

STRUCTURE MULTIPARTITE EN MATIÈRE DE
POLITIQUE HOSPITALIÈRE



Place Victor Horta, 40 bte 10
B- 1060 Bruxelles
Eurostation Bloc 2
Personne de contact :
Walter Bontez (FR)
☎ 02/524.87.07
e-mail: walter.bontez@health.fgov.be

Victor Hortaplein, 40 bus 10
B-1060 Brussel
Eurostation Bloc 2
Contact persoon :
Francis Loosen (NL)
☎ 02/524.86.43
e-mail: francis.loosen@health.fgov.be

Avis de la Structure multipartite en matière de politique hospitalière relatif à l'instauration d'honoraires forfaitaires par admission en hôpital

Bref résumé :

Le point 1 contient une brève introduction qui renvoie à la demande d'avis du ministre, mais aussi à la demande d'étude adressée au Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Le point 2 donne des solutions de remplacement pour un financement proactif, à savoir le maintien du système des montants de référence moyennant quelques corrections, d'une part, et l'élargissement et l'extension du financement forfaitaire existant, d'autre part.

Sous réserve de ces observations préliminaires, la Structure multipartite rend, au point 3, un avis en réponse à la demande du ministre d'instaurer un système de financement forfaitaire pour une série de prestations médicales. Dans ce cadre, on renvoie successivement à la loi sur la Santé, aux motifs de l'instauration d'un financement proactif, à la liste des interventions examinée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Ensuite, au moyen des 12 questions fondamentales, des avis sont formulés concernant la forfaitarisation globale des honoraires.

Au dernier point, le lecteur retrouvera la synthèse des travaux, **des conclusions et des recommandations** de la Structure multipartite à l'égard de l'introduction d'un financement forfaitaire par intervention.

1. Introduction :

1.1. Le 10 novembre 2004, le ministre a soumis une demande d'avis (référence : RD/COHOP/JK/04159) à la Structure multipartite en matière de politique hospitalière à la suite du dépassement de l'objectif budgétaire concernant les soins de santé tant pour 2004 que pour 2005.

Le ministre considère que la constatation de dépassement budgétaire illustre la nécessité d'adapter en profondeur notre système de santé à court terme, mais aussi et surtout à moyen terme, si nous souhaitons continuer de garantir la pérennité du modèle actuel, qui pose comme principe l'accessibilité des soins de qualité pour tous.

Selon le ministre, l'indispensable investissement supplémentaire dans les soins de santé qui est inscrit dans l'accord de gouvernement ne se justifie que si l'on offre simultanément la garantie d'une affectation des moyens disponibles aussi efficace que possible. La réduction de la variabilité dans l'exercice de la pratique médicale constitue un élément crucial à cet égard.

L'une des mesures instaurées est le système des montants de référence dans les hôpitaux.

Dans sa demande d'avis, le ministre demande à la Structure multipartite de bien vouloir examiner la question de savoir si la technique de calcul pour le montant de référence peut être remplacée par l'introduction d'une enveloppe prévisionnelle élaborée sur la base de directives de pratique médicale.

Le ministre demande à la Structure multipartite de bien vouloir rendre un avis à cet égard dans le délai raisonnable de trois mois.

1.2. Pour mettre la demande d'avis en application, la Multipartite a demandé au ministre de faire procéder à une étude par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, en vue d'examiner pour quelles pathologies / interventions il existe suffisamment de données scientifiques relatives aux directives de pratique à suivre. Dans ce cadre, le KCE pourrait se concentrer, dans une première phase, sur les pathologies / interventions fréquentes.

En attendant que la Structure multipartite dispose de cette étude, un groupe de travail a été mis sur pied ; celui-ci a élaboré un cadre futur pour un financement prévisionnel des honoraires. Ce groupe de travail a examiné plusieurs questions. Ainsi, il a notamment vérifié quels types de frais doivent être couverts par l'enveloppe prévisionnelle, comment le montant doit être calculé, si cette enveloppe doit couvrir également les prestations ambulatoires, etc.

La requête de la Structure multipartite concernant une étude à réaliser par le KCE a été approuvée entre-temps dans la lettre du ministre adressée au KCE du 19 janvier 2005.

Sous la présidence de M. C. Decoster, un groupe de travail a été créé au sein de la Structure multipartite. Ce groupe de travail se composait de membres des différentes organisations représentatives des médecins, des organismes assureurs et des établissements.

Ce groupe de travail s'est réuni les 8 et 25 février, 21 mars, 13 avril et les 3 et 17 mai 2005 et il a tenté, à l'aide de 12 questions du Président du groupe de travail relatives à la forfaitarisation globale, de formuler un avis (voir étude de la problématique sur le fond) concernant la question du ministre.

Le directeur du KCE a régulièrement rendu compte de l'état d'avancement des travaux au groupe de travail de la Structure multipartite.

Le 13 juillet 2005, la Structure multipartite a examiné le rapport du groupe de travail et a donné l'avis suivant (voir PV de la réunion plénière).

