



## STRUCTURE MULTIPARTITE EN MATIERE DE POLITIQUE HOSPITALIERE



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](mailto: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](mailto:francis.loosen@health.fgov.be)

### Avis de l'assemblée plénière de la structure multipartite du 23 mars 2006

Lors de sa réunion du 23 mars 2006, la structure multipartite a dressé un inventaire des problèmes/difficultés qui affectent actuellement le système des montants de référence.

La structure multipartite a formulé à cette occasion une série de remarques générales et ponctuelles.

#### 1. Remarques générales:

1.1. La structure multipartite estime que, pour les pathologies pour lesquelles les prestations peuvent être effectuées suivant des normes fixes de pratique médicale, il convient de s'orienter vers une technique de financement globale. Il faut cependant que les montants établis tiennent compte des normes à appliquer. Cette manière de procéder permet d'éviter que, par le calcul annuel des montants de référence, l'on tombe dans une spirale descendante de moyennes ou de valeurs médianes qui aurait pour conséquence que l'intégralité des frais exposés de certains traitements ne serait plus couverte. Elle permet en outre de récompenser les hôpitaux qui se maintiennent en dessous de la moyenne/médiane.

1.2. Dans l'hypothèse où l'on continuerait à appliquer le système des montants de référence, la structure multipartite souhaiterait que les règles afférentes aux montants de référence soient toujours communiquées avant leur application aux hôpitaux et ne soient pas modifiées en cours de période. Cette communication préalable des règles permet

d'intégrer ces dernières dans la pratique et de réduire ainsi de manière effective les différences entre les pratiques et, par ricochet, d'éviter la récupération a posteriori.

1.3. A l'heure actuelle, le système des montants de référence est trop souvent axé sur des pénalisations et ne récompense nullement les prestataires qui restent sous la moyenne ou la valeur médiane. Il faudrait instaurer un système d'incitants à l'intention des hôpitaux qui parviennent à contenir les dépenses dans les limites des montants de référence. La structure multipartite renvoie à cet égard aux travaux du Conseil national des établissements hospitaliers.

1.4. L'idée de départ d'un système de montants de référence était bonne parce qu'un tel système visait à éliminer les différences non fondées entre les pratiques des hôpitaux. En présentant les différences de pratiques d'une manière transparente au moyen d'un retour d'informations vers les hôpitaux, ces différences disparaîtraient automatiquement.

1.5. Un certain nombre de membres estime qu'il ne faut pas étendre le système des montants de référence en y ajoutant les affections internes, car il est plus malaisé de préciser la standardisation d'activités pour ces pathologies, notamment en raison d'une trop grande variabilité de la pratique au sein d'un même groupe de pathologies. Certains membres citent une étude du Centre d'expertise, qui tendrait cependant à démontrer l'inverse.

1.6. Il convient d'user de la possibilité légale d'inscrire l'hospitalisation de jour dans le régime des montants de référence. Il faut en effet éviter que des hôpitaux n'envoient systématiquement des patients en hospitalisation de jour dans le but d'échapper ainsi au système des montants de référence pour les prestations en question. Certains membres n'y sont toutefois pas favorables, partant du principe que cela reviendrait précisément à encourager l'hospitalisation de jour.

1.7. La structure multipartite déplore que le système des montants de référence ait été insuffisamment élaboré et laisse de ce fait de trop nombreuses questions techniques sans solution. Par exemple, la question de savoir qui assume la responsabilité finale dans le système des montants de référence. Quel est, notamment, le rôle du prescripteur par rapport au prestataire, d'une part, et quelle est la juste proportion entre médecins et gestionnaire d'hôpital, d'autre part.

1.8. Le remplacement de la marge de tolérance de 20% à 10% a comme conséquence que les hôpitaux bénéficient d'une marge de manœuvre plus étroite.

1.9. Le rapport 75/25 en matière de partage des coûts entre le gestionnaire d'hôpital et les médecins ne reflète pas toujours la juste pondération des frais réels (cf. article 137 de la loi sur les hôpitaux, dernier alinéa). Une modification de cette règle s'impose dès lors.

1.10. Enfin, l'on fait remarquer que le système des montants de référence ne tient pas compte des prestations préopératoires, ce qui fausse le système. D'aucuns observent toutefois qu'il est fréquent que les hôpitaux qui enregistrent de mauvais résultats pour les montants de référence obtiennent également de mauvais résultats pour leurs prestations de bilan préopératoire.

## 2. Remarques ponctuelles:

La structure multipartite a également formulé un certain nombre de remarques ponctuelles.

1.1. La structure multipartite renvoie dans un premier temps à la problématique des **prestations de kinésithérapie et de physiothérapie dans le cadre de la rééducation fonctionnelle**, telle que la définit le rapport d'évaluation des montants de référence du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (cf. site Web - volume 17B ).

Certains membres de la structure multipartite indiquent qu'une rééducation intensive comporte à la fois des prestations de kinésithérapie et de physiothérapie. Une approche intégrale conduit à de meilleurs résultats, alors que le système des montants de référence n'encourage absolument pas une approche intensive intégrée.

Par ailleurs, il est un fait que le propre d'un bon traitement est de traiter le patient en ambulatoire après l'hospitalisation.

