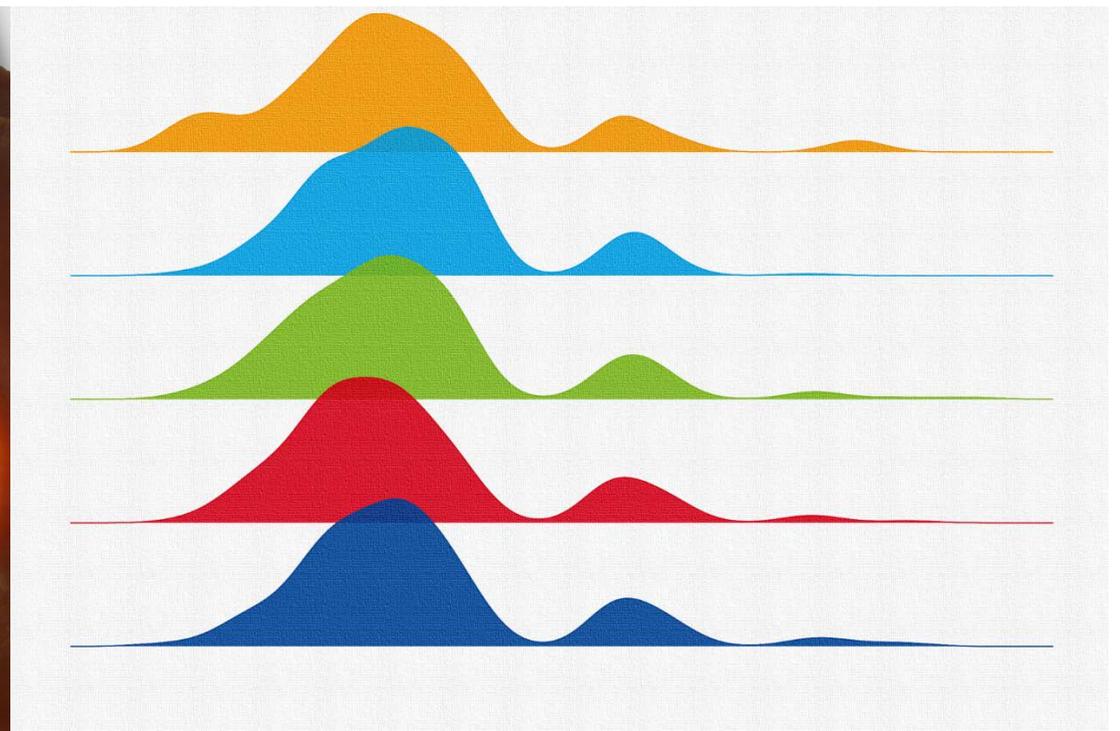


## SYNTHÈSE

# FINANCEMENT DES SÉJOURS HOSPITALIERS POUR LES SOINS À HAUTE VARIABILITÉ





## SYNTHÈSE

# FINANCEMENT DES SÉJOURS HOSPITALIERS POUR LES SOINS À HAUTE VARIABILITÉ

VICTOR STEPHANI, ANJA CROMMELYNCK, GUY DURANT, ALEXANDER GEISSLER, KOEN VAN DEN HEEDE, CARINE VAN DE VOORDE, WILM QUENTIN





## ■ PRÉFACE

La réforme du paysage hospitalier en Belgique pourrait être une preuve de la 'résilience' de notre système de soins : c'est en effet une véritable gageure de tenir compte – tout en gardant le cap – des contraintes que sont les choix fiscaux et parafiscaux, les priorités en termes de modes de prise en charge et l'évolution des pathologies liées au mode vie, à l'environnement et à l'augmentation de l'espérance de vie – euphémisme du vieillissement. Pour un système de soins, surtout hospitalier, le mode de financement fait partie des instruments de cette résilience.

L'opération est particulièrement complexe car le montant et la manière de le calculer – que ce soit pour un acte, un patient ou une pathologie – doivent tenir compte des possibles impacts ainsi générés. On n'est pas loin de la quadrature du cercle lorsqu'il s'agit de traiter de manière égale les égaux, de donner quelques petits coups de pouce ('*nudges*') pour faire adopter 'le bon comportement' et de rémunérer des prestataires de manière 'juste'. Implicitement, cette gageure implique de définir ce que l'on entend par équité, efficacité, efficience et justice. Passe encore, si tous les actes médicaux étaient totalement standardisés, les patients parfaitement 'moyens' et les soins prestés dans des conditions idéales dénuées de tout aléa. Mais dans la vraie vie, la variété et la variabilité s'invitent aussi. Dans la gestion quotidienne d'un hôpital comme dans celle des imprévus que rencontre tout prestataire face à des patients singuliers – vous et moi – demandant un traitement sur-mesure.

Nos voisins auraient-ils trouvé le précieux sésame, la technique idéale pour financer de manière juste et efficace des actes ou des patients particulièrement 'variables' sans générer d'effets pervers ? De toute évidence, la variabilité touche aussi leur manière de résoudre ces problèmes... Cela n'empêche pas de puiser chez eux une certaine inspiration afin de ne pas réinviter le fil à couper le beurre. Mais il nous faudra clairement inventer nous-mêmes la meilleure façon de conforter la résilience de *notre* système de soins. Ce rapport n'est donc pas le point final de cette entreprise, mais un trait d'union vers ses développements futurs.

Marijke EYSEN  
Directeur Général Adjoint a.i.

Christian LÉONARD  
Directeur Général a.i.



## ■ SYNTHÈSE

### TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	SYNTHÈSE .....	2
1.	INTRODUCTION .....	4
1.1.	CONTEXTE .....	4
1.2.	QUESTIONS DE RECHERCHE ET PORTÉE DE L'ÉTUDE.....	6
2.	COMMENT LES AUTRES PAYS FINANCENT-ILS LES SOINS À HAUTE VARIABILITÉ ?.....	7
2.1.	APERÇU DES MÉCANISMES D'EXCLUSION.....	7
2.2.	TROIS TYPES DE MÉCANISMES POUR DIMINUER LA VARIABILITÉ.....	10
2.2.1.	Adaptations régulières du système de DRG proprement dit .....	10
2.2.2.	Mécanismes en marge du système de DRG .....	10
2.2.3.	Mécanismes extérieurs au système de DRG.....	12
3.	COMMENT SONT FINANCÉS LES SOINS À HAUTE VARIABILITÉ DANS LES HÔPITAUX BELGES ?.....	12
3.1.	SOURCES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX BELGES .....	12
3.2.	ADAPTATION AU NIVEAU DU SYSTÈME DE DRG PROPREMENT DIT : PONDÉRATION DES POINTS B2 .....	13
3.2.1.	L'activité justifiée, pierre angulaire du financement par pathologie en Belgique .....	13
3.2.2.	Adaptation du système de DRG par la pondération du nombre de lits justifiés par service. 14	
3.3.	FINANCEMENT EN MARGE DU SYSTÈME DRG : OUTLIERS, POINTS SUPPLÉMENTAIRES ET SERVICES OU PRODUITS SPÉCIFIQUES.....	14
3.3.1.	Financement des outliers et des groupes résiduels .....	14
3.3.2.	Points supplémentaires pour des services spécifiques .....	15
3.3.3.	Points supplémentaires pour les hôpitaux avec un profil d'activité ou de soins infirmiers plus intensif .....	15



3.3.4.	Remboursement de médicaments et dispositifs médicaux onéreux/nouveaux/spécifiques.	17
3.3.5.	Autres mécanismes ciblant la pharmacie, l'hôpital de jour et les patients à faible statut socio-économique	17
3.4.	FINANCEMENT EN-DEHORS DU SYSTÈME DE DRG POUR CERTAINS HÔPITAUX OU DÉPARTEMENTS	18
<b>4.</b>	<b>MÉCANISMES DE FINANCEMENT UTILISÉS DANS DES DOMAINES DE SOINS SPÉCIFIQUES</b>	<b>21</b>
4.1.	TRAITEMENTS ONCOLOGIQUES	21
4.2.	SOINS PÉDIATRIQUES SPÉCIALISÉS	22
4.3.	GRANDS BRÛLÉS	23
4.4.	MALADIES NEUROLOGIQUES	23
4.5.	LES SERVICES DES SOINS INTENSIFS	24
4.6.	DIALYSE	25
4.7.	GESTION DES ORGANES ET TRANSPLANTATIONS	25
4.8.	IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET RADIOTHÉRAPIE	26
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>26</b>
5.1.	UNE GRANDE DISPARITÉ DANS LES MÉCANISMES D'EXCLUSION	26
5.2.	DIFFÉRENTES APPROCHES POUR LE FINANCEMENT DES OUTLIERS	27
5.3.	DIFFICILE DE TIRER DES ENSEIGNEMENTS DES EXEMPLES ÉTRANGERS	27
■	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>31</b>
■	<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>34</b>



## 1. INTRODUCTION

### 1.1. Contexte

#### **Un financement hospitalier basé sur les *Diagnosis Related Groups* (DRG) ne suffit pas pour les soins à haute variabilité**

Depuis les années 1990, un nombre croissant de gouvernements, y compris en Belgique, choisissent baser le financement des hôpitaux sur les *Diagnosis Related Groups* ou DRG (groupes homogènes de malades). C'est jusqu'ici le cas surtout pour les séjours aigus classiques, mais aussi de plus en plus pour les hospitalisations de jour. Les DRG classent les séjours hospitaliers (ou « cas ») en groupes cliniquement cohérents requérant la mise en œuvre de moyens similaires. Chaque séjour se voit attribuer un DRG donné à l'aide d'un algorithme (programme dit « de regroupement ») qui s'appuie le plus souvent sur les diagnostics, procédures et caractéristiques démographiques du patient. Dans la plupart des pays, les hôpitaux touchent pour chaque séjour un montant fixe calculé en fonction du coût moyen enregistré pour l'ensemble des établissements ; on parle aussi de « *case-based payment* » ou financement par cas. Dans certains pays, dont la Belgique, un budget national global est ventilé entre les différents hôpitaux sur la base du nombre et du type de DRG (« *case-mix* »).

Les systèmes de DRG se heurtent toutefois tous au problème des soins dits à haute variabilité. Prédire le coût précis des soins sur la seule base de la pathologie n'est en effet pas possible chez tous les patients. C'est le cas tout d'abord pour les maladies rares qui ne concernent qu'un petit nombre de personnes et pour lesquelles le calcul d'un coût moyen n'est donc pas fiable. Il y a également certains patients dont la pathologie est relativement simple, mais dont les soins seront hautement variables du fait, par exemple, de leur âge, d'un diabète ou d'une maladie cardiaque, qui requièrent parfois des soins supplémentaires coûteux en plus de l'intervention standard. Étant donné que les classifications DRG sont en général basées sur le diagnostic primaire ou la procédure, elles conviennent moins aux patients avec des

polyopathologies.<sup>1,2</sup> Troisièmement, enfin, il y aura toujours des patients chez qui les coûts sont plus élevés que chez les autres.

Pour être équitable, un système de DRG devra tenir compte de cette variabilité, sous peine de voir les hôpitaux toucher un montant trop faible ou trop élevé pour un grand nombre de malades. C'est pour cette raison que tous les pays utilisent aussi, en plus du système de DRG, d'autres mécanismes qui permettent d'exclure certains éléments du calcul des montants moyens par DRG afin de les financer séparément.

Ces exclusions concernent principalement quatre types d'éléments :

1. Certains groupes de patients (p.ex. grands brûlés, patients palliatifs)
2. Certains services et produits (p.ex. médicaments onéreux, dispositifs médicaux, soins intensifs)
3. Certains hôpitaux ou services hospitaliers (p.ex. unités/centres ultra-spécialisée(s) tels que les cliniques de l'épilepsie, les hôpitaux oncologiques)
4. Les « *outliers* » ou cas hors normes – comprenez, les patients qui génèrent des coûts sensiblement supérieurs ou inférieurs aux autres personnes classées dans le même DRG.

Certains pays choisissent d'exclure une combinaison d'éléments, p.ex. certains groupes de patients et certains services hospitaliers.

#### **Répartition du risque financier entre prestataire de soins et payeur**

La manière dont les autorités financent leurs hôpitaux en utilisant des incitants économiques peut contribuer à la réalisation de certains objectifs tels que l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité, la promotion d'une utilisation efficace et efficiente des ressources et éventuellement la maîtrise des coûts.<sup>3, 4</sup> L'impact de ces stimuli financiers dépend beaucoup de la répartition des risques entre les acteurs qui dispensent les soins et ceux qui en assument le coût. Dans le cas d'un financement par DRG, l'hôpital perçoit **un montant fixe par cas pris en charge**, et ce quels que soient les soins effectivement dispensés. L'établissement supporte alors tous les risques, puisque les frais réellement encourus peuvent être supérieurs à ce



forfait. Un tel système encourage toutefois aussi les hôpitaux à traiter le plus possible de patients et le payeur supporte donc le risque financier lié au volume de patients, même s'il existe dans les faits des mécanismes permettant de maîtriser ce risque (p.ex. adaptation du montant alloué par patient au-delà d'un certain nombre de cas).

Lorsqu'un **budget fermé est réparti** entre les hôpitaux individuels sur la base des DRG, il n'existe aucun risque financier pour les autorités, qui peuvent maîtriser parfaitement leur budget.

En plus des incitations financières, de nombreux autres facteurs déterminent également le comportement des prestataires de soins et des institutions de soins.

### Les projets de réforme de la ministre

En avril 2015, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a publié un vaste plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier belge,<sup>5</sup> dont l'un des éléments centraux est la répartition des séjours hospitaliers en trois clusters sur la base de la prévisibilité des soins, avec un système de financement distinct pour chacun d'eux.

- Le **cluster des soins à faible variabilité** recouvre les séjours hospitaliers qui nécessitent exclusivement des soins standards peu complexes, variant peu d'un patient à l'autre et facilement prévisibles. Pour les hospitalisations qui relèvent de ce cluster, le plan d'approche propose un montant prospectif uniforme quels que soient les soins effectivement dispensés. Le risque financier lié aux soins administrés en plus de la prise en charge standard est supporté par l'hôpital et le risque lié au nombre de patients est supporté par le payeur.
- Le **cluster des soins à variabilité moyenne** recouvre les séjours hospitaliers associés à des besoins en soins moins prévisibles que ceux du cluster ci-dessus. Le système de financement proposé ressemble beaucoup à celui qui existe actuellement en Belgique, avec un budget national fermé réparti entre les différents établissements en fonction, notamment, de la durée moyenne du séjour par DRG à l'échelon du pays. Le mode de rémunération le plus courant pour les médecins reste le paiement à l'acte. Pour ce cluster, le risque financier

est réparti entre les hôpitaux (pour la partie financée par le budget fermé) et le payeur (pour la rémunération des médecins).

