, en plus de son opacité, induit un décalage de financement pour le gestionnaire puisque les pathologies traitées influencent en partie le financement octroyé 2 à 3 ans plus tard. Les incitations ne sont pas claires et n'encouragent pas le renforcement d'une démarche orientée *value-based healthcare*.
- 5 Le système de rémunération des médecins a également des effets pervers qui conduisent à des dépassements d'honoraires et incite parfois les institutions et les médecins à une surconsommation des soins, comme nous le détaillerons dans le prochain chapitre.
- 6 Le modèle de financement hospitalier en Belgique ne permet plus aucune réforme partielle sans le rendre encore plus complexe, obscur et difficilement gérable pour l'ensemble des *stakeholders*. Il conviendrait donc de le remettre entièrement à plat et d'entreprendre un véritable « plan choc » du modèle.

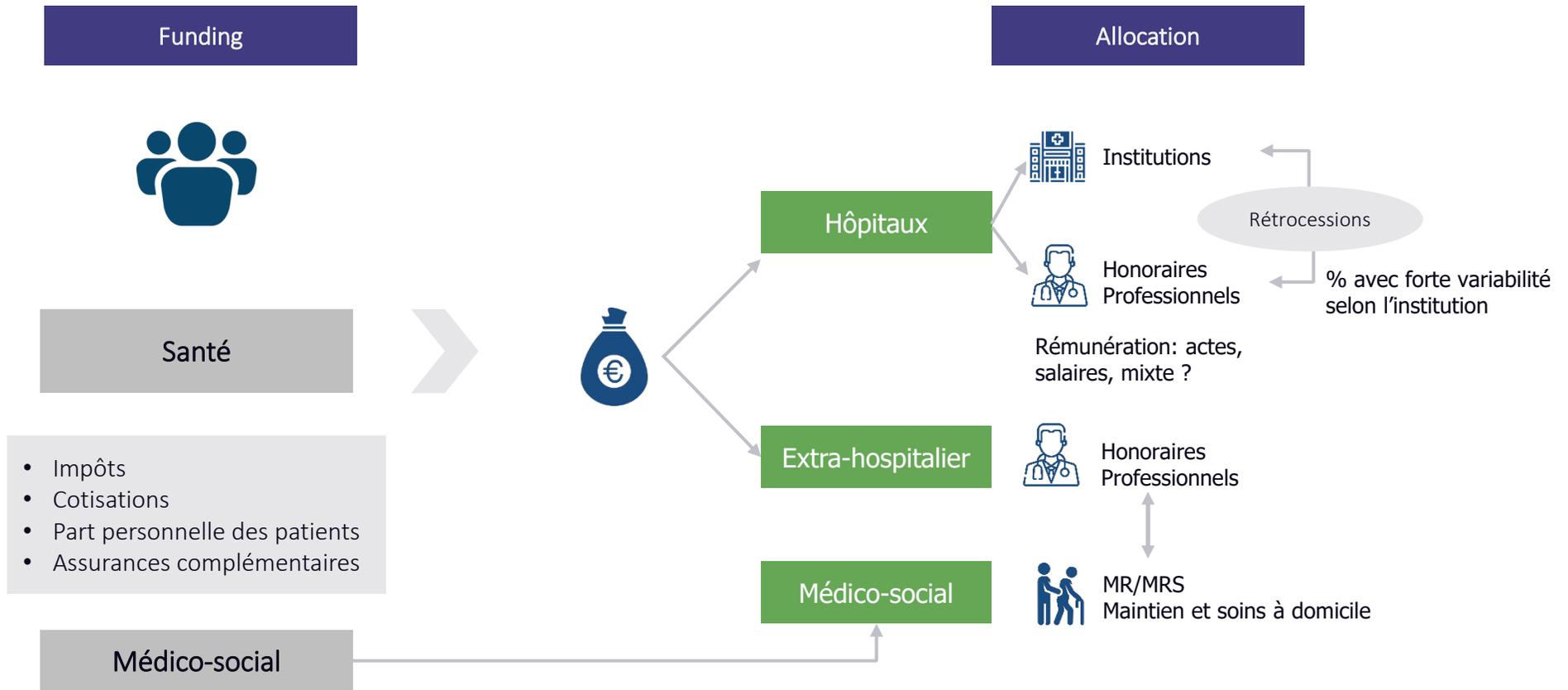
Mode de rémunération des professionnels

Une vraie frustration des médecins
vis-à-vis du modèle de
rémunération actuel, qu'il faudra
redéfinir avec le financement du
système hospitalier car les deux
sont interdépendants

3. Mode de rémunération des professionnels

Il est difficile d'aligner les objectifs entre les institutions hospitalières, le secteur médico-social et la rémunération des professionnels... et pourtant, ils constituent un écosystème unique devant garantir la prise en charge des personnes avec des problèmes de santé

Figure 07. Coexistence et flux des modèles de financement en Belgique.



Source : Antares Consulting

Le système actuel de rémunération des médecins connaît des effets pervers, et notamment le risque d'une surconsommation des soins aux patients

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les honoraires médicaux représentent aujourd'hui en Belgique environ 41% du chiffre d'affaire des institutions hospitalières, qui se financent donc majoritairement grâce à ces honoraires. Dans ce sens, existe un alignement des intérêts, car les deux parties répondent au même incitatif : augmenter les actes, entraînant parfois une surconsommation des soins. En revanche, cet incitatif ne bénéficie ni à la soutenabilité du système de santé, ni à sa réforme.

Selon un article du Health Affairs, aux Etats Unis, **les estimations actuelles des dépenses inutiles dues à la surutilisation vont jusqu'à 30%** du total des dépenses de santé. Même l'estimation la plus basse, de la National Academy of Medicine (NAM), s'élève à près de 300 milliards de dollars par an. Aucune spécialité n'est épargnée de pratiques qui conduisent à une utilisation excessive. En cardiologie, même en utilisant des critères relativement permissifs, cet article estime que 11% des stents sont posés à des « patients inappropriés ». Dans certains hôpitaux, ce taux est plus proche de 20%.

Ces analyses n'ont pas été réalisées dans le système belge, mais les fortes variations régionales existantes sont un proxy à cette situation ; et elle serait logique car l'incitatif dans le modèle actuel de rémunération influence dans ce sens.

Dans la structure et le fonctionnement du modèle actuel, il y aurait deux aspects à analyser :

- La facturation des honoraires médicaux
- Les modèles de rémunération des médecins

La facturation des honoraires médicaux se réalise à partir d'une nomenclature et des tarifs attribués à chacun des actes, et d'un cadre normatif avec des règles d'application. L'évolution de ce modèle se réalise moyennant une négociation permanente pour actualiser la nomenclature et les tarifs. Il en va de même pour les règles d'application. La réforme la plus importante qui ait été réalisée a probablement été la définition et l'implantation des DRG de basse variabilité, en application depuis janvier 2019.

L'ensemble de la facturation des honoraires se distribue entre les professionnels et l'institution. C'est donc une distribution soumise à une négociation entre les deux parties. Ce fait met en exergue que la nomenclature des actes médicaux ne reflète pas la valeur intellectuelle des actes, sans quoi, cette négociation ne serait pas nécessaire. Il nous semble que cette situation n'est pas désirable.

Si la distribution des honoraires médicaux entre les professionnels et les institutions est basée sur une négociation, et soumise à des aléas divers, cela indique que la valorisation des honoraires ne reflète pas sa valeur bedside.

Le système actuel de rémunération des médecins connaît un seuil incitatif : le volume. Il n'existe aucun incitatif qualitatif ni critère qui pourrait favoriser un alignement entre les professionnels et les institutions au-delà du volume.

Malgré la forte relation évoquée entre les médecins et les institutions hospitalières quant à la répartition des honoraires médicaux, cette relation entre les deux « bénéficiaires » de ces honoraires ne génère pas toujours un engagement mutuel vers le développement ou les résultats de l'institution. En général, les objectifs institutionnels ne font pas partie des incitatifs inclus dans le modèle de rémunération des médecins.

Une fois que le *pool* d'honoraires a été défini, sa répartition entre les professionnels se réalise selon le mécanisme défini par le Conseil médical de chaque institution hospitalière et il existe des modalités très diverses... Autant de situations diverses qui manquent de clarté et d'harmonisation dans une logique équitable de développement professionnel. Malgré cette diversité, vu de l'extérieur, il existe un dénominateur commun qui attire fortement notre attention : le « pool de solidarité » (ou assimilé) où une partie des honoraires médicaux est versée en vue de compenser les spécialités médicales qui auraient un sous-financement ; ou des situations temporaires qui peuvent générer peu d'honoraires. Ces situations sont alors compensées par ce mécanisme de solidarité.

L'existence de ce mécanisme met en exergue que ni les tarifs ni les modes de rémunération ne sont bien structurés. S'il est certain que la pratique hospitalière exige une certaine interdépendance entre toutes les spécialités médicales existant au sein d'un hôpital, ces mécanismes dits de solidarité ne devraient pas exister. D'autant plus que, vu de l'extérieur, ce mécanisme répandu, et auquel tout le monde est déjà habitué, semble un peu vexant et relever d'un mépris du professionnalisme.

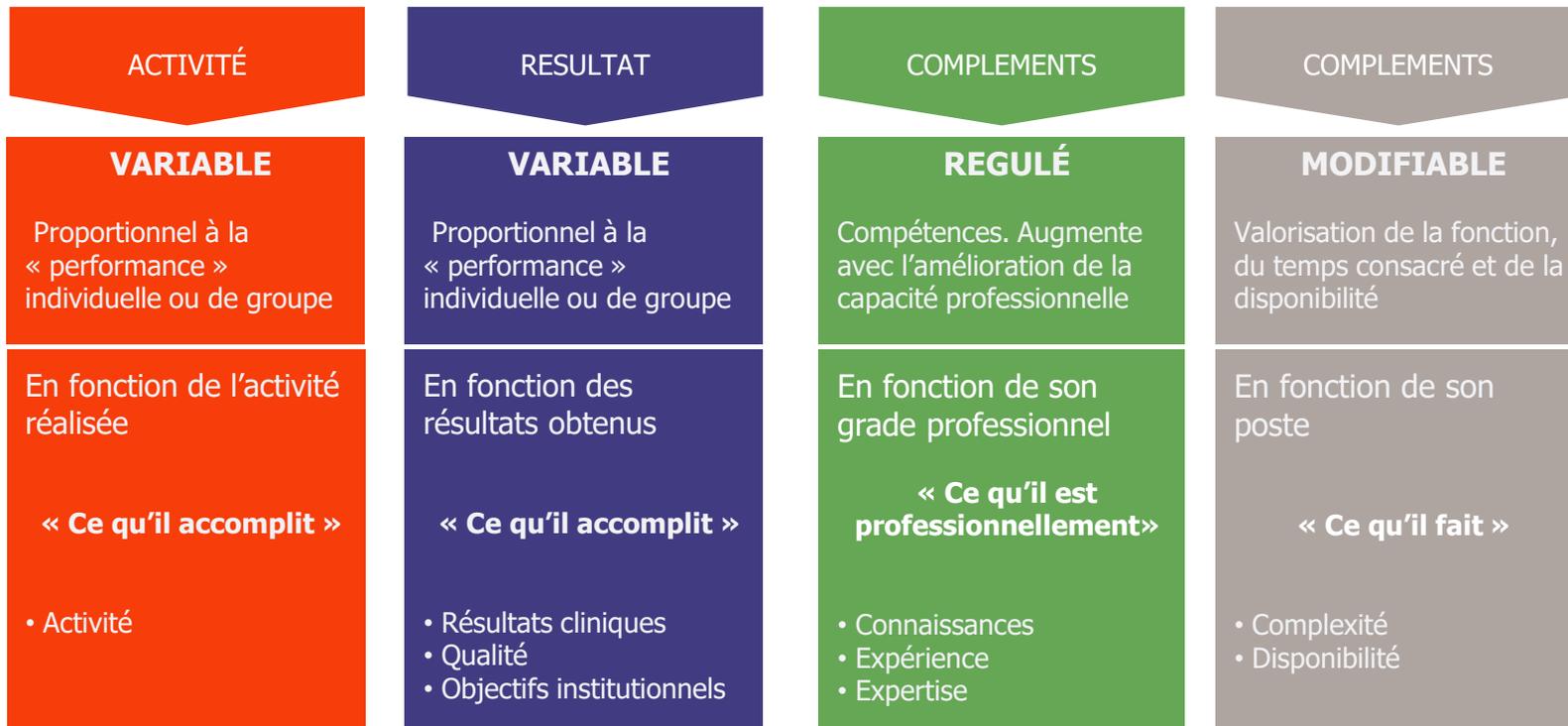
A la page suivante, nous illustrons les 4 composantes qui devraient structurer un système de rémunération des professionnels. Ces quatre composantes supposent un mix des rémunérations variables et fixes (en lien avec l'expérience et le poste du professionnel). A chaque Conseil médical et institution hospitalière de trouver le bon équilibre entre ces quatre composantes.

Un modèle basé sur ces 4 composantes permet de ne pas se limiter au volume des actes comme unique critère de rémunération, en cherchant ensuite des mécanismes de compensation devant les situations défavorables.

Une question qui ne sera pas traitée dans ce chapitre est l'impact de la législation fiscale applicable aux professionnels sur les différentes modalités juridiques à adopter afin d'optimiser les obligations fiscales. Néanmoins, la régulation fiscale influence directement l'organisation de la rémunération des professionnels, et est souvent un élément qui peut générer des distorsions.

3. Mode de rémunération des professionnels

La rémunération variable doit se construire à partir de deux prémisses : un socle pour éviter les fonds dits de solidarité, et que la variabilité dans la rémunération des professionnels contiennent d'autres variables qu'uniquement les actes. Une réflexion sur le bon équilibre entre les composantes de la rémunération serait utile pour satisfaire ces deux prémisses.



Le système de financement hospitalier et le modèle de rémunération des médecins doivent partager la même logique.

L'importance de ce chapitre dans le rapport est justifiée par le fait que le système de financement hospitalier et le modèle de rémunération des professionnels doivent s'aligner dans leur bienfondé et la logique qui les sous-tend... et non pas seulement par le partage des honoraires, qui se base sur un processus de négociation.

Le meilleur système pour le financement des honoraires des professionnels serait un modèle où la valeur des actes « bedside » reflète leurs coûts, et où la valorisation de ces actes serait strictement attribuée aux médecins. Dans ce contexte, il y aurait une plus grande clarté et transparence, car ces actes seraient uniquement influencés par la détermination de leur valeur du point de vue professionnel. Paradoxalement, cette « indépendance » basée sur la séparation du financement hospitalier et des honoraires médicaux pour le professionnel n'implique pas que les deux modèles pourraient évoluer séparément. Au contraire, il existe une forte interdépendance, mais cette interdépendance serait dans le partage de la même logique, des mêmes incitatifs. Les deux systèmes doivent être alignés.

Par exemple, si les hôpitaux étaient financés par un système de capitation, les médecins ne pourraient pas se rémunérer par les actes réalisés, car, dans ce modèle de financement, l'intérêt économique serait d'aller vers une limitation des actes, grâce à un fort développement de la médecine préventive et la santé communautaire. Toujours à titre d'exemple, si le financement hospitalier est basé sur les résultats, il faudra aussi inclure la valorisation des résultats dans la rémunération des médecins... sinon ces résultats ne se produiront pas. Ces deux exemples sont énoncés d'une manière relativement simpliste, afin d'illustrer le besoin d'alignement. Dans la vraie vie, les situations sont un peu plus complexes, mais cela n'empêche pas, au contraire, de chercher la conciliation des logiques, et l'alignement des objectifs des deux modèles.

Dans les pages suivantes, et toujours à titre d'exemple, nous décrivons le modèle de la Kaiser Permanente, qui, malgré sa complexité, arrive à concilier les deux logiques.

Dans le premier chapitre, nous avons indiqué que les systèmes de financement des hôpitaux étaient tous dans une tendance où les institutions hospitalières assument plus de risques (un transfert de risque du financeur vers le prestataire) et que ces systèmes de financement incorporaient la notion de résultat en termes de santé populationnelle. Ces deux tendances sont claires et se développent pratiquement dans tous les pays de notre entourage. Les Bundled Paiement et « Shared Savings Programs » s'inscrivent dans cette logique d'alignement des incitatifs, c'est-à-dire que, tant pour les professionnels que pour les institutions, chacun garde son système de rémunération, mais qu'ils partagent les objectifs finaux.

Dans ce contexte, et en accord avec ce que nous avons expliqué précédemment, la rémunération des médecins ne pourrait pas se baser seulement sur les actes réalisés... Pour aligner les deux systèmes de financement, il faudrait aussi incorporer la mesure de la valeur dans la rémunération des professionnels. C'est-à-dire que les deux systèmes, en interdépendance, devraient partager la même évolution : « *From volume to value* ».

3. Mode de rémunération des professionnels

Définir un modèle de rémunération des professionnels aligné avec le système de financement des institutions prestataires de soins.

Modèles de financement hospitalier		Rémunération des professionnels
1	Forfaitaire Dans n'importe quelle modalité	Ne peut pas se réaliser à l'acte, sinon il y aurait une contradiction dans les incitatifs, ou bien définir et introduire des forfaits d'honoraires médicaux.
2	<i>Bundled payments</i> Soit par parcours de santé soit par épisode de soins	Réfléchir à une rémunération de base. Ce socle permettrait de garantir une stabilité dans les revenus, qui seraient complétés d'une partie variable. Dans cette partie variable seraient inclus des objectifs sur la qualité, les résultats, ou des objectifs institutionnels. Il conviendra de discuter l'équilibre variable/fixe.
3	Capitation	Eviter absolument la rémunération à l'acte, qui donnerait des incitatifs à les produire, ce qui est contraire à la logique même de la capitation et aux objectifs de santé publique et de résultats inclus dans ce modèle.

Exemple



En Suisse, une nouvelle tarification nationale au forfait dans le domaine ambulatoire va voir le jour. Cette nouvelle tarification a été élaborée par Santésuisse et l'association des chirurgiens (FMCH). Ce système est affiché comme ayant vocation à être plus transparent pour le patient, et devrait permettre une tarification simplifiée et plus équitable. Cette nouvelle structure tarifaire nationale, avec un modèle de coûts uniforme, prend également en considération les différences de coûts cantonales, comme les loyers ou encore les salaires. Cette nouvelle tarification est orientée aux interventions les plus standards, c'est-à-dire représentant 80% du volume de chacune des spécialités médicales identifiées. Ces premiers forfaits se concentreront sur 6 spécialités, pour la facturation de 67 opérations et traitements en ambulatoires : (1) Chirurgie de la main (2) radiologie (3) chirurgie pédiatrique (4) médecine vasculaire (5) chirurgie oculaire et (6) anesthésie.

3. Mode de rémunération des professionnels

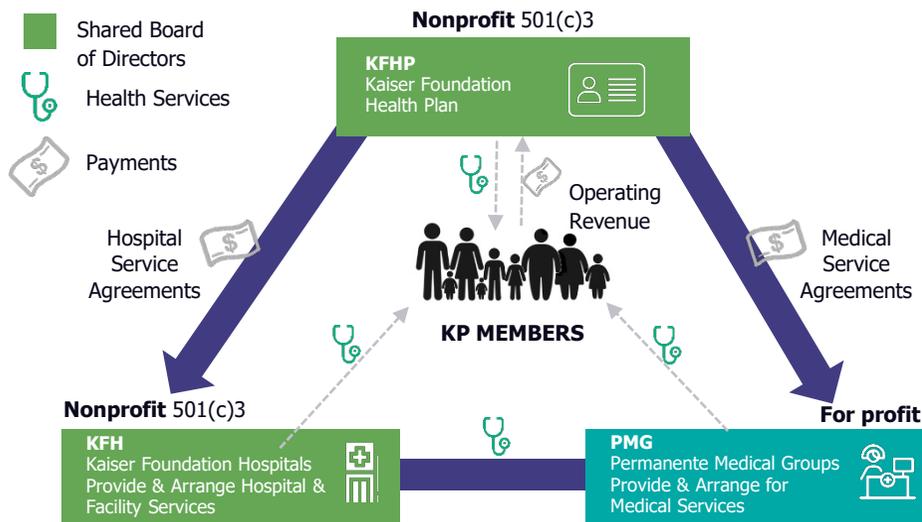
À titre d'exemple et réflexion sur la faisabilité malgré des situations complexes

La Kaiser Permanente, un modèle qui, même s'il s'avère complexe, permet l'alignement des acteurs via des incitatifs clairs et orientés au développement d'un « Value-Based Payment System » dans la rémunération des professionnels.

Financement.

Kaiser Permanente est un système de soins intégré qui a été créé en 1945 par l'association de trois organisations : (1) un plan de santé (assurance) à but non lucratif (2) des hôpitaux, (3) des groupes médicaux de soins primaires. Le modèle intégré de Kaiser Permanente permet d'aligner l'intérêt à agir des hôpitaux, des médecins et de l'assurance, pour mettre en œuvre une coordination des soins effective pour ses membres et améliorer la valeur de leurs soins. Selon le modèle Kaiser, des médecins de 1ère et de 2ème ligne partagent le même budget avec des équipes de professionnels.

Figure 08. Modèle du Kaiser Permanente.



Source : <https://bit.ly/2YA2jy9>

Rémunération des médecins. Il existe un contrat de « mariage » entre Kaiser Permanente, qui assure l'exclusivité des prestations médicales dans une seule et unique entité, et les médecins, qui ne sont pas autorisés à effectuer des prestations médicales rémunérées hors de cette organisation.