2. Solutions de remplacement pour un financement proactif

Tous les membres n'émettent pas unanimement un avis favorable sur le système de financement prévisionnel que souhaite instaurer le ministre. Au cours des discussions, deux solutions de rechange ont été avancées par les membres. Dans un souci d'exhaustivité, ces solutions de remplacement sont intégrées au présent rapport.

2.1. Une première solution de remplacement concerne le maintien du système des montants de référence, moyennant un certain nombre de corrections.

On a notamment fait observer qu'il semble quelque peu singulier d'abandonner le système des montants de référence au profit d'un système complètement différent, avant même d'avoir encore pris la peine de tester la faisabilité du premier modèle. On souligne également la complexité d'un financement par pathologie par cas traité. Les exigences d'enregistrement et de suivi sont très grandes. Dans d'autres pays où un financement par pathologie est appliqué, on voit apparaître des tendances à augmenter sans cesse la gravité, à hâter la sortie du patient et de préférence à le réhospitaliser.

Les arguments ci-dessous ont été avancés en faveur du maintien du système des montants de référence (voir l'annexe plus détaillée dans le texte du Dr van Den Oever).

- Avec le modèle des montants de référence assortis d'une correction a posteriori, l'établissement (conseils de gestion et médical réunis) est parfaitement en mesure d'évaluer les conséquences éventuelles d'écarts significatifs de ces montants de référence et de prendre à temps les mesures correctives.
- Lors du recalcul des montants de référence (2004, 2005, 2006, ...), les précautions nécessaires doivent être prises pour empêcher une diminution progressive et perverse du montant de référence dans le temps. Pour le calcul du dépassement, il n'est pas nécessaire de tenir compte uniquement de certaines catégories de prestations de la nomenclature, alors que l'on peut tout aussi bien prendre le montant global d'honoraires, les frais de matériel, les médicaments, etc. pour déterminer un montant de référence moyen.
- Toutefois, il est essentiel d'appliquer la correction par le biais d'une adaptation provisoire négative d'une sous-partie de financement qui concerne les deux parties (conseils de gestion et médical) ; la solution la plus évidente à cet égard semble être,

par exemple, le budget des moyens financiers (correction appliquée au montant qui est versé en douzièmes) et / ou des honoraires forfaitaires déterminés (permanence médicale, forfaits journaliers,...).

- Dans la proposition originale du système des montants de référence en 2001, le principe de départ a toujours été qu'un système très transparent de calcul et de suivi, assorti d'un modèle de correction financière a posteriori qui soit facilement applicable et qui permette parfaitement une évaluation par tout hôpital, peut inclure les incitants nécessaires à la correction préventive, de sorte qu'il ne devra que relativement rarement être procédé à une pénalisation financière effective.

Sur la base des raisons mentionnées ci-avant, certains membres préconisent, dans certaines conditions, le maintien du système des montants de référence pour 20 ou 30 interventions, plutôt que l'introduction d'un financement prévisionnel.

Il conviendrait toutefois d'effectuer les adaptations suivantes au système des montants de référence :

- Il faut pouvoir disposer plus rapidement des données de pathologie (par exemple : pour les montants de référence 2006, on devrait pouvoir disposer des RCM-RFM couplés 2004).
- Il convient de tenir compte de l'inflation.
- Les mécanismes de récupération des différents intéressés (médecins-gestionnaires d'hôpital) doivent être mis au point sur les plans juridique et pratique. Toutes les parties concernées doivent connaître les « règles du jeu » au préalable.
- Il faut créer une prime qui récompense le respect des montants de référence. Il s'agit d'une prime qui est octroyée a posteriori après que l'on a constaté que les montants de référence ont été respectés.

2.2. Une deuxième solution de remplacement concerne l'élargissement et l'affinement du financement forfaitaire existant.

Certains membres font observer qu'il faut pouvoir élaborer une stratégie à long terme qui vise un financement cohérent pour les hôpitaux. À cet égard, il convient d'éviter que se développent en parallèle plusieurs systèmes de financement pour un même objectif, à savoir la réduction des différences de pratique. Aujourd'hui, les différences de pratique existent principalement dans les prestations techniques, et en particulier dans l'imagerie médicale et la biologie clinique. C'est pourquoi il s'indique plutôt d'élargir et d'affiner les systèmes existants de financement forfaitaire. On fait en outre observer à cet égard que, alors qu'il existe des paramètres objectifs en ce qui concerne l'allocation de moyens financiers pour la biologie clinique, c'est le cas dans une moindre mesure pour l'imagerie médicale car elle repose sur des chiffres de consommation.

Sous réserve de ces observations préalables, la Structure multipartite émet l'avis ci-après en réponse à la demande du Ministre d'instaurer un système de financement forfaitaire pour une série de prestations médicales.

3. Avis sur le fond relatif au financement proactif :

3.1. Loi sur la Santé :

La loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé (M.B. du 20 mai 2005) offre un fondement juridique au financement proactif. En vue d'une bonne compréhension, le passage concerné de la loi à la page 23691 est cité ci-dessous :

« Art. 56 quater. Par dérogation aux dispositions de l'article 56ter, un forfait à fixer par le Roi peut être appliqué conformément aux conditions à fixer par Lui, par admission à l'hôpital d'un bénéficiaire. Le présent forfait comporte des groupes de prestations à désigner par Lui, visés à l'article 56 ter §§ 8 et 10 pour autant que ceux-ci aient trait aux groupes APR-DRG désignés par Lui visés aux §§ 9 et 10 du même article.

