



## You get what you pay for. Vers un nouveau modèle économique de soins

2013/06

18 | 04 | 2013



COMMUNAUTE



PROSPERITE



PROTECTION

### Table des matières

1. Introduction
2. Mise au point du 'sens de l'urgence'
3. You get what you pay for : commencer par les opportunités qui sont déjà connues depuis longtemps
4. Leçons d'ailleurs pour un nouveau modèle économique
5. Un financement intelligent en harmonie avec une organisation de soins intelligente
6. L'avenir en pratique : prochaines étapes
7. Conclusion

PIETER VAN HERCK,  
Senior Fellow Itinera Institute

PROFESSEUR WALTER SERMEUS,  
Centrum voor Ziekenhuis- en  
Verplegingswetenschap, KU Leuven

PROFESSEUR LIEVEN ANNEMANS,  
Visiting Fellow Itinera Institute  
en Vakgroep Maatschappelijke  
Gezondheidskunde, UGent

## 1. Introduction

Les systèmes actuels de paiement de soins sont de plus en plus mis en question. Un morcellement important, leur insécurité et leur imprévisibilité empêchent un pilotage ciblé. Le BFM/prix d'une journée et les honoraires vont de pair avec une administration considérable et de plus en plus lourde.

Le financement fait souvent obstacle à une bonne collaboration et ce, aussi bien entre les organisations de soins qu'au sein de celles-ci. Les revenus et les subsides renforcent le cloisonnement (vertical). Le financement induit une rigidité et une orientation structure au lieu d'une innovation dans les systèmes. Les tâches et les diplômes, et avec cela l'élargissement des compétences et la politique en matière de gestion des ressources humaines sont, sur le plan financier, bétonnés par lieu et par personne, malgré les effets positifs démontrés de la différenciation des fonctions, du changement de la fonction et d'une approche plus intégrale des soins.

Malgré des mesures restrictives, une composante de volume prédominante conduit parfois à une approche 'plus est mieux' dominante. Le lien avec les coûts réels est peu, voire pas du tout transparent ni actualisé, avec un sous-financement, et parfois même un surfinancement pour effet. Le financement met l'accent sur les interventions et spécialités techniques, contrairement aux besoins de soins qui nécessitent un engagement plus long. Les médecins spécialistes perçoivent une rémunération limitée pour l'exercice d'activités solidaires (gardes, soins aigus de 2e ligne, etc.). Ils sont de plus en plus nombreux à choisir de délaissier cet engagement et de générer des revenus plus importants en dehors d'un hôpital.

Le financement s'éloigne de plus en plus des désirs des prestataires de soins de santé qui souhaitent plus de temps pour leurs patients et pour leur vie privée. L'absence de stimulation de soins de santé appropriés et sûrs, est réelle. Les systèmes de paiement n'encouragent pas la prévention. En dépit de corrections pour le case mix, les contraintes de temps de paiement à la performance et le sous-financement au sein du BFM induisent un risque d'oubli des besoins de groupes cibles vulnérables.

Contrairement à ce qui était le cas dans le passé, les systèmes de paiement de soins servent de moins en moins d'instrument pour réaliser les objectifs actuels du secteur des soins. Les possibilités d'amélioration sont définies dans plusieurs études et rapports. L'appel au changement lancé par le secteur des soins et le monde scientifique, est toujours plus pressant. Les hommes et les femmes politiques, les décideurs politiques et les autorités sont de plus en plus favorables à ce message. Le contexte des soins a tellement évolué et changé en termes de défis et de solutions possibles, qu'il n'est pas envisageable de ne pas réformer les systèmes de paiement. Le progrès est ce qui arrive lorsque des impossibilités doivent faire la place à des nécessités.

Pour certains, la nécessité de changements est un soulagement, pour d'autres, une menace. Le meilleur moyen de faire face à de tels changements est de les réaliser soi-même. Tous les acteurs concernés, en ce compris les dirigeants des organisations de soins et les professionnels des soins sur le terrain, sont les mieux placés pour réinventer en concertation les systèmes de paiement et en faire un instrument de soutien positif adapté aux futurs besoins de la population en matière de soins.