Réciproquement, les hôpitaux et le système d'assurance Kaiser n'ont pas le droit de signer des contrats avec des médecins n'appartenant pas au groupe Permanente. Les médecins sont salariés, et obtiennent jusqu'à 20 % de leur rémunération en primes, en fonction des résultats cliniques. Nous évoquons à la page précédente le développement de nouveaux indicateurs permettant l'alignement des objectifs entre les acteurs : le KP a, par exemple, une prime sur la non-activité des professionnels pour limiter les actes.

Les professionnels, étant salariés, ne sont pas sujets aux pressions du clientélisme. Ils sont directement confrontés à la nécessité, avec les ressources, de faire plus pour la collectivité des patients plutôt que pour un individu en particulier. Ainsi, les médecins participent à la maîtrise des flux financiers et aux décisions d'investissements à faire dans l'intérêt de l'ensemble des affiliés. De plus, les médecins sont salariés, mais souvent aussi actionnaires, ils ont donc un incitatif à réduire les coûts pour augmenter la marge.



Les grandes conclusions que nous pouvons tirer concernant les modèles de rémunération des professionnels dans une revue des systèmes de financement hospitalier.

- 1 Au moment de discuter le modèle de financement hospitalier, il faudra également réfléchir à son alignement avec le système de rémunération des professionnels. Les deux systèmes devraient être clairement séparés, mais avec un alignement fort dans les objectifs et dans la logique sur lesquels ils seront basés.
- 2 Le système actuel, uniquement orienté à la réalisation d'actes, conduit à une rémunération des professionnels orientée au volume. De plus, comme les établissements se financent principalement via les honoraires médicaux, nous pourrions dire qu'il existe un alignement pervers des acteurs à produire plus, ce qui constitue un possible incitatif à une surconsommation des soins. En ce sens, la question des pratiques appropriées doit être clairement introduite dans ce débat.
- 3 Le système actuel de rémunération des professionnels manque d'harmonisation, et il est très peu transparent... Les taux de rétrocessions sont fortement variables d'un établissement à l'autre et résultent d'une négociation interne entre les représentants des professionnels et l'institution. Toute cette démarche banalise l'estimation de la valorisation des actes professionnels. Une séparation de ces deux modalités de financement serait souhaitable, et apporterait plus de clarté et de transparence.
- 4 Les professionnels, bien que de différentes spécialités médicales, sont totalement interdépendants entre eux s'ils veulent garantir la bonne prise en charge de leurs patients et assurer la continuité de leurs soins. Cependant, il existe aujourd'hui une très grande disparité dans leur rémunération selon leur spécialisation, qui se voit bien souvent compensée par un fond de solidarité. Ce manque d'équité conduit à un manque de reconnaissance de certaines spécialités, et peut conduire à une problématique de vocations. Il conviendrait de remplacer cette logique de fonds de solidarité par un socle de rémunération plus équitable qui serait complété par une partie variable.
- 5 Malgré la pertinence d'une réflexion partagée sur ce sujet et des recommandations à suivre, la décision finale sur le mode de rémunération doit être fixée par le Conseil médical et son institution, car la rémunération fait aussi partie de la stratégie institutionnelle, et pourrait être un facteur de différenciation.
- 6 La législation fiscale applicable aux pratiques de l'organisation vis-à-vis de la rémunération des professionnels est un élément qui pourrait générer des distorsions.. Il conviendra donc de le regarder attentivement.

Les pays étudiés : caractéristiques clés

Les pays sélectionnés dans le cadre de cette étude comparative ont fait partie des 3 derniers à avoir implanté de manière effective des DRG dans leur modèle de financement.

4. Les pays étudiés : caractéristiques clés

Les pays étudiés : caractéristiques clés

Nous avons uniquement sélectionné des pays européens présentant les caractéristiques suivantes :

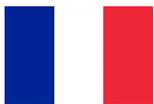
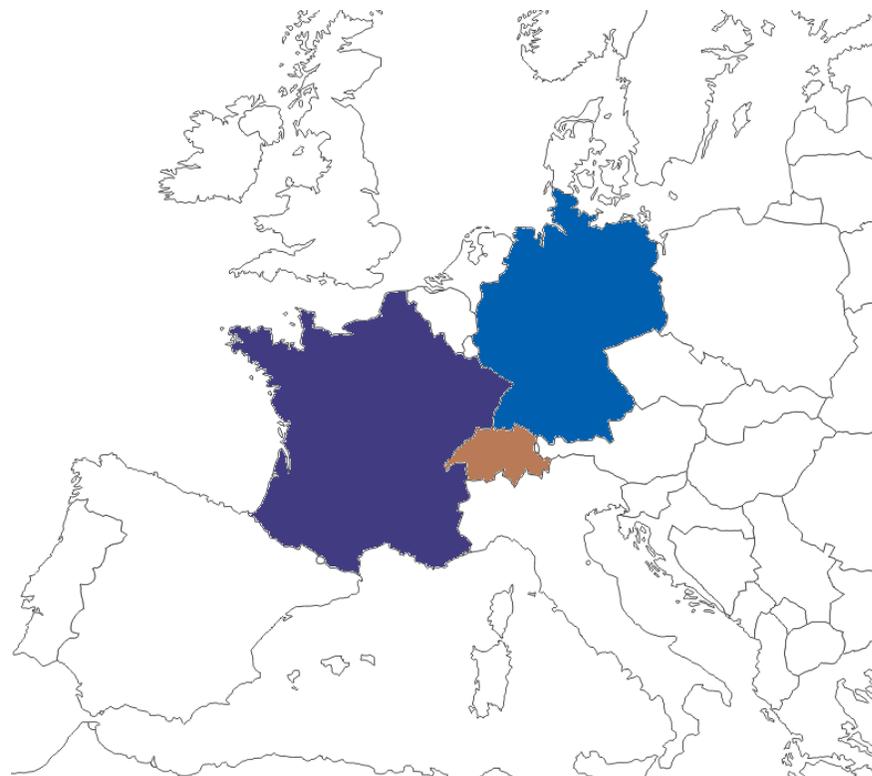
- Pays qui ont implémenté des réformes dans le secteur hospitalier sur base d'une tarification par DRG forte et qui sont parmi les dernières expériences chez nos voisins européens.
- Socio-économiquement comparables à la Belgique, ayant des enjeux liés à la santé similaires aux nôtres.
- Pays reconnus pour leur niveau de performance.
- Pays avec une régulation rigoureuse.

Nous avons sélectionné les pays suivants : l'Allemagne, la France et la Suisse.

Dans cette partie, nous introduirons donc, pour chacun de ces pays, les caractéristiques clés que nous croyons utiles pour l'étude. Nous décrirons également le processus de démarrage de l'instauration de leur système de financement.

Nous avons convenu de ne pas retenir les Pays-Bas dans cette analyse, car les spécificités inhérentes au modèle ne convergent pas vers la Belgique.

Figure 09. Les différents pays de l'étude : France, Suisse et Allemagne.



4. Les pays étudiés : caractéristiques clés

Comment s'est imposé ce système de financement en France ?

Introduction

Pour financer les soins aigus dans tous les hôpitaux, le gouvernement français a mis en place en 2004/2005 un système de paiement basé sur les DRG (appelé T2A, Tarification à l'activité). Jusque-là, les méthodes de paiement incluait des budgets globaux et le paiement à la prestation.

Depuis 2008, tous les hôpitaux et cliniques sont remboursés par le biais du système de paiement DRG, qui s'applique à tous les revenus hospitaliers (avec et sans admission) et couvre les salaires des médecins dans les hôpitaux publics et à but non lucratif. Les hôpitaux publics représentent environ 65% de l'activité hospitalière, les établissements privés à but lucratif représentent 25% de plus, et les établissements privés à but non lucratif représentent le reste. Les hôpitaux publics sont principalement financés par l'Assurance Maladie nationale (80%), l'assurance volontaire et le paiement direct des patients constituant le revenu restant. Les hôpitaux publics et privés à but non lucratif bénéficient également de subventions de recherche et de formation (jusqu'à 13 % du budget) et de soins d'urgence, d'extraction et de transplantation d'organes (en moyenne 10% à 11% additionnels du budget d'un hôpital).

Les cliniques privées à but lucratif (propriétés de particuliers ou, de plus en plus, de grandes sociétés) ont le même mécanisme de financement que les hôpitaux publics, mais avec des proportions différentes. Les honoraires des médecins sont facturés en plus du paiement par DRG, et les honoraires de paiement par DRG sont inférieurs à ceux versés aux hôpitaux publics ou sans but lucratif. Cette disparité est justifiée par les différences de taille des établissements, la combinaison des DRG desservis et les caractéristiques des patients (âge et statut socio-économique).



Comment s'est imposé ce système de financement en France ?

Processus de démarrage

En France, un système de paiement à base de DRG (appelé T2A, Tarification à l'activité) a été mis en place en 2004/2005 pour financer les soins aigus dans tous les hôpitaux. Les principaux objectifs de la réforme étaient d'améliorer l'efficacité des hôpitaux, de créer un « terrain de jeu » commun pour les paiements aux hôpitaux publics et privés, et d'améliorer la transparence de l'activité, de la gestion et de l'autonomie des hôpitaux. Jusqu'en 2005, les systèmes de financement des hôpitaux publics et privés étaient complexes, et n'étaient pas harmonisés : les hôpitaux publics disposaient de budgets globaux, principalement basés sur les coûts historiques ; les hôpitaux privés à but lucratif, qui fournissent plus de la moitié de toutes les chirurgies et un quart des soins obstétricaux, avaient un système de facturation complexe, complété par le paiement de frais pour rembourser les soins.

Les hôpitaux publics et privés ont d'abord soutenu l'introduction du paiement par DRG : les hôpitaux publics y ont vu une occasion de récompenser les plus dynamiques, et les hôpitaux privés ont vu dans le nouveau système une occasion d'améliorer leur part de marché. Toutefois, ce consensus initial sur la réforme s'est estompé au cours de sa mise en œuvre. En 2012, le ministre de la Santé nouvellement nommé a reconnu que le modèle devait être modifié pour contrer ses effets néfastes.

Dans le secteur public (hôpitaux publics et privés à but non lucratif), la part des activités remboursées par les paiements par DRG a augmenté progressivement : 10% en 2004, 25% en 2005 et 100% en 2008. En revanche, les hôpitaux privés à but lucratif sont payés en totalité avec des paiements par DRG depuis mars 2005.

Le système de classification des patients utilisé (GHM, Groupe Homogène des Malades), a d'abord été inspiré par la classification américaine (HCFA-DRG). Depuis lors, il a été modifié trois fois, passant de 600 groupes en 2004 à environ 2 300 aujourd'hui, avec quatre niveaux de gravité des cas pour la plupart des GHM. Les changements continus de classification ont créé de la confusion et réduit la comparabilité des résultats du système de paiement d'une année à l'autre. En outre, la pertinence économique de la dernière classification a été remise en question, car certains groupes sont basés sur un très faible nombre de cas par hôpital, tandis que 40 GHM couvrent plus de la moitié des cas.

Les coûts de référence se calculent à partir d'une étude nationale annuelle de coûts nationaux (ENCC), réalisée séparément pour le public et le privé. L'ENCC fournit des renseignements détaillés sur les coûts de chaque séjour à l'hôpital dans les hôpitaux qui fournissent des données, ce sur une base volontaire et selon un modèle comptable normalisé. Jusqu'en 2006, l'ENCC ne couvrait que les hôpitaux publics et privés à but non lucratif. Le nombre d'hôpitaux participants n'a cessé d'augmenter, y compris parmi les hôpitaux à but lucratif, passant de 44 en 2005 à 110 en 2012, ce qui représente environ 16 % des cas hospitaliers.

Les prix par DRG (tarifs) sont fixés chaque année au niveau national par des coûts de référence distincts pour les hôpitaux publics et privés. Toutefois, le Ministère des Solidarités et de la Santé fixe les prix finaux en tenant compte du budget global (objectifs de dépenses) du secteur hospitalier et des priorités nationales en matière de santé.

Comment s'est imposé ce système de financement en France ?

Processus de démarrage

Par conséquent, les coûts de référence sont modifiés chaque année d'une manière complexe et opaque pour calculer les taux par DRG. En outre, les tarifs sont différents pour les hôpitaux publics et privés : les tarifs pour les hôpitaux publics couvrent tous les coûts liés au séjour, tandis que ceux du secteur privé ne couvrent pas les paiements des médecins (payés sous forme de paiement à la prestation), ni les coûts des tests biologiques et de l'imagerie, qui sont facturés séparément.

L'objectif initial de convergence des prix entre les deux secteurs, qui a débuté en 2010 avec 40 DRG sélectionnés, a été arrêté en 2013 en raison de vives critiques de la part des hôpitaux publics. La difficulté de comprendre le lien entre les coûts de cotation et les tarifs a déplu aux hôpitaux, car il était difficile de prévoir l'évolution des prix et donc leur situation budgétaire d'une année à l'autre. D'autre part, l'objectif de convergence des taux, soutenu par la fédération des hôpitaux privés, a créé des tensions. Dans la pratique, la convergence s'est traduite par des réductions de prix pour les hôpitaux publics et des prix constants pour les hôpitaux privés, car les tarifs sont basés sur les coûts moyens dans les zones où le secteur privé avait un avantage concurrentiel (chirurgie ambulatoire) et avait déjà une marge bénéficiaire.

En 2009, la Cour des Comptes a noté que :

1. Le paiement aux hôpitaux basé sur les DRG était devenu un mécanisme de contrôle des coûts très opaque pour les gestionnaires et les régulateurs locaux.
2. Le suivi des ressources, des coûts et de la qualité des hôpitaux n'était pas suffisant.

Outre la nécessité d'améliorer la transparence des prix et de modifier les mécanismes de contrôle au niveau macro, la Cour des Comptes a noté la nécessité d'une simplification du système (y compris la classification), d'une meilleure communication avec les hôpitaux publics et d'un meilleur suivi des résultats.

Deuxièmement, elle a proposé de compléter le paiement fondé sur l'activité par un financement fondé sur la qualité, en particulier dans les domaines qui pourraient être sous-financés (surveillance et coordination des soins, sécurité des patients, etc.). Le modèle pilote, testé au cours de l'année scolaire 2014/15 dans environ 220 hôpitaux bénévoles, prévoit de financer jusqu'à 0,5% du budget de l'hôpital sur la base d'une série d'indicateurs de qualité. L'idée est de récompenser à la fois les résultats et les « efforts », en tenant compte des progrès réalisés au fil du temps. Cependant, la grande majorité des indicateurs se rapportent à l'organisation des soins, et non aux résultats : des indicateurs tels que le taux de réadmission ou le taux de mortalité ne sont pas surveillés, et l'information sur l'expérience des patients n'est pas recueillie.

Enfin, la pertinence des soins fournis dans le système de DRG est de plus en plus remise en question. Le paiement à base de DRG peut favoriser le développement de l'activité hospitalière, parfois au-delà de ce qui est médicalement nécessaire. Assurer l'adéquation des soins est devenu une priorité politique, et plusieurs institutions s'attaquent au problème. La Haute Autorité de Santé (HAS) a commencé à travailler à l'élaboration de guides cliniques pour certaines chirurgies et/ou traitements.

Comment s'est imposé ce système de financement en France ?

Processus de démarrage

Les variations des taux d'hospitalisation et de chirurgie entre les hôpitaux et les régions sont également suivies de plus près. Il est prévu d'adopter une approche plus contractuelle avec les fournisseurs, en donnant des signaux clairs de volume/prix pour des DRG spécifiques. L'objectif est d'affiner le système de réglementation macro-économique actuel avec des objectifs explicites en matière de volume pour certaines interventions, pour lesquelles les tarifs du DRG baisseraient une fois l'objectif atteint.

Enfin, il est reconnu que les paiements par DRG, dans leur forme de base, ne favorisent pas la surveillance et la coordination des soins et peuvent ne pas être optimaux pour les paiements liés aux patients atteints de maladies chroniques. Le système devrait être élargi au-delà des soins hospitaliers aigus et des services de réadaptation.

Pour contenir les dépenses hospitalières, le Parlement français fixe des objectifs de dépenses au niveau national (avec des objectifs distincts pour les secteurs publics et privés). Si la croissance réelle du volume total dépasse l'objectif, les tarifs sont baissés. Toutefois, l'évolution des volumes d'activité n'est pas suivie au niveau des hôpitaux individuels, mais au niveau global (secteur public, secteur privé). Par conséquent, les prix du DRG sont fixés en fonction de l'évolution globale de l'activité hospitalière (de plus en plus), indépendamment des coûts et de leur évolution au niveau d'un hôpital.

Comment s'est imposé ce système de financement en Allemagne ?

Introduction

L'Allemagne compte 2 100 hôpitaux qui fournissent des soins médicaux à plus de 17 millions de patients admis chaque année. Depuis la loi de financement des hôpitaux de 1972, les hôpitaux ont été financés par deux sources différentes (« double financement » : les investissements dans les infrastructures sont financés par les Länder (états fédérés) et les coûts de fonctionnement par les paiements des assureurs-maladie publics et privés et des patients). Les assureurs financent la plupart des coûts d'exploitation, y compris tous les coûts des biens médicaux et du personnel (à l'exception des médecins affiliés et des sages-femmes). Le financement des coûts d'exploitation est une question de négociation entre les hôpitaux individuels et les assureurs, et se fait via paiement par DRG.

En 2003, le paiement par DRG a été introduit. L'objectif principal de la réforme et de l'introduction du système de paiement par DRG était de remplacer les budgets hospitaliers basés sur l'historique, qui utilisaient le paiement par séjour comme unité de remboursement, et l'introduction d'un système de paiement plus axé sur l'activité, afin d'améliorer l'efficacité, la transparence et la qualité des soins dans les hôpitaux.

En 2009, la Loi sur la réforme du financement des hôpitaux (KHRG) a introduit d'autres changements : les tarifs de remboursement des états fédérés devaient converger vers un tarif national en 2015, et en 2012, les gouvernements des états ont eu l'occasion d'abandonner le système de double financement et d'ajuster le paiement de l'hôpital par DRG en utilisant des pondérations de coûts d'investissements.

Après une période de plus de 15 ans d'introduction et d'ajustement minutieux des DRG, le système est actuellement largement accepté et considéré comme un succès. L'évaluation du système montre qu'il a amélioré la transparence dans le secteur hospitalier et contribué à une plus grande efficacité et qualité des soins.



Comment s'est imposé ce système de financement en Allemagne ?

Processus de démarrage

En 2000, la Loi sur la réforme de l'assurance maladie a ouvert la voie au paiement par DRG. Il s'agit de la réforme la plus importante du secteur hospitalier allemand depuis l'introduction du système de « double financement » en 1972. La réforme a défini les caractéristiques fondamentales du système par DRG pour le remboursement des soins aux patients hospitalisés. Toutefois, en vertu de cette disposition, les organismes autonomes au niveau fédéral (c'est-à-dire l'Association fédérale des caisses de maladie, l'Association d'assurance maladie privée et la Fédération hospitalière allemande) avaient pour mandat de choisir (pour juin 2000), puis d'introduire, un système de remboursement fondé sur les DRG.

L'introduction du système par DRG visait à atteindre plusieurs objectifs. Tout d'abord, la principale raison de la réforme de l'ancien système était d'obtenir une répartition plus appropriée et équitable des ressources grâce à l'utilisation des DRG. D'autres objectifs connexes étaient de faciliter la mesure précise et transparente de la combinaison de cas et des niveaux de services fournis par les hôpitaux. D'autre part, on a supposé que l'efficacité et la qualité de la prestation des soins dans le secteur hospitalier augmenteraient en raison d'une meilleure documentation des processus internes et d'une capacité de gestion accrue. Par conséquent, on s'attendait à une contribution modérée à la maîtrise des coûts, en fonction d'une réduction de la durée du séjour.

Le système par DRG a été introduit en 2003, basé sur le système australien (AR-DRG, version 4.1). Le système a ensuite évolué, de sorte que le nombre de groupes est passé de 664 en 2003 à 1 318 en 2019.

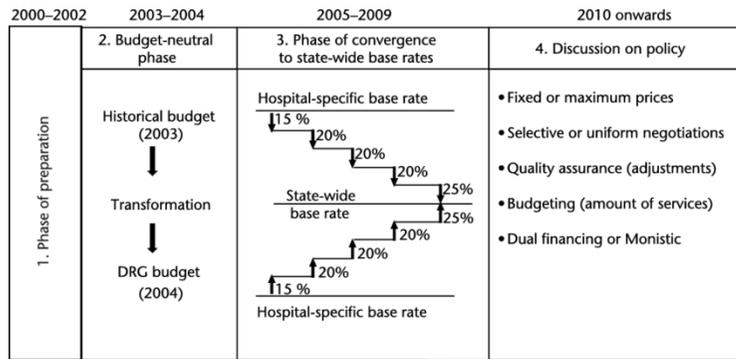
La procédure d'attribution des cas à un DRG est basée sur un algorithme de regroupement utilisant l'ensemble des données de sortie de l'hôpital pour les patients hospitalisés, qui contient : diagnostic majeur et autres diagnostics, procédures médicales, caractéristiques du patient (âge, sexe et poids - dans le cas des nouveau-nés), durée de séjour, durée de la ventilation, raison de la sortie de l'hôpital et type d'admission (p. ex. urgence, référence d'un médecin généraliste ou transfert d'un autre hôpital). Le logiciel « groupeur » attribue ces données à un DRG particulier.

Chaque DRG est affecté à l'une des 25 principales catégories de diagnostic et a une pondération des coûts fixe qui est calculée par l'Institut pour le Système de Rémunération des Hôpitaux (InEK) en fonction du coût moyen tel que documenté par un échantillon d'hôpitaux.

Comment s'est imposé ce système de financement en Allemagne ?