Le Roi désigne les groupes de prestations et les groupes APR-DRG visés à l'alinéa premier après avis de la structure multipartite visé à l'art. 153 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales. A défaut d'avis dans ce délai, l'avis sera réputé donné. »

3.2. Motifs de l'instauration d'un financement proactif

Les partisans de l'instauration d'un financement proactif avancent comme argument que ce type de financement présente des avantages. Dans un premier temps, on fait savoir de manière claire, préalablement à une intervention, de quel montant on pourra disposer pour une pathologie déterminée. Par ailleurs, on évite une récupération ultérieure, ce qui permet de prévenir de nombreux conflits au sein de l'hôpital. La nouvelle technique est axée sur les pathologies et permet de développer un financement hospitalier plus cohérent. Pour terminer, on fait observer qu'un certain nombre de problèmes techniques qui sont invoqués comme arguments contre le système de forfait se présentent également dans le système des montants de référence. À cet égard, on renvoie notamment au problème des actes de préhospitalisation (voir ci-après, point 3.4.5).

3.3. Liste des interventions

3.3.1. Le 25 février, le KCE a soumis une liste des interventions les plus fréquentes dans les hôpitaux belges (voir annexe 2), pour lesquelles il existe suffisamment de données scientifiques sur les directives de pratique à suivre. Les interventions les plus fréquentes ont été classées en ordre décroissant en fonction du prix des honoraires (il s'agit en l'occurrence de chiffres bruts issus des profils 2001 – documents P – de l'INAMI). (bijlage 3).

Dans cette liste, les **cinq interventions suivantes** ont été choisies pour une étude de cas par le KCE :

- Prothèse totale de genou
- Cholécystectomie laparoscopique
- Appendectomie (urgence)
- Revascularisation des artères carotides ou vertébrales (en remplacement de l'intervention PAC (Pontage aorto-coronarien))
- Amygdalectomie & adénoïdectomie (traitement de jour)

3.3.2. Le 3 mai 2005, le KCE a présenté un rapport relatif à l'étude scientifique (voir annexe 3) ¹. Le rapport fournit un premier aperçu des résultats d'une étude relative à la pratique des trajets de soins cliniques dans les hôpitaux belges. Il ressort de ce rapport que 65 hôpitaux fonctionnent avec des trajets de soins cliniques. Au total, environ 48 types de trajets de soins cliniques ont été enregistrés. En règle générale, on peut affirmer que l'on vise ainsi la meilleure utilisation possible des moyens, une réduction des coûts et de la durée de séjour dans les hôpitaux aigus et une amélioration de la qualité. La collaboration entre les différents praticiens professionnels sera précisée et le trajet de soins cliniques pourra également servir d'outil de gestion.

Dans cette étude, il est ensuite procédé à une analyse de trajets de soins qui existent à l'étranger et en Belgique pour les cinq interventions retenues (prothèse totale de genou, appendicectomie, amygdalectomie, cholécystectomie laparoscopique et endartériectomie carotidienne).

Sur la base d'une revue de la littérature concernant les interventions-clés, les trajets ont été évalués en fonction de leur caractère probant (« *evidence based* »). Par intervention, les coûts sont restitués pour chaque trajet de soins appliqué et ce, pour les types de coûts différenciés, en trois groupes : biologie clinique, imagerie et autres (médecine interne, kiné, revalidation, ...). Un coût « minimal » et un coût « raisonnable » sont également mentionnés sur la base de l'analyse sur le plan du contenu, de même que le coût du RCM-RFM respectivement pour SO1 et SO2 (médiane et moyenne) basé sur les données de 2001. Pour quatre des cinq exercices, il est apparu que le coût théorique était relativement proche, avec quelque marge, des coûts de référence pour SOI 1. Pour l'endartériectomie carotidienne, le coût réel s'est révélé excéder de beaucoup le coût théorique.

On déduit de l'étude les « points forts » suivants :

- les trajets cliniques sont disponibles dans une large mesure en Belgique
- les trajets peuvent mener à un renouvellement en matière de soins et à la collaboration entre prestataires de soins
- il est faisable en soi de calculer un coût théorique pour un patient standard sur la base des trajets de soins cliniques et de preuves cliniques
- on dispose d'informations détaillées sur les variations dans les pratiques médicales et d'illustrations de surconsommation éventuelle ou d'utilisation erronée
- l'efficacité des soins (l'intervention devait-elle bien avoir lieu ? aspect du caractère approprié) et la durée de séjour sont d'autres dimensions importantes
- il est possible de développer une politique de recherche active axée sur la politique à mener.

¹ Le rapport a été approuvé par le Conseil d'administration du KCE et entretemps a été publié intégralement sur le Website du KCE.