- Le **cluster des soins à haute variabilité** recouvre les séjours (ou éléments spécifiques d'un séjour) associés à des besoins en soins hautement complexes, difficiles à standardiser et donc imprévisibles. Les hôpitaux sont ici financés en fonction des soins réellement dispensés, et le risque est donc supporté principalement par le payeur.

Il existe toutefois aussi des soins complexes dont la variabilité n'est pas importante, qui peuvent être standardisés et pour lesquels l'utilisation des moyens n'est pas forcément imprévisible. C'est ce qu'il ressort du [rapport 270 du KCE](#), dans le cadre duquel le centre d'expertise a développé une méthode pour répartir les séjours hospitaliers en trois clusters de variabilité différente sur la base du remboursement INAMI et de la durée du séjour.<sup>6</sup> Le cluster à faible variabilité comprend également des séjours associés à des soins complexes, comme p.ex. une greffe hépatique.

Lors de l'élaboration d'un système de financement des hôpitaux qui tient compte de la variabilité du processus de soins, il est important de distinguer les situations où la variabilité est justifiée et celles où elle ne l'est pas. Dans le premier cas de figure, il importe évidemment, pour maintenir l'accessibilité des soins de haute qualité, de prévoir un financement correct qui corresponde le mieux possible aux soins réellement dispensés. Par contre, lorsque la variabilité est injustifiée, la mise en place d'un montant fixe par DRG peut contribuer à rectifier la situation.

Un deuxième élément central des plans de réforme de la ministre concerne **la planification des capacités et la programmation** (voir l'encadré 1 du [rapport 289 du KCE](#)).<sup>7</sup> Outre l'établissement de réseaux hospitaliers cliniques, un programme de « gestion de l'offre » a été lancé afin de rationaliser l'offre de soins actuelle et future. Un des instruments importants en est la programmation des soins au moyen d'une nouvelle procédure *evidence-based*, transparente, évolutive et, dans le cas des nouvelles technologies, proactive. La répartition des tâches entre les hôpitaux et la concentration de soins spécialisés et complexes sont des concepts clés de cette partie des plans de réforme.



## 1.2. Questions de recherche et portée de l'étude

La ministre des Affaires sociales et de la santé publique a chargé le KCE **d'examiner les mécanismes de financement utilisés dans d'autres pays pour les séjours hospitaliers dont le processus de soins présente une variabilité importante et de déterminer si ces mécanismes peuvent être mis en application dans le contexte belge.**

Les principales questions de recherche du volet international étaient les suivantes :

- Quels groupes de patients, séjours ou services/produits sont exclus du financement par DRG à l'étranger et bénéficient donc d'un autre financement (supplémentaire) ? Quels sont les critères utilisés pour les exclure ?
- Comment les hôpitaux sont-ils financés pour ces groupes de patients, séjours hospitaliers ou services/produits ?
- Comment le financement favorise-t-il la concentration de soins spécifiques chez certains dispensateurs ?
- Comment les « *outliers* » sont-ils définis et rémunérés ?

L'objectif ultime de l'étude est de tirer les leçons des expériences récoltées à l'échelon international afin d'en tenir compte lors d'une éventuelle réforme du financement des hôpitaux belges, avec une attention toute particulière pour le cluster des soins à haute variabilité et pour le financement des soins qui ne sont délivrés que dans un nombre limité de centres.

### Quels aspects n'ont pas été étudiés ?

La **simulation de l'impact financier** d'éventuelles réformes à l'échelon du pays ou des établissements hospitaliers sort du cadre de cette étude.

Dans la plupart des pays, **les soins ambulatoires, les soins de santé mentale, les soins de longue durée, la revalidation et les urgences ambulatoires** ne sont pas financés sur la base des DRG. Ils sortent donc également du cadre de cette étude, tout comme le financement **d'activités**

**hospitalières sans lien avec les patients** telles que la recherche ou la formation.

La rémunération des **médecins hospitaliers** diffère fortement d'un pays à l'autre et même parfois au sein d'un même pays. Certains sont salariés, d'autres rétribués à l'acte, mais il arrive aussi que ces deux approches soient combinées. Le [rapport 209 du KCE](#) présente un aperçu détaillé de la manière dont les spécialistes hospitaliers sont rémunérés dans dix pays à hauts revenus,<sup>7</sup> qui illustre bien la complexité de la plupart des systèmes et l'interdépendance de facteurs spécifiques à chacun d'eux – citons par exemple le nombre de payeurs publics et privés, la hiérarchie entre spécialistes et l'offre de soins à l'hôpital et en-dehors. Le processus et les facteurs qui déterminent le niveau des honoraires ou des salaires diffèrent également beaucoup d'un pays à l'autre. La présente étude met l'accent sur les méthodes de financement des hôpitaux. Nous précisons toujours si la rémunération des médecins est ou non comprise dans le financement hospitalier, mais nous n'avons pas examiné dans quelle mesure cette rétribution prend ou non (suffisamment) en compte la variabilité du processus de soins.

Le KCE a réalisé plusieurs études pour le compte de la ministre dans le cadre des plans de réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. Les résultats de la présente étude devraient être considérés comme un complément aux résultats et recommandations de ces études antérieures.<sup>6-10</sup> Ainsi par exemple, le présent rapport n'avait pas pour objectif d'évaluer le financement basé sur un montant par DRG, mais une évaluation complète de ce système dans cinq pays peut être trouvée dans le [rapport 207 du KCE](#).<sup>8</sup>

### Comment avons-nous procédé ?

Nous avons utilisé une combinaison de différentes méthodes de recherche – *horizon scanning* pour la sélection des pays, consultation d'experts nationaux du financement par DRG et étude de littérature. Vous trouverez dans le Tableau 1 du [Short report](#) un aperçu des principales étapes de l'étude.



## 2. COMMENT LES AUTRES PAYS FINANCENT-ILS LES SOINS À HAUTE VARIABILITÉ ?

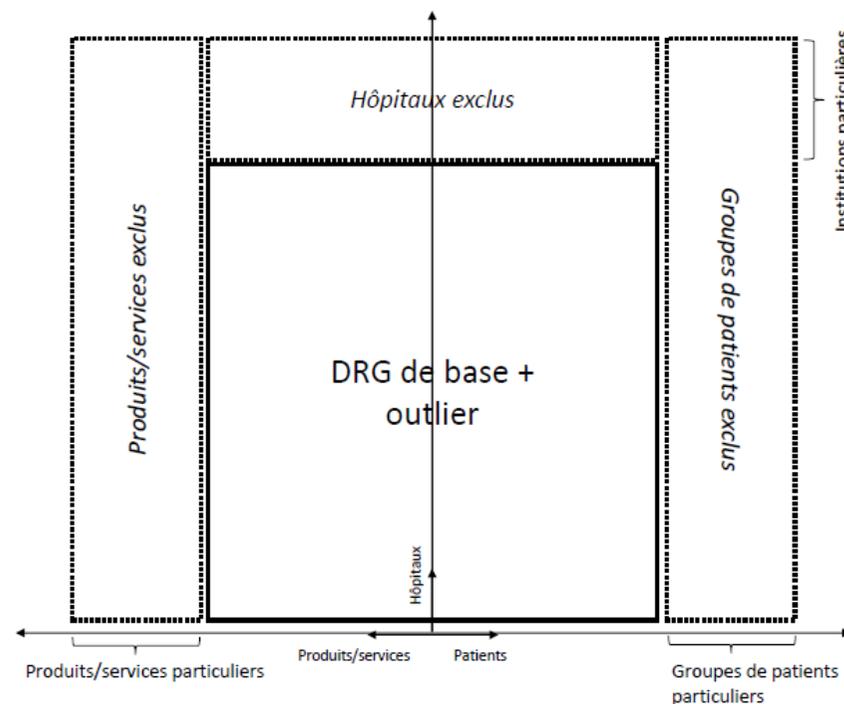
### 2.1. Aperçu des mécanismes d'exclusion

Comme nous l'avons déjà mentionné, les systèmes de financement basés sur les DRG ne sont équitables et tenables pour les hôpitaux que s'ils tiennent compte de la variabilité des soins. C'est pour cela que tous les pays choisissent d'en exclure certains groupes de patients (sur la base d'un diagnostic), services et produits (sur la base d'une procédure), établissements/services hospitaliers, *outliers* et autres éléments, qui font l'objet d'un financement distinct spécifique. Ce chapitre propose un aperçu des éléments que six pays (Allemagne, Angleterre, Danemark, Estonie, France et États-Unis (partie A de Medicare)) ont choisi d'exclure de leur système de DRG *case-based* afin de les soumettre à un mode de financement différent. Les six pays ont été sélectionnés dans une *long list* de pays qui ont un système de DRG ; la principale raison pour laquelle ces autres pays n'ont pas été retenus est qu'ils n'ont pas un système de financement homogène pour leurs différentes régions. Les principaux mécanismes d'exclusion sont présentés dans la Figure 1.

#### De grandes différences dans le nombre d'exclusions et dans le choix d'inclure ou non la rémunération des médecins dans le système

Le Tableau 1 montre les mécanismes d'exclusion utilisés dans les six pays étudiés. Un aperçu complet des groupes de patients, des produits et services, des départements et des hôpitaux qui sont exclus du financement de base par DRG est disponible dans le [rapport scientifique](#).

Figure 1 – Modèle générique d'un système de DRG avec mécanismes d'exclusion de certains groupes de patients, produits/services et hôpitaux



Il ressort du Tableau 1 que l'Angleterre et l'Allemagne excluent de nombreuses catégories de patients, de services et de produits ainsi qu'une série d'établissements ou départements hospitaliers ; l'Estonie écarte les mêmes éléments, mais en moins grand nombre. La France n'exclut par contre aucune catégorie de patients mais bien plusieurs services hospitaliers, les médicaments onéreux et certains hôpitaux (généralement de petites structures locales). Aux États-Unis (partie A de Medicare), les exceptions au système de DRG sont peu nombreuses ; les principales concernent les hôpitaux oncologiques et pédiatriques, qui ne représentent qu'une petite fraction des établissements de soins. Les hôpitaux locaux font



toutefois aussi l'objet d'un financement distinct, parce qu'ils font partie du « *Critical Access Program* », un programme visant à assurer l'accessibilité des soins dans les zones faiblement peuplées.

L'intégration de la **rémunération des médecins** au système de DRG diffère aussi sensiblement d'un pays à l'autre. En Angleterre, en Allemagne, au Danemark et en Estonie, où les médecins hospitaliers travaillent sous statut salarié, elle fait partie du financement par DRG. Il en va de même dans les hôpitaux publics français. Dans les hôpitaux commerciaux de l'Hexagone, par contre, les médecins travaillent sous statut d'indépendant et sont rétribués à l'acte ; le financement par DRG ne couvre donc pas leurs prestations. Aux États-Unis aussi, la partie A de Medicare prévoit un paiement à l'acte pour les médecins.

### Un incitant à la centralisation des soins

Il est intéressant de noter que le Danemark n'exclut les patients très complexes du système de DRG que lorsqu'ils sont pris en charge dans certains hôpitaux ou départements hospitaliers. Nous aurons l'occasion de voir au Chapitre 4 que c'est le cas pour les cancers complexes, les soins pédiatriques spécialisés, les brûlures sévères, la dialyse, les soins intensifs et la transplantation d'organes et son organisation pratique. Ce système favorise la **concentration des soins**, parce qu'il incite les hôpitaux à référer les patients concernés aux établissements qui disposent des moyens nécessaires pour pouvoir proposer des soins de haute qualité (appareillage technique et personnel spécialisé). Une approche comparable existe également en Angleterre, où un financement supplémentaire (*top-up*) est prévu pour les soins spécialisés dispensés dans des services de pédiatrie, de neurologie et d'orthopédie reconnus, ainsi que dans les unités spécialisées dans la chirurgie du dos.

### Des mécanismes de financement très différents

Les différences entre pays se marquent non seulement au niveau des éléments exclus du système DRG, mais aussi de l'approche choisie pour les financer. Les six pays que nous avons étudiés utilisent notamment les instruments suivants :

- Budgets fixes (« *block grants* ») : hôpitaux exclus du système en Angleterre, organisation pratique (e.a. prélèvement, transport) des transplantations en France ;
- Supplément au tarif DRG (paiement « *top-up* ») : soins pédiatriques complexes au sein de services spécifiques en Angleterre, médicaments et dispositifs médicaux coûteux en France ;
- Tarif/budget défini en fonction de négociations locales : certains DRG sans tarif national en Angleterre, certains DRG non pondérés en Allemagne ;
- Financement par journée d'hospitalisation : listes d'exceptions spécifiques en France ;
- Financement par prestation/séance : dialyse en France, services et produits exclus en Allemagne ;
- Combinaison d'un financement par journée d'hospitalisation et par séance : tous les soins exclus en Estonie ;
- Financement en fonction des coûts : hôpitaux exclus dans le cadre du partie A de Medicare, patients complexes dans les hôpitaux spécialisés au Danemark.

Vous trouverez dans le [short report](#) un exposé plus détaillé des systèmes de DRG et mécanismes d'exclusion des pays étudiés, avec pour chacun les raisons motivant l'exclusion de certains éléments et les mécanismes de financement alternatifs mis en place, résumés sous forme de tableau. Le montant (estimé) du financement a été précisé pour chaque élément exclu lorsque c'était possible.

Afin de bien comprendre le système de financement par DRG des six pays et leurs mécanismes d'exclusion, il serait idéalement nécessaire d'étudier aussi le système de financement qui était en place avant l'introduction des DRG. Un tel survol historique dépasse la portée de cette étude. Pour l'Angleterre, la France, l'Allemagne et le système Medicare aux États-Unis, cet historique est décrit dans le [rapport 207 du KCE](#)<sup>8</sup>, pour l'Estonie et le Danemark on peut le trouver dans le rapport Euro-DRG<sup>3</sup>.



