

26 sep 2014 -02:15

Réforme nécessaire et urgente du financement des hôpitaux - le KCE propose un cadre conceptuel global

La réforme du financement des hôpitaux est une affaire urgente: sur ce point, la plupart des acteurs des soins de santé sont d'accord. De plus en plus d'hôpitaux sont dans le rouge et le système n'est plus adapté aux besoins d'une population vieillissante. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a analysé les forces et les faiblesses du système actuel et a dessiné un nouveau cadre pour ses orientations futures. Les principaux points de friction du système actuel sont le sous-financement croissant, surtout en matière de soins infirmiers, l'offre excédentaire de lits et de services hautement spécialisés, les rétrocessions d'honoraires des médecins spécialistes hospitaliers, leurs inégalités de salaire et le manque de valorisation de la qualité.

Pour remédier à ces points problématiques tout en gardant le système abordable sur le plan des coûts, le KCE a développé un nouveau cadre global pour le financement futur des hôpitaux. Il comprend trois piliers principaux :

1. Etendre et affiner le financement forfaitaire par admission existant, en le basant davantage sur les coûts réels, et créer un fonds d'investissement dans chaque hôpital, co-géré par les médecins et la direction ;
2. Réformer la rémunération des spécialistes en rétablissant l'équilibre entre les revenus et les prestations réelles, et abolir les rétrocessions d'honoraires ;
3. Adapter le type et le nombre de lits aux besoins de chaque "zone de soins" et réserver les soins complexes à des centres de référence spécialisés.

Il s'agit d'une proposition ambitieuse qui implique des changements profonds dans plusieurs secteurs des soins de santé. Ces changements doivent être mis en application par étapes mais de façon simultanée, si l'on ne veut pas prendre le risque de déséquilibrer tout le système.

Les Belges sont satisfaits de leurs soins de santé. C'est ce qui apparaissait encore tout récemment dans une étude européenne (l'indice européen des consommateurs de soins de santé) où notre pays occupe la sixième place sur les 35 pays inclus dans l'enquête. Ce bon résultat s'explique principalement par une accessibilité élevée : nos temps d'attente sont courts et nous avons un accès direct aux soins spécialisés.

Les citoyens belges trouvent donc que notre système est bon, mais la plupart des acteurs impliqués sont cependant d'accord pour affirmer que des réformes sont nécessaires et urgentes, principalement en matière de financement des hôpitaux. C'est à la demande de la Ministre sortante de la Santé que le KCE a fait le point de la situation et formulé des propositions de réforme.

Le KCE a mené une étude de la littérature scientifique et analysé les systèmes de financement d'autres pays. Il a ensuite organisé une large consultation des acteurs belges du secteur des soins de santé (médecins, directeurs d'hôpitaux, décideurs politiques, universitaires, etc.). Sur base des données ainsi rassemblées, les chercheurs ont identifié les points les plus problématiques du système actuel et tracé un cadre conceptuel comprenant 17 grandes (ré-)orientations pour le futur.

Indéniablement, il était impossible de faire correspondre *toutes* les propositions aux souhaits de *tous* les acteurs impliqués. C'est toutefois la majorité de leurs représentants au sein du conseil d'administration du KCE qui se sont mis d'accord pour accepter que cette étude soit publiée et qu'elle soit considérée comme une base de travail pour les discussions techniques et politiques qui devront encore se tenir avant que la réforme ne puisse être mise en pratique. Aujourd'hui, le KCE tend son rapport aux négociateurs du nouveau gouvernement fédéral avec l'espoir que le prochain ministre de la Santé puisse s'en inspirer pour se mettre au travail.

POINTS NÉVRALGIQUES DU SYSTÈME ACTUEL

Le sous-financement croissant pousse à la surproduction

Une plainte fréquente des directeurs d'hôpitaux est que le financement public suffit de moins en moins, ces dernières années, à couvrir les coûts hospitaliers. Afin de compenser ce déficit, les hôpitaux gonflent le nombre d'interventions et d'examens. Ce sont surtout les départements les plus rentables, tels que la dialyse et la pharmacie hospitalière, qui sont appelés à la rescousse pour compenser les déficits des départements non rentables, comme les urgences ou la pédiatrie. Mais les autres départements n'échappent pas non plus à la demande pressante de réaliser des interventions supplémentaires, qui ne sont pas toujours réellement nécessaires pour le patient.