Par ailleurs, l'étude souligne également un certain nombre de « faiblesses » :

- l'étude est complexe et nécessite beaucoup de temps
- il faut procéder à un certain nombre de suppositions sur la base de la littérature, ce qui rend les calculs moins lourds
- la classification APR-DRG ne donne pas toujours satisfaction
- il est impossible de prendre en compte tous les facteurs dans une analyse scientifique (comorbidité, complications) qui influencent le degré de gravité de l'affection
- l'étude n'a pas pu tester la validité externe (et l'acceptabilité) du système visé
- seuls les honoraires de médecins sont repris dans le calcul.

En ce qui concerne le système de classification, l'étude tire les conclusions suivantes :

- fréquemment, les trajets de soins cliniques ne peuvent pas être intégrés dans des groupes de syndromes
- le nombre de combinaisons de diagnostics avec traitements peut être relativement élevé
- deux systèmes coexisteront (système classique et système prévisionnel pour un nombre limité d'interventions), avec le risque d'« upcoding » et de transfert de coûts
- il n'y a pas de solution adéquate au chevauchement de la dispensation de soins ambulatoires avec des prestations intra-muros

Le rapport conclut également que l'on ne trouve dans d'autres pays que peu d'expérience, voire aucune, concernant le calcul des coûts sur la base de directives et de trajets de soins cliniques.

3.3.3. La discussion du rapport a donné lieu aux remarques suivantes :

- l'étude est ressentie en soi comme étant très intéressante
- les différences de pratique pour les interventions routinières sont démontrées
- la possibilité existe de calculer un « all in pour les honoraires »
- l'instauration d'un financement proactif représente toutefois une réforme assez compliquée qui ne présente pas toujours les avantages nécessaires ; parfois, il peut suffire d'affiner la nomenclature si l'on veut supprimer des différences de pratique
- l'APR-DRG ne constitue pas toujours un instrument suffisamment précis pour calculer des coûts et fixer des tarifs
- il faut encourager et soutenir le développement et l'utilisation de normes et de directives pour réduire les coûts
- au lieu d'intervenir de manière pénalisante, on peut également supprimer des différences de pratique d'une manière positive en créant des stimulants

3.4 Questions clés:

En attendant les résultats de cette étude, les membres ont formulé l'avis suivant, sur la base de 12 questions clés relatives à la forfaitarisation globale des honoraires. Cet avis définit le cadre dans lequel il convient de situer un éventuel financement prospectif pour les DRG des montants de référence et de cinq interventions supplémentaires.

3.4.1. Définition du financement prospectif:

Le financement prospectif peut être conçu:

- soit comme un forfait par pathologie par patient individuel (forfait individuel)
- soit comme une enveloppe par hôpital sur la base du casemix de l'année précédente (forfait global)

Dans cette phase, la Structure multipartite n'opte **PAS** pour **une enveloppe basée sur un casemix de pathologies d'une année précédente**, et ce pour les raisons suivantes:

- Durant cette phase, au cours de laquelle un nombre limité d'interventions entrent en ligne de compte pour un financement forfaitaire, un système de casemix, en plus d'un financement par acte conduirait à un financement double et donc plus onéreux.
- Un système de casemix basé sur des données antérieures se base souvent sur des données dépassées. C'est pourquoi on est censé procéder à des révisions dans un tel système. Or, c'est trop long. Par conséquent, ce type de système est rejeté.

On opte pour un forfait par intervention sur la base des APR-DRG, à condition:

- (1) **que les règles** du système de financement de l'hôpital soient connues au préalable par toutes les parties concernées (hôpitaux – organismes assureurs entre autres),
- (2) que les **APR-DRG** soient connus par ces mêmes parties plus rapidement et au préalable (au moment de la facturation),
- (3) que l'autorité prévoie suffisamment de moyens (informatiques) et de personnel pour réaliser le nouveau financement. En effet, il serait inacceptable pour le groupe de travail que le nouveau système occasionne plus de coûts que ne le prévoit le financement. Par ailleurs, le nouveau système ne peut alourdir la charge d'enregistrement.

Certains membres estiment qu'il faudrait généraliser un système forfaitaire par pathologie. En effet, un nombre limité de forfaits pourrait conduire à une sélection de patients parce que, le cas échéant, des pathologies existent sans forfait, mais également il y a également les pathologies avec un forfait moins bon. Du reste, il n'est pas possible de disposer en permanence de forfaits actualisés. A nouveau, c'est la raison pour laquelle certains pays optent pour une enveloppe basée sur le casemix.

Dans un budget global il est plus facile de compenser les situations entre bons et moins bons forfaits ainsi qu'entre les forfaits des patients entre eux.

3.4.2. Prestations couvertes par le financement prospectif

La Structure multipartite propose de s'en tenir, durant la phase de lancement, à ce qui est actuellement couvert par les montants de référence, à savoir la liste des prestations médicales, qui est jointe à l'annexe 5 de cet avis. Dans une phase ultérieure, on pourra encore ajouter d'autres prestations.

Il est préférable de ne pas reprendre dans le forfait les prestations de revalidation parce qu'elles ne peuvent être placées dans une moyenne ou une médiane. Actuellement, l'imputation est réalisée de différentes façons, soit sous l'intitulé "kinésithérapie", soit sous l'intitulé "physiothérapie". Cela entrave l'intégration de ces prestations dans le forfait.