En effet, la rééducation est un concept global où une part importante des activités s'effectue souvent en dehors de l'hôpital. Or, le système des montants de référence ne tient aucun compte des prestations ambulatoires.

Pour les prestations qui peuvent être effectuées majoritairement en extra-muros, la technique des montants de référence n'est pas la bonne approche.

Par ailleurs, cette forme de paiement pour les prestations en question est contraire à l'évolution de la pratique médicale.

Il s'agit en l'occurrence de prestations visées dans la Partie 2 "Concept et mode de calcul", discussion des résultats en matière de "prestations de kinésithérapie, de physiothérapie et de revalidation" dans le rapport précité "Évaluation des montants de référence" du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Ces remarques valent pour les APR-DRG spécifiques à la kinésithérapie et à la physiothérapie, tels que 045 (AVC avec infarctus cérébral), 046 (AVC non spécifié et occlusion précérébrale sans infarctus cérébral), 139 (pneumonie ordinaire), et **en particulier** pour les APR-DRG 302\_a - code 289085, **arthroplastie de la hanche par prothèse totale de la hanche** et 302\_b - code 290286, **arthroplastie fémorotibiale par prothèse articulée**.

La structure multipartite suggère d'user de la possibilité offerte par le paragraphe 10 de l'article 56ter de la loi sur l'assurance maladie pour exclure au minimum les APR-DRG groupes 302 arthroplastie de la hanche et du genou du système des montants de référence.

1.2. Une deuxième remarque ponctuelle concerne **l'inclusion des angiographies**.

L'inclusion des angiographies dans le calcul des montants de référence provoque une distorsion entre les hôpitaux qui effectuent ces prestations et ceux qui ne les effectuent pas. Les hôpitaux qui ne font pas ces prestations ont en l'occurrence un nombre moins élevé de prestations, ce qui se traduit par de meilleurs résultats dans le système des montants de référence. Aussi, la structure multipartite propose-t-elle de supprimer les angiographies du système des montants de référence, en se référant également en l'espèce à la disposition précitée de la loi sur l'assurance maladie.

1.3. Une troisième remarque ponctuelle porte sur la **pénalisation des hôpitaux qui disposent d'un service Sp**. Ces hôpitaux sont lésés par rapport aux hôpitaux qui transfèrent leurs patients à un autre hôpital disposant d'un service Sp et qui, de facto, facturent donc moins de prestations parce que leurs séjours sont moins longs. En outre, la facturation concerne en particulier des prestations de locomotricité de services Sp qui, si elles se justifient pleinement sur le plan qualitatif (kinésithérapie, physiothérapie, traitements multidisciplinaires), sont néanmoins rarement exécutées pendant la phase aiguë d'un traitement.

C'est pourquoi certains membres de la structure multipartite plaident en faveur du retrait des services Sp du calcul des montants de référence, ce qui permettrait d'évaluer les hôpitaux sur une même base, qu'ils disposent ou non d'un service Sp.

Néanmoins, la structure multipartite a également fait remarquer que, d'après les calculs de la cellule technique, cette pénalisation ne semble pas aussi importante qu'il y paraît. La structure multipartite demande dès lors la cellule technique de bien vouloir donner des explications à ce sujet lors de l'assemblée plénière.

1.4. Une quatrième remarque concerne (1) **les maternités où les prestations néonatales sont imputées sur la facture de la mère** et (2) **la présence d'un pédiatre lors de l'accouchement**.

Les prestations mère/enfant devraient être mieux séparées l'une de l'autre.

Dans la plupart des cas, l'accouchement est une pratique courante pour laquelle les prestations peuvent être traduites en normes. Il serait dès lors préférable que ces prestations fassent l'objet d'un financement global. Les accouchements à risque sont des "outliers", et le système des montants de référence n'a par conséquent pas d'incidence sur eux.

Le deuxième point concerne la présence d'un pédiatre lors de l'accouchement. La structure multipartite estime que, sous l'angle qualitatif, il est préférable d'intégrer le coût de la présence d'un pédiatre dans le financement. Les hôpitaux qui prévoient un pédiatre ne peuvent en tout état de cause être pénalisés. Il s'agit en l'occurrence d'une disposition spécifique qu'il vaudrait mieux adapter.

1.5. Une dernière remarque porte sur les patients non assurés que l'assurance maladie considère comme défailants. L'extrapolation des résultats à tous les dossiers a pour conséquence que l'INAMI récupère des montants qui n'ont jamais été remboursés par les mutualités. Par contre, dans la nouvelle législation, plus aucune extrapolation n'est appliquée, car le calcul ne porte que sur des données RCM-SHA effectivement couplées.

**3. Réflexion finale:**

La structure multipartite souhaite que le présent avis soit transmis au ministre pour qu'il puisse déjà en tenir compte dans le processus décisionnel. Le groupe de travail qui a préparé le présent avis souhaiterait également poursuivre ses travaux afin de rechercher à plus long terme des propositions appropriées pour éliminer autant que possible les différences non fondées sur des faits prouvés entre les pratiques hospitalières.

Donné à Bruxelles le jeudi 23 mars 2006.

Le président,

Dr. D. Désir

-----