

19 avr 2018 -15:21

Pas de solution clé sur porte pour le financement des soins hospitaliers à haute variabilité

Dans sa réforme du financement des hôpitaux, la ministre de la Santé Maggie De Block prévoit de répartir les séjours hospitaliers en trois « clusters » en fonction de la variabilité des soins, chaque cluster bénéficiant d'une forme de financement différente. C'est dans cette optique qu'elle a demandé au Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE) d'analyser la manière dont d'autres pays financent les soins à haute variabilité. Mais étant donné que le choix d'un tel financement est lié aux priorités et aux politiques de chaque pays, il n'est pas possible de transposer telle quelle une méthode de financement étrangère au système belge. Il faut donc d'abord poser des choix politiques nécessaires. Le KCE recommande de commencer par une étude « proof of concept » consistant à développer un financement tenant compte de la variabilité, par exemple pour la prise en charge de l'AVC, pour laquelle un modèle organisationnel a déjà été choisi par les autorités.

Trois types de séjours hospitaliers, trois types de financement

En avril 2015, la ministre de la Santé a publié un Plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier belge et son financement. L'un des éléments centraux de ce plan est la répartition des séjours hospitaliers en trois « clusters » basés sur la prévisibilité – et donc la variabilité – des soins, avec pour chaque cluster un système de financement différent. L'objectif de cette réforme est de financer les hôpitaux aussi correctement que possible, sans compromettre la pérennité de notre système de santé.

Le financement des clusters se ferait comme suit :

- Un cluster à faible variabilité pour les séjours qui ne nécessitent que des soins standard, peu variables d'un patient à l'autre et donc très prévisibles. Ces séjours seraient financés de façon prospective, via un montant forfaitaire par admission, quels que soient les soins réellement délivrés. Dans une première phase, les honoraires des prestations médicales seront groupés. Dans les phases ultérieures, l'intégration du budget des moyens financiers (BMF) correspondant, des médicaments, etc. est prévue.
- Un cluster à moyenne variabilité pour les séjours nécessitant des soins plus variables. Le financement proposé est similaire à celui actuellement en vigueur, c'est-à-dire un budget national fermé distribué sur la base du « case-mix » (nombre et type de patients) de chaque hôpital.
- Un cluster à haute variabilité pour les séjours dont les besoins en soins sont difficiles à standardiser et donc non prévisibles. Dans ce cluster, les soins sont délivrés sur mesure en fonction des besoins des patients. Dans ce cluster, les hôpitaux seraient remboursés sur la base des soins délivrés justifiés.

Corriger le financement de la variabilité justifiée, éviter la variabilité non justifiée

Il n'est pas possible de prédire avec précision, sur la seule base du diagnostic, le coût des soins pour tous les patients. Par exemple, certains patients souffrent d'une affection relativement simple, mais leurs soins sont imprévisibles – et donc hautement variables – en raison de leur âge, d'un diabète ou de problèmes cardiaques concomitants. Ces patients devront donc recevoir des soins supplémentaires éventuellement coûteux, pour lesquels le financement standard ne suffirait pas. Pour être correct, il faut donc tenir compte de cette variabilité dite « justifiée », faute de quoi les hôpitaux ne recevraient pas un financement suffisant pour un grand nombre de patients.

La variabilité n'est pas toujours justifiée, comme par exemple lorsqu'elle résulte de différences dans les pratiques des soins qui ne sont pas cliniquement étayées. Attribuer un montant fixe par affection (comme pour les soins à faible variabilité) peut alors contribuer à éliminer cette variabilité non justifiée.

La ministre a demandé au KCE d'analyser la manière dont d'autres pays financent les soins à haute variabilité et de voir dans quelle mesure ces méthodes peuvent s'appliquer également dans notre pays. Le présent rapport fait partie d'une série de rapports scientifiques réalisés par le KCE dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier.