Les avis sont partagés en ce qui concerne la question de savoir si le forfait pour le financement prospectif doit inclure les forfaits existants. Certains estiment qu'il est préférable de ne payer qu'un seul forfait pour les prestations visées, à condition de diminuer en conséquence les forfaits existants. De cette façon, on évolue progressivement vers un seul type de système forfaitaire, ce qui permet d'assurer la cohérence du financement. Par contre, d'autres sont d'avis qu'il ne faut pas intégrer les forfaits pour l'imagerie médicale et la biologie clinique parce qu'en pratique, il n'existe plus de différences. En effet, le nouveau système entend supprimer les différences dans la pratique.

3.4.3. Un financement prospectif pour les interventions non complexes

La Structure multipartite estime qu'il est recommandé, durant cette phase, de limiter le financement prospectif à des interventions simples et fréquentes, à savoir les **APR-DRG avec un degré de sévérité (SOI 1 et 2)**.

3.4.4. Fixation du forfait

La Structure multipartite souhaite un financement basé sur une **médiane** plutôt que sur un montant moyen par APR-DRG. **Le forfait doit être suffisamment élevé** de façon à ce que cela rapporte encore un bénéfice aux médecins et à l'hôpital. Si on considère cette opération comme étant également une opération d'épargne et qu'on évalue les forfaits trop bas, cela conduira inévitablement à un **sous-traitement et/ou à une sélection du risque**.

Certains membres estiment que le financement prospectif doit être lié à une partie qui continue à être payée par acte, parce que cela permet d'avoir en permanence une vue sur les prestations effectuées.

3.4.5. Période de séjour à laquelle les prestations se rapportent

La Structure multipartite estime qu'actuellement, il n'y a pas de solution fiable pour pouvoir inclure dans le forfait les actes de préhospitalisation. D'une part, il n'existe pas encore de système d'identification de patient unique ; d'autre part, il n'est pas possible de récupérer ultérieurement les actes de préhospitalisation réalisés par un autre prestataire ni de ne pas les payer séparément.

En principe, il est préférable que l'hospitalisation de jour relève de la même réglementation que celle pour l'hospitalisation classique, bien que le problème des préhospitalisations existe ici aussi.

Il convient d'examiner plus avant cette problématique technique. C'est pourquoi le financement prospectif ne peut provisoirement couvrir que les prestations réalisées pendant l'hospitalisation (hospitalisation de jour ou hospitalisation classique).

3.4.6. Financement du forfait: participation personnelle et suppléments

La Structure multipartite estime que les règles existantes en ce qui concerne la participation personnelle et les suppléments aux honoraires, tels qu'ils existent actuellement, peuvent s'appliquer intégralement dans un système de financement prospectif.

3.4.7. Destination du montant forfaitaire

La Structure multipartite estime que le montant forfaitaire doit être octroyé à **l'organe qui gère la perception centrale des honoraires.**

3.4.8. Participation des différents prestataires et relation avec le gestionnaire

D'après la Structure multipartite, il est impératif que les règles de répartition soient fixées au préalable. Si on laisse les hôpitaux agir à leur guise, cela résultera en d'interminables discussions et finalement en l'échec du système. Pour chaque APR-DRG (limité à SOI 1 et 2), il est possible de calculer, outre la médiane nationale pour l'ensemble des prestations visées, la médiane nationale de chaque nomenclature sous-jacente qui y contribue. Les sous-montants sont ensuite octroyés aux médecins qui étaient concernés par le traitement de ce patient spécifique.

Le rôle du Conseil médical se limite à veiller à ce que l'application soit correctement réalisée.

En principe, la réglementation générale de l'hôpital ne doit pas être revue. En effet, il s'agit d'honoraires qui seront payés en tant que tels.

3.4.9. Codage des prestations

La nature des prestations doit être mentionnée sur la facture. Cela peut se faire en mentionnant un APR-DRG. Sur le plan technique, l'hôpital doit être en mesure de connaître l'APR-DRG et la classe de sévérité.

3.10. Autorisation et contrôle

La Structure multipartite estime que les règles qui s'appliquent actuellement en matière d'autorisation peuvent continuer à être utilisées à l'avenir.

Par ailleurs, la Structure multipartite estime qu'il doit y avoir un contrôle suffisamment strict pour l'imputation d'un APR-DRG et qu'il faut être en mesure de vérifier s'il y a abus ou non et d'imposer une sanction progressive le cas échéant.

Certains membres estiment qu'un contrôle a posteriori des cas individuels entraînera de nombreux conflits. Il faut confronter un hôpital à la consommation globale plutôt qu'aux différentes prestations.

3.4.11. Surveillance de la qualité

La Structure multipartite met l'accent sur le risque éventuel de sous-consommation lors de l'introduction de financement prospectif. C'est pourquoi il est indispensable de réaliser un contrôle de la qualité et des performances. La Structure multipartite estime qu'il est préférable d'organiser cette surveillance pour l'ensemble des activités hospitalières au lieu de le faire pour chaque prestation particulière.