Processus de démarrage

Graphique 03. Phases de l'introduction du système de paiement par DRG en Allemagne.



Source : Geissler, 2011.

Quatre phases peuvent être distinguées dans le processus d'introduction des paiements par DRG :

Phase 1. Phase de préparation, de 2000 à 2002, au cours de laquelle le système AR-DRG a été sélectionné et adapté à l'environnement hospitalier allemand, en deux étapes majeures : 1) Les codes procéduraux australiens codifiés selon la CIM-9-MC ont été transformés selon les codes de procédure allemands en CIM-10-GM, et 2) Le calcul des pondérations relatives des coûts a été élaboré. En 2001, un petit nombre d'hôpitaux ont mis en place le système de paiement par AR-DRG. Les résultats ont été discutés en 2002 et les prérequis en ont été identifiés pour le développement du système, de sorte qu'à la fin de 2002, la première version du système par G-DRG a été préparée.

Pour cette première version, environ 100 hôpitaux (sur quelque 1 800 hôpitaux aigus entrés dans le système de paiement par G-DRG) ont volontairement partagé leurs données sur les coûts afin de développer le poids relatif des DRG. La première version du système G-DRG comprenait 664 DRG.

Phase 2. La deuxième phase, de 2003 à 2004, a consisté à introduire des DRG. Cette phase s'appelait neutralité budgétaire, car les hôpitaux recevaient les mêmes budgets qu'auparavant. La seule différence était que les unités de remboursement n'étaient plus par séjour, mais par G-DRG. En 2003, les hôpitaux - sur une base volontaire - pouvaient adopter le système de paiement par G-DRG (encouragés par la possibilité de négocier des budgets plus élevés), jusqu'à y être obligés en 2004.

Le passage d'un système de paiement basé sur le budget à un système de paiement fondé sur les DRG a consisté à définir les catégories de coûts dans les budgets par DRG comme des activités supplémentaires. Ces activités ont continué à être financées différemment (les soins psychiatriques, ou la formation d'étudiants en soins infirmiers, pour donner quelques exemples).

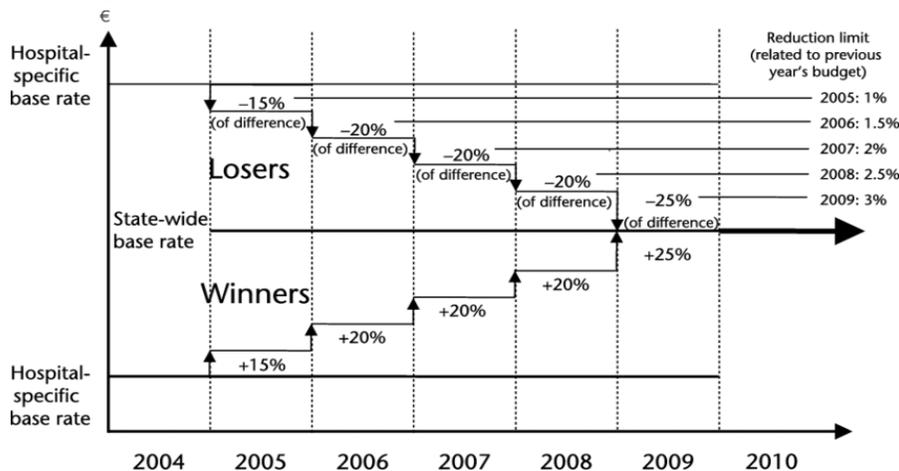
Alors que, jusqu'en 2002, le budget était basé sur un nombre convenu de jours par patient, le budget de 2003/2004 était basé sur le mélange de cas des patients (c.-à-d. le poids relatif des DRG de tous les patients). De cette façon, et pour la première fois, l'efficacité du secteur hospitalier allemand est devenue visible : il est devenu clair que les hôpitaux à faible tarifs (en raison des budgets relativement élevés établis pour leur combinaison de cas de patients) produisaient des soins comparativement moins efficaces.

Comment s'est imposé ce système de financement en Allemagne ?

Processus de démarrage

Phase 3. Au cours de la troisième phase de convergence, de 2005 à 2010, les tarifs hospitaliers individuels ont convergé vers les taux à l'échelle de l'état (un pour chacun des 16 états fédérés). Comme point de départ, les tarifs de chaque état ont été négociés pour la première fois en 2005. Ceux-ci ont été utilisés comme un mètre-étalon pour les tarifs de tous les hôpitaux dans cet état. En 2005, le tarif individuel a été déterminé à 15% de la différence avec le tarif de l'Etat, en 2006 à 35% (15% plus 20%), et ainsi de suite, jusqu'à ce que le taux de l'Etat soit atteint en 2009.

Graphique 04. Phases de convergence du système de paiement par DRG en Allemagne.



Source : Geissler, 2011

Initialement, les tarifs variaient considérablement, de 2 200 euros (principalement de petits hôpitaux dans les zones rurales) à 3 200€ (pour les grands hôpitaux urbains), ce qui reflète dans une certaine mesure les différences historiques dans leurs négociations. Dans la mesure où le système G-DRG ne tient pas compte des caractéristiques organisationnelles - telles que la taille, les différences de prix dans les fournitures ou le fait qu'il s'agisse d'un hôpital universitaire - la convergence des tarifs place les hôpitaux à faible coût sous une pression importante pour réduire les coûts.

Pour rendre la réforme plus acceptable sur le plan politique, les pertes budgétaires ont été initialement limitées à 1% en 2005 (par rapport à 2004), pour ensuite passer à 3% en 2009 (par rapport à 2008). En conséquence, tous les hôpitaux à haut tarif n'avaient pas atteint les niveaux de l'État en 2009. En 2010, cependant, les tarifs de l'État ont été appliqués à tous les hôpitaux.

Phase 4. Durant la quatrième phase de 2010/11, d'autres modifications ont été apportées au système de paiement par DRG. En particulier, celle d'un tarif unique calculé pour l'ensemble du pays. Jusqu'en 2014, les tarifs de tous les États devaient converger vers une fenêtre comprise entre 2,5% au-dessus et 1,25% en dessous.

Comment s'est imposé ce système de financement en Suisse ?

Introduction

La Suisse dispose d'un système d'assurance maladie obligatoire. Chaque citoyen doit être assuré par une compagnie d'assurance et recevoir des soins de santé de base, et peut avoir une assurance privée supplémentaire. Les compagnies d'assurance appartiennent à des intérêts privés et couvrent toutes les dépenses liées aux soins ambulatoires, tandis que les coûts des soins hospitaliers sont répartis entre les compagnies d'assurance et les cantons.

Le Parlement suisse a adopté en 2007 une loi visant à faire passer le système de remboursement d'un système de paiement par séjour à un système de paiement prospectif basé sur les DRG (SwissDRG), qui a finalement été introduit en 2012. Cependant, certains cantons avaient mis en place le remboursement par SwissDRG quelques années plus tôt, progressivement, comme dans d'autres pays (par exemple l'Allemagne). Comme d'autres systèmes de paiement basés sur les DRG, le système SwissDRG rembourse les hôpitaux pour les soins hospitaliers aux patients aigus à un tarif fixe par cas. Chaque admission à l'hôpital est attribuée à un groupe en fonction de critères spécifiques partagés par toutes les personnes du groupe (p. ex. diagnostic primaire, diagnostics secondaires, traitements et degré de gravité), auquel correspond une pondération des coûts. La rémunération est calculée en multipliant le poids des coûts de la SwissDRG avec le taux fixé par les cantons locaux. Contrairement au système de paiement par séjour, le système SwissDRG offre des incitations à l'enregistrement précoce des patients, ce qui se traduit par un séjour plus court à l'hôpital et des coûts réduits.

Pour les prestations couvertes par le système de santé et facturées par le système de paiement par DRG, les hôpitaux reçoivent environ la moitié (45 % à 55 %) des fonds via les assureurs. L'autre moitié est couverte par les cantons et les municipalités, ou, dans le cas des prestations supplémentaires, par l'assurance maladie privée.

Les cantons sont responsables de la planification et du financement des hôpitaux, et sont légalement tenus de coordonner cette planification avec d'autres cantons. En 2012, parallèlement à l'introduction du système de paiement par DRG, la libre circulation des patients entre les cantons a été autorisée, réduisant ainsi la fragmentation cantonale. Les mécanismes de rémunération dépendent des contrats d'assurance. Par conséquent, le paiement par prestation pour les soins hospitaliers non couverts par le système de santé public est toujours possible. Les médecins hospitaliers reçoivent souvent un salaire, et les médecins des hôpitaux publics peuvent recevoir des paiements supplémentaires pour les soins aux patients ayant une assurance privée.



Comment s'est imposé ce système de financement en Suisse ?

Processus de démarrage

Les modifications apportées à la Loi fédérale sur l'assurance maladie (KVG/LAMal) relatives aux fonds hospitaliers, entrées en vigueur le 1er janvier 2009, ont créé un cadre juridique pour les paiements standardisés pour les soins hospitaliers sur la base des DRG.

En 2007, le Parlement suisse a adopté la nouvelle loi de financement des hôpitaux, qui comprend une structure tarifaire basée sur les DRG qui a été introduite dans tout le pays en 2012. Un cadre organisationnel (SwissDRG AG) a été créé et le gouvernement fédéral suisse lui a ordonné de développer et de mettre en œuvre un système de financement des hôpitaux basé sur les DRG. Les activités de SwissDRG se sont concentrées principalement sur des questions techniques liées à l'adaptation des algorithmes de classification et à la définition de pondérations de coûts appropriées pour le système de santé suisse. Dans le même temps, l'ensemble des données de sorties de toutes les hospitalisations dans les hôpitaux suisses relevées par l'Office fédéral de la statistique (*Medizinische Statistik der Krankenhäuser*) a été modifié pour inclure toutes les données nécessaires à la classification des diagnostics et des procédures et le regroupement de DRG à l'aide du « groupeur » SwissDRG. La classification SwissDRG est basée sur le système allemand G-DRG.

Depuis le 1er janvier 2012, les soins aigus pour les patients hospitalisés sont financés conformément à un système national uniforme (le système SwissDRG) d'honoraires payés en fonction du regroupement diagnostique des cas (DRG).

Dans un système par DRG, les cas hospitaliers sont regroupés sur la base de critères médicaux et économiques pour créer des groupes (DRG) aussi homogènement que possible. Chaque sortie est attribuée à une DRG spécifique basée sur des critères médicaux (diagnostic, traitement, etc.) et d'autres (âge du patient, etc.). Ces DRG sont les mêmes dans toute la Suisse.

Le poids des coûts d'une DRG spécifique reflète le coût moyen du traitement par rapport aux autres DRG couverts par la structure tarifaire. Les pondérations des coûts sont calculées à l'aide des données de cas provenant d'hôpitaux sélectionnés. Les tarifs sont convenus entre assureurs et prestataires de soins et approuvés par le canton responsable. S'ils ne peuvent pas s'entendre sur une redevance, elle est fixée par le canton.

Les DRG et la pondération des coûts sont définis de manière standardisée dans toute la Suisse et constituent ensemble la structure tarifaire du système de financement. La formulation de la structure tarifaire au niveau national et son examen annuel sont l'une des principales missions de SwissDRG AG. La structure tarifaire doit être soumise au Conseil fédéral pour approbation.

SwissDRG AG a également développé le système de paiement des soins psychiatriques, et est en train de créer des structures tarifaires uniformes au niveau national pour les centres de réadaptation. Cela signifie qu'à l'avenir, il y aura des systèmes tarifaires uniformes qui régiront le paiement des soins hospitaliers fournis par les hôpitaux dans les trois domaines (soins aigus, réadaptation et psychiatrie).

Comment s'est imposé ce système de financement en Suisse ?

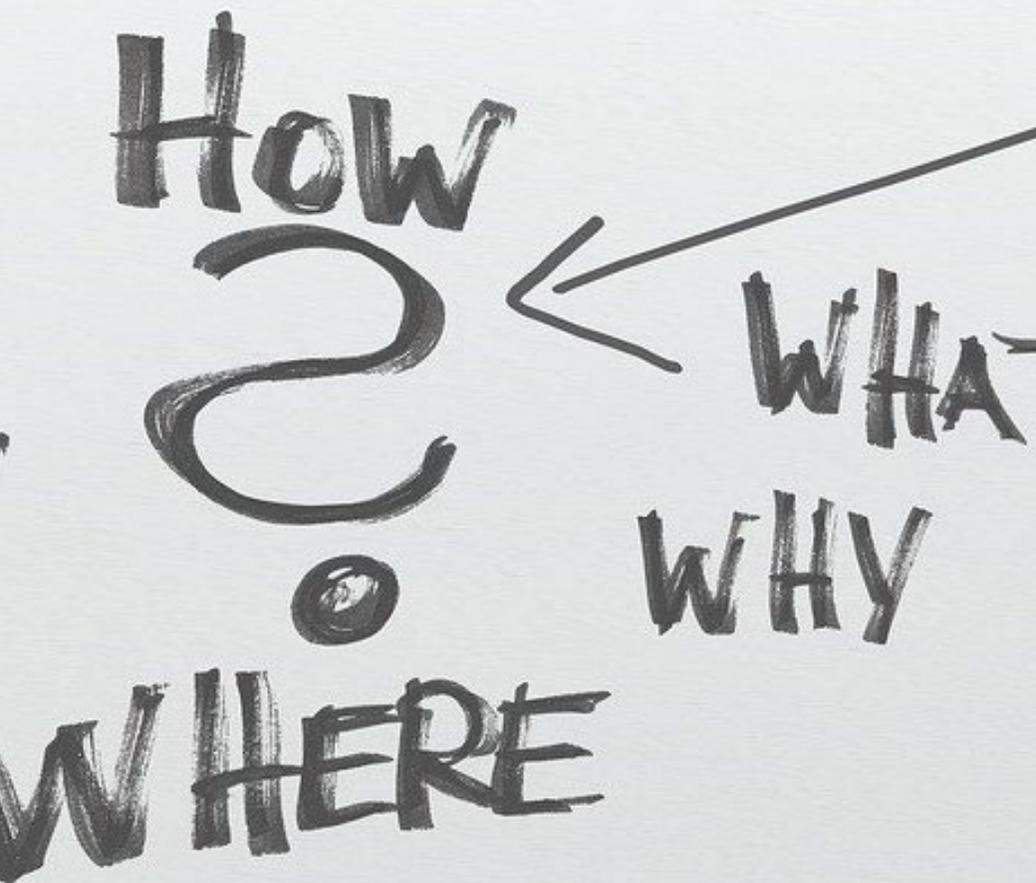
Processus de démarrage

SwissDRG AG est responsable de l'élaboration, du développement, de l'ajustement et de l'entretien du système par DRG pour la rémunération des soins hospitaliers. Ses actionnaires sont la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), Hôpitaux de Suisse (H+), assureurs-maladie suisse (santésuisse), la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et la Fédération des médecins suisses (FMH). Depuis 2014, SwissDRG AG finance et coordonne également le développement et l'introduction du système de remboursement des prestations de psychiatrie et de réadaptation.

En février 2018, le Département fédéral de l'intérieur a décidé que les six groupes d'interventions suivants ne seraient remboursés que s'ils étaient effectués en ambulatoire :

1. Chirurgie unilatérale des varices des jambes
2. Procédures sur hémorroïdes
3. Chirurgie unilatérale d'hernie inguinale
4. Examens/interventions dans le col de l'utérus ou l'utérus
5. Arthroscopie du genou, y compris la chirurgie arthroscopique sur le ménisque
6. Chirurgie des amygdales et des adénoïdes.

L'objectif de cette décision est de créer des règlements uniformes pour toutes les personnes assurées en Suisse qui subissent ces procédures. De plus, un plan est en cours d'élaboration pour surveiller l'évolution du nombre d'interventions hospitalières et externes, afin d'évaluer l'impact de la réforme. Cela fait partie d'une évaluation plus large qui sera réalisée au cours des trois prochaines années, qui évaluera l'impact de la réforme sur les patients, les fournisseurs de services et les assureurs, en termes de qualité et de coûts. Par la suite, la décision sera prise d'élargir ou non la liste des interventions chirurgicales ambulatoires. Dans le même temps, certains cantons (notamment l'Argovie, Lucerne, le Valais, le Zoug et Zurich) ont déjà présenté leur propre liste, comprenant plus d'interventions que les six mentionnées ci-dessus.



L'analyse transversale des problématiques

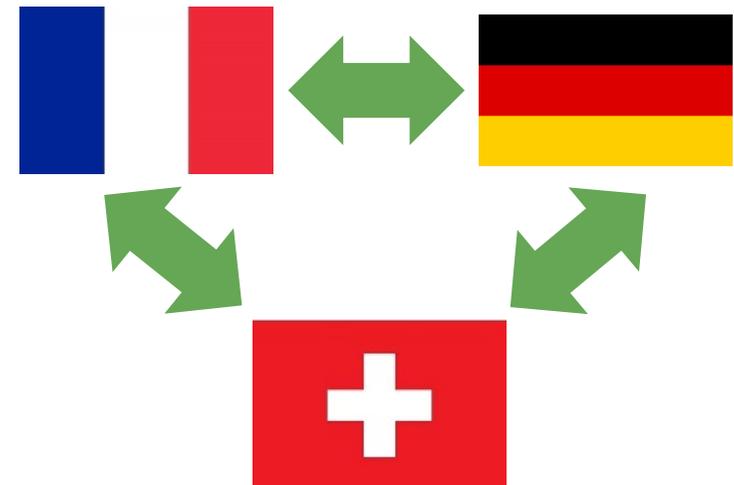
Une analyse comparative des 3
pays de l'étude sur base de 9
critères identifiés comme clés,
les pays y ayant apporté des
réponses différentes

L'analyse transversale des problématiques

L'objectif de cette partie est de faire une analyse comparative des modèles de financement des hôpitaux - basés sur les DRG - en France, en Allemagne et en Suisse. Pour chaque pays, les éléments suivants sont analysés :

1. Objectifs et résultats obtenus (désirés et indésirables)
2. Produits/activités exclus
3. Traitement des *outliers* et des cas lourds et complexes
4. Modèle de financement des séjours moyens et longs, de la santé mentale et des soins ambulatoires
5. Financement d'investissements importants (rénovations majeures, construction de nouveaux centres, équipements à coût élevé)
6. Activité médicale
7. Financement des prestations non-médicales
8. Contrôle de la qualité de la codification
9. Systèmes de pénalité ou d'incitation

Figure 10. Une analyse comparative de 3 pays : France, Suisse et Allemagne.



Les points clés de l'analyse transversale France

- En France, les conséquences de la mise en œuvre du système de financement par DRG ont été l'augmentation de l'activité, la diminution de la mortalité, l'augmentation des admissions, la diminution de la durée moyenne de séjour, l'amélioration de la productivité et l'augmentation de la mauvaise codification. Assurer l'adéquation des soins est devenu une priorité politique.
- La transparence du système de financement par DRG est l'un des éléments les plus appréciés. L'opacité dans le calcul des tarifs par DRG est un point d'amélioration en attente.
- Le système de financement ne favorise pas la surveillance et la coordination des soins et ne semble pas être optimal pour le paiement des soins aux patients atteints de maladies chroniques.
- Les paiements de prestations sont problématiques, car on soupçonne qu'ils sont utilisés comme un mécanisme pour couvrir les déficits d'efficacité réels des hôpitaux publics.
- L'innovation est protégée : il y a un paiement supplémentaire pour les médicaments innovants et coûteux et les dispositifs médicaux. Les technologies et procédures médicales novatrices qui attendent d'être incluses dans le système sont financées par des programmes de recherche.
- Les activités de psychiatrie et de réadaptation devraient également être financées par le système de DRG entre 2020 et 2022.
- Il existe un système de surveillance de la qualité très intéressant. Tous les résultats sont communiqués publiquement.

5. L'analyse transversale des problématiques



Les points clés de l'analyse transversale Allemagne

- En Allemagne, le système de financement par DRG a été mis en œuvre en quatre phases : préparation, introduction des DRG, convergence des tarifs dans chaque Etat et convergence vers les tarifs nationaux.
- Les DRG ont partiellement réussi l'objectif de contenir les coûts. Cependant, les DRG à eux seuls ne sont pas une mesure suffisante de contrôle des dépenses. Le concept de soins intégrés est de plus en plus utilisé pour tenter d'y parvenir. Cependant, contrairement aux DRG, son degré de développement est très hétérogène dans le pays et ne dispose pas d'une nomenclature dédiée.
- De plus en plus, à chaque nouvelle version des DRG, celles-ci ne sont pas définies en fonction du diagnostic sous-jacent, mais seulement en fonction de la procédure effectuée (l'intervention principale). Cela crée une incitation à effectuer des procédures complexes pour pouvoir les facturer, indépendamment des besoins du patient.