Tableau 1 – Aperçu des mécanismes d'exclusion dans les six pays étudiés

Pays	Catégories de patients	Produits/services	Exclusion de	Départements/hôpitaux	Combinaison de critères
<b>Danemark</b>	-	-	-	-	Les « patients complexes », c.-à-d. ceux qui reçoivent des soins spécialisés (n = 1 100) sont traités dans des hôpitaux spécialisés
<b>Angleterre</b>	Il n'existe pas de tarif national pour 130 des 2 782 <i>Healthcare Resource Groups</i> (ou HRG, l'équivalent britannique des DRG), et 33 HRG font l'objet d'un tarif qui peut être adapté moyennant négociation (2016)	Médicaments (n = 359), dispositifs (n = 28) et services (n = 5) onéreux, HRG scindés (n = 214)	Système décentralisé : le choix d'exclure certains hôpitaux relève du « <i>Clinical Commissioning Group</i> » local	Départements spécialisés qui dispensent des soins « hautement spécialisés »	
<b>Estonie</b>	Patients sous chimiothérapie (prix différents pour une cure de chimio)	Médicaments, dispositifs médicaux et services onéreux, transplantation d'organes	Cliniques des maladies professionnelles/de la tuberculose	-	
<b>France</b>	-	Organisation pratique des transplantations d'organes (e.a. prélèvement et transport), médicaments (n = 3 649)*, dispositifs (n = 68) et services (n = 16) onéreux	Hôpitaux locaux/institutions spécifiques (n = 166 ; 8,4 % de l'ensemble des hôpitaux aigus)	-	
<b>Allemagne</b>	Il n'existe pas de tarif basé sur les coûts pour 45 DRG sur 1 255 (répartis en 13 grandes catégories diagnostiques) (chiffres 2016)	Organisation pratique des transplantations d'organes (e.a. prélèvement et transport), médicaments, dispositifs médicaux et services onéreux (n = 191)	Institutions spécifiques (n = 153 en 2016)	-	
<b>États-Unis (Medicare partie A)</b>	-	Prélèvement d'organes de donneurs	Hôpitaux pédiatriques (n = 11) / hôpitaux oncologiques (n = 60) / certains hôpitaux du Maryland / 'Critical access hospitals' (petits hôpitaux en région rurale, n = 1 300)	-	

\*: Un aperçu complet est disponible dans le [rapport scientifique](#). L'exclusion d'un groupe de patients se fait sur la base d'un diagnostic, celle d'un produit ou d'un service sur la base d'une procédure. \*\*: Ce nombre peut recouvrir plusieurs dosages d'une même molécule



## 2.2. Trois types de mécanismes pour diminuer la variabilité

Les mécanismes d'exclusion sont un moyen important de diminuer la variabilité des soins du système DRG, mais il y a d'autres manières d'aborder le remboursement des soins variables. D'une manière générale, on peut distinguer trois mécanismes de réduction de la variabilité des soins dans le système DRG (voir Tableau 4).

### 2.2.1. Adaptations régulières du système de DRG proprement dit

La première catégorie de mécanismes touche à l'essence de tous les mécanismes de financement basés sur les DRG, à savoir la répartition des patients en différents groupes. La quasi-totalité des pays qui disposent d'un tel système y apportent régulièrement des modifications visant à accroître l'homogénéité du coût des soins à l'intérieur d'un DRG et donc à en limiter la variabilité. Ceci se fait (1) en distinguant à l'intérieur des DRG existants différents niveaux de gravité, (2) en transférant les patients qui génèrent des frais plus/moins élevés que la moyenne vers d'autres DRG ou (3) en créant de nouveaux DRG pour les patients présentant des caractéristiques cliniques et des coûts comparables.

Les pays font à cet égard des choix très différents, qui se reflètent notamment dans le nombre de DRG qui composent leur système de classification et la présence ou l'absence de plusieurs sous-groupes (voir Tableau 2). Les sous-groupes sont basés sur les niveaux de gravité, de comorbidité et de complications et visent une plus grande homogénéité des DRG. Il est en principe plus aisé de gérer la variabilité avec un système qui comprend un grand nombre de DRG.

Tableau 2 – Nombre de DRG et de sous-groupes

	Nombre de DRG	Nombre de sous-groupes
Danemark	743	2 pour la plupart des DRG
Angleterre	± 2 300	Jusque 6 sous-groupes
Estonie	± 800	2 pour quelques DRG
France	± 2 300	4 pour la plupart des DRG
Allemagne	1 255	Pas de nombre maximal 1 pour 280 DRG et plusieurs pour 310 DRG
États-Unis (Medicare partie A)	756	Jusque 3 sous-groupes
Belgique	1 258	4 pour 314 DRG et 1 pour 2 DRG

### 2.2.2. Mécanismes en marge du système de DRG

La seconde catégorie de mécanismes se situe en marge du système de DRG proprement dit. Elle comprend en premier lieu le **financement des outliers**. Il est aussi possible de **financer des services qui sont pertinents pour certains patients relevant de DRG différents** (mais pas pour tous les patients d'un DRG donné), comme p.ex. des médicaments ou implants extrêmement coûteux. L'Angleterre, l'Estonie, la France et l'Allemagne prévoient un financement supplémentaire pour ces cas, avec des montants fixes (par prestation ou par journée d'hospitalisation). Enfin, pour certains groupes de patients pour lesquels il est **difficile de calculer un coût moyen** pour différentes raisons (très faible nombre de malades, absence d'itinéraires de soins standardisés), l'Angleterre et l'Allemagne prévoient des DRG distincts, qui peuvent se voir accorder un financement équitable sur la base de négociations locales.



### Comment sont financés les outliers ?

Tous les pays disposent d'un mécanisme pour couvrir rétrospectivement les coûts relatifs aux *outliers* – des patients qui génèrent des coûts plus élevés ou plus faibles que prévu et dont le séjour hospitalier est plus long/plus court que la moyenne de leur DRG. Ils sont donc identifiés sur la base du coût de leur prise en charge ou de la durée de leur hospitalisation (voir Tableau 3), et leur financement est calculé et payé de façon rétrospective sur la base de ces éléments. Le traitement de ces *outliers* doit toutefois toujours être

considéré comme une facette de l'ensemble plus large que constitue le système de financement hospitalier. Les États-Unis (partie A de Medicare), qui n'excluent que quelques éléments, financent les *outliers* sur la base des coûts et non de la durée du séjour comme la majorité des pays européens. Cela signifie que, lorsque le coût du traitement d'un patient individuel est nettement supérieur à la moyenne, les hôpitaux américains touchent pour celui-ci un paiement par prestation. Ce financement des *outliers* sur la base d'un montant à l'acte se rapproche mieux des coûts individuels du traitement pour un patient donné qu'un financement reposant sur la durée du séjour.

**Tableau 3 – Définition et financement des outliers**

Pays	Basé sur...	Définition	Financement
Danemark	la durée du séjour	Pas de seuil inférieur pour la durée du séjour Seuil supérieur pour la durée du séjour : $Q3+(Q3-Q1)*1,5$	Par journée d'hospitalisation (indépendamment du DRG)
Angleterre	la durée du séjour	Pas de seuil inférieur pour la durée du séjour Seuil supérieur pour la durée du séjour : $Q3+(Q3-Q1)*1,5$	Par journée d'hospitalisation
Estonie	les coûts	Seuil inférieur pour les coûts : coût moyen – 2*DS Seuil supérieur pour les coûts : coût moyen + 2*DS	Par prestation Par prestation
France	la durée du séjour	Seuil inférieur pour la durée du séjour : $(ALOS/2,5) + 1$ Seuil supérieur pour la durée du séjour : $ALOS*2,5$	Par journée d'hospitalisation ou forfait fixe Par journée d'hospitalisation
Allemagne	la durée du séjour	Seuil inférieur pour la durée du séjour : $\text{round}[\max(2, ALOS/3)]$ Seuil supérieur pour la durée du séjour : $\text{round}[\min(2, ALOS+2*DS, ALOS + 17)]$	Par journée d'hospitalisation Par journée d'hospitalisation
États-Unis (Medicare partie A)	les coûts	Pas de seuil inférieur pour les coûts Seuil supérieur pour les coûts : tarif DRG + montant fixe (« <i>fixed-loss</i> »)	80% des frais au-dessus du seuil

*ALOS = durée moyenne du séjour ; DRG = Diagnosis Related Group (groupe homogène de malades) ; Q1 = 1<sup>er</sup> quartile ; Q3 = 3<sup>e</sup> quartile ; DS = déviation standard*



### 2.2.3. Mécanismes extérieurs au système de DRG

La troisième catégorie comprend les mécanismes extérieurs au système de DRG, tels qu'un **financement supplémentaire pour des services spécifiques qui ne sont proposés que par quelques hôpitaux**, pour lesquels le calcul du coût moyen n'a donc pas de sens. De nombreux pays prévoient également un budget distinct pour certains **services spécifiques** confrontés à d'importants frais fixes indépendamment du nombre de prestations qu'ils effectuent, comme p.ex. le prélèvement et le transport d'organes à transplanter ou les soins aux grands brûlés. Enfin, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, le Danemark ne prend en charge certains coûts que si les patients sont traités dans un **hôpital spécialisé reconnu**.

**Tableau 4 – Mécanismes destinés à réduire la variabilité dans les systèmes de DRG**

Place par rapport au système de DRG	Mécanismes
À l'intérieur du système	Subdivisions à l'intérieur d'un DRG
	Transfert de certains cas à d'autres DRG
	Création de nouveaux DRG
En marge du système	Financement des <i>outliers</i> (par prestation ou par journée d'hospitalisation)
	Financement supplémentaire au travers de montants fixes (par prestation ou par journée d'hospitalisation)
	DRG avec montants négociés
À l'extérieur du système	Financement supplémentaire avec montants négociés
	Budgets distincts par hôpital pour des services spécifiques
	Remboursement des coûts pour certaines prises en charge spécifiques dans des centres reconnus

DRG = *Diagnosis Related Group (groupe homogène de malades)*

## 3. COMMENT SONT FINANCÉS LES SOINS À HAUTE VARIABILITÉ DANS LES HÔPITAUX BELGES ?

Le système de financement qui existe actuellement en Belgique accorde également des moyens supplémentaires aux hôpitaux pour les soins difficiles à standardiser, complexes, onéreux ou peu courants. Les critères sous-jacents sont toutefois difficiles à déterminer pour (une partie de) ce financement. Les six pays étudiés au Chapitre 2 ne semblent pas non plus baser systématiquement cette intervention supplémentaire sur la variabilité ou la complexité des soins.

Nous commencerons par exposer les principales sources de financement des hôpitaux belges, avant d'aborder les ajustements qui y sont apportés pour prendre en compte la complexité des soins, les frais élevés ou les services spécifiques.

### 3.1. Sources de financement des hôpitaux belges

Les principales sources de financement sont :<sup>11</sup>

- **Le budget des hôpitaux** (dit « Budget des Moyens Financiers » ou BMF). Ce budget national fermé couvre (en partie) les coûts des activités hospitalières (personnel infirmier, administration, entretien, blanchisserie, obligations légales en matière de qualité et de sécurité des soins, fonctionnement opérationnel de la pharmacie, etc.). Le principal mécanisme de répartition du budget entre les hôpitaux repose sur les DRG (voir section 3.2.2).
- **Les prélèvements sur les honoraires des médecins.** Les médecins cèdent une fraction de leurs honoraires à l'hôpital pour couvrir (partiellement) les frais liés directement ou indirectement à leurs activités médicales, à savoir, entre autres, les coûts en personnel infirmier, services paramédicaux et appareillage (qui ne sont pas ou pas suffisamment couverts par le BMF), les frais afférents à l'utilisation des locaux, à l'entretien et au personnel de soutien technique, administratif ou autre.



- **Les spécialités pharmaceutiques** sont financées en partie par produit, en partie par le biais d'un forfait par séjour qui est spécifique à chaque pathologie.
- Dans certains secteurs médicaux bien spécifiques (p.ex. réadaptation), l'INAMI accorde également des **montants forfaitaires** dans le cadre de **conventions**.
- **L'hospitalisation de jour** est financée par le biais de montants fixes **dont certains diffèrent d'un hôpital à l'autre**. Le financement de la **chirurgie de jour** relève du BMF.

Le BMF et les rétrocessions d'honoraires représentent respectivement 37,7% et 41,6% des revenus totaux des hôpitaux (2016).<sup>12</sup>

Comme nous le verrons plus loin, les trois mécanismes mentionnés plus haut (voir section 2.2) sont également présents dans une certaine mesure dans le système belge (voir Tableau 5 pour un aperçu). Pour des raisons de lisibilité et sauf mention contraire, la notion d' « adaptations pour les soins complexes » recouvre tous les ajustements apportés parce que les soins sont difficiles à standardiser, complexes, onéreux ou peu courants.

Comme signalé plus haut, l'évaluation de la prise en compte de la variabilité des soins dans les honoraires médicaux sort du cadre de ce rapport. Les résultats de l'étude en cours à l'ULB à la demande de la ministre De Block sur la scission des honoraires en deux volets – coûts afférents à l'exercice professionnel d'une part, honoraires « purs » de l'autre – peuvent toutefois livrer une série d'enseignements intéressants à cet égard.

## 3.2. Adaptation au niveau du système de DRG proprement dit : pondération des points B2

### 3.2.1. *L'activité justifiée, pierre angulaire du financement par pathologie en Belgique*

Contrairement aux six pays étudiés dans le cadre de ce rapport, la Belgique n'octroie pas à ses hôpitaux un montant par séjour, mais répartit une large part de son budget hospitalier global (la partie B2 des coûts cliniques, c'est-à-dire environ 40% du BMF) en fonction de la durée moyenne du séjour par DRG. Un système de financement par DRG « classique » répartit les patients en groupes sur la base de leur pathologie ou de la procédure chirurgicale qu'ils doivent subir. En Belgique, le système DRG comporte en outre une sous-catégorisation basée sur la gravité de la maladie (« *severity of illness* », SOI) ; on parle dans ce cas d'un système d'**APR-DRG (APR = All Patient Refined)**. On calcule dans ce cadre la durée moyenne du séjour au sein d'un même APR-DRG et pour un même SOI. L'âge du patient est également pris en compte (plus ou moins de 75 ans) ; on n'opère par contre aucune distinction entre adultes et enfants. Le système belge de classification compte 1 258 DRG, c'est-à-dire 314 DRG avec chacun quatre niveaux de SOI et 2 DRG sans subdivision en SOI (voir Tableau 2).