Les membres souhaitent promouvoir la qualité d'une façon positive en octroyant un montant au budget des moyens financiers.

3.4.12. Implémentation du nouveau système

La Structure multipartite estime qu'il ne faut pas prévoir une phase de transition si le ministre décidait d'instaurer le nouveau système du financement prospectif. Mais la Structure multipartite propose de réaliser une évaluation du système au bout d'un certain temps.

4. Conclusions, objections et recommandations :

4.1. La Structure multipartite estime qu'il faut faire une distinction entre une stratégie à long terme et des objectifs pouvant être réalisés à court terme. Les réformes doivent être correctement préparées. Cela demande du temps. D'après les expériences réalisées à l'étranger, il ressort que les réformes sont généralement étalées sur plusieurs années. Le Centre fédéral d'expertise peut s'avérer très utile pour la préparation de telles réformes.

En formulant des propositions à long terme, il faut essayer d'arriver à une plus grande cohérence dans le financement. Il faut notamment éviter que différents systèmes de financement soient élaborés séparément pour les honoraires. Il faut également veiller à la cohérence avec les autres systèmes de financement. Selon le groupe de travail, il est souhaitable de poursuivre l'étude de la relation coût-pathologie.

4.2. L'étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise à la demande de la Structure multipartite a montré qu'il est possible de calculer un coût pour des interventions de façon forfaitaire. A cet égard, l'utilisation des trajets cliniques s'est avérée utile. La Structure multipartite a également constaté que le fait de disposer d'études scientifiques concernant les trajets de soins et les standards cliniques peut aider à étayer les pratiques, à encourager la collaboration entre les différentes disciplines et à éliminer d'une façon étayée les différences de pratique.

Selon la Structure multipartite, l'autorité a pour mission d'encourager la recherche scientifique axée sur le développement des trajets cliniques et, par ce biais, d'offrir un soutien aux hôpitaux. Les projets pilotes concernant les trajets de soins cliniques, qui ont été élaborés dans le cadre du SPF Santé publique, doivent être poursuivis et en même temps élargis, tant sur le plan de leur contenu que de leur nombre, de façon à ce que le plus grand nombre d'hôpitaux puissent bénéficier de cet appui. La Structure multipartite insiste pour qu'on étudie l'interaction entre le secteur intra-muros et le secteur extra-muros dans le cadre de ce travail de recherche concernant l'élaboration de trajets de soins cliniques. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent échanger leur expérience respective en la matière.

4.3. La Structure multipartite émet quelques réserves face à l'introduction d'un financement forfaitaire par intervention. Par ailleurs, il semble indiqué de poursuivre le travail de recherche si on optait pour cette technique de financement. Les objections formulées par la Structure multipartite peuvent se résumer comme suit :

4.3.1. Tout d'abord, la Structure multipartite constate qu'il n'est pas toujours aisé, d'un point de vue technique, de déterminer un trajet de soins cliniques, parce que différentes techniques peuvent être possibles pour un traitement. Il faut partir de suppositions. Il s'ensuit qu'il faut parfois fixer plusieurs montants pour une même intervention.

4.3.2. Il ressort d'une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise qu'il faudrait également affiner les APR-DRG pour facturer les prestations. C'est pourquoi la Structure multipartite recommande de poursuivre l'étude en la matière.

4.3.3. La Structure multipartite attire l'attention sur le fait qu'il n'est pas toujours facile de disposer de trajets cliniques pour tous les types d'interventions, ni de fixer un forfait sur cette base. Par ailleurs, le calcul des forfaits sur la base de trajets cliniques prend énormément de temps.

4.3.4. L'étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise a également montré que les économies réalisées en travaillant avec des trajets de soins sont limitées.

4.3.5. L'instauration d'un financement forfaitaire pour un nombre trop réduit de prestations est difficilement combinable avec d'autres systèmes de financement existants car il y a un risque de double financement. Un financement prospectif pour un nombre limité de forfaits peut également entraîner une sélection de patients, plus précisément pour obtenir le meilleur financement.

4.3.6. La Structure multipartite insiste sur le fait qu'il n'y a pas de solution fiable pour le financement des activités de préhospitalisation et, qu'en l'occurrence, un double financement n'est pas à exclure. Cette remarque est également valable pour le système des montants de référence.

4.4. Plusieurs solutions alternatives sont proposées au sein de la Structure multipartite :

4.4.1. Une première alternative possible au financement forfaitaire par admission consiste à fixer une enveloppe basée sur casemix, étant entendu que le nombre de révisions doit être limité et qu'il convient de travailler avec des données les plus actuelles possible.

4.4.2. Une deuxième alternative pourrait être d'affiner la nomenclature existante, afin d'éliminer les différences pratiques ou bien adapter l'actuel financement forfaitaire des prestations diagnostiques.

4.4.3. Enfin, on pourrait améliorer le système des montants de références en utilisant des données plus récentes et en se basant plutôt sur la valeur médiane au lieu de la moyenne. Il n'est pas nécessaire de prendre en compte seulement certaines catégories de prestations pour le calcul du dépassement; on peut aussi bien se baser sur le montant global. La Structure multipartite pense qu'il est nécessaire de simplifier le système de récupération.