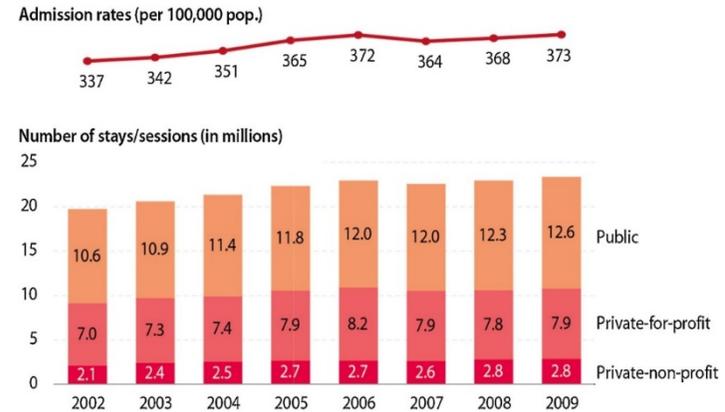
Les points clés de l'analyse transversale Suisse

- Le système SwissDRG est largement accepté et considéré comme un succès. L'évaluation du système montre qu'il a amélioré la transparence dans le secteur hospitalier et contribué à une plus grande efficacité et qualité des soins.
- Il existe une entreprise à but non lucratif (SwissDRG AG), à laquelle le gouvernement suisse délègue la responsabilité de l'élaboration, du développement, de l'ajustement et de l'entretien du système par DRG.
- Des structures tarifaires uniformes ont également été créées au niveau national pour les soins psychiatriques et des tarifs sont en cours d'élaboration pour les services de réadaptation (TARPSY et ST Reha, respectivement).
- Il y a une rémunération supplémentaire pour les médicaments et les traitements coûteux. Comme en France et en Allemagne, il existe des fonds spécifiques pour financer ces nouveaux diagnostics ou traitements qui attendent d'être inclus dans le système (période pouvant durer jusqu'à cinq ans).

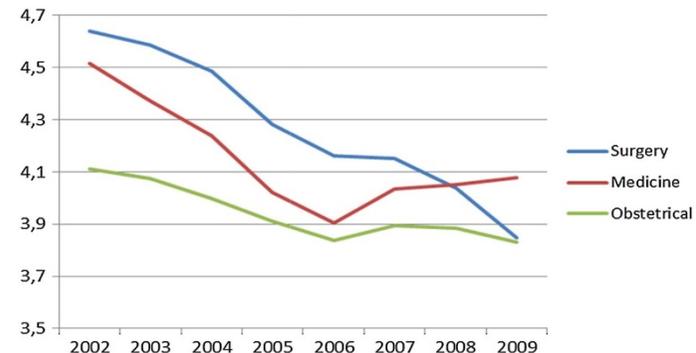
Les objectifs et résultats obtenus (désirés et indésirables) dans les différents pays de l'étude
France

Augmentation de l'activité hospitalière. Les données disponibles suggèrent que l'activité hospitalière (nombre de sorties) a augmenté régulièrement depuis l'introduction du système de paiement par DRG, bien que les hôpitaux publics et privés aient suivi des stratégies différentes. Dans les hôpitaux publics, le nombre de sorties et de sorties ajustées en fonction de la complexité, a considérablement augmenté entre 2004 et 2009, et pour toutes sortes d'activités (médecine, chirurgie, obstétrique), bien qu'un peu plus en chirurgie. Dans les hôpitaux privés à but lucratif, il y a eu une forte augmentation des prises en charge en chirurgie ambulatoires, avec parallèlement une réduction des hospitalisations chirurgicales et des cas obstétricaux et médicaux. Bien que le secteur public ait amélioré sa part de marché en chirurgie, le secteur privé (traditionnellement spécialisé en chirurgie élective) demeure le premier producteur de chirurgie ambulatoire payés en fonction du regroupement diagnostique des cas (DRG).

Graphique 05. Evolution du nombre de sorties, 2002-2009.



Graphique 06. Séjour moyen (en jours) pour les admissions en chirurgie, obstétrique et médecine.



Source : Or et coll., 2014.

Les objectifs et résultats obtenus (désirés et indésirables) dans les différents pays de l'étude France

Mortalité et réadmission. Une étude récente suggère que les taux de réadmission à 30 jours pour les affections médicales courantes, comme les accidents vasculaires cérébraux et l'infarctus du myocarde, mais aussi le cancer du côlon et la chirurgie de la hanche ont augmenté au cours de la période 2007-2009. Cependant, le taux de mortalité hospitalière à 30 jours, dans les mêmes conditions, montre une baisse constante entre 2002 et 2009, comme cela a été le cas dans d'autres pays européens.

Amélioration de la productivité dans les hôpitaux du secteur public. À l'échelle mondiale, il semble y avoir un changement positif dans la productivité du secteur public. Le nombre d'hôpitaux publics déficitaires a diminué. La durée moyenne des séjours a diminué, en particulier pour les cas susceptibles d'être opérés en ambulatoire, tandis que la réduction est moins prononcée dans les cas médicaux et obstétricaux. Dans les hôpitaux publics, l'efficacité technique a également augmenté : il y a eu une augmentation significative de la production pondérée par la complexité entre 2005 et 2009, tandis que le nombre total d'employés hospitaliers n'a augmenté que modérément. En revanche, dans le secteur privé à but lucratif, le niveau de production pondéré a légèrement diminué en raison de la diminution des hospitalisations (plus pondérées dans le taux de production). Dans tous les secteurs, une meilleure codification des activités et des changements dans les habitudes de codification (optimisation de la codification des comorbidités) ont pu avoir un impact sur le taux de production plus élevé. Toutefois, l'écart croissant entre les secteurs publics et privés dans l'indice de production (depuis 2007) indique des tendances différentes dans la combinaison des cas entre les deux secteurs.

Mauvaise codification. Étant donné que la classification des patients par DRG détermine les admissions à l'hôpital, il existe de fortes incitations perverses pour les hôpitaux à « optimiser » leurs pratiques de codification. En 2006, un an après l'introduction du paiement par DRG, les vérifications des caisses d'assurance maladie ont démontré que la codification de certaines procédures ambulatoires en tant que procédures d'hôpital de jour était un véritable problème. Ce problème a été résolu en 2007 par un décret décrivant les procédures qui sont effectuées en ambulatoire et ne doivent pas être codées comme des procédures d'hôpital de jour. En outre, des contrôles externes de la qualité des données au niveau régional ont montré qu'un grand nombre d'hôpitaux classaient les patients - intentionnellement ou non, dans des groupes plus coûteux. Entre 2006 et 2009, les trois quarts des hôpitaux ont été audités au moins une fois et, parmi eux, la moitié l'a été plus d'une fois. En 2006, plus de 60 % des séjours hospitaliers (plus de 80 % des épisodes ambulatoires) comportaient une erreur de codification ou une incohérence dans les procédures facturées. Si une codification intentionnelle était détectée, les hôpitaux pouvaient être soumis à des sanctions économiques pouvant atteindre 5% de leur budget annuel. Les recettes récupérées via ces pénalités se sont élevées à 51 millions d'euros en 2008 et à 23 millions d'euros en 2010.

Demande induite. Il est difficile de prouver quelle demande est justifiée et quelle demande peut être induite. Une partie de l'augmentation de l'activité s'explique par l'augmentation de la demande due au vieillissement de la population et à la diffusion de nouvelles interventions, mais aussi par l'amélioration de la codification de l'activité hospitalière. Cependant, la forte augmentation des taux standardisés par âge de certaines interventions et procédures électives qui sont rentables (comme les cataractes, les endoscopies, etc.) par rapport aux taux de substitution de la hanche (intervention difficile à induire) suggère l'existence d'une demande induite.



Les objectifs et résultats obtenus (désirés et indésirables) dans les différents pays de l'étude Allemagne

Mauvaise codification. Le revenu de chaque hôpital dépend du nombre et de la valeur des prestations fournies. Cela peut inciter les hôpitaux à coder plus de prestations ou des prestations mieux remboursées que celles qui sont réellement fournies. Les commissions d'examen médical des assureurs cherchent à détecter ces mauvaises pratiques de codage en examinant des cas individuels choisis au hasard.

Sélection défavorable. La sélection défavorable est contraire au rôle des hôpitaux, en particulier dans les zones rurales. Le catalogue tarifaire est mis à jour chaque année pour tenir compte des coûts réels des traitements en milieu hospitalier. Il s'agit là d'une méthode systémique pour éviter la sélection défavorable, car le poids des coûts varie d'une année à l'autre. Cette approche rend impossible de prévoir les marges de contribution des DRG pour certains traitements à long terme et réduit les incitations à ajuster les capacités en conséquence, d'autant plus que la prestation de soins spécifiques aux hôpitaux dépend souvent d'infrastructures spéciales et peut nécessiter des changements organisationnels.

Sortie précoce. Les risques de sortie précoce afin de réduire les coûts ont été bien documentés depuis l'introduction des systèmes par DRG. Le système par DRG tente d'éviter une sortie précoce en appliquant deux instruments principaux. La première est la mise à jour annuelle du catalogue tarifaire, le recalcul des pondérations des coûts et la réduction des points pour le remboursement des valeurs aberrantes, qui visent à réduire les incitations à l'enregistrement anticipé en remboursant correctement les soins coûteux, ainsi qu'en déduisant les paiements pour les valeurs extrêmes à court terme. Deuxièmement, la réadmission à 30 jours pour la même cause est remboursée par le DRG d'origine et les hôpitaux ne reçoivent pas de paiement supplémentaire. Cette approche pénalise financièrement les sorties précoces, du moins si elles conduisent à des réadmissions.

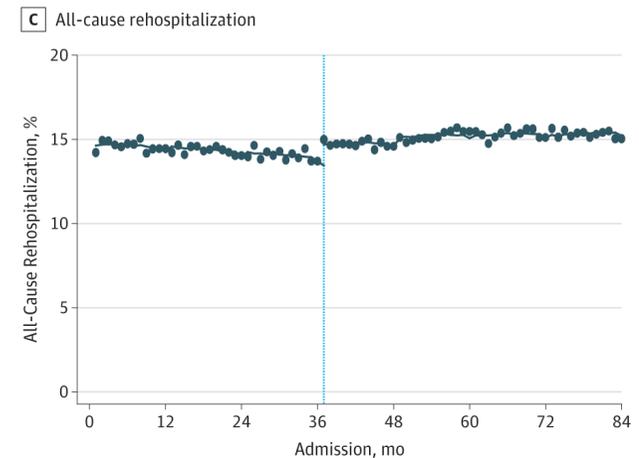
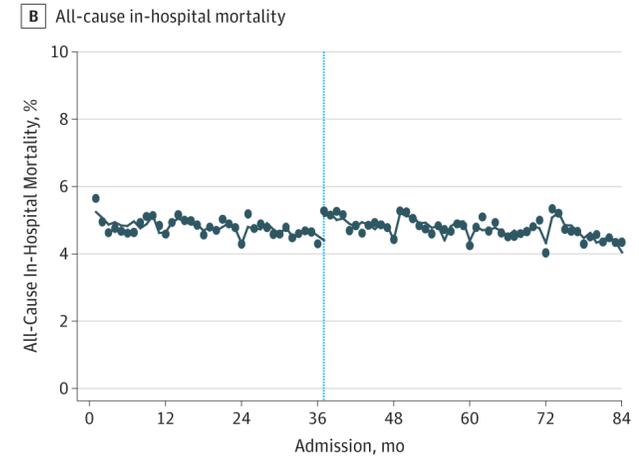
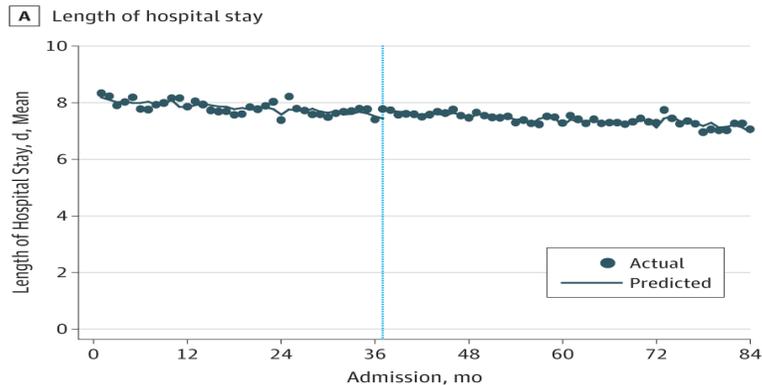


Les objectifs et résultats obtenus (désirés et indésirables) dans les différents pays de l'étude Suisse

Trois études récentes ont évalué l'impact du système de financement swissDRG sur la durée de séjour, la mortalité et la réadmission dans les hospitalisations d'adultes. Des études ont montré que l'introduction du système de financement par DRG a impliqué :

- Augmentation du nombre d'hospitalisations
- Augmentation du coût par cas
- Diminution de la durée moyenne de séjour
- Diminution de la mortalité
- Augmentation des admissions

Graphique 07. Evolution de la durée moyenne de séjour, de la mortalité à l'hôpital et de la réadmission, Suisse, 2002-2009.



Les produits et les activités exclus France

Médicaments à l'hôpital. Comme mentionné précédemment, les tarifs par DRG couvrent à la fois les frais médicaux et les frais de pharmacie. Cependant, depuis 2005, un paiement supplémentaire est disponible pour les médicaments et les dispositifs médicaux innovants et coûteux. Les hôpitaux reçoivent, contre facture, un financement de l'assureur public pour les médicaments les plus chers, à partir d'une liste établie à l'échelle nationale par le Ministère de la Santé (115 médicaments en décembre 2014). L'objectif est d'assurer l'accès à des médicaments innovants sans créer une hétérogénéité significative dans le coût par séjour. La traçabilité financière des éléments de la liste est obligatoire pour la facturation. Les critères définis par les autorités pour l'inscription et le retrait comprennent l'utilisation prévue du médicament, l'avantage médical et son amélioration, la fréquence et les coûts du médicament dans les séjours à l'hôpital, et l'égalité de traitement des produits comparables. Tous les hôpitaux publics et privés dotés de services médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux en France sont éligibles à ce financement supplémentaire. L'assureur public rembourse les médicaments sur la liste en dehors du paiement par DRG jusqu'à un prix convenu par le Comité Français sur les prix des produits sanitaires et des sociétés pharmaceutiques, appelé « tarif de responsabilité ». Le gouvernement français ne réglemente pas le prix d'achat des médicaments dans les hôpitaux : c'est aux hôpitaux de négocier avec les compagnies pharmaceutiques un prix qui est dans la limite de remboursement. De plus, si le prix d'achat est inférieur au tarif de responsabilité, les hôpitaux recevront la moitié de la différence entre le prix d'achat réel et le taux, soit une rétrocession de la marge bénéficiaire.

Par ailleurs, les hôpitaux doivent respecter une entente avec l'assureur public sur « l'utilisation appropriée des soins de santé » pour que leurs prestations soient entièrement remboursées. Le cas des dispositifs médicaux implantables est similaire : ils sont inclus dans une liste prédéfinie et sont entièrement remboursés par l'assurance publique.

Mais si cette politique d'égalité d'accès aux soins innovants est un pas en avant, l'émergence continue de nouveaux produits sur le marché et la généralisation de leur utilisation a pour conséquence de pousser les Agences régionales de santé et le Ministère des Solidarités et de la Santé à tenter de limiter l'extension des listes de médicaments coûteux et de dispositifs médicaux implantables.

Nouvelles technologies. Les technologies et procédures médicales innovantes qui attendent d'être inscrites sont financées par deux programmes de recherche : le programme hospitalier de recherche clinique, principale source de financement public pour les projets de recherche clinique, qui évalue l'efficacité des nouvelles stratégies de traitement, et le programme de recherche médico-économique, financé par un fonds de soutien à l'évaluation économique, qui évalue l'efficacité de l'innovation.

Suppléments. Certaines activités médicales (dialyse, avortement, soins palliatifs, etc.) sont financées sous forme de paiements supplémentaires par DRG, appelés suppléments. Plus précisément, pour la dialyse, elle peut être financée de deux façons dans les hôpitaux français : soit dans un DRG « pour la dialyse en cours » quand un patient est hospitalisé uniquement pour la dialyse, ou dans un DRG « hors dialyse » (frais de supplément de dialyse) quand un patient est hospitalisé pour une autre raison plus grave que la dialyse, et que la dialyse se produit pendant le séjour.

Les produits et les activités exclus France

Les tarifs des suppléments de dialyse sont les mêmes que les tarifs de dialyse par session pour chaque type de DRG dialyse. C'est également le cas pour les séances de radiothérapie pour ceux dont l'admission ne concerne pas le cancer.

USI. Récemment (décret n°2017-247 du 27 février 2017), de nouvelles modalités de financement ont été introduites pour les unités de soins intensifs et intermédiaires (réanimation, soins intensifs, soins intensifs néonataux, réanimation néonatale). Ces unités sont caractérisées par des coûts fixes importants, en raison de leurs besoins opérationnels et de l'activité fluctuante résultant de situations d'urgence. Auparavant, les soins aigus étaient financés par des paiements quotidiens supplémentaires aux DRG, à condition que plusieurs critères soient remplis (approbation officielle de l'unité, procédures effectuées pendant la visite et niveau de gravité du patient). Ce mode de financement a entraîné une grande instabilité financière. Avec le nouveau modèle, l'attention critique est maintenant financée par un modèle mixte, qui combine le paiement basé sur l'activité avec une redevance annuelle fixe basée sur la taille des unités qui fournissent ces soins et leur activité au cours de l'année précédente. Ces frais annuels assurent un montant stable de ressources qui couvrent les coûts fixes de ces unités.

Autres. Les actes qui doivent être effectués en milieu hospitalier mais qui ne nécessitent pas d'hospitalisation (endoscopie sans anesthésie, observation en milieu hospitalier, administration de produits et services en milieu hospitalier, etc.) sont financés par des forfaits regroupés sous le nom de « sécurité et environnement hospitalier ».

La réanimation est facturée sur la base de suppléments quotidiens standards. Il y a aussi des frais supplémentaires pour les consultations ambulatoires et les visites aux urgences. La gestion des activités d'enlèvement et de transplantation d'organes suit les mêmes méthodes de financement par sommes annuelles. Enfin, des règles de financement spéciales s'appliquent aux hôpitaux des zones de faible densité géographiquement éloignées qui, autrement, seraient pénalisés en raison d'un faible volume d'utilisation.



Les produits et les activités exclus Allemagne

Médicaments à l'hôpital. Des frais supplémentaires couvrent certains médicaments à coût élevé ou des soins complexes. Les frais supplémentaires sont utilisés en raison du manque de données suffisantes pour le calcul des coûts de certaines DRG et de l'adéquation limitée (en termes de ce que les coûts réels reflètent) des pondérations actuelles des coûts. Ces frais supplémentaires sont généralement calculés uniformément dans toute l'Allemagne, même si certains sont négociés hôpital par hôpital.

Nouvelles technologies. En outre, les parties contractantes sont autorisées à négocier des remboursements supplémentaires dans le cas de prestations hautement spécialisées, à condition qu'il puisse être démontré que la prestation en question ne peut pas encore être remboursée de manière adéquate par le biais de DRG ou de frais supplémentaires. Il existe également un certain nombre de surtaxes qui sont négociées entre les parties contractantes et qui sont particulièrement pertinentes pour les hôpitaux qui utilisent des traitements nouveaux et novateurs. Par exemple, il est possible de négocier des frais pour des procédures de diagnostic et de traitement novatrices, et même d'exclure certains établissements spéciaux et services hospitaliers, en les finançant par des tarifs négociés individuellement.

Étant donné que le financement par DRG est basé sur des données rétrospectives, le délai existant peut constituer un obstacle majeur à l'adoption des nouvelles technologies.

Pour combler ce manque à gagner, un règlement a été introduit avec deux objectifs principaux : premièrement, combler l'écart de financement, fournir un budget supplémentaire (et non DRG) pour les nouvelles technologies et, d'autre part, utiliser les données générées pendant ce délai de latence pour accélérer le processus d'inclusion de ces technologies dans le système régulier de remboursement par DRG.



Les produits et les activités exclus Suisse

Une rémunération supplémentaire est disponible pour certaines prestations qui ne peuvent pas être suffisamment financées par les frais du système SwissDRG, sous la forme d'un paiement à la prestation.

Une rémunération supplémentaire est utilisée pour payer les médicaments coûteux, les produits sanguins, les implants ou les méthodes de soins intensifs qui apparaissent dans diverses DRG. Il doit s'agir d'une prestation clairement définissable et ponctuelle, qui n'appartient pas à un DRG spécifique et génère un coût supplémentaire important au sein de la DRG. Une compensation supplémentaire aide à maintenir la clarté du système DRG et réduit la création de nouveaux DRG.

Les médicaments, les implants et l'équipement médical dont le prix est supérieur à 1 000 francs doivent être comptabilisés comme des coûts individuels dans les cas cliniques. L'objectif est de parvenir à une répartition plus équilibrée : une réduction des sous-paiements pour les cas coûteux, et des surévaluations des cas moins exigeants.

Le système SwissDRG exclut les coûts de recherche, de formation universitaire et les coûts de garantie de la disponibilité géographique de la capacité hospitalière.

La gestion des *outliers* et des cas lourds et complexes
France

Il y a des modulations aux tarifs des DRG quand la durée du séjour est au-dessus ou en-dessous de ce qui est considéré comme standard dans chaque GHM. Un supplément est versé pour chaque jour au-delà de la limite supérieure (EXH), une réduction est effectuée (au forfait ou par jour) lorsque le séjour est plus court que la limite inférieure définie pour le GHM (EXB).

La gestion des *outliers* et des cas lourds et complexes
Suisse

La durée du séjour à l'hôpital est calculée pour chaque DRG. Les cas dont la durée de séjour se situe entre les limites inférieures (LIDS) et supérieures (LSDS) de cette durée sont considérés comme normaux (*inliers*). Les patients dont l'hospitalisation est plus courte que la durée minimale sont des patients *low-outliers* et ceux dont l'hospitalisation est supérieure à la durée maximale sont des patients *high-outliers*. La durée moyenne de l'hospitalisation est la durée moyenne pendant laquelle tous les cas de cette DRG restent à l'hôpital.