C'est sur la base de cette moyenne nationale que l'on calcule le nombre de **journées d'hospitalisation justifiées** pour chaque établissement – en tenant compte de son case-mix de patients (et de l'ajout de jours justifiés pour les *outliers*, voir point 3.3.1). Pour chaque service, on prend alors en compte le « taux d'occupation normatif » (généralement 80 %), pour parvenir à un nombre de **lits justifiés**.



### 3.2.2. Adaptation du système de DRG par la pondération du nombre de lits justifiés par service

L'activité justifiée sert de base à l'attribution d'environ 40 % du BMF (la partie B2) aux hôpitaux. Pour ce faire, le budget B2 (budget fermé) est divisé par le nombre de points B2 « gagnés » par l'ensemble des hôpitaux. On obtient ainsi la valeur d'un point B2. Les **points de base** sont destinés au financement du personnel infirmier. En principe, les hôpitaux se voient attribuer un point B2 par lit justifié. Certains services touchent toutefois davantage de points par lit justifié (p.ex. 6,25 points maximum pour les soins intensifs néonataux et 3,75 points maximum pour les soins intensifs maternels). Les différences de nombres de points sont dues à des normes de personnel différentes entre départements.

Ce mécanisme de financement peut se comparer à un système où les hôpitaux reçoivent un montant par DRG, les DRG eux-mêmes étant pondérés en fonction de la part qu'ils représentent dans le coût total. Dans le financement hospitalier belge, la pondération dépend principalement de la durée moyenne de séjour par DRG (et des durées standard en salle d'opération - voir section 3.3.2). En raison de l'absence de données sur les coûts, le système belge fait appel à d'autres mécanismes tels que des points supplémentaires (voir section 3.3.3) et un financement distinct pour certains services comme les soins intensifs (voir section 3.3.3). Ces mécanismes rendent le système belge de financement hospitalier plus complexe, plus fragmenté et moins transparent que les systèmes DRG étrangers.<sup>7</sup>

### 3.3. Financement en marge du système DRG : outliers, points supplémentaires et services ou produits spécifiques

Les points B2 constituent la base principale du financement hospitalier en Belgique. Il existe toutefois également un certain nombre de mécanismes qui s'inscrivent en marge du système.

#### 3.3.1. Financement des outliers et des groupes résiduels

En Belgique, les *outliers* sont définis sur la base de la durée du séjour et financés par journée d'hospitalisation. Ils sont répartis en deux catégories.

Chez les « **petits** » *outliers*, on ne prend en compte que le nombre de jours d'hospitalisation effectif. Il s'agit de patients chez qui la durée de séjour est  $\leq \text{EXP}(\ln Q1 - 2x(\ln Q3 - \ln Q1))$ , où Q1 et Q3 correspondent aux premier et troisième quartile de la durée du séjour à l'échelon national pour le DRG considéré. Ce seuil inférieur doit en toute hypothèse toujours être inférieur d'au moins trois jours à la durée de séjour moyenne pour ce DRG.

Les « **grands** » *outliers* dépassent largement la durée de séjour moyenne à l'échelon national. Il en existe deux types :

- Type 1 : durée du séjour  $> Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ . Tous les jours d'hospitalisation effectifs sont considérés comme justifiés.
- Type 2 :  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1) < \text{durée du séjour} < Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$ . Le nombre de jours d'hospitalisation justifiés correspond à la durée d'hospitalisation moyenne nationale additionnée des jours d'hospitalisation effectifs après  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ . Pour ces *outliers*, la différence entre la durée moyenne du séjour à l'échelon national et  $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$  n'est donc pas prise en compte pour le financement.

Dans les Résumés Hospitaliers Minimum (RHM) de 2014, les *outliers* représentaient 6,7% du nombre total de jours justifiés.



Les *outliers* jouent également un rôle dans le calcul du forfait par séjour prévu pour les spécialités pharmaceutiques. Ils sont définis comme des patients avec une durée de séjour  $> Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$ , et le financement se fait alors par produit sur la base du prix public.

En plus des *outliers*, il existe également un certain nombre de DRG qui ne sont pas inclus dans le calcul de l'activité justifiée. Ces groupes résiduels sont des APR-DRG avec moins de 30 séjours au niveau national, des séjours sans diagnostic principal ou pour lesquels l'intervention n'est pas conforme au diagnostic principal, des séjours où le patient est décédé dans les trois jours, etc. Ces groupes résiduels représentaient 9,1% du nombre de journées justifiées en 2014. Leur financement est généralement basé sur la durée réelle du séjour.

### 3.3.2. Points supplémentaires pour des services spécifiques

Des points supplémentaires sont attribués aux hôpitaux pour les **salles d'opération** sur la base d'une durée standard correspondant à environ 2 100 interventions chirurgicales. Cette durée standard reflète les besoins en personnel infirmier, mais n'est pas une indication de la durée de l'intervention elle-même. On calcule sur la base de cette durée le nombre de salles d'opération nécessaire et on attribue 7,5 points pour chaque salle. Les hôpitaux touchent en outre un financement supplémentaire pour une salle d'opération dont ils assurent la disponibilité permanente, avec un maximum de deux salles d'opération permanentes par hôpital.<sup>7</sup>

Un budget fermé est également prévu (à l'intérieur de la sous-partie B2) pour le personnel infirmier et soignant du **service des urgences**.<sup>13</sup> Ses règles d'attribution ont été modifiées en juillet 2013 et introduites de façon progressive depuis cette date (40 % de nouvelle méthode et 60 % d'ancienne méthode depuis juillet 2015). Dans l'ancienne méthode, le nombre de lits justifiés est déterminant pour le financement de base. Par conséquent, les grands hôpitaux reçoivent généralement un budget plus important pour leur salle d'urgence (avec une correction pour le *case-mix*). Un financement supplémentaire est accordé sur la base des prestations effectuées pendant la nuit, le week-end et les jours fériés pour les patients hospitalisés (prestations irrégulières). Les hôpitaux sont divisés en déciles sur la base des honoraires supplémentaires liés à ces interventions

urgentes. Les points de base sont augmentés d'un facteur spécifique au décile, qui va de 1 pour les déciles 1 à 3 à un facteur de 2 pour les hôpitaux du décile 10. Dans le nouveau système, la part de points B2 de chaque hôpital dépend du nombre d'unités d'urgence qu'il « récolte » – une unité pour chaque patient admis par le biais des urgences, quel que soit son parcours ultérieur (hospitalisation ou sortie). Des unités supplémentaires sont attribuées pour certains types de patients (en fonction de l'âge, de la pathologie, du moment où il se présente ou du transfert vers une unité de soins intensifs). Tout hôpital disposant d'un service d'urgences reçoit un minimum de 15 points, mais il existe certaines exceptions liées à la localisation du service des urgences.

Les **produits médicaux** sont également financés par le biais d'un système de points, sur la base du nombre de lits justifiés et de leur « poids » relatif (p.ex. un point par lit dans un service de chirurgie mais 8,11 points par lit dans les services de soins intensifs néonataux). Par conséquent, la taille de l'hôpital (corrigée pour le *case-mix*) détermine le budget alloué aux produits médicaux.

### 3.3.3. Points supplémentaires pour les hôpitaux avec un profil d'activité ou de soins infirmiers plus intensif

À côté des points de base et des points supplémentaires susmentionnés, les hôpitaux peuvent également récolter des points pour adapter l'occupation en personnel infirmier à l'intensité des soins. Environ 10 % du budget B2 (soit 4 % du budget total des hôpitaux) sont destinés au financement de pathologies plus sévères et de profils de soins nécessitant des soins infirmiers plus lourds.

Ces points supplémentaires sont basés sur le volume de prestations médicales et chirurgicales (11 % des points supplémentaires en 2017), sur le profil de soins infirmiers de l'établissement (35 %) et sur le nombre de lits de soins intensifs (54 %). Les hôpitaux peuvent ainsi obtenir des points supplémentaires pour les services de chirurgie (C), de médecine interne (D) et de pédiatrie (E) en fonction de leur **volume d'activité médicale** par rapport à celui de l'ensemble des établissements de soins. Tous les hôpitaux sont classés en fonction des prestations médicales et chirurgicales



enregistrées dans leurs différents services, puis réparties en déciles (des groupes recouvrant chacun 10 % du nombre total d'hôpitaux) en fonction de leur ordre dans le classement. Ils se voient ensuite attribuer un certain nombre de points. Le nombre de points supplémentaires par lit justifié varie de 0 (pour les déciles de 1 à 3) à 0,34 pour le décile supérieur en chirurgie et médecine interne ; en pédiatrie, il peut aller jusqu'à 0,38. Pour les hôpitaux du décile supérieur, la fraction correspondante du budget B2 est donc accrue de 34 % pour un service C ou D et à 38 % pour un service de pédiatrie.

Les hôpitaux sont également classés en fonction de leur **profil de soins infirmiers** (activités infirmières et « *nursing related groups* » ou NRG) et, là encore, financés par décile ou pour la proportion de jours-patients dont le poids du NRG est supérieur à la médiane nationale. La correction pour le profil de soins infirmier intervient donc indépendamment du système de DRG.

Dans la majorité des systèmes internationaux, le financement est calculé par hospitalisation, un montant supplémentaire étant versé à l'établissement pour chaque patient répondant aux critères des soins à haute variabilité. En Belgique, ceci ne se faisait autrefois qu'à l'échelon des établissements, ce qui signifie que les hôpitaux belges ne recevaient pas systématiquement une rémunération lorsqu'ils traitaient des patients dont les soins présentaient une variabilité élevée. Le financement n'était en effet accordé qu'aux structures dont le profil global était plus « variable » que celui des autres hôpitaux. C'est encore largement le cas à l'heure actuelle, sauf en ce qui concerne les « *nursing related groups* » (NRG) introduits en 2014. Dans le cadre du financement par NRG, les hôpitaux reçoivent un financement supplémentaire pour chaque jour-patient dont le poids du NRG est supérieur à la médiane nationale et ceci pour les services de chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie et de soins intensifs.

### ***Nursing related groups (NRG)***

Les NRG sont calculés sur la base de mesures de l'activité de soins infirmiers, notamment les Données Infirmières des Données Hospitalières Minimales » (DI-RHM). Ils forment un système de classification utilisé pour attribuer à un profil de soins donné (NRG) les soins dispensés à un patient à un moment donné. Le profil de soins correspond donc à un groupe de périodes de soins qui forment un ensemble cohérent d'un point de vue clinique, où les épisodes de soins reçoivent une pondération (points NRG).

Les points NRG par jour-patient sont utilisés dans le financement pour tenir compte des différences d'intensité de soins entre hôpitaux.<sup>14</sup>

Outre les points supplémentaires liés au volume d'activité et aux profils de soins infirmiers, les hôpitaux reçoivent encore des points supplémentaires en compensation du nombre de lits de soins intensifs dans les services de chirurgie (C), de médecine interne (D) ou de pédiatrie (E), qui requièrent un personnel plus important. Le nombre de lits en **soins intensifs** est calculé en pourcentages du nombre de lits C, D ou E et se base sur trois critères:

- une liste des prestations de réanimation (20 %) ;
- les « profils de soins infirmiers intensifs » dans l'ensemble de l'hôpital, que les patients soient ou non admis dans un service de soins intensifs (40%), avec attribution de points par lit justifié sur la base du décile dans lequel se trouve l'établissement ;
- le pourcentage d'admissions aux soins intensifs, standardisé par APR-DRG (Nperciz : pourcentage national de soins intensifs par APR-DRG ; 40 %).

Il est clair que la fraction relativement limitée du BMF qui doit servir à financer les soins complexes se base sur un **ensemble considérable de calculs**. En outre, les budgets attribués à chaque établissement dépendent des activités de tous les autres hôpitaux, ce qui les rend **difficiles à prédire**. Ces mécanismes peuvent toutefois générer des différences conséquentes dans les budgets des hôpitaux individuels en fonction du degré de



complexité des soins qui y sont dispensés. Par exemple, 30 % des hôpitaux (ceux des déciles 1 à 3) ne touchent pas de moyens supplémentaires dans le cadre du budget B2 pour les points provenant du volume d'activité en chirurgie et en médecine interne, à moins qu'ils ne se retrouvent dans un décile supérieur via les points supplémentaires liés à leur profil de soins infirmiers.

### 3.3.4. Remboursement de médicaments et dispositifs médicaux onéreux/nouveaux/spécifiques

À l'étranger, les médicaments sont généralement inclus dans le financement par DRG, fût-ce avec certaines exceptions. Les produits coûteux et/ou traitements de chimiothérapie sont par exemple exclus du système de DRG en Angleterre, tandis que le prix des dispositifs médicaux onéreux est négocié à l'échelon national avec les fournisseurs et acquitté directement par le NHS (*National Health Service*) ; les hôpitaux ne doivent donc pas avancer ces montants. En Allemagne, un prix est fixé au niveau national pour certains médicaments et dispositifs exclus du système de DRG, mais pas pour tous ; lorsque ce n'est pas le cas, leur prix fait l'objet de négociations à l'échelon local. En France, les hôpitaux touchent des montants fixes pour les médicaments et dispositifs médicaux à condition de respecter les recommandations de bonne pratique par le biais de « contrats de bon usage ». En Estonie, un certain nombre de produits spécifiques sont dotés d'un code distinct associé à un prix basé sur l'historique des coûts.

En Belgique, les médicaments sortent du cadre du financement par DRG reposant sur les points de base ; il existe toutefois pour ces produits un système de forfaits qui repose également sur les DRG. Comme dans les six pays que nous avons étudiés, celui-ci n'inclut toutefois pas l'ensemble des produits pharmaceutiques : une longue liste de plus de 300 codes ATC (« *Anatomical Therapeutic Chemical* ») reprend les spécialités considérées comme « spéciales », « nouvelles » ou « très onéreuses » que les hôpitaux peuvent facturer aux autorités par unité utilisée.

Le financement des dispositifs médicaux distingue deux catégories, celle des dispositifs invasifs et celle des dispositifs non invasifs. Pour un aperçu détaillé des diverses possibilités de financement qui existent pour ces produits, nous vous invitons à consulter la Figure 5 de la synthèse du [rapport 297 du KCE](#).<sup>15</sup>

### 3.3.5. Autres mécanismes ciblant la pharmacie, l'hôpital de jour et les patients à faible statut socio-économique

À côté des mécanismes principaux évoqués ci-dessus, il existe également des budgets pour rétribuer des services et profils de patients spécifiques.