4.5. Quelle que soit la future option politique, la Structure multipartite souhaite fortement créer des stimulants financiers destinés à récompenser la qualité et la performance des soins, pour lesquels il faut veiller à la qualité des soins dans tout l'hôpital, et particulièrement à la collaboration interdisciplinaire. Ainsi, il serait possible d'octroyer un montant par le biais du budget hospitalier, sur la base d'une série d'indicateurs de soins de qualité et de performance.

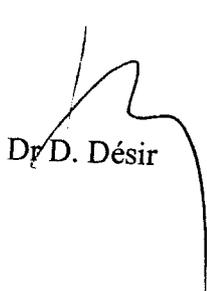
On peut recevoir ce montant à titre de rémunération pour peu que l'hôpital réponde à une série de paramètres relatifs à la performance et la qualité des soins. Le cas échéant, ce montant peut être scindé en montants partiels sur la base des divers paramètres utilisés. A titre d'exemple, on cite le respect des montants de référence, les soins en matière de décubitus, une politique de transfusion sanguine adéquate, etc.

Les mesures positives auront de meilleures chances de succès que les réformes, lesquelles présentent un caractère pénalisant. C'est pourquoi la Structure multipartite insiste pour s'atteler immédiatement à l'élaboration d'un système de promotion de la qualité des soins et de la performance des hôpitaux. Cela permettra d'obtenir rapidement des résultats par le biais de stimulants positifs.

4.6. La Structure multipartite est disposé à poursuivre ses activités et à examiner plus en profondeur une série d'aspects abordés dans ce rapport, tant en ce qui concerne la stratégie à plus long terme que les objectifs à plus court terme.

Fait à Bruxelles, le 13 juillet 2005.

Le Président f.f.,



Dr D. Désir

Annexe 2: Liste des interventions/pathologies retenues dans les montants de référence.

APR-DRG chirurgicaux

073	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
097	Adénoïdectomie et amygdalectomie
179	Ligature de veine et stripping
225	appendicectomie
228	cures de hernie inguinale et crurale
263	cholécystectomie laparoscopique
302a	Interventions majeures sur articulations et réinsertion membres inférieurs excepté en cas de traumatisme – uniquement code 289085, arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (acétabule et tête fémorale).
302b	Interventions majeures sur articulations et réinsertion membres inférieurs excepté en cas de traumatisme – uniquement code 290286, arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée
313	Interventions des memb.inf. et genoux excepté pied, - uniquement code 300344, arthroscopies thérapeutiques (miniscectomie partielle ou totale)
318	enlèvement matériel de fixation interne
482	prostatectomie transurétrale
513a	Interventions sur utérus/annexes pour carcinome in situ et aff. bénignes – uniquement code 431281, hystérectomie totale, par la voie abdominale
513b	Intervention sur utérus/annexes pour carcinome in situ et aff. bénignes – uniquement code 431325, hystérectomie totale, par voie vaginale
516	ligature tubaire par voie laparoscopie
540	césarienne
560	accouchement par voie vaginale

APR-DRG médicaux:

045	AVC avec infarctus
046	AVC non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus
047	accident ischémique transitoire
134	embolie pulmonaire
136	affections malignes du système respiratoire
139	pneumonie simple
190	affections circulatoires avec infarctus
202	angine de poitrine
204	syncope et collapsus
244	diverticulite et diverticulose
464	lithiases urinaires, avec ESW lithotripsie
466	lithiases urinaires, sans ESW lithotripsie

Annexe 3: Liste des interventions les plus fréquentes dans les hôpitaux pour lesquelles il existe suffisamment de données scientifiques sur les directives pratiques à suivre, rangées en ordre décroissant selon l'importance du coût en euros des honoraires (il s'agit en l'occurrence de chiffres bruts provenant des profils 2001 – documents P – de l'INAMI).

Groupe d'intervention	APR-DRG	Doc P-2001		Trajets cliniques		Directives Guidelines
		Prestations	Montant total en euros	International	Belgique	
CABG	165/166	7748	16913750			
Angioplastie percutanée coronarienne	174/175	18410	16626590	3 2	5 1	2
Prothèse totale de la hanche	302_a	16343	11030036	4	16	
Hernie inguinale/fémorale	228	31547	8489796	5	7	
Interventions sur le cristallin (cataracte)	073	20359	8254200	2	4	
Chirurgie auriculoventriculaire	162/163	3267	7859896	0	0	
Prothèse totale du genou	302_b	10191	6771166	3	16	
Laminectomie dorsolombaire	023/310	13625	6362025	0	3	
Cholécystectomie	263	17506	5545054	3	5	1 ?
Césarienne	540	18741	5294699	1	9	1
Angioplastie percutanée périphérique	174/175	9430	4818785	1 1	1+1	
Revascularisation vasculaire périphérique	173	9881	4377210	3	1+1	
Résection transurétrale de la prostate	482	10992	3532870	4	9	
Interventions sur les veines (varices)	179	17512	3519185	2	2	
Interventions sur les sinus	093	10182	3319514	0	1	
Revascularisations aorto-iliaques	169	3597	3094333	1	?	
Arthrodesse spinale dorsolombaire	303/304	5276	3020769	1 ?	?	
Neurochirurgie endocranienne	020/021	2023	2982368	0	1 ?	
Résection antérieure rectosigmoïde	221	3892	2849261	2	1	
Appendectomie	225	15041	2817424	1	0	1
Ménisectomie	313	13215	2659652	1 1	2	4