La gestion des *outliers* et des cas lourds et complexes
Allemagne

Une méthode mathématique de « *trimming* » est appliquée pour prendre en compte les cas extrêmes. Étant donné que les systèmes par DRG tentent de traduire les cas d'hospitalisation en groupes médicalement cohérents et fondés sur les coûts, les valeurs extrêmes sont exclues pour calculer le poids des coûts. Les « *inliers* » sont les cas qui sont traités dans un intervalle de temps défini entre une valeur basse et une valeur haute, et correspondent aux cas moyens. Une fois que les données ont été affinées avec des contrôles de plausibilité, les coûts moyens des cas *inliers* sont déterminés pour chaque DRG. Pour ce faire, les coûts moyens des cas *inliers* pour les DRG en question sont divisés par la valeur de référence pour l'année correspondante. La valeur de référence, définie comme la moyenne arithmétique des coûts de tous les cas *inliers*, est calculée comme la somme des coûts pertinents du DRG divisé par la somme du *case-mix* en Allemagne.

Graphique 08. Réductions et suppléments liés à la durée du séjour en Allemagne.



Modèle de financement des séjours moyens et longs, de santé mentale et de soins ambulatoires France

Moyens et longs séjours. Les USLD (unités de soins de longue durée) sont des centres de santé qui s'occupent de patients, quel que soit leur âge, ayant des besoins médicaux importants. Les coûts liés à la médicalisation générale de l'USLD (frais de personnel, achat de produits pharmaceutiques, équipement nécessaire aux soins, etc.) sont payés par l'assureur public. Les frais médicaux personnels (consultations médicales, médicaments, etc.) sont payés par les patients eux-mêmes. Les hôpitaux de réadaptation ont un système de paiement prévisionnel basé sur la durée du séjour et l'intensité des soins.

Santé mentale. Les services psychiatriques offrent des soins publics de santé mentale aux patients hospitalisés et aux patients ambulatoires, et sont habituellement coordonnés par un hôpital spécialisé en santé mentale. Ces soins sont financés sur la base d'un budget annuel prévisionnel, tout comme les hôpitaux psychiatriques privés. Un système d'information (Recueil d'informations médicales en psychiatrie) a été mis en place, mais le mécanisme de paiement (Valorisation de l'activité en psychiatrie) est toujours en cours d'élaboration. Les soins ambulatoires fournis par des médecins de première ligne ou des psychiatres indépendants sont payés par paiement à la prestation. Les consultations en psychothérapie fournies par d'autres professionnels indépendants sont également payées sous la forme de frais de paiement à la prestation.

Les activités de psychiatrie, de suivi et de réadaptation devraient également être financées via le système par DRG d'ici à 2022.

Soins ambulatoires. En général, les patients externes paient pour les soins et demandent ensuite le remboursement d'une partie des dépenses à leur caisse d'assurance maladie. Cependant, il y a des situations dans lesquelles le patient est exempté du paiement initial. Ce système de paiement direct par l'assurance maladie au prestataire est connu sous le nom de « paiement par un tiers » (tiers payant) et est de plus en plus fréquent pour les soins ambulatoires. Il peut également être utilisé dans les laboratoires, les pharmacies (médicaments génériques seulement), lors des visites à l'hôpital et en cliniques externes, et par certains médecins pour des tests coûteux et des traitements.

En 2017, un nouveau décret a introduit des modalités de financement spécifiques pour les soins ambulatoires à la frontière entre les soins ambulatoires dispensés dans les hôpitaux et l'hôpital de jour. Ces activités ne nécessitent pas d'hospitalisation, mais elles représentent de longues visites qui mobilisent plusieurs membres du personnel de différents domaines. Il s'agit, par exemple, de la surveillance globale des patients diabétiques, qui nécessite la visite d'un spécialiste du diabète, d'un infirmier, d'un diététicien et d'un ophtalmologue. Auparavant, certains hôpitaux imposaient des frais d'hospitalisation de jour, qui étaient beaucoup plus élevés que le montant réellement dépensé, ou ne laissaient pas sortir les patients hospitalisés pour ces activités afin de compenser le fait que certains coûts n'étaient pas couverts par le tarif à la prestation qui finance les soins ambulatoires. Pour combler cette lacune, le nouveau décret introduit un niveau intermédiaire de financement pour ces activités spécifiques, qui se traduira par des économies significatives et soutiendra le passage aux soins ambulatoires dans les hôpitaux en facilitant le développement de ces activités.



Modèle de financement des séjours moyens et longs, de santé mentale et de soins ambulatoires Allemagne

Santé mentale. Depuis 2013, les soins psychiatriques sont remboursés par un système similaire au système par DRG, dans lequel les pondérations sont calculées sur une base journalière, et tiennent compte de la durée du séjour et de l'intensité des ressources. Ce changement de système s'est accompagné d'une amélioration à court terme du financement des ressources humaines.

Soins ambulatoires. Jusqu'à fin 2008, le paiement intégral était généralement négocié en tant que capitation par membre ou par personne assurée, couvrant toutes les prestations de tous les médecins affiliés de toutes les spécialités. Depuis janvier 2009, la rémunération globale comporte trois volets. La première composante de base est la rémunération générale basée sur la morbidité, qui découle des exigences de traitement des patients, d'une valeur-guide régionale et du nombre de personnes assurées par l'assureur. Le montant de la rémunération générale des soins dispensés par les médecins affiliés au système public est négocié chaque année entre les associations régionales de médecins et les associations régionales d'assureurs, et la rémunération générale basée sur la morbidité pour 2009 est calculée sur les données de 2007. En convertissant le système de plafonnement en rémunération générale fondée sur la morbidité, la loi vise à transférer le risque de morbidité des médecins aux assureurs. Toutefois, la rémunération des médecins dans le système public reste soumise à un plafond, bien que l'allocation aux fonds individuels soit basée sur les besoins de traitement de ses membres par rapport au montant de la période précédente. Le deuxième volet est la capacité d'augmenter les paiements des caisses de maladie à la rémunération générale si un besoin imprévisible de prestation de traitement (p. ex. une épidémie) se présente.

Le troisième volet est la rémunération des prestations individuelles que les assureurs doivent payer à des prix fixes supérieurs à la rémunération générale fondée sur la morbidité. Les prestations particulièrement admissibles, comme les vaccinations, les tests de dépistage ou la chirurgie ambulatoire, ne sont pas assujettis à des limites de volume maximal.

Moyens et longs séjours. Les longs séjours relèvent généralement de la compagnie d'assurance maladie, publique ou privée. Les patients de plus de 18 ans doivent effectuer des paiements supplémentaires, dans la limite de 2% du revenu brut ou de 1% en cas de maladie chronique grave. Des règles de financement différentes s'appliquent aux hôpitaux et aux cliniques de prévention et réadaptation. Ainsi, les institutions chargées des soins médicaux et de la réadaptation en milieu hospitalier n'ont pas droit à des contrats avec les institutions de sécurité sociale. Ils ne peuvent donc facturer leurs prestations aux caisses maladie que si leurs prestataires concluent des contrats de fourniture. Les coûts de fonctionnement et d'investissement des installations de prévention et de réadaptation doivent être couverts par la rémunération des services fournis. A cet effet, les institutions facturent entre autres aux caisses maladie, à l'assurance pension, à l'agence pour l'emploi et à l'assurance accident légale. En règle générale, les services sont facturés à l'aide de tarifs de maintenance spécifiques, mais des montants forfaitaires sont également de plus en plus convenus. D'autres règles de participation des patients aux frais s'appliquent également. Dans le cas d'une rééducation de suivi après un séjour à l'hôpital, le paiement supplémentaire est limité à 28 jours, et les paiements supplémentaires déjà effectués à l'hôpital sont pris en compte.



Modèle de financement des séjours moyens et longs, de santé mentale et de soins ambulatoires Suisse

Moyens et longs séjours. Depuis janvier 2011, l'assureur public paie les soins de longue durée sous la forme d'un tarif forfaitaire de 9,0 francs suisses par jour et par niveau de soins, déterminé par le degré de dépendance. La contribution quotidienne maximale de l'assureur public est de 108 francs suisses et est fixée par le gouvernement fédéral (Conseil fédéral). Si ce montant ne couvre pas le coût médical total, les patients paient jusqu'à 20% de la contribution maximale, soit une contribution maximale du patient de 21,6 francs suisses par jour ou 7 884 francs suisses par an. Ces paiements des patients sont généralement traduits sous forme de tarifs fixes par jour, selon le degré de dépendance. Les frais restants sont financés par le canton ou la municipalité.

Pour les centres de long séjour qui sont financés ou subventionnés par l'État, la contribution publique (cantonale ou municipale) est généralement liée à un contrat qui précise certaines exigences (par exemple la prestation de soins de haute qualité). Cependant, les détails de ces contrats peuvent être multiples (garanties de déficit, investissements dans l'infrastructure, etc.) et les exigences sont souvent relativement non spécifiques. Les contributions des patients pour les soins et le logement sont souvent plus faibles dans les établissements subventionnés ou cofinancés par l'État que dans les établissements privés.

À l'origine, les hôpitaux psychiatriques et de réadaptation devaient également être transférés dans un système de paiement fondé sur des cas d'ici janvier 2012 (comme l'exige la loi). Cependant, comme ces systèmes ont dû être développés à partir de zéro (puisque les systèmes internationaux n'étaient pas disponibles), différents niveaux de développement ont été atteints : le système TARPSY pour le financement des hospitalisations psychiatriques a été lancé en 2018, le système ST Reha est toujours en développement et devrait être actif à partir du 1^{er} janvier 2021.

Santé mentale. Depuis 2018, les hôpitaux de santé mentale (psychiatriques) sont également financés sur la base d'un système de *case-mix* (depuis 2019 pour les cas de pédopsychiatrie). L'introduction de la structure tarifaire TARPSY pour la psychiatrie hospitalière vise à créer des conditions-cadres claires, à accroître la transparence et la comparabilité des centres en termes de coûts et de qualité, ainsi qu'à améliorer l'orientation des patients. La structure tarifaire TARPSY est basée sur les données de coûts et de performances psychiatriques des hôpitaux à travers la Suisse. La structure tarifaire est construite sur la base d'un système d'apprentissage, de sorte qu'elle est continuellement développée en fonction des données recueillies.



Modèle de financement des séjours moyens et longs, de santé mentale et de soins ambulatoires Suisse

TARPSY classe d'abord les patients selon leur diagnostic primaire en 10 groupes de coûts psychiatrique de base (PCG). Ces groupes de coûts correspondent aux neuf groupes cliniques définis par les principales catégories diagnostiques trouvées dans la CIM-10 (F0 à F9), plus un groupe supplémentaire pour le traitement du délire. Puisque les patients présentant un diagnostic primaire identique peuvent avoir des symptômes et un niveau de sévérité variables, ils peuvent également recevoir un traitement différent et encourir des coûts différents. Le diagnostic secondaire, l'âge et l'intensité des symptômes sont les variables de classification supplémentaires, donnant un ensemble final de 23 PCG. La gravité des symptômes s'évalue par le niveau d'agressivité, la tendance à l'automutilation et la présence d'autres maladies physiques et incapacités.

Selon la loi suisse sur l'assurance maladie, le nouveau système de financement des soins hospitaliers devrait être basé sur des tarifs forfaitaires, généralement sur des tarifs fixes par cas où un montant fixe est payé pour chaque cas dans un groupe de coûts donné. Cependant, il s'agit d'une tâche difficile dans un contexte psychiatrique où la durée individuelle du séjour et donc le coût d'un internement pour un PCG donné sont difficiles à prévoir. En fait, la durée du séjour pour un PCG varie considérablement, et les coûts quotidiens moyens observés diminuent avec la durée du séjour. Pour ces raisons, SwissDRG, Inc., s'est abstenue de calculer les particularités des soins psychiatriques hospitaliers, et aucun tarif n'est utilisé au cas par cas, mais des subventions quotidiennes sont appliquées, qui reflètent le coût quotidien moyen du traitement.

Ces allocations sont ensuite transformées en coûts et poids relatifs, constituant la structure tarifaire nationale. Ces pondérations de coûts, multipliées par la durée de séjour d'un cas donné, produisent le tarif final pour ce cas. La rémunération réelle en francs suisses correspond au produit du tarif final et du taux de base, un montant que chaque hôpital négocie individuellement avec les assureurs et qui est approuvé par les cantons.

Soins ambulatoires. Le mécanisme de paiement dominant dans le secteur des patients externes est le paiement à la prestation. Il n'y a pas de limite de volume sur le nombre de prestations facturables. Tous les médecins (généralistes et spécialistes) ayant une autorisation de pratique sont remboursés pour les prestations couvertes par l'assureur public sur la base du système de paiement des prestations uniformes à l'échelle nationale TARMED (dérivé des frais médicaux). TARMED est une échelle de valeur relative, et les pondérations pour chaque élément de prestation (localement appelés « points d'impôt ») se composent de deux parties : (1) la partie médicale pour les médecins, et (2) la partie technique pour le personnel technique et infirmier, l'équipement et les frais généraux. La partie médicale a été calculée sur la base d'estimations d'experts (représentants d'associations spécialisées) du temps requis par le médecin pour fournir les prestations et un revenu de référence annuel de 207 000 francs suisses (avec ajustements spécialisés et qualifications supplémentaires). Les points d'impôt TARMED sont convertis en valeurs monétaires par multiplication avec la valeur du point cantonal négocié. Cette valeur variait en 2014 de 0,82 francs suisses dans les cantons de Lucerne, Schwyz, Valais et Zoug, à 0,97 francs suisses dans le Jura.



Modèle de financement des séjours moyens et longs, de santé mentale et de soins ambulatoires Suisse

TARMED a été introduit pour harmoniser le remboursement des prestataires travaillant dans différents cantons et différents environnements, afin d'éliminer certaines des incitations perverses, telles que le transfert de patients externes entre les services ambulatoires de l'hôpital et les cabinets médicaux. En outre, l'introduction de TARMED visait à améliorer le remboursement des soins de médecine générale en accordant plus de poids aux services non techniques qu'aux services techniques, et à encourager les formes de soins moins consommatrices de ressources.

Les soins aigus à l'hôpital de jour sont également remboursés sur la base de la rémunération à la prestation sur la base des points TARMED et des valeurs de points cantonales négociées. Les valeurs ponctuelles sont différentes pour les médecins en pratique ambulatoire. D'autres soins ambulatoires couverts par l'assureur public, fournis par du personnel non médical, tels que des physiothérapeutes, des psychothérapeutes (psychologues) travaillant dans des cabinets médicaux, des laboratoires et les ambulanciers paramédicaux, sont également remboursés selon un système *pay-for-service*. Toutes les professions du secteur des soins ambulatoires ont un programme d'honoraires convenu à l'échelle nationale, qui est négocié entre l'association professionnelle concernée et l'assureur public.

Les services de soins à domicile (Spitex) sont remboursés par l'assureur public via des paiements à la prestation, jusqu'à concurrence d'une contribution maximale par patient et par jour. Les patients paient ensuite jusqu'à un plafond supplémentaire, et le reste des coûts est couvert par les cantons ou les municipalités.

Les soins non couverts par l'assureur public sont financés par des assureurs volontaires ou par des paiements directs aux patients sous la forme d'un paiement à la carte. Les acteurs sont, en principe, libres de négocier les honoraires des prestations. Par exemple, les fournisseurs peuvent ajouter une certaine augmentation en pourcentage au tarif habituel de TARMED. Pour les soins qui ne sont pas spécifiés par TARMED (p. ex. médecine alternative), les fournisseurs déterminent librement les niveaux de tarifs.

Les dentistes qui fournissent des services de soins dentaires ambulatoires sont financés par paiements privés (90 %), et le reste provient d'une assurance privée.

Financement d'investissements importants (rénovations majeures, construction de nouveaux centres, équipements à coût élevé)

France

Entre 1983 et 2003, les secteurs public et privé à but non lucratif ont souffert d'un manque d'investissement, dû aux contraintes financières imposées par le système de paiement budgétaire global de l'époque. Depuis, deux programmes d'investissement ont été lancés à l'échelle nationale afin d'appuyer les améliorations visant à répondre aux normes actuelles en matière de qualité et de sécurité : le *Plan Hôpital 2007* et le *Plan Hôpital 2012*.

Le *Plan Hôpital 2007* a été lancé en 2003 dans le cadre d'une réforme ambitieuse du secteur hospitalier. 6 milliards d'euros sur cinq ans ont été investis pour certains projets proposés par les hôpitaux publics et privés. Le régime devait être entièrement financé par l'assureur public, en partie par le financement direct d'investissements (1,5 milliard d'euros) et en partie par la souscription de prêts à 20 ans aux hôpitaux (4,5 milliards d'euros). Le *Plan hôpital 2007* prévoyait également des partenariats public-privé, et chacune des Agences régionales de l'hospitalisation, prédécesseurs des Agences régionales de santé, a dû proposer au moins un projet d'investissement public-privé. La Cour des comptes a critiqué la mise en œuvre de ces associations, jugées insuffisamment planifiées et mises en œuvre. Depuis 2012, le Comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins de santé assure la surveillance nationale des investissements réalisés par les Agences régionales de santé.

Le deuxième plan d'investissement, le *Plan Hôpital 2012*, a été lancé en 2007 pour prolonger le cycle d'investissement précédent. Ce nouveau plan prévoyait une dotation initiale de 7 milliards d'euros, à nouveau financée par l'assureur public par le biais d'un financement direct (5 milliards d'euros) et par l'accès à des prêts publics à des taux d'intérêt préférentiels (2 milliards d'euros). Ce plan comportait trois grandes priorités : les systèmes de technologie de l'information des hôpitaux, la restructuration des installations hospitalières régionales (p. ex. collaborations et fusions d'hôpitaux) et l'amélioration du respect des normes de sécurité (p. ex. conformité sismique et désamiantage).

En 2013, la stratégie de soutien à l'investissement dans la santé a été renforcée par les objectifs de s'assurer que les investissements soient alignés sur les priorités en matière de soins, qu'ils répondent aux normes les plus strictes, qu'ils intègrent les programmes numériques et qu'ils assurent la viabilité financière des activités développées (les comptes d'exploitation prévisionnels doivent être équilibrés). Des dispositifs régionaux d'investissement dans la santé (schémas régionaux de l'investissement en santé) ont été lancés en 2013, dans le but d'assurer la cohérence des investissements au niveau régional. Une partie de l'approche des schémas régionaux consiste à examiner les investissements réalisés au cours des 10 dernières années et à identifier les capacités existantes disponibles pour répondre aux besoins identifiés par les Agences régionales de santé.

En décembre 2013, le gouvernement français a signé un accord avec la Banque Européenne d'Investissement pour des projets de construction et de rénovation d'hôpitaux publics et privés, dans le cadre du programme Hôpital d'avenir, d'une valeur de 1,5 milliard d'euros sur trois ans. L'achat d'équipements médicaux importants est soumis à l'autorisation de l'Agence régionale de santé correspondante.



Financement d'investissements importants (rénovations majeures, construction de nouveaux centres, équipements à coût élevé) Suisse

La plupart des investissements dans l'infrastructure de soins de santé dépendent des décisions des fournisseurs. Dans le cas des soins hospitaliers, l'équipement médical est financé comme les autres infrastructures hospitalières. Les cantons jouent un rôle de moins en moins important dans l'investissement hospitalier, car la mise en œuvre du paiement à base de DRG a entraîné la fin des subventions directes à l'investissement par les cantons. Dans la pratique, cependant, les cantons, en tant que propriétaires de la plupart des hôpitaux, continuent à jouer un rôle important dans l'élaboration des décisions d'investissement, et continuent parfois à avoir des budgets dédiés à cet objectif.

En outre, parce que les cantons planifient la capacité hospitalière, les décisions cantonales influencent les décisions d'investissement des hôpitaux. Enfin, les accords intercantonaux jouent un rôle important dans l'élaboration des décisions d'investissement : les hôpitaux (ou cantons en tant que propriétaires d'hôpitaux) pourraient investir dans les infrastructures dans le but d'être désignés comme ou de maintenir le statut de centre de référence, bien que les accords intercantonaux découragent les nouveaux investissements si les besoins nationaux sont satisfaits avec les infrastructures existantes.



Financement d'investissements importants (rénovations majeures, construction de nouveaux centres, équipements à coût élevé) Allemagne

L'investissement dans les infrastructures est directement couvert par les budgets des états fédérés. Les infrastructures (qu'elles soient grandes – construction d'hôpitaux - ou petites) doivent être prévues dans le « plan hospitalier » de leur état. Leur réalisation ou non dépendra de la situation économique du territoire et du contexte politique.

La GDHK 2009 a donné aux gouvernements des états la possibilité d'inclure les coûts d'investissement dans le calcul des coûts des DRG. Cela a donné à certains états une approche à payeur unique en matière de financement des hôpitaux. Cependant, il n'est pas clair comment l'argent payé par les états pour l'investissement hospitalier est canalisé.

L'investissement dans les soins ambulatoires à l'extérieur des hôpitaux dépend exclusivement des décisions d'investissement des médecins ou d'autres fournisseurs, qui sont libres d'établir leurs cabinets où ils veulent ou de faire des investissements dans de nouveaux équipements. Les coûts d'investissement sont ensuite couverts par des remboursements par prestation.

Les investissements dans l'infrastructure hospitalière pour patients ambulatoires suivent des règles semblables à celles des investissements dans l'infrastructure pour les patients hospitalisés, et il est souvent difficile de faire la distinction entre les investissements pour les patients hospitalisés et ceux pour les patients ambulatoires (p. ex. radiologie).

Les coûts d'investissement sont inclus dans le système SwissDRG depuis 2012 (ajustement du tarif de base de 10% à la hausse), et les pondérations DRG comprennent les coûts d'investissement depuis 2015. Comme en France et en Allemagne, il existe des fonds spécifiques pour financer les nouveaux diagnostics ou traitements qui sont en attente d'un remboursement (période pouvant durer jusqu'à cinq ans).