Le paysage hospitalier n'est pas adapté aux besoins des patients

Après l'Allemagne et l'Autriche, la Belgique est le pays d'Europe qui a le plus grand nombre de lits d'hôpital par habitant (4 pour 1000 habitants), et la durée moyenne de séjour est également relativement élevée. En conséquence, les hôpitaux de notre pays sont souvent en concurrence ouverte, et essayent d'attirer le plus de patients possible en proposant des soins pour le plus large éventail possible de maladies. À ce jour, chacun des 105 hôpitaux belges, peut continuer à prendre en charge toute maladie rare ou complexe, alors qu'ils sont loin de posséder tous l'expérience, l'expertise et les infrastructures nécessaires (voir le rapport KCE 219 sur les cancers rares).

Par ailleurs, les soins prodigués dans les hôpitaux sont essentiellement focalisés sur le traitement des problèmes aigus. Or, étant donné le vieillissement de la population, les besoins, dorénavant, sont surtout ailleurs : de plus en plus de personnes présentent une ou plusieurs affections(s) chronique(s) et ont besoin de soins de longue durée, qui ne doivent pas nécessairement être donnés dans un hôpital aigu.

Les rétrocessions d'honoraires des médecins et les inégalités de revenus créent des tensions

La plupart des médecins hospitaliers ne perçoivent pas de salaire, mais des honoraires à l'acte, payés par le patient et l'assurance-maladie. De ces honoraires, les médecins doivent rétrocéder une partie aux hôpitaux, notamment pour l'utilisation des locaux et du matériel, et pour payer le salaire du personnel infirmier. L'importance de ces rétrocessions fait l'objet d'une négociation, spécifique à chaque hôpital, entre les gestionnaires et le corps médical. Ce mécanisme est particulier à la Belgique et a pour conséquence que les hôpitaux tirent leur avantage d'un nombre d'interventions aussi élevé que possible et de suppléments d'honoraires élevés. D'une part, il donne aux médecins un droit de regard sur la gestion de l'hôpital mais d'autre part, il est aussi à l'origine de conflits entre la direction et les médecins, quand il ne pousse pas ces derniers à quitter l'hôpital pour aller pratiquer en privé.

Les écarts sont également très importants entre les revenus des différents spécialistes eux-mêmes. Ceux qui ont les plus hauts revenus gagnent en moyenne trois fois plus que ceux qui sont en bas de l'échelle, une moyenne qui couvre des différences interindividuelles encore plus grandes. Ce fossé entre les revenus s'est creusé pour des raisons historiques, mais ne correspond plus aujourd'hui à des motifs objectifs. Ici aussi, cela crée des tensions et provoque une pénurie dans certaines disciplines, comme la gériatrie.

La qualité et la coordination des soins ne sont pas récompensées

Le système de financement actuel soutient principalement les soins aigus et toute l'innovation hi-tech qui va avec. D'un autre côté, la coordination des soins n'est pas suffisamment valorisée et les différents niveaux de soins travaillent souvent indépendamment les uns des autres. Il n'est pas financièrement intéressant de transférer un patient vers un environnement de soins plus approprié ou d'établir des collaborations entre différents services. Et pourtant, le nombre de patients qui pourraient bénéficier d'une telle approche plus intégrée, comme les malades chroniques, est en constante augmentation.

Par ailleurs, les hôpitaux ne rencontrent que peu d'incitants à délivrer des soins de haute qualité. Que du contraire même: un patient qui développe des complications après une intervention, par exemple, rapportera davantage des rentrées financières à l'hôpital.

ORIENTATIONS POUR UN FUTUR FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Financement forfaitaire par admission

Elargir le financement forfaitaire actuel et baser les tarifs sur les coûts réels

Avec un système de financement forfaitaire prospectif, les hôpitaux reçoivent un même tarif pour tous les patients qui ont une pathologie similaire (DRG - Diagnosis Related Group). Durant ces 20 dernières années, en Belgique, des éléments de ce type de financement ont été progressivement mis en place dans les hôpitaux aigus, mais de manière très fragmentaire et seulement sur base de la durée moyenne nationale de séjour par pathologie.

Dans le nouveau modèle proposé par le KCE, le financement forfaitaire est élargi et les tarifs sont basés sur les coûts réels moyens d'une prise en charge de qualité pour la pathologie en question. Ceci devrait juguler le problème de sous-financement et encourager l'efficacité.