Groupe d'interventions	APR-DRG	Doc P-2001		Trajets cliniques		Directives Guidelines
		Prestations	Montant total en euros	International	Belgique	
Interventions utérus/annexes excl. Hystérectomie totale	513	11457	2625817	2	2 ?	8
Revascularisation carotidienne/vertébrale	024	4201	2615882		1	
Fracture du col du fémur	308	7508	2600389	3	1	
Hystérectomie vaginale totale	513_b	8178	2500242	1	4 of 6 ?	4
Hémicolectomie ou colectomie segmentaire	221	5428	2429305	2	1	
Prostatectomie totale	480	3286	2240792	1	5	
Hystérectomie abd. totale	513_a	7220	2203420	2	4 of 6 ?	4
Pacemaker	170/171	7994	2188293	1	2	
Urétéroscopie thérapeutique	446	6602	2115509	0	0	2
Chirurgie fonctionnelle sur chaîne d'osselets de l'oreille ou intervention pour fenestration	093/098 ?	3056	2082064	1	0	
Autre chirurgie cardiaque	160/168	942	2071812			
Thyroïdectomie	404	5449	1943269	1	0	
Opération de réduction de la poitrine	363	6224	1875070	X	X	
Conserv chirurgie mammaire (kystectomie, tumorectomie, mastectomie simple, gynaecomastie)	363	11475	1786209	5	9	
Ostéosynthèse Verw..	318	13413	1636280	2	0	
Prothèse de la hanche sans prothèse acétabulaire en cas ou non de fracture du col du fémur	301/302	4054	1583861	0	?	
Tonsillectomie & adénoïdectomie	097	13301	1537865	1	3	
Correction spetum nasal	097	8317	1480082	0	1	
Athrodèse spinale cervicale	303/304	2299	1454631	1 ?	?	
Interventions sur la vessie	441/445	5658	1445792	1	1	
Hernie de l'hiatus ou du diaphragme via thoroscopie ou laparoscopie	227	3147	1415241			

Groupe d'interventions	APR-DRG	Doc P-2001		Trajets cliniques		Directives Guidelines
		Prestations	Montant total en euros	International	Belgique	
Fracture du poignet	316	6226	1360037	2	0	
Rupture capsule rotatoire	315	5405	1320348	0	0	
Désinclusion et extraction d'une dent incluse	094 ?	12094	1273719	5	2	
Hallus valgus / orteil rigide	314	6151	1182651	1	1	
Autres interventions sur le genou (arthrotomie, athroscopie des ligaments)	313	3957	1099129	2	4	
Greffe de la moelle osseuse	003	559	1070446	0	0	
Exérèse pulmonaire totale ou partielle	120	1581	1043027	0	1	
Interventions laparosc. sur trompe	516	7281	1000326	1	0	
Tympanoplastie avec greffon	363	1846	903661	1	0	
Urétrotomie externe ou interne(OTIS)	446	4889	752856	1	0	
Laminectomie cervicale	023/310	1088	687957	0	0	
Les interventions retenues pour les case-assessments sont indiquées en gras						
CABG a été rejeté et remplacé par revascularisation carotidienne/vertébrale.						

Annexe 4. : Presentation of draft : The use of clinical pathways and guidelines to determine physicians' hospital fees prospectively – Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg – Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Voir WG multipartite_final et WG multipartite_final_addendum.

Annexe 5.: Liste des interventions retenues dans les montants de référence

Groupes de prestations retenus:

Les groupes de prestations retenus sont les suivants:

- 1° les prestations relatives à l'imagerie médicale reprises à l'article 17, §1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis et 17ter de la nomenclature, excepté les remboursements forfaitaires et les angiographies;
- 2° les prestations relatives à la biologie clinique reprises à l'article 3, § 1,A,II et C,I de la nomenclature, à l'article 18, §2,B,e et à l'article 24, §1 de la nomenclature, excepté les remboursements forfaitaires;
- 3° Certaines prestations techniques et autres prestations (e.a.), à savoir:
 - les prestations techniques médicales reprises à l'article 3, excepté les prestations de biologie
 - les prestations de kinésithérapie reprises à l'article 7
 - les prestations spéciales générales reprises à l'article 11
 - les prestations de dialyse e.a. reprises à l'article 20a
 - les prestations de pneumologie reprises à l'article 20b
 - les prestations de gastro-entérologie reprises à l'article 20c
 - les prestations de pédiatrie reprises à l'article 20d
 - les prestations de cardiologie reprises à l'article 20e
 - les prestations de neuropsychiatrie reprises à l'article 20f
 - les prestations de physiothérapie reprises à l'article 22 de la nomenclature.