#### **Budget B5 pour les frais de fonctionnement de l'officine hospitalière**

La majeure partie (66 %) du volet B5 du BMF (1,8 % du BMF en 2017) est répartie sur la base de l'activité de la pharmacie (chiffre d'affaires annuel des produits pharmaceutiques et nombre/type de lits). La fraction restante (34 %) est ventilée sur la base du nombre d'interventions lourdes, à savoir celles qui relèvent de la chirurgie lourde, de la réanimation et de la radiologie interventionnelle.

#### **Budget B8 pour les patients à faible statut socio-économique**

Depuis 2002, les hôpitaux belges touchent pour la prise en charge de patients avec un faible statut socio-économique un financement additionnel appelé B8 (0,40 % du BMF en 2017) pour couvrir les frais supplémentaires associés à ce public – notamment ceux qui découlent d'un recours plus intensif aux services sociaux de l'établissement ou d'une durée de séjour accrue faute d'un soutien adéquat au domicile. Ces patients constituent le groupe des « *outliers* non médicaux » ou « *outliers* sociaux » (ce qui n'empêche pas qu'ils soient aussi financés comme des *outliers* classiques le cas échéant).



### Hospitalisation de jour

L'hospitalisation de jour est financée par une série de forfaits par patient qui varient ou non d'un hôpital à l'autre (liés au montant B2 par journée). Ce mécanisme ne relève pas du budget hospitalier et, contrairement au BMF, il repose sur un budget ouvert. Ceci s'explique par le fait qu'il dépend d'autres autorités subsidiaires et non de la complexité ou de la variabilité des soins qu'il couvre. Le financement de l'hémodialyse en milieu hospitalier constitue une exception à cette règle, puisqu'il repose sur un montant fixe et un honoraire par séance. Le montant du forfait et de l'honoraire est réduit si l'hôpital n'atteint pas le seuil de 40% de formes alternatives de dialyse.<sup>16</sup>

### 3.4. Financement en-dehors du système de DRG pour certains hôpitaux ou départements

Le système belge prévoit également un financement qui sort du cadre du système de DRG pour certains départements, hôpitaux ou services bien spécifiques. Ce point porte sur les **conventions et certains éléments des budgets B4 et B7**, mais aussi sur le financement de **l'appareillage médical lourd**. D'autres sous-parties du BMF sont moins liées à des services ou à des hôpitaux spécifiques.

#### Conventions

Les conventions sont des accords passés entre l'INAMI et (le plus souvent) les hôpitaux. Elles définissent au moins en partie les activités des centres et les moyens (montant par jour, mois année et/ou par patient) qui leur seront octroyés. En général, elles sont utilisées pour financer les soins multidisciplinaires dans certains groupes de patients.

Les soins complexes sont réservés à un nombre limité de centres, p.ex. 3 pour l'hémophilie, 6 pour la néphrologie pédiatrique, 7 pour les maladies neuromusculaires et 7 pour la mucoviscidose. D'autres types de soins sont dispensés dans un nombre beaucoup plus élevé de centres, p.ex. 42 pour la revalidation cardiaque ou 102 pour l'autogestion du diabète. Les pathologies financées par le biais d'une convention peuvent être classées en différents groupes :

- Maladies endocriniennes et métaboliques (p.ex. diabète)
- Maladies du sang et du système immunitaire (p.ex. hémophilie)
- Maladies respiratoires (p.ex. mucoviscidose, aide à l'oxygénothérapie à domicile)
- Maladies cardiaques
- Maladies et handicaps locomoteurs (neurologiques)
- Troubles mentaux et neurologiques (p.ex. épilepsie réfractaire, démence (cliniques de la mémoire))
- Syndrome de fatigue chronique
- Handicaps sensoriels
- Maladies pédiatriques, p.ex. néphrologie pédiatrique

#### Centres de grands brûlés

Il existe dans notre pays six centres reconnus pour la prise en charge des grands brûlés, trois en Flandre, deux en Wallonie et un à Bruxelles. Ils reçoivent un forfait par lit de la partie B2 du BFM (€ 259 337 par lit en 2017), ce qui représente environ le double du montant moyen pour un lit normalement occupé dans un hôpital général. Ce montant plus élevé peut s'expliquer par des normes de personnel plus élevées.

Le forfait ne fait pas partie des points de base du B2. Il existe également un calcul séparé pour les lits Sp (soins chroniques) et pour les lits psychiatriques.

#### Budget B4 pour des unités spécifiques telles que les centres des grands brûlés ou les cliniques du sein

La sous-partie B4 représente 14 % du budget total des hôpitaux (chiffres 2017). Alors que ce poste ne recouvrait à l'origine qu'un budget unique destiné à indemniser les établissements pour la perte de revenus liée à la suppression de lits, il en comporte aujourd'hui plus d'une cinquantaine. La majorité concernent des départements ou unités très spécifiques (p.ex. coordination des centres des grands brûlés, personnel paramédical



supplémentaire pour les cliniques du sein ou l'oncologie pédiatrique...). Un autre exemple est celui des € 12 995 (chiffre 2017) attribués chaque année par lit occupé pour couvrir les besoins supplémentaires en personnel chez les patients comateux.

### **Budget B7 pour les hôpitaux universitaires**

Les hôpitaux universitaires touchent un financement distinct pour la recherche, l'éducation et la formation, mais les moyens qui leur sont accordés pour les soins qu'ils dispensent sont calculés à peu près de la même manière que dans les autres hôpitaux. À patient identique et soins identiques, un hôpital universitaire touche pour la fraction B2 du prix de la journée le même montant qu'une clinique non universitaire. Si le prix de la journée (fraction B2) tend à être plus élevé dans les hôpitaux universitaires, c'est parce que ces établissements traitent, en moyenne, davantage de patients avec une pathologie plus grave (voir calcul des points supplémentaires). Ils disposent aussi plus souvent d'un large éventail de services onéreux – lits de soins intensifs, services de soins intensifs maternels et néonataux, d'hématologie ou de radiothérapie, PET-scan (tomographie par émission de positrons), projets dans le cadre du Plan Cancer, clinique de la fertilité, infrastructures coûteuses.<sup>7</sup>

La sous-partie B7 est un budget fermé (2,7 % du BMF en 2017) pour les sept hôpitaux universitaires du pays et pour les hôpitaux généraux qui reçoivent un financement pour le développement, l'évaluation et l'implémentation de nouvelles technologies médicales et/ou pour la formation d'assistants (ce que l'on appelle les hôpitaux non-universitaires à caractère universitaire ; 5 établissements en 2017). Le budget B7 comprend différentes composantes, dont la première est principalement liée à des soins complexes. Avant 2002, les points de base du B2 étaient plus élevés pour certains services des hôpitaux universitaires, à cause de la dotation plus importante en personnel infirmier. Depuis 2002, il n'y a plus de

différence dans les points de base entre les hôpitaux universitaires et non universitaires, mais les hôpitaux universitaires reçoivent un montant supplémentaire. La différence de budget entre les deux méthodes de calcul est désormais incluse dans le B7A pour les hôpitaux universitaires et dans le B7B pour les cinq hôpitaux non universitaires à caractère universitaire. Certains autres hôpitaux non universitaires possédant des lits universitaires reçoivent un budget complémentaire via la partie B4 du BMF pour du personnel infirmier supplémentaire.

Bien que des financements croisés soient possibles, dans les hôpitaux universitaires B7, entre les fonds pour la recherche et la formation et ceux des soins complexes, la recherche et la formation peuvent également être, en soi, une cause de variabilité dans les soins aux patients.<sup>7</sup>

### **Appareillage médical lourd**

La sous-partie A3 du budget des hôpitaux (<1 % du BMF) couvre le coût des investissements liés à l'IRM (imagerie par résonance magnétique), à la radiothérapie et aux PET-scans sous la forme de forfaits annuels fixes.<sup>17</sup> Le nombre d'appareils de radiothérapie reconnus dépend du nombre et du type de prestations effectuées au cours de l'année n-2. En 2016, le budget A3 a été transféré de l'échelon fédéral à celui des entités fédérées, qui disposent d'un pouvoir de décision autonome au sujet du financement.

Les frais de fonctionnement de l'appareillage (entretien, consommables, personnel infirmier, technique et administratif) sont couverts par la sous-partie B3 (1,2 % du BMF en 2017). Alors que l'IRM est aujourd'hui très largement utilisée à des fins diagnostiques et de traitement (chirurgical), le PET-scan et la radiothérapie sont mobilisés principalement dans les pathologies complexes. Les appareils utilisés pour les traitements de radiothérapie ne sont disponibles que dans 24 centres reconnus et 13 sites satellites (appartenant à 9 de ces 24 centres reconnus).

**Tableau 5 – Mécanismes prévus dans le système de financement hospitalier belge pour abaisser la variabilité**

Place par rapport au système de DRG	Mécanismes
<b>À l'intérieur du système</b>	Pondération des lits justifiés par type de service
<b>En marge du système</b>	Financement par journée d'hospitalisation pour les <i>outliers</i> sur la base de la durée du séjour
	Points supplémentaires pour des services spécifiques (p.ex. salles d'opération)
	Points supplémentaires pour les hôpitaux avec un profil d'activités ou un profil de soins infirmiers plus intensif
	Financement à l'unité pour les spécialités pharmaceutiques onéreuses/nouvelles/spécifiques
	Financement spécifique pour la pharmacie, l'hôpital de jour et les patients avec un faible statut socio-économique
<b>À l'extérieur du système</b>	Conventions : montant forfaitaire pour les soins multidisciplinaires pour certaines catégories spécifiques de patients
	Financement d'unités spécifiques telles que centres de grands brûlés ou cliniques du sein (B4)
	Financement pour l'occupation supplémentaire en personnel infirmier dans les hôpitaux universitaires Forfait annuel pour l'appareillage médical lourd



## 4. MÉCANISMES DE FINANCEMENT UTILISÉS DANS DES DOMAINES DE SOINS SPÉCIFIQUES

Lorsque l'on considère les mécanismes d'exclusion et les modes de financement alternatifs appliqués à l'étranger, on constate que pour certains domaines de soins spécifiques, comme par exemple les transplantations d'organes, *tous les pays* excluent au minimum certains aspects de leur système de DRG, en l'occurrence le prélèvement et la gestion des organes de donneurs. Les modalités concrètes de cette exclusion et du financement mis en place pour ce poste diffèrent toutefois d'un pays à l'autre. Nombre d'autres domaines de soins sont exclus de *la majorité des systèmes de DRG* – ainsi certains traitements oncologiques, certains services pédiatriques spécialisés, la dialyse ou encore l'imagerie diagnostique/la radiothérapie. Enfin, certains domaines de soins, comme les soins intensifs ou les soins aux grands brûlés, ne sont exclus que de *certaines systèmes de DRG*. Les domaines de soins développés ci-dessous sont une sélection parmi ceux qui sont le plus couramment financés autrement que via un taux de base par DRG.

### 4.1. Traitements oncologiques

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, le **Danemark** n'exclut les patients très complexes du système de DRG que s'ils sont traités dans certains hôpitaux/services bien précis. Les 31 services ultra-spécialisés dans les traitements oncologiques qui sont financés sur la base du calcul des coûts effectué par l'hôpital (reconnu) en sont un bon exemple. Ce système s'applique notamment au traitement des cancers de la thyroïde, de l'œsophage, du pancréas ou du rein, à la radiothérapie stéréotaxique des tumeurs extra-crâniennes, à l'irradiation corporelle totale et aux traitements expérimentaux. En **Estonie**, la chimiothérapie est exclue à cause des grandes variations dans les prix des cures. Le système de financement prévoit une intervention combinant paiement à la prestation et à la journée d'hospitalisation, sur la base de l'historique des coûts des hôpitaux. En **Allemagne**, quelques DRG concernant les greffes de moelle osseuse ne

sont pas « pondérés » et leurs tarifs doivent par conséquent faire l'objet de négociations entre l'établissement et la mutuelle ou l'assureur (privé) à l'échelon local. De même, en **Angleterre**, les HRG (équivalent de nos DRG) qui touchent aux greffes de moelle osseuse ne sont pas soumis à un tarif national uniforme et donnent donc également lieu à des négociations au niveau local. Un certain nombre de médicaments oncologiques font par ailleurs l'objet d'un financement supplémentaire **en Angleterre, en France et en Allemagne. Aux États-Unis**, les traitements oncologiques de 11 « hôpitaux-tests » sont exclus depuis les années '80 du financement par DRG **dans le cadre de la partie A de Medicare**. Ils sont couverts sur la base des frais réels autorisés. Depuis, la majorité des traitements oncologiques sont toutefois réalisés en polyclinique et ceux qui nécessitent une hospitalisation plus longue sont généralement dispensés dans des hôpitaux aigus.

#### Les traitements oncologiques en Belgique

- La majorité des cancers sont traités dans la plupart de hôpitaux et soumis aux règles de financement générales (telles que décrites à la section 3.2). Il n'existe pas encore d'hôpitaux ou de centres de référence pour le traitement des cancers rares ou complexes.
- Certains éléments du budget B4 sont destinés au financement des traitements contre le cancer. Des moyens sont ainsi prévus pour couvrir des soins et du personnel paramédical supplémentaires en oncologie pédiatrique et dans les hôpitaux dotés d'un programme reconnu pour le cancer du sein. Depuis 2008, une partie du budget du Plan Cancer est également utilisée pour financer des actions spécifiques à certains hôpitaux individuels – soutien psychologique, social et nutritionnel aux patients (en particulier en onco-hématologie pédiatrique), enregistrement des données, biobanques (de cellules, de sang et de tumeurs), recherche clinique.
- Les médicaments oncologiques onéreux sont exclus du forfait par séjour et remboursés individuellement sur la base du prix public.