  L'activité médicale
France

Médecins employés dans les hôpitaux publics. Les médecins des établissements publics sont des praticiens hospitaliers. Ils doivent passer un examen spécifique qui leur donne le titre de praticien hospitalier. La méthode de calcul et le montant du salaire varient selon la catégorie :

- Les médecins des hôpitaux universitaires sont classés comme employés de l'État en raison de leurs responsabilités d'enseignement. Leur salaire consiste en un salaire universitaire, pour leurs responsabilités d'enseignement, et aux tarifs d'hospitalisation qui correspondent à leurs responsabilités cliniques. Les niveaux de paiement correspondent à leurs qualifications sur une échelle d'âge nationale.
- Les médecins hospitaliers à temps plein ou à temps partiel reçoivent un paiement mensuel en fonction de leur grade (ancienneté) et du temps travaillé. Ils reçoivent également plusieurs compléments pour leurs gardes.
- Les médecins externes travaillant dans les hôpitaux par intermittence reçoivent un paiement mensuel en proportion du nombre de séances qu'ils effectuent, avec des suppléments pour les gardes.

Les médecins des hôpitaux universitaires sont autorisés à consacrer une partie de leur temps de travail à la pratique privée au sein de l'hôpital. Leurs honoraires sont reçus par l'administration de l'hôpital, qui les transfère au professionnel après avoir prélevé ses propres honoraires pour l'utilisation des installations.

Professionnels de la santé travaillant dans le secteur privé. Des professionnels indépendants (médecins généralistes, spécialistes, dentistes, infirmiers, physiothérapeutes, sages-femmes, ambulanciers, orthophonistes, orthopédistes et techniciens de laboratoire) fournissent la grande majorité des soins ambulatoires et une grande proportion des soins dans les hôpitaux privés, et sont payés directement à la prestation. Leur revenu brut reflète donc la quantité, le taux et le prix des soins qu'ils fournissent, moins leurs coûts professionnels. Récemment, de nouvelles méthodes de paiement ont été introduites pour des missions particulières, telles que les paiements par capitation pour des maladies spécifiques, et le paiement des professionnels de la santé impliqués dans les réseaux multidisciplinaires de fournisseurs est actuellement expérimenté.

La plupart des professionnels de la santé doivent appliquer les taux légaux fixés dans les accords nationaux (conventions). Cependant, il y a des exceptions, en particulier pour les médecins ayant un droit permanent à dépasser les frais officiels (facturation supplémentaire). Il s'agit principalement de médecins qui ont choisi de travailler dans le secteur 2, où, contrairement au secteur 1, il est permis aux médecins de facturer des frais supplémentaires. En 2010, un quart des médecins pratiquaient dans le secteur 2, bien que la proportion varie considérablement d'une spécialité à l'autre. Les médecins du secteur 2 renoncent à certains des avantages sociaux et fiscaux que les médecins reçoivent habituellement en vertu des accords. Les patients qui voient un médecin du secteur 2 sont couverts au tarif légal, quel que soit le niveau de facturation supplémentaire. Étant donné que la facturation supplémentaire soulève des questions d'accès, l'accès au secteur 2 est strictement contrôlé par l'assureur public.



A l'heure actuelle, seuls les médecins ayant certains postes d'hôpitaux publics à temps plein peuvent présenter une demande d'accès à ce secteur. Étant donné que la facturation supplémentaire peut être très importante pour certaines spécialités et dans certains domaines, rendant difficile l'accès des patients aux soins, des mesures ont été mises en œuvre pour contenir la facturation supplémentaire.

En 2009, l'assureur public a commencé à offrir volontairement des contrats individuels aux médecins généralistes, qui offraient des incitatifs pour améliorer la pratique. En 2011, ce système de rémunération à la performance basé sur les objectifs de santé publique (Rémunération sur objectifs de santé publique, ROSP) s'est ajouté à la convention collective des médecins, avec une liste élargie d'objectifs, et étendu à d'autres spécialités. Les médecins participant au ROSP reçoivent une rémunération supplémentaire en plus de leur revenu normal de *pay-for-service*, qui tient compte de la taille de la population traitée par le médecin et de 29 indicateurs de qualité ayant des objectifs intermédiaires et finaux. En général, le montant gagné peut dépasser 7 000€ par an pour un médecin qui atteint plus de 85% des objectifs et traite plus de 1 200 patients. Il n'y a pas de pénalité pour ceux qui n'atteignent pas les objectifs. En 2012, plus de 89 000 médecins ont participé au programme, recevant une rémunération annuelle moyenne de 4 215€.



L'activité médicale Allemagne

Les médecins et autres professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux ou les établissements de soins infirmiers ou de réadaptation reçoivent un salaire. Les fournisseurs publics et à but non lucratif paient généralement des tarifs publics, tandis que les fournisseurs à but lucratif peuvent payer des salaires inférieurs ou plus élevés, ou des paiements supplémentaires. Depuis l'automne 2004, les médecins juniors ont obtenu une licence complète (« approbation ») immédiatement après leurs études. Entre 1988 et 2003, les médecins juniors ont obtenu l'approbation préliminaire avec des compétences restreintes (p. ex., la signature de certificats de décès et d'avis médicaux) et des exigences plus élevées pour documenter la formation continue.

Dans le cas des soins de première ligne, le paiement des médecins par les assureurs n'est pas simple et fait l'objet d'un processus comportant deux étapes principales. Premièrement, les assureurs versent la totalité des paiements aux associations médicales régionales pour la rémunération de tous les médecins affiliés, plutôt que de payer directement les médecins. La seule exception est la possibilité de faire des contrats sélectifs dans le cadre de soins intégrés. Deuxièmement, les associations médicales régionales doivent répartir ces paiements totaux entre les médecins accrédités selon une échelle de valeur uniforme.

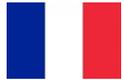


L'activité médicale Suisse

La plupart des médecins qui travaillent dans les hôpitaux sont employés et reçoivent un salaire. Une part considérable des salaires (environ 42 % du salaire des médecins principaux) provient des primes. Ces primes sont générées principalement par la fourniture de services aux patients hospitalisés ayant une assurance volontaire.

L'entrée des médecins dans la pratique indépendante est directement déterminée par le système par rendez-vous. Dans les Health Maintenance Organization (HMO) appartenant à une assurance, les médecins sont employés et reçoivent un salaire. Dans les HMO appartenant à un médecin, les médecins reçoivent généralement des paiements liés au rendement, ainsi qu'un revenu minimum garanti.

La plupart des professionnels en milieu ambulatoire (pharmaciens, chiropraticiens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, dentistes, infirmiers, sages-femmes, orthophonistes et conseillers en nutrition) ont un cabinet indépendant ou pratiquent en tant qu'indépendants. Par conséquent, leur revenu est déterminé directement par le système de paiement à la prestation. Les infirmiers, les sages-femmes et les infirmiers auxiliaires qui travaillent dans les hôpitaux et les centres de long séjour sont presque toujours employés.

 **Financement des prestations non-médicales**
France

Les hôpitaux publics reçoivent des paiements supplémentaires pour compenser des tâches spécifiques (« missions ») : activités liées à la formation, à la recherche et à l'innovation, activités d'intérêt général, telles que le respect des priorités nationales ou régionales (p. ex. la réalisation d'activités préventives), et le financement de certains investissements contractés avec les Agences régionales de santé. Les organismes définissent deux montants forfaitaires distincts : l'un pour les activités liées à la formation, à la recherche et à l'innovation dans les hôpitaux d'enseignement, et une autre pour les activités qui répondent aux priorités nationales ou régionales ou à des missions publiques spécifiques.

Le calcul des budgets pour financer ces activités est problématique. Le secteur privé affirme que ce budget est utilisé comme un mécanisme pour couvrir les déficits d'efficacité réels des hôpitaux publics, tandis que les hôpitaux du secteur public demandent une meilleure évaluation du coût et de la valeur de leurs missions spécifiques.

 **Financement des prestations non-médicales**
Suisse

Les cantons ou les municipalités fournissent souvent des prestations de santé publique (mesures de prévention contre l'abus d'alcool, de tabac et de drogues, contrôle des maladies infectieuses et prévention des accidents, ainsi que le contrôle des aliments et de la qualité des programmes de santé scolaire, etc.) via des organismes à but non lucratif, qui reçoivent une somme forfaitaire pour un ensemble de mesures de prévention spécifiées dans un contrat.

 **Financement des prestations non-médicales**
Allemagne

Une loi de prévention passée en 2015 a fixé la réglementation pour les activités de prévention en Allemagne. Elle favorise la participation de nombreux acteurs, et apporte des activités de prévention directement sur les lieux de vie de la population : crèches, écoles, entreprise, centres pour l'emploi, etc. Le financement est assuré par les caisses d'assurance maladie, qui, à partir de 2016, consacrent plus d'un milliard et demi d'euros pour le financement des activités de prévention.

Le Fond pour l'innovation, dédié à la recherche innovante, en particulier les formes intersectorielles de soins et les soins de santé liés aux patients, a été créé en 2015 par la loi GKV-VSG, afin d'améliorer les soins de santé en Allemagne. De 2016 à 2019, 300 millions d'euros par an ont été mis à disposition, 225 millions pour le financement de nouvelles formes de soins et 75 millions pour le financement de la recherche sur les services de santé. Il est financé par l'assurance maladie (GKV). Suite à l'évaluation du dispositif, des discussions sont en cours pour le reconduire, avec 200 millions par an, jusqu'en 2024.

 **Contrôle de la qualité de la codification**
France

L'adoption de la T2A, ainsi que sa mise en œuvre progressive, ont impliqué un passage en revue global de la qualité de la codification : les résultats du programme de médicalisation des systèmes d'information reflètent désormais mieux la complexité des cas traités et sont plus représentatifs de l'intégralité de l'activité menée dans les hôpitaux.

Pour faire face aux effets pervers potentiels associés à une mauvaise codification, la loi prévoit une politique de contrôle externe (avec des sanctions si nécessaire). Il s'agit d'une initiative régionale de suivi, organisée en deux étapes : le contrôle automatique, qui regroupe toutes les institutions de la région, visant à identifier les valeurs « atypiques » dans les informations transmises, et un contrôle approfondi dans les centres où une anomalie est détectée par le contrôle automatique.

Auparavant, les contrôles étaient uniquement effectués a posteriori et sur un échantillon défini par l'assureur public.

A présent, des contrôles a priori (avant paiement) sont également mis en place sur une partie des factures, avec comme objectif du projet de Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES) de contrôler la totalité des factures en 2022.

 **Contrôle de la qualité de la codification**
Allemagne

Initialement, les données de coût sont vérifiées pour contrôler les erreurs formelles et techniques possibles (fichiers, cryptage des données, variables, etc.). D'autres contrôles de plausibilité sur les données économiques et médicales sont ensuite effectués. Tout d'abord, le coût minimum et maximum par module (coût du personnel clinique par jour, coût total de l'hôpital, etc.) et les relations entre les modules sont vérifiés. Deuxièmement, l'encodage de la classification des codes allemands (ICD-10-GM et OPS) est passé en revue. Troisièmement, la cohérence entre l'information économique et l'information médicale est vérifiée.

Aux fins du remboursement, chaque hôpital doit fournir ses données de cas aux assureurs, y compris les données cliniques (diagnostics, procédures), les données démographiques (âge, sexe) et les données administratives (dates d'admission, chirurgie et congé). La qualité du codage de ces données est régulièrement vérifiée par les commissions régionales d'examen de la santé des assureurs. Ils évaluent l'attribution des cas aux DRG et l'utilisation des soins, en envoyant des équipes d'examineurs dans des hôpitaux choisis au hasard, qui sont tenus de divulguer leurs pratiques médicales et de codage. Dans les cas où des problèmes intentionnels de mauvais codage sont détectés, les hôpitaux doivent retourner aux assureurs le revenu gagné avec ce mauvais codage. S'il est démontré que les hôpitaux utilisent intentionnellement un mauvais codage comme moyen d'augmenter leurs profits, en plus du remboursement du tarif, une amende égale au tarif est imposée.



Contrôle de la qualité de la codification Suisse

L'objectif de l'examen de la codification est d'évaluer la qualité de la codification dans les hôpitaux et d'enregistrer les résultats dans un rapport. L'examen de la codification est basé sur un échantillon de centres. En plus de sa fonction de contrôle, la révision est utilisée pour le développement du système de codification. Afin d'assurer la comparabilité des résultats, l'examen de la codification et la préparation du rapport d'examen doivent être effectués uniformément dans toute la Suisse, conformément aux dispositions valables au niveau national. La révision de la codification par rapport à ce règlement fait partie intégrante des accords tarifaires et des mandats de service des cantons. Si nécessaire, les règlements sont adaptés aux nouvelles exigences. Les parties contractantes achèvent les négociations nécessaires à toute adaptation avant le 30 juin de chaque année, et le nouveau texte qui en résulte entre en vigueur l'année suivante. Les obligations du vérificateur, les guides d'examen, l'échantillonnage du site, la structure du rapport d'examen, etc. sont entièrement précisés.

■ ■ Systèmes de pénalité ou d'incitation France

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Haute Autorité de santé (HAS) gèrent conjointement le plan d'incitation financière à l'amélioration de la qualité dans les établissements de santé français. Lancé en 2012, le programme préparatoire à la mise en place du programme *Incitation Financière de la Qualité* (IFAQ) a été chargé de concevoir un modèle d'évaluation de la qualité des établissements basé sur des indicateurs de qualité nationaux et de simuler l'évaluation financière dans le cadre de ce modèle. Les principaux principes du programme de l'IFAQ sont les suivants :

- Une logique d'incitations, sans pénalité pour les établissements moins bien notés.
- L'utilisation de tout ou partie des résultats des procédures nationales de mesure de la qualité (indicateurs de qualité, sécurité des soins et satisfaction des patients proposés par le DGOS et la HAS, certification des établissements par la HAS, etc.), sans collecte d'informations supplémentaires.
- Rémunération basée sur le niveau de qualité et le paiement par DRG.

Dans une première phase, le modèle IFAQ 1 a été construit sur les résultats des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité, les résultats de la certification et le niveau de développement des systèmes d'information hospitaliers. La même pondération a été utilisée pour évaluer le niveau atteint lors de la dernière collecte de données et les progrès réalisés entre les deux dernières années recueillies.

En décembre 2014, 93 établissements de santé avaient été indemnisés pour un total de 14 000 euros. Une deuxième phase d'accélération (IFAQ 2) a eu lieu en juin 2014. La IFAQ 2 a permis de tester de nouveaux paramètres, en particulier des indicateurs nationaux de qualité et de sécurité par spécialité. En décembre 2015, 176 établissements de santé avaient été rémunérés pour un montant total de 30 000 euros. L'IFAQ a été généralisé à tous les hôpitaux (médecine, chirurgie, obstétrique), y compris à l'hospitalisation à domicile, en 2016, et a été étendu à tous les centres de réadaptation en 2017.

Plus récemment, la stratégie Ma santé 2022, annoncée par le Président de la République en septembre 2018, fait de la qualité des soins un levier important pour la transformation du système de santé. Pour mener à bien cette transformation, le financement des établissements de santé doit être modernisé. A cette fin, un groupe de travail ministériel, dans son rapport de janvier 2019, propose plusieurs façons de diversifier les modes de rémunération hospitaliers. Parmi ceux-ci, le renouvellement du programme IFAQ, dont le développement s'élève à 200 millions d'euros en 2019.

Systèmes de pénalité ou d'incitation France

Tout établissement, public ou privé, qui effectue une activité médicale, chirurgicale, obstétrique, de réadaptation ou d'hospitalisation à domicile sera automatiquement intégré dans le système de paiement de la qualité sans aucune condition particulière. Pour faciliter la gestion du système par les établissements de santé, la classification et la rémunération sont faites par indicateur. Le nombre d'indicateurs obligatoires auxquels un établissement de santé est soumis est déterminé chaque année par décret en fonction de son activité. Le système prévoit un ajustement pour ne pas pénaliser les établissements qui ont moins d'indicateurs à collecter. Elle garantit donc un potentiel de profit, avec le même volume économique, identique entre deux établissements, quel que soit le nombre d'indicateurs pour lesquels ils sont tenus de percevoir. Afin de permettre une comparaison plus détaillée des hôpitaux et des cliniques en fonction de leurs résultats en matière de qualité, 12 groupes de comparaison d'établissements sont formés à partir d'entités géographiques, mais aussi des critères de profil et de volume d'activité.

Le budget alloué au système est réparti entre ces 12 groupes en proportion du poids économique de tous les établissements qui composent le groupe. Les établissements sont ensuite classés au sein de leurs groupes respectifs, selon leurs résultats par indicateur.

Pour chacun des indicateurs, 70 % des établissements reconnus comme les plus performants dans leurs groupes de comparaison et les 70 % qui ont fait les plus grands progrès sont payés.

Afin d'améliorer encore les résultats des établissements qui ont obtenu des résultats de bonne qualité, le système IFAQ 2019 compense, par indicateur, le niveau de qualité atteint (60%) et sa progression (40%). Pour les nouveaux indicateurs, le niveau atteint représente 100%.

L'indicateur de certification est soumis à un traitement spécifique. Seuls les établissements certifiés sans recommandations (A) et ceux certifiés avec recommandations (B) sont payés pour cet indicateur : 100% pour le groupe A, 66% pour le groupe B. Les établissements en attente de certification et/ou non certifiés sont soumis à un traitement spécial. Dans ce cas, le Directeur général des Agences régionales de santé peut conditionner le paiement de sa dotation supplémentaire à la transmission, dans un délai de 3 à 6 mois, d'un plan d'action prioritaire les engageant dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Les indicateurs intégrés au système IFAQ pour les établissements de santé admissibles sont fixés chaque année par décret et appartiennent à des catégories définies :

- Qualité des soins perçue par les patients
- Qualité des soins cliniques
- Qualité des pratiques de prévention des infections associées aux soins de santé
- Coordination de la qualité des soins
- Performance de l'organisation de soins de santé
- Qualité de vie au travail
- Certification

Systèmes de pénalité ou d'incitation France

Le nombre d'indicateurs nouvellement intégrés dans le système est maintenant limité, puisque les indicateurs transversaux non spécifiques à l'activité sont privilégiés. En 2019, les indicateurs de « performance de l'organisation des soins » et de « qualité de vie au travail » ne seront pas atteints, car des travaux sont en cours pour les développer d'ici 2020. Dans un souci de transparence et de diffusion progressive des bonnes pratiques entre les établissements, tous les résultats des indicateurs pris en compte dans le système IFAQ devraient être diffusés publiquement.

Systèmes de pénalité ou d'incitation Allemagne

En 1999, une loi a été votée obligeant les hôpitaux à adopter des systèmes de certification de qualité. Depuis 2000, les hôpitaux sont tenus de participer à un programme externe et comparatif de contrôle de la qualité. Ce programme sélectionne les indicateurs de qualité liés aux traitements et les compare à l'échelle nationale. De 2001 à 2009, des rapports annuels sur la qualité ont été publiés, détaillant les résultats des hôpitaux, de façon anonymisée. La méthodologie a été critiquée en raison de l'effort qu'elle fait peser sur les hôpitaux pour obtenir ces données supplémentaires, qui ne font pas partie de leurs informations de routine.

En 2002, des rapports sur la qualité des hôpitaux ont été présentés afin de simplifier les comparaisons entre les hôpitaux et d'aider les médecins et les assureurs à conseiller les patients sur les traitements hospitaliers facultatifs. Depuis 2005, les hôpitaux sont obligés de soumettre des rapports de qualité tous les deux ans, qui sont accessibles au public, en ligne.

Systèmes de pénalité ou d'incitation Suisse

En l'absence de réglementation, tout système tarifaire, fondé sur les DRG ou non, induit des incitations économiques qui peuvent entraver la qualité des soins. SwissDRG AG a développé certains mécanismes pour alléger ces incitations :

- Durée du séjour à l'hôpital. Pour contrer l'incitation économique à faire des sorties anticipées, les hôpitaux sont soumis à une réduction possible de leur tarif pour la DRG si le patient reste à l'hôpital moins de temps que d'habitude pour la pathologie en question. En outre, les hôpitaux ne reçoivent aucune rémunération en cas de réadmission dans un certain délai pour la même maladie ou des complications connexes. Certaines pathologies pour lesquelles la réadmission est médicalement justifiée sont exemptées de ce règlement.
- Qualité des traitements médicaux. L'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques et l'association H+ les Hôpitaux de Suisse publient des données comparatives pour promouvoir la comparaison *peer-to-peer*, ainsi que la mise en œuvre de procédures d'amélioration interne.
- Formation et perfectionnement du personnel médical.