Faire des choix en fonction des objectifs politiques

Le KCE a étudié les systèmes de financement du Danemark, de l'Angleterre, de l'Estonie, de la France, de l'Allemagne et des États-Unis (Medicare). Tous ces pays excluent certains éléments du financement standard pour les rembourser séparément. On peut « exclure » de la sorte certaines catégories de patients (p.ex. les grands brûlés), certains produits (p.ex. les médicaments onéreux), certains hôpitaux spécialisés, (p.ex. les hôpitaux pédiatriques spécialisés) et aussi les patients qui génèrent des coûts significativement plus/moins élevés que la moyenne (appelés « outliers »). Cependant, tous ces pays déterminent les éléments à exclure et la manière de les financer de façons très différentes, essentiellement en fonction de leurs impacts possibles sur le système de santé et des priorités sociétales, par exemple l'efficacité et la qualité des soins.

Le choix du financement des soins à haute variabilité peut également venir en soutien de réformes de l'organisation des soins. Par exemple, certains pays excluent les soins complexes pour encourager leur concentration dans des centres spécialisés (qui reçoivent alors un financement spécifique). Ceci fait également partie du Plan de la ministre.

Étant donné le large éventail de systèmes existants, il n'est pas possible de formuler des recommandations concrètes à l'intention des décideurs politiques belges. Par ailleurs, le Plan d'approche de la ministre a déjà défini un certain nombre d'orientations (p.ex. davantage de transparence dans le système de financement, la concentration de soins de santé complexes et coûteux, etc.). Il faut maintenant prendre des décisions politiques, qui devront être soutenues par le financement, comme dans les autres pays.

Le système de classification doit être revu

Un deuxième point d'attention de ce rapport concerne le système de classification belge des patients en fonction de groupes de pathologies (APR-DRG ou All Patient Refined- Diagnosis Related Groups) et de sévérité de la maladie, qui sert de base au financement des soins hospitaliers. La critique la plus fréquemment entendue du système APR-DRG belge est qu'il ne reflète pas adéquatement les pratiques cliniques et les différences de coûts. Par exemple, une ré-intervention pour remplacement d'une prothèse de hanche appartient au même APR-DRG qu'une prothèse de hanche primaire ; l'hôpital reçoit donc le même montant, alors que le remplacement est une intervention beaucoup plus complexe et que la durée du séjour est beaucoup plus longue. Une subdivision des APR-DRG afin de permettre différents financements pour un même diagnostic peut constituer une solution à ce problème.

Il faut mettre en place un enregistrement des coûts par patient

À l'heure actuelle, les hôpitaux belges ne sont pas tenus de calculer les coûts de chaque patient individuel.

Pourtant, dans les autres pays, c'est sur la base de ces données que l'on détermine la variabilité des soins par groupe de patients et que le financement est ajusté.

En l'absence d'un enregistrement national des coûts, nous avons deux possibilités pour commencer à cartographier les coûts : 1) utiliser les coûts calculés, sur une base volontaire, par un certain nombre d'hôpitaux, 2) utiliser les résultats d'une étude récente (non encore publiée) sur le « démêlage du BMF » dans un certain nombre d'hôpitaux, demandée par la ministre. Cette étude tente de lier le budget et les coûts hospitaliers aux séjours individuels. Une telle collecte de données pourra être étendue ultérieurement.

Dans ce contexte, le KCE préconise de renforcer, au sein des institutions gouvernementales déjà existantes, une équipe en charge du recueil, de l'analyse et du contrôle des données nécessaires, ainsi que du suivi et de la gestion du système de financement.

C'est au fruit que l'on juge l'arbre...

Une fois les choix politiques posés, il sera nécessaire d'effectuer des analyses et des simulations (p.ex. pour savoir pourquoi il existe une grande variabilité entre hôpitaux pour certaines admissions, pour calculer l'impact budgétaire pour les hôpitaux et le gouvernement, etc.). Le KCE recommande de commencer par une étude « proof of concept », qui élabore un financement en tenant compte de la variabilité justifiée. Cela pourrait se faire, par exemple, pour la prise en charge de l'AVC, parce que ce programme de soins comprend déjà un modèle organisationnel. D'autres domaines pourront être ajoutés plus tard, étape par étape, mais l'impact de chaque étape sur les budgets globaux des hôpitaux devra toujours faire l'objet d'un suivi attentif.

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