## 4.2. Soins pédiatriques spécialisés

Au **Danemark**, un grand nombre de services pédiatriques hautement spécialisés ne peuvent être proposés que dans 10 hôpitaux qui sont, là encore, financés sur la base de leur propre calcul des coûts. Parmi les services concernés, citons notamment les soins intensifs pédiatriques, la ventilation artificielle des nouveau-nés pendant plus de 24 heures ou encore la prise en charge de la mucoviscidose. En **Angleterre**, un financement supplémentaire (« *top-up* ») est prévu pour les enfants qui reçoivent des soins complexes au sein d'unités (très) spécialisées ; le budget de base de ces services est accru de 44 % pour les cas peu complexes et de 64 % pour les cas très complexes. En **Allemagne**, il existe plusieurs DRG « non pondérés » dont la valeur doit être négociée à l'échelon local ; c'est notamment le cas du DRG « Thérapie sociale et neuro-pédiatrique et pédiatrique psychosomatique pour les maladies mentales et du système nerveux ». Il en va de même pour un certain nombre de HRG (dits « *unbundled HRG* ») en **Angleterre**, comme p.ex. celui des « soins intensifs pédiatriques et soins intensifs sans soins externes ». En **Allemagne**, certains DRG sont également scindés en fonction de l'âge du patient, afin d'opérer une distinction entre l'intervention accordée chez les enfants et chez les adultes. Les hôpitaux pour enfants peuvent être exclus du financement par DRG si au moins 40 % de leurs patients appartiennent à une liste de DRG bien spécifiques. Les centres spécialisés en rhumatologie pédiatrique et les centres néonataux satellites installés dans une zone isolée sont également exclus du système. La **France** prévoit des codes d'enregistrement complémentaires pour la réanimation ou les soins intensifs pédiatriques, ainsi que pour les soins néonataux avec ou sans réanimation (financés à la journée) et la radiothérapie pédiatrique (par séance).

### Soins pédiatriques spécialisés en Belgique

- En mars 2017, de nouveaux forfaits ont été introduits pour la chimiothérapie, avec des tarifs différents pour les enfants et les adultes. Pour une monothérapie intraveineuse ou percutanée (un seul médicament), le centre de jour oncologique reçoit € 120 par journée de traitement, avec un supplément de € 35,09 par jour lorsque le patient est âgé de moins de 16 ans. Pour un traitement combiné (plus d'un médicament), le montant fixe est de € 161 par journée de traitement et de € 262,90 pour les patients de moins de 16 ans.
- Il existe aussi d'autres mesures, comme du personnel supplémentaire pour les départements d'oncologie pédiatrique et d'hémato-oncologie (via les budgets B4 et B9 du BMF) et des conventions spécifiques pour les enfants (néphrologie pédiatrique, obésité morbide, conséquences de maltraitance chez les enfants et les adolescents).



### 4.3. Grands brûlés

En **Allemagne**, les hôpitaux ou services des grands brûlés peuvent être exclus du système de DRG s'ils peuvent démontrer qu'ils répondent à un besoin sociétal. Ils négocient ensuite un financement par cas ou par jour. Le système allemand prévoit aussi deux DRG non pondérés pour les « brûlures graves » et les « brûlures graves avec procédure chirurgicale, ventilation artificielle > 95 heures ou soins intensifs complexes », dont les tarifs sont négociés. Au **Danemark**, seuls deux hôpitaux sont habilités à traiter les grands brûlés ; ils sont financés sur la base de leurs propres calculs des coûts à l'échelon local suivant une procédure convenue avec les autorités. En **Angleterre**, le traitement des brûlures graves est indemnisé sur la base de tarifs négociés au niveau local. Les « *commissioners* » déterminent les modalités de l'intervention et ont le droit d'« expérimenter », p.ex. au travers de tarifs de soins intégrés ou d'une indemnité par prestation – une situation qui se solde par une grande variabilité et par un certain manque de transparence dans la fixation des prix à l'échelon local.

#### Les grands brûlés en Belgique

- Les six centres reconnus pour la prise en charge des grands brûlés, touchent un forfait par lit (sous-partie B2 du BMF) qui s'élevait à €259 537 en 2017. Indexation mise à part, ce forfait n'a jusqu'ici jamais été revu. Les prestations des médecins sont financées à l'acte.
- Un financement complémentaire est prévu pour la coordination des itinéraires de soins et pour le soutien psychologique aux grands brûlés (sous-partie B4 du BMF).

### 4.4. Maladies neurologiques

En **Angleterre**, les soins neurologiques complexes dispensés dans des départements (hautement) spécialisés bénéficient d'un financement augmenté de 28 %. En **Allemagne**, les hôpitaux ou départements traitant des pathologies neurologiques telles que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, l'épilepsie et les affections neuro-pédiatriques et psychosomatiques sont exclus du financement par DRG. Une intervention par cas ou par journée d'hospitalisation doit être négociée entre ces hôpitaux et les autorités subsidiaires. En **Estonie**, le financement du traitement biologique contre la sclérose en plaques repose sur la combinaison d'un paiement à la journée et à la prestation.

#### Les maladies neurologiques en Belgique

- Depuis 1993, il existe des services appelés Sp, soit dans des hôpitaux spécialisés, soit intégrés dans des hôpitaux aigus, et éventuellement rattachés à une maison de repos et de soins pour personnes âgées. Ces services Sp sont spécialisés dans le traitement et la réadaptation de patients souffrant de troubles cardiopulmonaires, neurologiques, locomoteurs, psycho-gériatriques et/ou chroniques. Ces services sont à la fois considérés comme une extension des services aigus et comme une réadaptation active et multidisciplinaire. Ils s'adressent également aux patients présentant des troubles neurologiques spécifiques, tels que la sclérose en plaques ou la maladie de Huntington. Il existe aussi des services de Sp pour les patients qui nécessitent des soins palliatifs.
- Il y a au total de 6 759 lits Sp reconnus (dont 1 466 en réadaptation neurologique ou lits S3) : 5 802 sont dans les hôpitaux aigus et 957 dans les hôpitaux catégoriels.<sup>9</sup>
- Les services Sp sont financés par la combinaison d'un forfait par journée et, pour les prestations médicales, soit par un financement à l'acte, soit par forfait si c'est dans le cadre d'une convention avec l'INAMI.



#### 4.5. Les services des soins intensifs

Il existe à l'étranger différents modes de financement des services de soins intensifs. D'après un rapport de RAND Europe, il semble que ce type de soins soit financé à l'intérieur des systèmes de DRG par le biais de trois mécanismes principaux : 1) en tant qu'élément d'un paiement par cas ; 2) sous la forme d'un supplément au paiement par cas ; 3) au travers d'un budget distinct, extérieur au système de DRG proprement dit. Bien qu'un risque de sous-financement du service des soins intensifs existe dans les trois systèmes, il est particulièrement important avec le premier mécanisme. C'est surtout le cas pour les soins intensifs hautement spécialisés, par exemple en pédiatrie ou pour certaines catégories spécifiques de patients adultes.<sup>18</sup>

Les pays étudiés font également appel à des approches différentes pour financer les services de soins intensifs. La **France** prévoit des codes d'enregistrement supplémentaires pour la réanimation et les soins intensifs. Au **Danemark**, les soins intensifs pédiatriques sont strictement réservés à des hôpitaux spécialisés. En **Angleterre**, le financement des soins intensifs néonataux et pédiatriques est déterminé à l'échelon local. Un financement complémentaire (paiement « *top-up* ») est également prévu pour certains groupes spécifiques de patients pris en charge dans des centres reconnus (p.ex. les patients victimes d'un traumatisme grave soignés en centre spécialisé, une catégorie dont la consommation de soins intensifs est importante).

##### Les soins intensifs en Belgique

- Depuis 2012, les frais de fonctionnement infirmiers et cliniques des soins intensifs néonataux (NIC) sont soumis au même mode de financement que les autres soins hospitaliers aigus, c'est-à-dire sur la base de la durée de séjour moyenne nationale par APR-DRG en combinaison avec un paiement par prestation médicale. Ce système permet de tenir compte du *case-mix* de chaque service NIC.
- Il n'existe toutefois pas de financement spécifique pour les services de soins intensifs pédiatriques, ce qui, d'après les experts consultés, a pour conséquence que ces soins hautement spécialisés tournent

« à perte ». Les soins intensifs sont pourtant associés à des coûts plus élevés chez les enfants que chez les adultes, et ce pour différentes raisons :

- Les dispositifs médicaux pédiatriques sont plus chers à cause de leur format réduit (plus fragiles) et de leur volume de production plus faible.
- Les dispositifs médicaux pédiatriques doivent être remplacés plus souvent (e.a. risque accru d'obstruction par des caillots dans des tuyaux plus fins).
- La fourchette d'âges considérée s'accompagne de différences considérables dans la taille et le poids des patients, qui nécessitent un large éventail de dispositifs médicaux.
- L'évolution des fonctions vitales est plus variable chez les enfants que chez les adultes, ce qui impose une surveillance plus intensive.
- Les procédures sont souvent plus délicates et plus complexes chez les patients pédiatriques que chez les adultes.
- Les procédures nécessitent plus de personnel infirmier pour obtenir la collaboration des petits patients.
- Il faut également plus de personnel infirmier pour soutenir les parents et, lorsque ceux-ci ne sont pas présents, pour encadrer les enfants pendant la nuit.



#### 4.6. Dialyse

Au **Danemark**, la dialyse est également financée sur la base du calcul des coûts effectué par les hôpitaux spécialisés reconnus. En **France**, les hôpitaux touchent un budget par séance (forfait dialyse) en complément du financement standard basé sur les DRG. Plusieurs régions ont également lancé des expériences d'itinéraires de soins pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. En **Angleterre**, il n'y a pas de tarif national pour les HRG « hémodialyse à l'hôpital ou filtration », « hémodialyse à domicile » et « dialyse péritonéale ambulatoire ». L'hémodialyse et la dialyse péritonéale dans l'insuffisance rénale aiguë ont été dégroupées et leur financement est négocié à l'échelon local. Enfin, les hôpitaux reconnus touchent un financement accru de 44 % (paiement « *top-up* ») pour le placement et le retrait des cathéters de dialyse péritonéale chez les patients pédiatriques.

##### La dialyse en Belgique

- Le système belge est comparable au système français et consiste en forfaits et honoraires par séance. L'honoraire pour une hémodialyse chronique à l'hôpital est de € 139,19 par séance pendant la journée et de € 107,46 la nuit. Dans les deux cas, l'hôpital reçoit également un forfait de € 238,37.
- Dans l'attente d'une refonte complète du financement de l'hémodialyse en milieu hospitalier, le système actuel repose sur des honoraires et des forfaits. Le montant des uns et des autres est réduit lorsque l'hôpital n'atteint pas 40 % de formes alternatives de dialyse.

#### 4.7. Gestion des organes et transplantations

Au **Danemark**, les greffes d'organes sont réservées aux hôpitaux spécialisés, remboursés sur la base de leur propre décompte des coûts. L'**Estonie** combine un paiement à la journée et à la prestation (sauf pour les greffes de cornée) ; ses transplantations cardiaques sont réalisées en Finlande. En **Angleterre**, le financement des HRG pour les greffes rénales, cardiaques, pulmonaires et multi-organes fait l'objet de négociations ; l'intervention est majorée de 64 % pour la transplantation d'organes pédiatriques. En **France**, la coordination des transplantations d'organes (gestion des donneurs vivants, prélèvement et transport) est financée par le biais d'un budget fixe (« *block grant* »), tandis que les greffes proprement dites relèvent du système de DRG. L'**Allemagne** applique un système comparable, avec un budget prospectif fixe négocié entre le DSO (centre allemand pour les transplantations d'organes), le payeur et le prestataire de soins. Le DSO gère (et finance) la gestion et le transport des organes. Aux **États-Unis**, Medicare couvre les coûts réels des transplantations, réservées à certains hôpitaux bien spécifiques.

##### La gestion des organes et la transplantation en Belgique

- La Belgique prévoit un financement spécifique (€ 1,4 million en 2017) pour le « petit appareillage médical » utilisé dans le cadre des transplantations d'organes. Depuis 2014, il existe également un budget pour la « coordination locale des donneurs » (entre € 30 000 et € 130 000 en 2017). Les deux postes relèvent de la sous-partie B4 du BMF.
- La rémunération des médecins se fait par le biais des honoraires (article 14m de la nomenclature).



#### 4.8. Imagerie diagnostique et radiothérapie

Les patients **danois** peuvent bénéficier d'un remboursement pour les radiothérapies par particules (p.ex. hadronthérapies) réalisés dans un hôpital étranger. En **Angleterre**, l'imagerie diagnostique dégroupée des DRG et son financement font l'objet de négociations. En **France**, une intervention supplémentaire est prévue pour la radiothérapie. En **Allemagne**, le financement des services diagnostiques neuro-pédiatriques complexes fait l'objet de négociations locales.

##### L'imagerie diagnostique et la radiothérapie en Belgique

- L'hadronthérapie est remboursée par l'INAMI pour les patients qui remplissent certaines conditions. Ces traitements sont actuellement délivrés dans des centres spécialisés à l'étranger avec lesquels l'INAMI a conclu un accord.
- Des montants annuels fixes sont prévus pour les appareils d'IRM, les PET-scanners et la radiothérapie. Depuis la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, ce sont les entités fédérées qui sont compétentes pour leur financement.

## 5. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de tirer les enseignements des approches utilisées à l'échelon international pour le financement des séjours hospitaliers associés à des soins à haute variabilité et d'évaluer dans quelle mesure certaines de ces approches pourraient être transposées à la Belgique. Nous avons donc examiné les mécanismes de financement étrangers à l'intérieur, à l'extérieur et en marge des systèmes de DRG, en les comparant à ceux qui existent en Belgique, et ce pour un certain nombre de domaines de soins.

### 5.1. Une grande disparité dans les mécanismes d'exclusion

Bien que les six pays étudiés disposent d'un système de financement par DRG très large et couvrant la plupart des types de pathologies, tous en excluent aussi au moins une partie des soins hospitaliers hautement variables, complexes et/ou peu courants. C'est notamment le cas, dans tous les pays, pour les soins pédiatriques spécialisés, certains traitements oncologiques et les transplantations d'organes.

**Dans la plupart des pays, ces exclusions ne se basent toutefois pas sur des critères statistiques prédéfinis solides.** Elles sont souvent le résultat d'analyses itératives et d'une évaluation détaillée de leurs effets potentiels sur le système de santé dans son ensemble. La variabilité ou la complexité des soins ne constituent du reste pas le seul motif d'exclusion, celle-ci pouvant également s'expliquer par un trop faible nombre de patients ou par des coûts particulièrement élevés. Les États-Unis (Medicare partie A) et la France excluent par exemple les petits hôpitaux ruraux, parce que ces structures sont jugées nécessaires d'un point de vue sociétal mais sont incapables de supporter le risque financier lié à la variabilité des coûts à l'intérieur des DRG.