Les grandes conclusions que nous pouvons tirer de cette analyse transversale (1/2)

A partir de l'analyse et de la comparaison des caractéristiques des systèmes de paiement par DRG de l'activité hospitalière en France, en Allemagne et en Suisse, certains éléments, positifs et négatifs, peuvent être identifiés, qui peuvent servir de leçons :

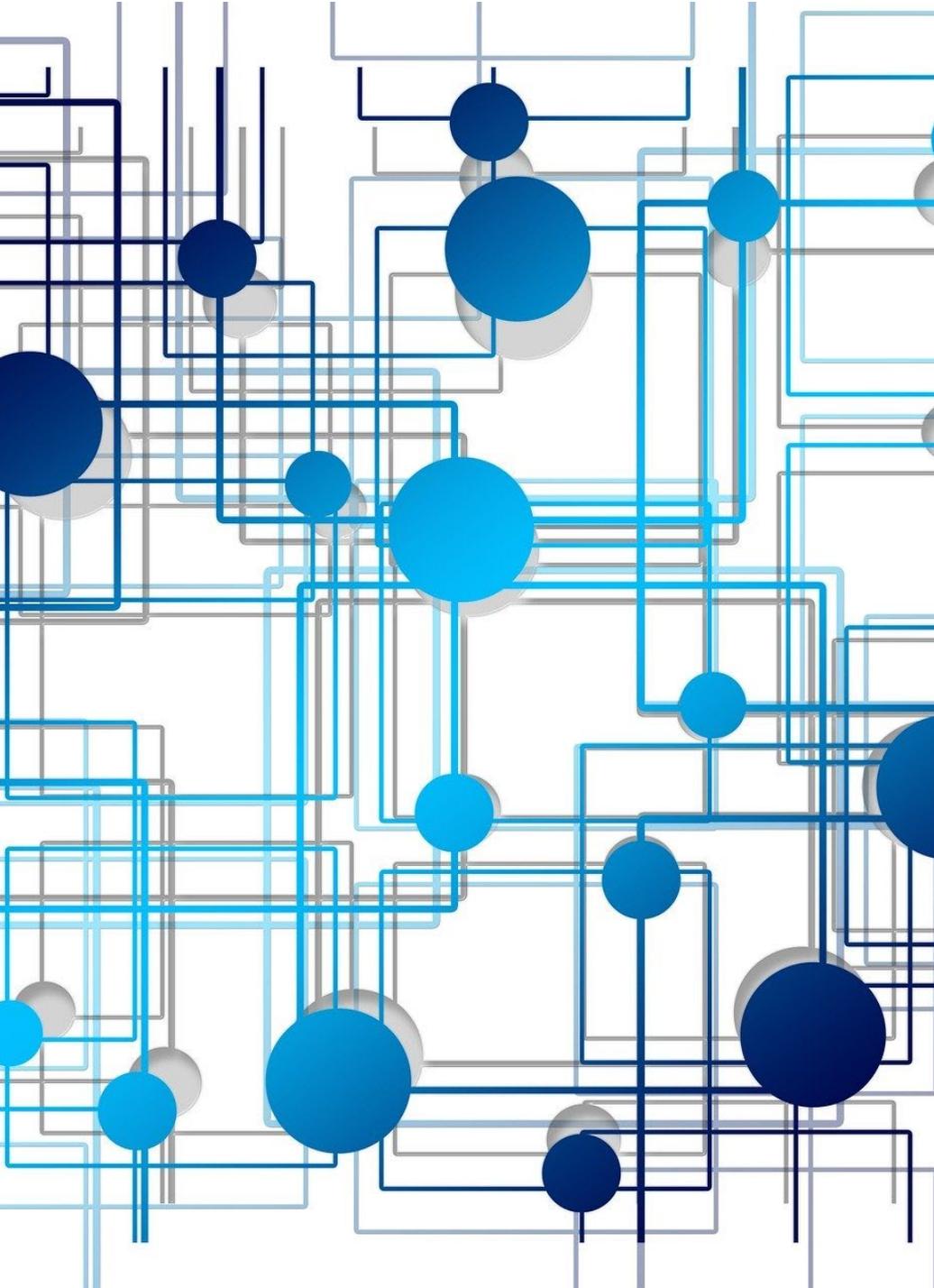
- 1 Les trois pays analysés ont lancé de forme progressive ce système de financement. En Allemagne, il a été mis en œuvre en quatre phases, très progressives, couvrant 10 ans.
- 2 La transparence du système de paiement par DRG est l'une des caractéristiques les plus appréciées dans les trois pays comparés. Le fait que dans tous ces systèmes, les éléments inclus et exclus, etc., aient été rendus explicites favorise la transparence et la responsabilisation.
- 3 Payer par DRG incite les hôpitaux à améliorer l'utilisation de leurs ressources et à optimiser l'organisation des soins de santé pour améliorer l'efficacité. Les DRG incitent à faire bien mais pas forcément les bonnes choses.
- 4 Payer par DRG peut également contribuer à réduire la variabilité clinique des soins, si l'amélioration de l'utilisation des ressources et de l'organisation des soins de santé se traduit par des améliorations dans les processus cliniques et la gestion des cas. Dans les trois pays analysés, l'introduction de systèmes de financement par DRG a entraîné une diminution de la mortalité. Le complément du système d'incitation financière pour améliorer la qualité des soins en France est particulièrement intéressant.
- 5 Le principal inconvénient de payer par DRG pourrait être la création d'incitations financières pour les sorties prématurées de l'hôpital. En fait, dans les trois pays étudiés, il y a une diminution du séjour moyen. À cet égard, des mécanismes sont en place en Allemagne pour minimiser les sorties précoces.
- 6 Dans les trois pays étudiés, l'innovation, qui pourrait être limitée par des objectifs de maîtrise des coûts, est protégée : un paiement supplémentaire pour les médicaments et les dispositifs médicaux innovants et coûteux est prévu. Les technologies et procédures médicales innovantes qui sont en attente d'inclusion dans le système de paiement sont financées par divers mécanismes.
- 7 Une des conséquences communes dans les trois pays est l'augmentation de l'activité, en particulier pour certaines interventions et procédures électives. Cela indique que des mesures supplémentaires sont nécessaires pour assurer la pertinence des soins.
- 8 Il convient de toujours faire attention au calcul des tarifs pour maintenir une plus grande transparence.

Les grandes conclusions que nous pouvons tirer de cette analyse transversale (2/2)

A partir de l'analyse et de la comparaison des caractéristiques des systèmes de paiement par DRG de l'activité hospitalière en France, en Allemagne et en Suisse, certains éléments, positifs et négatifs, peuvent être identifiés, qui peuvent servir de leçons :

- 9 Dans tous les pays, il existe des mécanismes de contrôle du codage, combinant essentiellement des mécanismes de validation automatique avec l'échantillonnage et l'audit. Cet élément est important pour éviter une mauvaise codification intentionnelle.
- 10 La Suisse a développé elle-même un système de paiement par DRG pour les soins psychiatriques et développe un système pour les services de réadaptation (comme la France), le système tarifaire ST Reha, qui sera implanté le 1^{er} janvier 2022. La Suisse développe enfin actuellement un système de paiement forfaitaire en ambulatoire.
- 11 Le système de paiement par DRG ne favorise pas la surveillance et la coordination des soins et ne semble pas optimal pour le paiement des prestations destinées aux patients atteints de maladies chroniques, pour lesquelles les objectifs de contrôle des dépenses ne sont pas non plus atteints. Pour résoudre ce problème, l'Allemagne commence à introduire des concepts de soins intégrés, bien qu'ils soient encore dans une phase très embryonnaire.
- 12 Afin d'atténuer ces effets négatifs, les modèles de financement par DRG doivent mieux aligner l'efficacité sur les objectifs d'amélioration de la qualité et d'efficacité de l'attention. À cette fin, il est essentiel d'avoir un système d'information solide pour contrôler à la fois les coûts et la qualité des services hospitaliers, ce qui est actuellement tout à fait faisable, compte tenu du développement des systèmes d'information sur la santé. En outre, il est nécessaire de mieux tirer parti des données et de l'information disponible pour établir des comparaisons de coûts et de qualité, afin d'identifier des fournisseurs efficaces et de diffuser de bonnes pratiques médicales et organisationnelles.
- 13 Les systèmes de financement largement basés sur un paiement par DRG permettent de mettre en avant la question :
 - De la rémunération des médecins
 - Du traitement de l'ambulatoire
 - Des soins subaigus

Recommandations à la lumière de l'expérience internationale



Les systèmes de santé suivent un certain nombre de grandes tendances internationales dans l'évolution de leurs modes de financement, qui pourraient se résumer par les constats suivants.

Institutions



Dans la plupart des systèmes de santé, le financement des hôpitaux a suivi les grandes tendances suivantes :

- Un transfert de risque vers les prestataires, obligeant les institutions de soins à définir des stratégies de développement pour assumer ces risques. Ceci les conduisant à développer le virage ambulatoire et les soins subaigus.
- Des modèles de financement globaux, non basés sur le financement des ressources existantes. Ces modèles conduisent les institutions de soins à gérer la production de l'activité et non la persistance des structures, c'est-à-dire à développer des formes de prise en charge innovantes (ambulorisation, convalescence...) non présentes.
- Des modèles qui intègrent l'ensemble des acteurs participant à la prise en charge, obligeant les institutions de soins à s'intégrer avec d'autres acteurs sous différentes formes (alliances, intégration, organisation des filières, etc.).
- Des modèles plus simples et plus transparents, qui deviennent des incitatifs clairs à la gestion. Ces modèles obligent ainsi les institutions de soins à renforcer la gestion de leur mission principale : s'occuper de leurs patients.
- Des modèles davantage basés sur les résultats finaux que sur les prestations intermédiaires, poussant les institutions de soins à renforcer leurs systèmes d'information et à mesurer la valeur réellement apportée.

Régulateur



Tous ces systèmes ont également influencé, de manière très significative, les instances de régulation :

- Une régulation plus orientée aux résultats ;
- Une régulation fortement axée sur la qualité et la valeur apportée ;
- Une régulation qui ne se focalise pas que sur le contrôle des processus mais qui s'oriente à la définition d'objectifs pour le système de santé (résultats souhaités) ;
- Une régulation plus orientée à la veille permanente du modèle de financement et à gérer ses effets incitatifs (positifs ou pervers) ;
- Une régulation avec une force significative dans les systèmes d'information ;
- Une régulation qui facilite la transparence du modèle pour qu'il puisse apporter toute sa valeur incitative.

De ce fait, le modèle de financement en Belgique devrait sortir du modèle actuel et s'insérer dans la tendance générale : *bundled payments*, pertinence des soins et logique de parcours...

Sortir du modèle actuel...



... pour définir un modèle d'avenir.

- Il y a eu trop de séquences de réformes partielles qui se sont superposées ces dernières années. Le modèle de financement hospitalier en Belgique ne permet plus aucune réforme partielle, sans le rendre encore plus complexe, obscur et difficilement gérable pour les gestionnaires.
 - Le bon développement de la mise en place des réseaux hospitaliers locorégionaux pourrait initier cette réforme, car ils ont créé une structure juridique et une gouvernance commune. Si le régulateur veut développer de véritables synergies entre les établissements d'un réseau, la réforme du financement pourrait être un levier clé.
 - Le système de financement actuel, en plus de son opacité, apporte au gestionnaire une réponse tardive dans le paiement du BMF. Les incitations ne sont pas claires et n'encouragent pas le renforcement d'une démarche orientée *value-based healthcare*.
 - Ce constat est le même dans le système de rémunération des médecins, qui a des effets pervers et incite notamment à pratiquer des dépassements d'honoraires.
 - Une insatisfaction de la grande majorité des *stakeholders* qui s'accordent sur les limites du système.
 - Le système n'ayant plus de pérennité dans sa forme actuelle s'il n'y a pas de réforme en profondeur, les patients devront finalement payer plus.
- S'insérer dans les tendances lourdes de développement de nouvelles modalités de financement pour répondre aux attentes des *stakeholders*.
 - Le modèle de financement hospitalier en Belgique mérite un changement radical et rapide. Il conviendra de tirer profit du savoir-faire des pays de notre entourage, qui sont une source d'inspiration et d'informations, surtout pour ce qui a trait à la conception des mécanismes et pour garantir la maîtrise des risques :
 - Le modèle devrait se baser, à court terme, sur un système de financement intégré de l'activité basé sur les DRG.
 - Dès l'adoption d'un nouveau modèle de financement hospitalier, il faudra déjà veiller à l'adoption des expériences de *bundled payments* et à faciliter l'alignement avec le secteur médicosocial.
 - Ce nouveau modèle de financement hospitalier en Belgique obligera à renforcer le management des institutions, mais aussi à changer radicalement le focus de la régulation, avec de nouvelles compétences, capacités et outils d'intervention. Pour cela, l'ensemble des systèmes d'information des établissements devront être renforcés et structurés pour permettre d'accompagner ces changements.

6. Recommandations à la lumière de l'expérience internationale

Même si les pays qui l'utilisent vont vers de nouvelles modalités, le financement par DRG est une étape indispensable pour arriver à un financement plus centré sur le parcours de soins, la coordination et les résultats (valeur), mais il requiert une longue période de mise en œuvre qu'on ne peut pas se permettre.

Les pays qui ont développé des systèmes du type *bundled payments* le font à partir d'une expérience forte avec un système de financement de type « all-in » DRG : on ne peut pas financer un parcours de soins extrahospitalier sans avoir consolidé le parcours de soins intra-hospitalier.

Ces pays ont expérimenté durant parfois de longues périodes un système de type « all-in » DRG, étape essentielle pour arriver à développer aujourd'hui de nouvelles expériences du type *bundled payments*. La mise en place d'un financement global au DRG a permis à ces pays d'adapter leur système de santé et de le faire évoluer :

- Sur le plan culturel, en intégrant un nouveau paradigme orienté à l'efficacité dans l'institution.
- Sur le plan managérial, en se dotant dans l'administration et dans les institutions d'outils pour accompagner ces changements.
- Sur le plan organisationnel, en adaptant la prise en charge des patients à ces mécanismes de financement.

Dans les pays étudiés, cette implantation des DRG s'est réalisée il y a plus de 10 ans et permet aujourd'hui de sauter le pas vers des systèmes de financement plus innovants, dans une logique de parcours de soins et de prise en charge de l'ensemble de l'épisode, en s'ouvrant sur l'extrahospitalier.

Il est aujourd'hui nécessaire de passer par un système du type DRG comme étape intermédiaire pour arriver à un mode de financement du type *bundled payments*.

En effet, le développement de ces modalités de financement demande de forfaitiser l'ensemble du parcours de soins du patient. Or il n'existe pas de classification équivalent au DRG intégrant les activités extrahospitalières dans une vision du parcours des patients.

Les pays qui développent aujourd'hui ces modalités de financement doivent donc intégrer dans la valeur du DRG les actes pré et post hospitaliers.

6. Recommandations à la lumière de l'expérience internationale

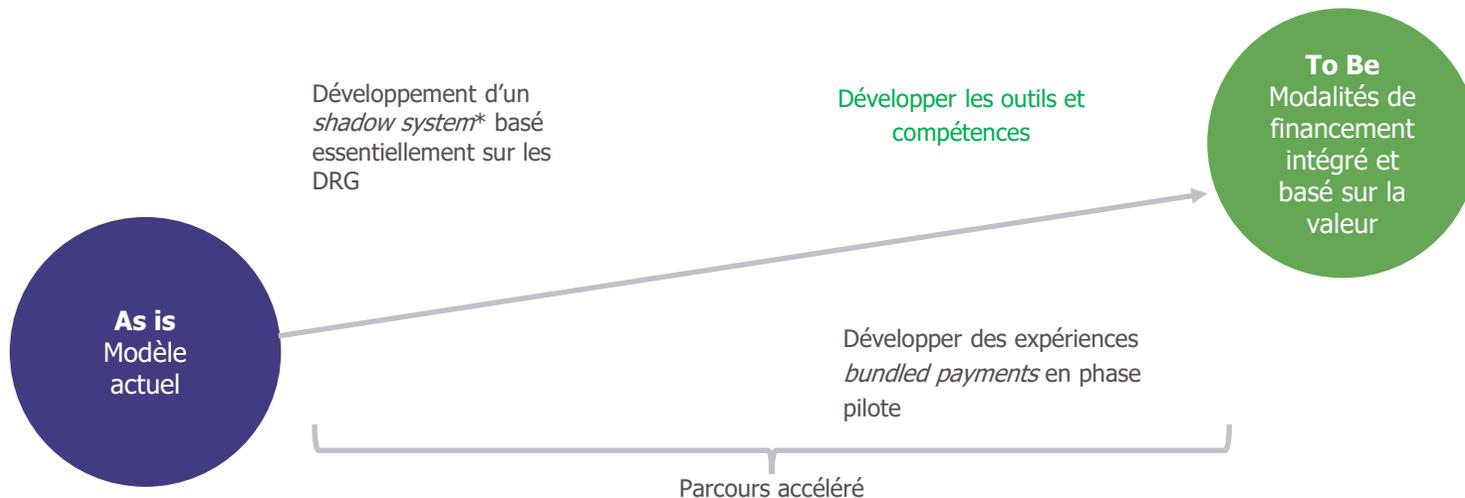
Sur base de toutes ces observations, « un plan choc » devrait être mis en place en Belgique pour rattraper le retard et définir un nouveau modèle de financement *step by step*, en saisissant l'opportunité de commencer plus tard et d'apprendre des précédents.

La Belgique est aujourd'hui dans une situation où l'écart entre la complexité des modalités de financement actuelles et les attentes du système oblige à faire un bond en avant, et non pas un demi pas.

Pour cela, elle a la chance de pouvoir capitaliser sur les expériences internationales, non pas pour répliquer leur système mais plutôt pour s'en inspirer, afin notamment d'éviter les écueils dans lesquels ces expériences passées ont pu tomber.

Pour rattraper ce retard, il faut donc enclencher une dynamique de changement et de réformes rapides. Dans ce cadre, le passage à un système « all-in » DRG doit être une priorité, tout en initiant parallèlement des projets pilotes avec de nouvelles modalités de financement du type *bundled payments*.

Figure 11. Un parcours accéléré pour le développement de nouvelles modalités de financement



Source : Antares Consulting

* Ce « *shadow system* » permettrait d'appliquer le système à la situation actuelle à des fins d'observation, sans impact sur les financements réels.

Qui sont les parties prenantes qui seront impliqués car concernés dans le cadre « d'un plan choc », et quels sont ses attentes?



Système de santé et population

Les modalités de financement sont un levier dans le renforcement de la qualité du système de santé et de son orientation populationnelle. La santé est une priorité dans les politiques sociales, clairement perçue par la population.



Institutions hospitalières

Les institutions sont aujourd'hui le lieu central de croisement et d'interdépendance de l'ensemble des acteurs. Dans une logique de parcours, elles seront un élément central dans le parcours des soins.



Personnel médical

Ils sont au cœur de l'application des modèles de financement, car ils assurent la prise en charge du patient. Sa rétribution devrait être indépendante du financement hospitalier, mais respectant l'alignement des objectifs.



Gestionnaire

Les gestionnaires doivent piloter les organisations et sont les responsables finaux des résultats de la stratégie institutionnelle définie. Ils ont besoin des objectifs et incitatifs clairs, et d'un tempo capable de relationner le financement et les dépenses.



Régions

Elles ont une importance cruciale dans un pays fédéral... Elles sont de plus responsables de l'activité hors-hôpital, qui est la partie qui va augmenter le plus avec l'implantation des DRG; et la parti qui devra s'intégrer avec les modalités de *bundled payments*.



Régulateur

Le régulateur impulse la réforme, veille au respect du budget, la garantie de la qualité et la pérennité du système. Devra repenser le cadre normatif et les besoins des nouveaux modes d'intervention.

Quels seraient alors les avantages de ce nouveau modèle pour les différents *stakeholders* ? (1/2)



Système de santé et population

Le développement de ces nouvelles modalités de financement pour le système de santé en général permettrait :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une orientation à la santé populationnelle.
- Une meilleure coordination entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge des patients, permettant de garantir la qualité et la continuité de soins pour les patients et d'apporter de la valeur.
- Un renforcement de l'expérience des patients dans leur parcours de soins.
- Les résultats cliniques plus importants que les actes.



Institutions

Le développement de ces nouvelles modalités de financement représenterait pour le gestionnaire :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une planification budgétaire plus réaliste, qui permettrait de stabiliser le budget à moyen et long terme.
- Une meilleure capacité d'adaptation de sa stratégie institutionnelle et de son positionnement produit.
- Un renforcement du management institutionnel.
- Une plus grande capacité à innover.



Personnel médical

Le développement de ces nouvelles modalités de financement pour le personnel médical permettrait :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une séparation plus claire de l'acte intellectuel.
- Une orientation aux résultats cliniques.
- D'éviter les effets pervers du modèle actuel et les actes non nécessaires.
- Des rémunérations plus équitables.
- Une rémunération qui ne se base pas sur une négociation.

Quels seraient alors les avantages de ce nouveau modèle pour les différents *stakeholders* ? (2/2)



Gestionnaire

Le développement de ces nouvelles modalités de financement représenterait pour le gestionnaire :

- Un modèle plus simple et plus transparent.
- Une planification budgétaire plus réaliste, qui permettrait de stabiliser le budget à moyen et long terme.
- Une meilleure capacité d'adaptation de sa stratégie institutionnelle et de son positionnement produit.
- Un renforcement du management institutionnel.
- Une plus grande capacité à innover.



Régions

Le développement de ces nouvelles modalités de financement représenterait pour les régions :

- Permettrait de donner une plus forte régionalisation et s'inscrire dans la continuité de la 6^{ème} réforme de l'Etat.
- Faciliter les collaborations entre les institutions hospitalières et les autres acteurs de la santé ou du médico-social, en vue de garantir la continuité des soins.
- Une montée en puissance de ses outils de gestion et de management, garantissant un meilleur contrôle budgétaire.
- D'être au service de la population et des professionnels.



Régulateur Fédéral

Le développement de ces nouvelles modalités de financement permettrait au régulateur :

- D'accorder plus d'importance aux résultats cliniques et à leur suivi, avec des modèles orientés *value-based healthcare*.
- Une montée en puissance de ses outils de gestion et de management, garantissant un meilleur contrôle budgétaire.
- D'être au service de la population et des professionnels.

Quelle serait alors la vision d'un système de financement d'avenir pour la Belgique ?

La vision que nous avons déterminée est une représentation du futur que nous avons définie pour un horizon de 10 ans. Il s'agit d'une orientation générale qui devrait permettre de déterminer les objectifs et d'établir un plan d'action pour le « plan choc ». C'est la première étape dans l'expression de l'orientation souhaitée pour un futur modèle de financement.