Créer un fonds d'investissement

Le KCE propose de créer, dans chaque hôpital, un fonds d'investissement qui sera co-géré par les médecins et les gestionnaires de l'hôpital. Ceci devrait favoriser la collaboration autour d'un projet de soins commun pour l'institution.

Une réforme des honoraires des médecins hospitaliers

Rétablir l'équilibre entre les revenus et les efforts réellement prestés

Le KCE propose de maintenir le système de paiement à l'acte, mais de déterminer le montant des honoraires de manière transparente, sur base des prestations effectives en termes de temps consacré, d'effort physique et intellectuel, d'inconfort (travail de nuit ou de week-end par exemple), de risque, de

stress, etc. Le revenu peut également être ajusté en fonction de l'expertise/expérience requise et doit aussi récompenser la prise de responsabilité en matière d'organisation. Cette mesure entraîne une réduction des différences entre les spécialités.

Abolir les rétrocessions d'honoraires

Les honoraires comprennent actuellement une participation aux frais de personnel, de matériel et d'infrastructure liés aux soins. Dans la réforme proposée cette partie disparaît, mais aussi l'ensemble du système de rétrocessions d'honoraires à l'hôpital. Le budget correspondant est transféré au fonds d'investissement mentionné ci-dessus et au financement par DRG.

Un remodelage du paysage hospitalier

Faire concorder l'offre de soins avec les besoins

Le KCE recommande d'adapter, par 'zones de soins', le nombre de lits aigus, de services et de programmes de soins aux besoins de la population de cette zone, sur base d'un plan stratégique de soins. Une approche similaire existe déjà aujourd'hui en France, par exemple.

Cela peut signifier que, dans certaines régions, un certain nombre de lits aigus seront remplacés par des places d'hospitalisation de jour, des centres de révalidation, des services de soins à domicile, etc.

Centraliser les soins complexes spécialisés

Le KCE plaide pour que les soins complexes soient réservés à des centres de référence répondant à certains critères. Ces centres peuvent collaborer avec des hôpitaux locaux, plus proches du domicile du patient, pour fournir la partie moins complexe des soins. De cette façon, des soins optimaux et égaux pour tous sont assurés, et les moyens sont utilisés de manière optimale.

Des objectifs de santé mesurables et une stimulation de la qualité

Au niveau fédéral, les différentes structures décisionnelles au sein de l'INAMI et du SPF Santé publique peuvent être simplifiées et mieux coordonnées. Elles doivent développer une collaboration étroite avec les communautés/régions. En outre, les autorités devraient davantage travailler en fonction d'objectifs de santé mesurables et réserver une place plus importante aux conclusions d'études scientifiques et aux données objectives.

Jusqu'à présent, il n'existe pas beaucoup de preuves scientifiques en faveur de l'efficacité des incitants financiers pour l'amélioration de la qualité des soins. Par conséquent, le KCE recommande de tester d'abord l'approche dite *Pay-for-Quality* à petite échelle.

LES ETAPES SUIVANTES

Presque tous les stakeholders interrogés ont convenu qu'une réforme du financement des hôpitaux s'impose de toute urgence. Il ne s'agit cependant pas de la mettre en place abruptement, mais bien de l'appliquer progressivement, tout en préservant les éléments positifs du système actuel.

Le projet est ambitieux ; il demande des changements radicaux dans de nombreux secteurs des soins de

santé. Ces changements doivent être appliqués simultanément si l'on ne veut pas prendre le risque de déséquilibrer tout le système.

La première étape, et la plus importante, est une décision politique sans équivoque sur la réforme du financement des hôpitaux.

Ensuite, il faudra libérer des budgets et du personnel pour lancer une série de chantiers préparatoires pendant les une ou deux années à venir (par exemple un enregistrement des coûts pour déterminer les tarifs par pathologie, une détermination des besoins en soins aigus, un travail législatif préparatoire, etc.). Dès que les premiers résultats de ces chantiers seront disponibles, il sera possible d'élaborer des plans d'action détaillés et de mettre en œuvre un certain nombre de simulations, puis de commencer à introduire progressivement la réforme.

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Centre Administratif du Botanique, Door Building (10ème étage)
Boulevard du Jardin Botanique 55
1000 Bruxelles
Belgique
+32 2 287 33 88 (nl) / +32 2 287 3354 (fr)
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Communication scientifique
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be