Les **méthodes de financement** appliquées aux soins exclus du système de DRG sont également **extrêmement variables** : paiement à la prestation, prix à la journée global ou spécifique à une pathologie, budget fixe (« *block grant* »), combinaison de ces différentes approches, etc. Nous ne disposons que d'informations limitées sur les raisons qui motivent le choix d'une



méthode de financement plutôt que d'une autre mais, dans l'ensemble, il s'agit généralement d'approches largement intégrées à l'ensemble du système de soins. Par exemple, les négociations de prix à l'échelon local entre l'établissement et les « *commissioners* » sont très courantes dans le système du NHS britannique, qui connaît une longue tradition de contrats négociés. Ce genre de tradition n'existe pas en Belgique.

Comme souligné précédemment, le système de financement qui était en place avant l'introduction des DRG peuvent nous aider à mieux comprendre les choix spécifiques qui ont été faits à l'étranger. Le poids du passé ('*path dependency*') joue également un rôle important dans les objectifs que les pays s'efforcent d'atteindre avec l'introduction du financement des DRG.<sup>8</sup>

## 5.2. Différentes approches pour le financement des *outliers*

Chacun des pays étudiés prévoit un financement distinct pour les *outliers*, qui ne sont pas pris en compte dans le calcul du coût moyen par DRG. Ce financement reflète plus ou moins les frais réels consentis par l'hôpital. De cette manière, l'hôpital est protégé contre les coûts exceptionnellement élevés engendrés par ces patients et on évite aussi que ceux-ci ne soient renvoyés trop rapidement chez eux, voire refusés. D'un autre côté, cela peut aussi inciter les hôpitaux à allonger les durées de séjour afin d'accroître le nombre de patients considérés comme *outliers*. L'impact de ces incitants dépend donc du seuil utilisé pour définir les *outliers* et du mode de financement spécifique qui leur est appliqué.

Aux États-Unis, la partie A de Medicare prévoit pour les *outliers* un paiement à la prestation qui reflète mieux le coût réel des soins d'un patient individuel qu'un financement basé sur le prix moyen d'une journée d'hospitalisation. En comparaison avec d'autres pays, ce système de financement n'écarte qu'un nombre limité d'éléments de soins de son système de DRG (p.ex. les médicaments onéreux n'en sont pas exclus). Lorsque les coûts encourus pour un patient donné excèdent un certain seuil, le système de financement des *outliers* couvre une partie de ce dépassement.

Dans la mesure où le seuil de définition des *outliers* diffère sensiblement d'un pays à l'autre, la part de ces patients hors normes dans l'ensemble du financement hospitalier est également très variable. Le nombre d'*outliers* et

la nécessité de prévoir d'autres mécanismes d'exclusion s'influencent aussi mutuellement.<sup>19</sup>

Il ressort de notre étude qu'il n'existe **pas de gold standard pour définir et financer les *outliers***. L'approche à privilégier doit être choisie sur la base des données disponibles, mais aussi des objectifs que les décideurs politiques cherchent à atteindre par le biais du système de DRG.<sup>20</sup>

## 5.3. Difficile de tirer des enseignements des exemples étrangers

Dans une certaine mesure, les mécanismes de financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité sont comparables en Belgique et dans les autres pays. En effet, les instruments utilisés à l'étranger le sont également chez nous : financement distinct pour les *outliers*, budget annuel (global ou par lit), paiement à l'unité pour les médicaments onéreux, forfait à la journée, etc. Toutefois, le système de financement belge comporte bien plus de « couches » superposées que ceux des six autres pays étudiés, ce qui le rend plus opaque et plus fragmenté. En Belgique, le système principal repose sur des points de base pondérés par département hospitalier, ce qui peut se comparer aux tarifs et à la pondération des groupes dans un modèle de DRG reposant sur un montant par cas. Mais en plus de ces points de base, les hôpitaux belges peuvent aussi prétendre à des points et financements supplémentaires pour les soins difficiles à standardiser, complexes, coûteux ou peu fréquents qu'ils dispensent.

Le système de financement belge est fragmenté et dispersé, mais l'organisation des soins hospitaliers l'est tout autant.<sup>7, 9</sup> La nécessité de concentrer les soins très coûteux ou ceux pour lesquels il existe une relation prouvée entre le volume et les résultats est suffisamment démontrée. Une fois que le choix de concentrer ces soins a été posé, l'étape suivante consiste à choisir la forme de financement la plus appropriée pour soutenir cette réforme organisationnelle.



### **Le système de DRG ne reflète pas suffisamment les différences cliniques et les différences de coût**

La critique la plus fréquemment formulée à l'égard du système de classification belge est qu'il ne reflète pas suffisamment les différences qui existent dans les activités hospitalières en termes de pratique clinique et de coûts. Un même degré de SOI à l'intérieur d'un même APR-DRG peut en effet recouvrir de grandes différences dans les soins infirmiers et médicaux. Les experts que nous avons consultés ont ainsi évoqué quelques exemples de différenciation insuffisante dans la classification APR-DRG/SOI, qui se traduisent par une variabilité considérable de la durée du séjour :

- Une ré-intervention sur une prothèse de hanche existante relève du même APR-DRG que le placement d'une prothèse de hanche primaire, alors qu'un remplacement est beaucoup plus complexe sur le plan médical et implique une hospitalisation beaucoup plus longue. Cette complexité peut en outre encore être accrue par une infection ou une déperdition osseuse ;
- Il n'existe qu'un seul APR-DRG pour la chirurgie de la fente labiale unilatérale/bilatérale et de la fente labio-palatine ;
- La durée d'hospitalisation pour une cirrhose décompensée est de loin supérieure à la durée d'hospitalisation normative de l'APR-DRG cirrhose.

Le KCE recommandait déjà dans son [rapport 121](#) (2010)<sup>21</sup> de revoir en profondeur les règles de classification du système d'APR-DRG original afin qu'il reflète de façon plus précise les habitudes de pratiques et la structure des coûts dans les hôpitaux belges. La granularité des DRG (leur définition plus ou moins large) joue à cet égard un rôle très important, comme en témoignent également les exemples ci-dessus. Les DRG dont la définition est relativement large ont l'avantage de stimuler l'efficacité et de moins inciter à la manipulation des données (*upcoding*), mais ils comportent un risque de sélection ciblée des patients moins coûteux par les hôpitaux. Les DRG dont la définition est plus étroite ont un effet moins marqué. Le choix de la granularité des DRG et celui des mécanismes d'exclusion sont donc complémentaires.

À l'heure actuelle, l'enregistrement des données relatives aux coûts à l'échelon du patient n'est pas obligatoire dans notre pays, de telle sorte que nous ne disposons pas d'informations pour constituer un échantillon représentatif d'hôpitaux. Un certain nombre d'établissements ont toutefois pris l'initiative de collecter ces données sur base volontaire.<sup>22</sup> Il est nécessaire de prévoir une infrastructure informatique adéquate pour la gestion et le contrôle de la collecte des données, le calcul des coûts et les mises à jour du système (notamment pour refléter les modifications des pratiques cliniques). Dans les cinq pays examinés dans le [rapport 207 du KCE](#)<sup>8</sup> (Allemagne, Angleterre, États-Unis, France et Pays-Bas), un **institut DRG** a été créé et financé dans ce but.

### **Quelles conclusions stratégiques pouvons-tirer de ce rapport ?**

À l'heure actuelle, il est impossible de formuler des avis concrets pour les décideurs belges sur la base du tour d'horizon international dont nous disposons, étant donné le vaste choix d'exclusions et de méthodes de financement possibles. Toutefois, le plan d'approche de la ministre trace déjà un certain nombre de lignes politiques et les limitations actuelles de notre système sont suffisamment claires (notamment la disponibilité des données). Par conséquent, il convient d'abord de poser des choix stratégiques quant aux candidats potentiels à l'exclusion (catégories de patients, services, produits, domaines de soins, etc.), en concordance avec la vision et les objectifs poursuivis (p.ex. transparence accrue du système de financement, concentration des soins complexes et coûteux, etc.). Un deuxième choix politique est celui du système de classification par APR-DRG. À partir du moment où ces décisions auront été prises, et avant d'introduire de nouvelles mesures, il conviendra de réaliser des analyses et simulations spécifiques (p.ex. pour définir les éléments exclus, examiner l'impact budgétaire pour les hôpitaux et les pouvoirs publics, etc.).

Ceci peut être illustré par quelques exemples. Les autorités devraient choisir de mettre en place un modèle d'organisation à un ou plusieurs niveaux pour les soins intensifs (p.ex. soins intensifs généraux, soins intensifs pédiatriques, soins intensifs tertiaires). Cette décision en elle-même devrait de préférence être « *evidence-informed* » – comprenez, se baser sur la littérature scientifique consacrée aux modèles étrangers, sur une analyse



détaillée des pratiques existantes (type de services, durées de séjour, utilisation des ressources, variabilité entre hôpitaux, etc.) et sur les conséquences à attendre des changements envisagés. Il faudrait ensuite choisir le mode de financement le plus adapté, qui dépendra surtout des caractéristiques spécifiques des soins intensifs – p.ex. la part des frais fixes et variables ou la variabilité (légitime) de l'utilisation des moyens d'un patient à l'autre.

Un autre exemple est celui de la chirurgie oncologique complexe. Si notre pays décide effectivement de concentrer ces activités dans un certain nombre de centres, un financement par le biais de conventions apparaît à l'heure actuelle comme l'approche la plus logique. D'autres méthodes semblent en effet moins adaptées ; par exemple, un montant forfaitaire par lit (comme dans les services des grands brûlés) conviendrait moins bien, parce qu'il est moins important de pouvoir offrir une disponibilité permanente 24/7 dans les centres d'oncologie. Un financement complémentaire au départ de la sous-partie B4 est une autre possibilité (voir personnel paramédical supplémentaire pour les cliniques spécialisées dans le cancer du sein), mais cela ne ferait finalement qu'ajouter une couche supplémentaire à un BMF déjà très fragmenté.

Un dernier exemple est celui du programme de soins pour la prise en charge de l'AVC, dont l'implémentation est actuellement en préparation dans notre pays.<sup>23</sup> Le modèle organisationnel distingue un programme de base « *soins de l'AVC aigu* » et un programme spécialisé « *soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives* ». Il sera important d'y adapter également le système de financement. Ce dernier pourrait s'inspirer de l'expérience d'autres pays. Ainsi, une évaluation des DRG AVC (« *stroke* ») a été menée dans 11 pays, dans le cadre du projet Euro-DRG. Elle a notamment révélé que le nombre de DRG pour l'AVC peut varier de 1 à 7, avec des coûts pondérés par DRG extrêmement variables. Dans les pays où le système de DRG prévoit une catégorie à part pour les patients traités dans une « *stroke unit* », la pondération correspond mieux aux coûts réels associés à cette catégorie de patients – et c'est tout à fait souhaitable, car la prise en charge dans une unité de ce type coûte plus cher que les soins standards. D'autres variables ont un impact important sur les coûts, comme la thrombolyse systémique et la gravité de l'AVC (définie sur la base des

codes ICD correspondant à l'échelle de l'AVC du *National Institute of Health* plutôt que de la comorbidité). La variation des systèmes de DRG semble liée, entre autres, au degré d'implication des cliniciens : dans les pays où les neurologues ont eu leur mot à dire sur le développement des DRG, ces variables (p.ex. « *stroke unit* », thrombolyse systémique) ont été mieux intégrées à la classification DRG.<sup>24</sup>

En Belgique, la refonte du financement hospitalier pour les soins complexes, onéreux ou difficiles à standardiser devrait en tout état de cause être soigneusement accordée au programme de maîtrise de l'offre dans les projets de réforme de la ministre (juin 2017).<sup>9</sup> Les mécanismes de financement peuvent en effet avoir un impact sur l'organisation des soins (p.ex. centralisation). Ainsi, la forte variabilité dans les coûts des soins peu courants et complexes peut être en partie provoquée par celle des pratiques cliniques ; pour certains types de soins, cette variabilité peut toutefois être limitée en imposant des critères minimaux pour les volumes d'activité (nombre minimum de patients) et la qualité (moyens techniques et humains disponibles) comme conditions à l'octroi d'un financement.

**En tout état de cause, le mode de financement devrait idéalement aussi être déterminé en fonction du type de patient, de service, de département, etc.** Certains types d'activités requièrent une disponibilité constante du personnel – c'est par exemple le cas de la gestion des organes de donneurs, des centres de grands brûlés ou des salles d'opération disponibles en permanence. Dans ce cas de figure, un budget minimum garanti sera plus adéquat qu'un système simplement basé sur le volume d'activité. Par contre, une approche basée sur le nombre et le type de patients sera préférable lorsqu'il faut que le financement et l'activité concordent. Que ce financement soit attribué à la prestation ou à la journée dépend surtout de qui, de l'hôpital ou du payeur, doit supporter le risque financier. Plus le système de financement est variable (càd plus le financement correspond à l'activité), plus le risque financier sera élevé pour le payeur. Un montant par journée d'hospitalisation spécifique pour chaque service (p.ex. montants différents pour les unités médico-chirurgicales, la maternité, les soins intensifs, etc.) limitera davantage le risque financier pour les hôpitaux qu'un montant fixe par journée quel que soit le service. Cependant, toutes les variabilités ne sont pas souhaitables, et le



financement peut être, à côté d'autres outils tels que des recommandations de bonne pratique, un instrument important pour la limiter lorsqu'elle ne se justifie pas.