Cette vision est composée de 4 piliers clés et projette le modèle de financement belge à l'horizon 2030 :

1

La Belgique a développé un système de financement qui place la valeur de ce qui est réalisé au cœur de ses préoccupations. Pour cela, le système est orienté à la pratique des soins vers les activités qui produisent les meilleurs résultats possibles en matière de santé, c'est-à-dire les plus pertinents pour le patient, et ce, pour chacune des dépenses.

2

La Belgique a récupéré le *gap* qui existait entre sa situation passée et les attentes de l'ensemble des *stakeholders*. Capitalisant sur les expériences de ses voisins, en moins de 10 ans, la Belgique a implanté un système de financement « All-in » DRG reconnu par l'ensemble des stakeholders comme clair et transparent. L'agence nationale belge des DRG veille au développement, à l'adaptation et l'entretien de son système tarifaire. Parallèlement, différents projets de financement du type « bundeld payments » ont émergé, basés sur la valeur, initiant une véritable culture de l'excellence dans les organisations.

3

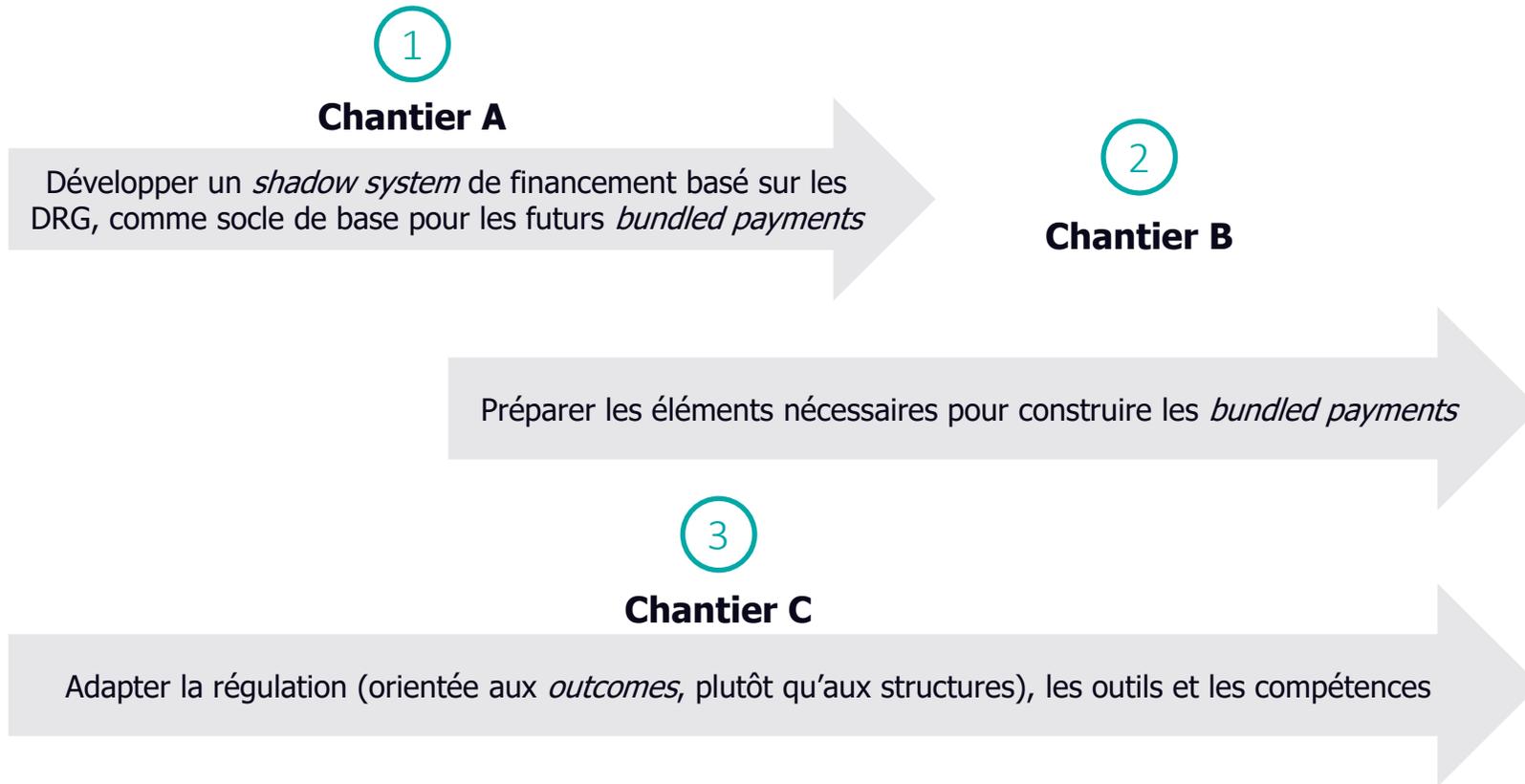
L'ensemble de ces transformations majeures du système se sont bien évidemment accompagnées d'un changement culturel majeur mais également d'une profonde modernisation des outils à disposition pour les prestataires et pour la régulation.

4

La réussite du nouveau modèle de financement hospitalier en Belgique été rendue possible par un alignement avec le système de rémunération des professionnels. Ces deux systèmes sont clairement séparés, mais ont des objectifs et des incitatifs communs. La grande majorité des institutions en Belgique ont ainsi développé un système de rémunération avec une partie variable pour leurs professionnels, les incitants à cet alignement.

6. Recommandations à la lumière de l'expérience internationale

Pour atteindre cette transformation, nous proposons une approche basée sur 3 importants chantiers devant permettre une implantation rapide et ainsi de rattraper l'écart qui existe aujourd'hui entre la situation initiale et les attentes d'un mode de financement adapté aux évolutions du système de santé.



Chantier A. Développer un *shadow system* de financement basé sur les DRG, comme socle de base pour les futurs *bundle payments*

- 1. Validation de la classification.** Une première étape consiste à valider que le poids relatifs comparé des 80% de l'activité dans les DRG en Belgique aujourd'hui est le même dans les trois dernières différentes classifications des pays de l'étude (France, Suisse et Allemagne). Cet exercice demandera un important travail d'équivalence entre les différents systèmes et les DRG Belges. Il faudra également définir les possibles critères et « mode d'emploi » à adopter dans le financement par DRG en Belgique. C'est-à-dire définir quel serait le périmètre, et indiquer ce qui devrait être financé avec les DRG et ce qui ne serait pas inclus.
2. Il conviendra ensuite de fixer la **valeur du point** à partir de la dépense hospitalière totale actuelle en Belgique et en assurant une modélisation du système avec les nouvelles règles. Cela permettra de définir le point DRG (cost weight) et l'estimation du coût extra-DRG.
3. Définir toutes les questions normatives, c'est-à-dire **les règles d'application** qui seront à prendre en considération pour le développement de cette nouvelle modalité de financement. Pour ce faire, il conviendra de se baser sur les aspects positifs et négatifs des pays qui ont implanté ces systèmes comme la France, l'Allemagne et la Suisse. Cette phase devrait prendre 3 ans. Dans ce cadre, il conviendra aussi de réaliser un premier manuel de codage.
4. Lancement d'une période transitoire dite « ombre » ou « **shadow system** ». Il s'agit durant une période de 3 ans, et sur base de la valeur du point calculée, de communiquer aux établissements quel serait leur budget théorique sous le nouveau système, tout en conservant le financement dont ils disposent actuellement selon les modalités de financement historiques. Il s'agit donc uniquement de tenir informés les établissements hospitaliers et seulement à titre informatif. Ce transfert d'informations pourrait se faire par via les réseaux hospitaliers locorégionaux et il devrait y avoir une évaluation et des échanges réguliers sur base des chiffres de cette facturation pour garantir l'ajustement.
5. En parallèle, réaliser une analyse des **comptabilités analytiques** dans un échantillon d'hôpitaux donné, avec pour objectif de valider la cohérence de l'analyse et des résultats. Pour ce faire, il conviendra d'avoir une bonne attribution des charges directes et indirectes des sections d'analyse (SA) de l'hôpital, une comptabilité analytique donc, mais différente de celle demandée par le Service Public Fédéral Santé Publique (SPFSP). Cette comptabilité analytique pourrait se baser sur le projet pilote d'évaluation des coûts par pathologie, le projet PACHA (ou non). Cet échantillon pourrait se construire en incluant un hôpital de chaque réseau hospitalier locorégional belge, soit un total de 25 établissements, afin d'avoir une couverture et représentativité territoriale totale, permettant ainsi de prendre en considération toute la diversité des territoires belges.

Chantier B. Préparer les éléments nécessaires pour construire les *bundled payments*

Il conviendra parallèlement d'anticiper l'arrivée des nouvelles modalités de financement, en prenant en considération l'ensemble du parcours de soins du patient. Comme nous l'avons évoqué, il s'agit de capitaliser immédiatement sur l'expérience des autres pays et de ne pas perdre de temps en développant des initiatives de type *bundled payments* en Belgique.

Ce chantier devrait être un levier pour encourager la construction des réseaux locorégionaux, en favorisant les collaborations entre les établissements, mais également les collaborations des établissements des réseaux avec l'extrahospitalier dans leur territoire. Pour mettre en place ce chantier, nous proposons d'analyser les différents points suivants, que nous considérons comme des piliers clés pour favoriser le bon développement d'un financement de type *bundled payments* :

1. Pour développer au mieux ces nouvelles modalités, il conviendra en amont de définir s'il devrait y avoir une intégration dans ce financement des prestations de **santé mentale** et de moyens et **longs séjours**.
2. Tout en s'inscrivant dans la logique du point 1, il sera nécessaire d'entamer une révision de la **nomenclature ambulatoire**. Cette révision devrait se réaliser en veillant à mieux favoriser le développement de l'ambulatoire chirurgical par rapport à l'hospitalisation classique. C'est pourquoi cette révision devra mettre en place des incitatifs clairs, permettant à la Belgique de véritablement développer cette pratique.
 - Afin d'accompagner le développement de la chirurgie ambulatoire, une tarification identique pour les séjours de quelques pathologies, quel que soit le mode de prise en charge (ambulatoire ou en hospitalisation) pourrait notamment être envisagée rapidement, avec la volonté de l'étendre voire de la généraliser sur des pathologies susceptibles d'être traitées en chirurgie ambulatoire.
 - Parallèlement, il conviendra de lancer une campagne de sensibilisation des praticiens et un programme de formation des professionnels.
3. Commencer d'ores et déjà à initier des **expériences** intégrant de nouvelles modalités de paiement de type *bundled payments* avec une orientation clairement *value-based healthcare*. Ces expériences devraient s'initier avec le développement d'indicateurs de résultats clairs dans le cadre de projets pilotes.

Chantier C. Adapter la régulation (orientée aux *outcomes*, plutôt qu'aux structures), les outils et les compétences

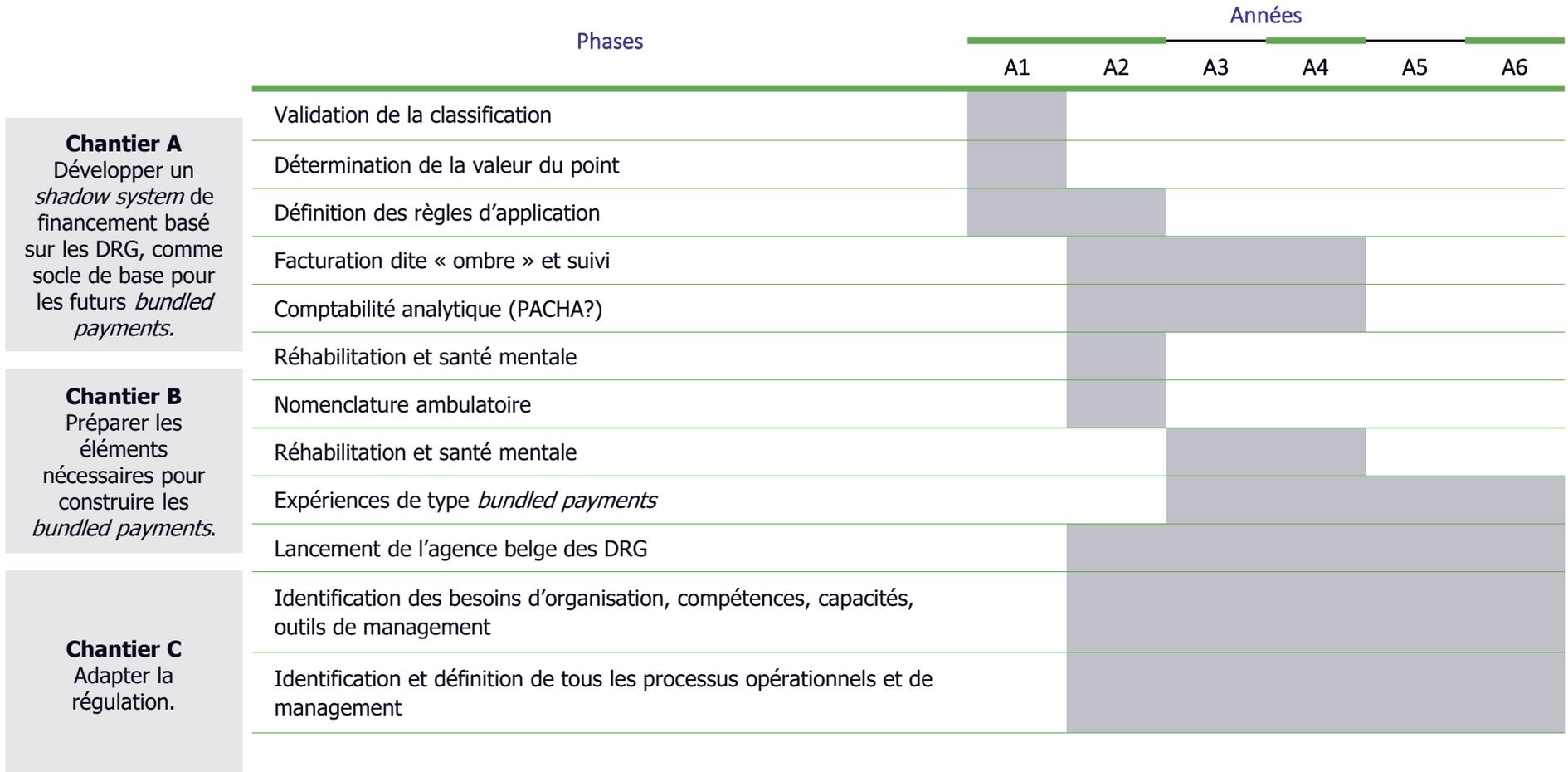
Cette réforme en profondeur du financement devra s'accompagner de transformations organisationnelles à la hauteur des enjeux, permettant à la régulation actuelle de s'adapter et ainsi de faciliter la mise en œuvre pour l'ensemble du système de santé. C'est pourquoi il conviendra de doter l'administration des capacités nécessaires pour faire cette réforme, que cela soit sur le plan technologique ou managérial, en mettant à disposition les outils et compétences nécessaires. La priorité sera de créer **une agence en charge de la définition des DRG belges** et de toute sa gestion, comme nous l'avons évoqué pour les autres pays de l'étude.

1. Pour définir et rendre opérationnels les DRG belges, il conviendra de créer une agence de management belge des DRG. Cette agence sera responsable du maintien et du développement des groupes de cas des DRG. En d'autres termes, elle sera responsable du développement et de l'adaptation du groupeur qui attribue les cas traités aux différents DRG. Elle participera aussi au développement des classifications médicales et directives de codage en Belgique. Dans ce cadre, il conviendra de définir précisément : (1) sa mission et ses fonctions (2) sa structure, sa forme et sa composition.
2. L'ensemble des acteurs doivent être parties prenantes de ce changement majeur : institutions hospitalières ou réseaux hospitaliers locorégionaux mais également les professionnels et gestionnaires qui sont les acteurs de terrain afin de les faire adhérer et accompagner au changement.
 - Organisation d'ateliers de travail
 - Organisation de formations ciblées pour les professionnels mais également un coaching des gestionnaires
 - Mise en place d'indicateurs de suivi de la bonne implantation sur le terrain
 - Un système de veille sur les différentes pratiques, celles qui seront rapidement à proscrire et celles qui devraient être généralisées.
 - Mise en place d'une plateforme online de recueil des suggestions.
3. Développer toutes les conditions qui permettront au régulateur de s'adapter et d'accompagner l'ensemble des acteurs dans cette transformation.
 - Identification des nouvelles fonctions et compétences, capacités, outils, etc. à développer
 - Identification des fonctions actuelles à modifier et/ou éliminer ; et décisions sur les modalités de leur réalisation dans le contexte futur
 - Identification et définition de tous les processus opérationnels et de management qui seraient nécessaires, sous un format en vue de son informatisation.

6. Recommandations à la lumière de l'expérience internationale

Un changement qui pourrait se réaliser en moins de 6 ans ! Nous proposons ici à titre indicatif une première proposition exigeante de calendrier, basée sur toutes les étapes clés que nous avons initialement déterminées dans chacun des 3 chantiers.

Table 05. Calendrier du développement des 3 chantiers.



Références

Principales références utilisées dans le cadre de cette étude

Amol S. Navathe, Ezekiel J. Emanuel, Atheendar S. Venkataramani, Qian Huand and all, Spending and Quality After Three Yeras of Medicare's Voluntary Bundled Payment For Joint Replacement Surgery, Health Affairs, Vol. 39 n° 1: Patient costs, bundled payments and more, Jan. 2020.

Bielamowicz, Lisa, Should Providers Bite on Downside-Risk Bundles?, Gisthealthcare, Feb. 2018.

Bundesministerium für Gesundheit, Ratgeber zur Prävention und Gesundheitsförderung, Bundesministerium für Gesundheit Referat Öffentlichkeitsarbeit 11055 Berlin, 2016.

Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hukkinen U, Kobel C et coll. Groupes liés au diagnostic en Europe : vers la transparence, l'efficacité et la qualité dans les hôpitaux ? BMJ 2013;346:f3197.

Damberg CL, Sorbero ME, Lovejoy SL, Martsof G, Raaen L, Mandel D. Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs Summary and Recommendations. Washington : Rand Corporation ; 2014.

Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. European Observatory on Health Systems and Policies Series. World Health Organization 2011.

Harvard Business School, Institute for Strategy & [Site Web] [accès novembre 2018]. Value-Based Health Care Delivery. Disponible sur : <https://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd/pages/default.aspx>

Journal de gestion et d'économie médicales 2017/1 (Vol. 35) N2-3.

Medtech Europe. Economic Value as a guide to invest in Health and Care. Bruxelles : Medtech Europe ; 2016.

Mihailovic N, Kocic S, Jakovljevic M. Review of Diagnosis-Related Group-Based Financing of Hospital Care. Santé Serv Res Manag Epidemiol. 2016 Jan-Déc; 3: 2333392816647892. doi: 10.1177/2333392816647892

O'Reilly J, Busse R, Hukkinen U, Or Z, Street A, Wiley M. Paying for hospital care: the experience with implementing activity-based funding in five European countries. Loi sur la politique de l'Econ de santé. 2012 Jan;7(1):73-101. 10.1017/S1744133111000314.

Pellegrini S, Roth S. Evolution des coûts et du financement du syst.me de soins depuis l'introduction du nouveau financement hospitalier. Base Etude 2010-2012. (Obsan Rapport 61). Neuchatel: Observatoire suisse de la santé; 2015.

Principales références utilisées dans le cadre de cette étude

Portella E, van Uytven M, Dia O, Desmoulin C, Syenave J, Barrubés J. Value-Based Healthcare. De la théorie à la pratique. Barcelone : Antares Consulting ; 2020.

Porter, Michael E., Kaplan, Robert S., How to Pay for Health Care - Bundled payments will finally unleash the competition that patients want, Harvard Business Review, Jul-Aug Issue, 2016.

Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Bl'mel M, Geissler A, Busse R. Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. *Affaires de la santé* 2013;32(4):713-23. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0876

Rajender Agarwal, Joshua M. Liao, Ashutosh Gupta, and Amol S. Navathe, The Impact of Bundled Payment on Health Care Spending, Utilization, and Quality : A Systematic Review, *Health Affairs*, Vol. 39 n° 1: Patient costs, bundled payments and more, Jan. 2020

Scheller-Kreinsen D, Quentin W, Busse R. DRG-based hospital payment systems and technological innovation in 12 European countries. *Valoriser la santé*. 2011 Dec;14(8):1166-72. doi: 10.1016/j.jval.2011.07.001.

Siok Swan Tan, Alexander Geissler, Lisbeth Serdén, Mona Heurgren, B. Martin van Ineveld, W. Ken Redekop, Leona Hakkaart-van Roijen, on behalf of the EuroDRG group, DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries, *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue 6, December 2014, Pages 1023–1028.

Site web du Bundesministerium für Gesundheit, Innovationsfond. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/i/innovationsfonds.html>

Site Web des AOK-Verband, Dossier Krankenhaus. https://aok-bv.de/hintergrund/dossier/krankenhaus/index_15370.html

SVEUS – National collaboration for value-based reimbursement and monitoring of health care in Sweden OECD Expert group meeting on payment systems, 2014-04-07.

Value Based steering And support systems For Danish health Care Feasibility Study – Full version, IVBAR, Copenhagen May 2015.

Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. Etude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays - Synth.se. Recherche sur les services de santé (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2013. KCE Reports 207Bs. D/2013/10.273/59

What matters most, Patient Outcomes and the Transformation of Health Care, ICHOM, International Consortium for Health Outcomes Measurement.