#### Limitations de cette étude

- Cette étude se focalise sur les méthodes de financement des soins difficiles à standardiser, complexes, coûteux ou rares dans un contexte hospitalier aigu classique. Les méthodes de financement des soins ambulatoires, des soins de santé mentale, de la réadaptation et des urgences ambulatoires ne sont pas abordées. Aucune analyse de données ni de simulation n'a été effectuée pour évaluer l'impact financier d'une éventuelle réforme du financement sur le macro budget ou sur le budget des hôpitaux.
- Les limitations mentionnées ci-dessus vont de pair avec la portée de l'étude. Il est en outre difficile de formuler des conclusions claires sur la base de méthodes de financement utilisées à l'étranger (par exemple exclusion de certains groupes de patients, produits, services, etc.), ce qui diminue l'applicabilité de ces méthodes dans le contexte belge. Cela est notamment dû aux restrictions suivantes:

- Aucune étude d'évaluation officielle n'a été publiée à l'étranger sur l'impact des différents mécanismes d'exclusion et méthodes de financement. Par conséquent, la section « Développements, discussions et réformes en cours » (dans le [rapport scientifique](#)) est principalement basée sur des contributions d'experts.
- Dans la plupart des pays, les données sur la part du financement basé sur les DRG dans le revenu total de l'hôpital étaient manquantes. Cette information est pourtant importante pour se faire une idée de la répartition du risque financier entre les prestataires de soins ou les payeurs.
- Dans ce rapport, nous avons réalisé une analyse transversale. Une telle analyse ignore en grande partie l'historique des changements et des réformes. Des analyses longitudinales seraient plus adéquates pour comprendre l'impact des différences culturelles et des facteurs contextuels ainsi que pour évaluer l'applicabilité des résultats dans le contexte belge.



## ■ RECOMMANDATIONS<sup>a</sup>

Dans le cadre de son *plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier* et du financement des hôpitaux, la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique a demandé au KCE d'examiner les critères appliqués dans d'autres pays pour définir les soins difficiles à standardiser, complexes, très coûteux ou peu courants et les mécanismes utilisés pour les financer. Ces choix s'inscrivent dans le système de santé au sens plus large et reflètent par conséquent une série de priorités sociétales telles que l'importance relative accordée à l'efficacité, à la qualité et aux résultats de santé. La sélection des groupes de patients, services, produits, départements et hôpitaux exclus du système et la définition des *outliers* sont par ailleurs étroitement liées aux mécanismes du système de DRG de base.

Le financement hospitalier belge se distingue des systèmes qui existent dans la plupart des autres pays par deux aspects : 1) les hôpitaux se voient allouer un budget (B2 principalement) sur la base des DRG plutôt qu'un montant par patient et 2) il n'existe pas de système national pour collecter les données relatives au coût par patient.

Dans d'autres pays, l'analyse des données relatives aux coûts sert justement de base pour décider quels groupes de patients (ou éléments à l'intérieur d'un groupe) présentent une variabilité souhaitée et doivent être financés d'une manière différente. Il est actuellement impossible de s'appuyer sur ce genre d'analyse pour étayer le système de financement hospitalier belge. En l'absence d'un système de collecte des données à l'échelon national, nous disposons néanmoins de deux alternatives qui peuvent servir de point de départ, à savoir 1) les données relatives aux coûts collectées sur base volontaire par un certain nombre d'hôpitaux ; 2) les résultats d'une étude récente, réalisée à la demande de la ministre, qui attribue le budget hospitalier et les frais aux séjours individuels sur la base des données provenant d'une sélection d'hôpitaux pour obtenir une sorte de substitut aux coûts par séjour réels. La collecte des données pourra être élargie à un stade ultérieur.

La sélection et le système de financement des soins difficiles à standardiser, complexes, très coûteux ou peu courants appellent un processus interactif de prise de décision « *evidence-informed* ». Il existe un lien entre d'une part le nombre de catégories composant la classification par DRG et le système de rémunération des médecins (à l'acte ou inclus dans le système de paiement par DRG) et d'autre part le besoin de mécanismes d'exclusion. Le risque financier pour les dispensateurs de soins est par exemple limité lorsque ceux-ci sont

---

<sup>a</sup> Le KCE reste seul responsable des recommandations.



rétribués principalement à la prestation. En outre, plus le système d'APR-DRG est homogène en ce qui concerne les données relatives aux coûts (ou à leur estimation) dans notre pays, plus le besoin de mécanismes d'exclusion est faible. Lors de l'élaboration d'un système de financement des soins à variabilité élevée, il convient de suivre les étapes suivantes :

*À la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique :*

- Une feuille de route doit être établie au sujet du modèle organisationnel souhaité pour certains groupes de patients, services et produits. Les décisions doivent être étayées par : la littérature scientifique relative notamment à leur efficacité, par une évaluation des modèles mis en œuvre à l'étranger et par une analyse approfondie des données belges pour mieux comprendre les pratiques actuelles et les variations entre hôpitaux ( type de services, durée du séjour, utilisation des ressources, etc.). Étant donné que certains groupes de patients, services ou produits peuvent être considérés comme des soins suprarégionaux, l'organisation de ces soins devrait être traitée de la même manière. L'impact possible sur la qualité et les coûts pour le patient doit être évalué.
- L'homogénéité de l'utilisation des moyens dans le système de classification APR-DRG / SOI doit être étudiée (y compris par une analyse clinique et statistique) : l'effet de la scission des APR-DRG (impliquant éventuellement une révision de la licence actuelle du logiciel), l'exclusion des éléments perturbateurs des prix (p.ex. médicaments, dispositifs médicaux ou autres services très coûteux), l'analyse des *outliers*, l'analyse des coûts fixes et variables, etc.
- Les candidats potentiels à l'exclusion du financement de base (Budget des Moyens financiers) devraient être choisis sur la base d'une combinaison de variabilité dans l'utilisation des ressources et d'autres critères tels que la qualité (p.ex. volume-résultat), les économies d'échelle, etc.
- L'impact des modes de financement possibles sur les budgets hospitaliers individuels et le budget macro devrait être analysé. Cette analyse exige :
  - Une analyse des données en vue de déterminer quels éléments ou séjours doivent être exclus du financement de base
  - Un choix quant au mécanisme de financement :
    - Conventions
    - Financement accru par journée d'hospitalisation/DRG



- **Financement adapté à la proportion de frais fixes et variables (p.ex. permanence 24/7 aux urgences)**
- etc.
- Une simulation de l'impact budgétaire (glissement entre hôpitaux et impact sur le budget du gouvernement)
- Une consultation des *stakeholders* au cours de ce processus (cliniciens, gestionnaires et directeurs d'hôpitaux, décideurs)
- Une proposition pour l'implémentation (progressive ou non) du nouveau système de financement
- Il est souhaitable de lancer une analyse « preuve de concept » d'un système de financement prenant en compte la « variabilité justifiée » du processus de soins dans un domaine dont le modèle organisationnel plus large a déjà été défini (p.ex. prise en charge de l'AVC). Les autres domaines pourront ensuite être développés de façon graduelle, mais l'impact de chaque étape sur les budgets globaux des hôpitaux (p.ex. financement croisé entre groupes de patients, services, etc.) devrait être soigneusement examiné.
- Une équipe disposant de moyens humains et financiers adéquats devrait être constituée, de préférence à l'intérieur de structures existantes, pour assumer la responsabilité de la gestion et du suivi du système de DRG. Pour cela, une collaboration étroite et permanente entre l'INAMI et le SPF Santé publique dans le cadre du *redesign* planifié est nécessaire.



## ■ RÉFÉRENCES

1. Struckmann V, Quentin W, Busse R, van Ginneken E. How to strengthen financing mechanisms to promote care for people with multimorbidity in Europe? 2017. European Observatory on Health Systems and Policies. Health systems and policy analysis. Policy Brief 24 Available from: [http://www.icare4eu.org/pdf/PB\\_24.pdf](http://www.icare4eu.org/pdf/PB_24.pdf)
2. Wammes JJG, Tanke M, Jonkers W, Westert G, Van der Wees P, Jeurissen P. Characteristics and healthcare utilisation patterns of high-cost beneficiaries in the Netherlands: a cross-sectional claims database study. *BMJ Open*. 2017;7:e017775.
3. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Copenhagen: 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series Available from: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/162265/e96538.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf)
4. McKee M, Healy J. Hospitals in a changing Europe. World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, editor. Copenhagen, Denmark: World Health Organisation; 2002.
5. Beleidscel van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Plan van aanpak - Hervorming Ziekenhuisfinanciering. Brussels: 2015.
6. Devriese S, Van de Voorde C. Clustering pathology groups on hospital stay similarity. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 06/2016. KCE Reports 270 (D/2016/10.273/62) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_270C\\_Clustering\\_pathology\\_groups\\_Report.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_270C_Clustering_pathology_groups_Report.pdf)
7. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from:



- [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_229\\_Hospital%20Financing\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf)
8. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. A comparative analysis of hospital care payments in five countries. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013 11/10/2013. KCE Reports 207 (D/2013/10.273/61) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_207\\_hospital\\_financing.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf)
  9. Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, et al. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2017 06/2017. KCE Reports 289 (D/2017/10.273/45) Available from: <https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20the%20report%20in%20English%20%28550%20p.%29.pdf>
  10. De Pourcq K, De Regge M, Callens S, Coëffé M, Gemmel P, Van den Heede K, et al. Governance models for hospital collaborations. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 12/2016. KCE Reports 277 (D/2016/10.273/92) Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_277\\_Governance\\_models\\_hospital\\_collaborations\\_Report.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_277_Governance_models_hospital_collaborations_Report.pdf)
  11. Durant G. Le financement des hôpitaux en Belgique. Situation au 1er septembre 2015. Wolters Kluwer Belgium; 2015.
  12. Belfius. Sectoranalyse algemene ziekenhuizen op basis van het MAHA-analysemodel. 2017. Available from: [https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social\\_Profit/MAHA%202016%20versie%20voor%20de%20pers.pdf](https://www.belfius.be/common/NL/multimedia/MMDownloadableFile/PublicSocial/Expertise/Social_Profit/MAHA%202016%20versie%20voor%20de%20pers.pdf)
  13. Van den Heede K, Dubois C, Devriese S, Baier N, Camaly O, Depuijdt E, et al. Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2016 29/03/2016. KCE Reports 263 Available from: [http://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_263\\_Organisation\\_and\\_payment\\_of\\_emergency\\_care\\_services.pdf](http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_263_Organisation_and_payment_of_emergency_care_services.pdf)
  14. van Sloten F, van den Oever R. De metamorfose van de ziekenhuissector. September 2016. CM-Informatie 265 Available from: [https://www.cm.be/media/CM-Info-gezondheidsbeleid\\_tcm47-29114.pdf](https://www.cm.be/media/CM-Info-gezondheidsbeleid_tcm47-29114.pdf)
  15. Vinck I, Vijverman A, Vollebregt E, Broeckx N, Wouters K, Piët M, et al. Verantwoord gebruik van hoog-risico medische hulpmiddelen: het voorbeeld van 3D geprinte medische hulpmiddelen. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018. KCE Reports 297As (D/2018/10.273/01) Available from: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_297As\\_3D\\_printing\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_297As_3D_printing_Synthese.pdf)
  16. RIZIV-INAMI. Overeenkomst betreffende de financiering van dialyse (inwerkingtreding vanaf 1 januari 2018).
  17. Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, B.S. 30 mei 2002.
  18. Ettelt S, Nolte E. Funding intensive care - approaches in systems using diagnosis-related groups. RAND Europe; 2010. Technical Report
  19. Schreyögg J, Stargardt T, Tiemann O, Busse R. Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): a comparison of nine European countries. Health care management science. 2006;9(3):215-23.
  20. Cots F, Elvira D, Castells X, Sáez M. Relevance of outlier cases in case mix systems and evaluation of trimming methods. Health Care Management Science. 2003;6(1):27-35.



21. Van de Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G, et al. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 25/01/2010. KCE Reports 121 (D/2010/10.273/03) Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/feasibility-study-of-the-introduction-of-an-all-inclusive-case-based-hospital-fin>
22. Pirson M, Leclercq P. PACHA: proefproject voor kostenanalyse per pathologie. Healthcare Executive. 2014;78.
23. Koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen om erkend te worden, B.S. 8 augustus 2014.
24. Peltola M, Quentin W. Diagnosis-related groups for stroke in Europe: patient classification and hospital reimbursement in 11 countries. Cerebrovasc Dis. 2013;35(2):113-23.





## COLOPHON

Titre :	Financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité – Synthèse
Auteurs :	Victor Stephani (Technische Universität Berlin, Germany), Anja Crommelynck (Cliniques universitaires Saint-Luc), Guy Durant (Cliniques universitaires Saint-Luc & Université catholique de Louvain), Alexander Geissler (Technische Universität Berlin, Germany), Koen Van den Heede (KCE), Carine Van de Voorde (KCE), Wilm Quentin (Technische Universität Berlin, Germany & European Observatory on Health Systems and Policies)
Coordinateur de projet :	Nathalie Swartenbroeckx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Karin Rondia (KCE)
Relecture :	Nicolas Bouckaert (KCE), Caroline Obyn (KCE)
Experts externes :	Jan Beeckmans (UZ Brussel), Gerd Callewaert (AZ Sint-Lucas Brugge), Mickael Daubie (INAMI – RIZIV), Johan Kips (Hôpital Erasme), Jean Legrand (INAMI – RIZIV), Magali Pirson (Ecole de Santé publique, ULB), Gauthier Saelens (Grand Hôpital de Charleroi), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Walter Sermeus (Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, KU Leuven)
Validateurs externes :	Kristof Eeckloo (UZ Gent & UGent), Patrick Jeurissen (Radboud University Medical Center, Celsus academy for sustainable healthcare, IQ Healthcare, Nijmegen, the Netherlands & Ministerie van Gezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag, the Netherlands), Jeroen Luyten (Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, KU Leuven)
Remerciements :	Samira Ouraghi (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid)
Intérêts déclarés :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine du financement des hôpitaux. A ce titre, il est possible que chacun d’eux présente, jusqu’à un certain point, un inévitable conflit d’intérêt.
Layout :	Ine Verhulst

### Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n’étaient pas nécessairement d’accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d’un consensus ou d’un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n’étaient pas nécessairement tous les trois d’accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l’unanimité par le Conseil d’administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**



- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 19 avril 2018  
Domaine : Health Services Research (HSR)  
MeSH : Hospitals; Reimbursement, Incentive; Diagnosis-Related Groups; Comparative Study  
Classification NLM : WX 157  
Langue : Français  
Format : Adobe® PDF™ (A4)  
Dépot légal : D/2018/10.273/34  
ISSN : 2466-6440

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »  
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Stephani V, Crommelynck A, Durant G, Geissler A, Van den Heede K, Van de Voorde C, Quentin W. Financement des séjours hospitaliers pour les soins à haute variabilité – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2018. KCE Reports 302Bs. D/2018/10.273/34.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.