Malgré les défauts énumérés ci-dessus, notre système de financement actuel présente un grand nombre de points positifs. Il prévient les chocs financiers et prévoit la stabilité. Il permet de mieux surveiller l'équilibre budgétaire que ce n'est le cas dans de nombreux pays, même si le vieillissement de la popula-

tion et d'autres facteurs compromettent la durabilité du système. La durée de séjour dans les hôpitaux est assez bien maîtrisée. En ce qui concerne les soins aigus, nous disposons d'une offre étendue sans délais d'attente prolongés. Il ne s'agit pas là d'aspects que l'on souhaite laisser tomber de manière radicale. Le plus grand danger n'émane pas seulement des gens qui ne veulent rien changer, mais aussi des gens qui veulent tout changer.

Derrière les flux financiers se cachent les intérêts des acteurs concernés. Ceux-ci englobent, outre des intérêts intrinsèques (des moyens pour le bien du patient), également des intérêts extrinsèques (revenus et réserves financières en suffisance). Une adhésion suffisante ne peut être créée que si l'on utilise les intérêts financiers de manière positive en y portant le moins possible préjudice, et en les réorientant de manière équilibrée là où cela s'avère nécessaire.

Telle est l'essence même du modèle économique : ce qui stimule les revenus des personnes et des organisations. Le modèle économique définit le raisonnement relatif à la manière dont une organisation et des professionnels (= le système de soins) créent, diffusent et captent de la valeur, au pourquoi et à la manière dont le client (= la société) paie pour cette valeur, et pour finir à la manière dont de tels paiements se transforment en nouvelle valeur pour l'organisation et les professionnels (= les médecins, les hôpitaux, etc.) par le biais d'investissements et de revenus. La notion ne connaît pas de connotation péjorative. Elle concède uniquement que dans le secteur des soins, tout comme dans tous les autres secteurs, les moyens financiers constituent un moteur sous-jacent qui soutient la mission de soins, mais qui la mystifie, la freine ou la bloque aussi parfois. Il y a cinquante ans, le modèle économique actuel des soins s'accordait avec ses objectifs. Cela n'est plus le cas aujourd'hui. You get what you pay for. Cette vision s'éloigne de plus en plus de ce à quoi nous aspirons.

Le but de cette contribution n'est pas de mettre l'intérêt d'un acteur déterminé en avant, mais de préserver l'équilibre. Ce texte ne présentera pas LA solution comme un produit fini, mais formulera des suggestions à court et moyen terme. Le but de cet article est de planter la graine qui incitera les acteurs du secteur des soins à réfléchir à la nécessité d'une réforme du financement et aux diverses solutions alternatives pour donner forme à une telle réforme. Afin d'être le plus concrets possible dans notre développement, nous relierons l'analyse aux soins de santé généraux, en ce compris les hôpitaux, les spécialistes médicaux, les cabinets de médecine générale et les autres acteurs du secteur des soins.

## 2. Mise au point du 'sens de l'urgence' <sup>1,2</sup>

Nous ne pouvons pas changer tous ce à quoi nous sommes confrontés. Mais nous ne pouvons rien changer sans d'abord y faire face. Les décideurs s'inquiètent de plus en plus, à juste titre, du coût des soins, pour la société dans son ensemble et pour le patient. Cette pression financière nous contraint à réfléchir à la qualité des soins et à nous attarder sur celle-ci. Sommes-nous sur la bonne ou la mauvaise voie aujourd'hui ? Quels sont les besoins de demain en matière de soins ? Sommes-nous prêts, en tant que système de soins, à y apporter une réponse optimale ? Nous nous attardons dans cette section sur la performance de la dispensation de soins en tant que telle. Nous évaluons les défis et les objectifs du point de vue de la santé publique et de la durabilité du système. Le financement, qui est sensé y apporter des réponses, sera abordé dans les sections suivantes.

Dans certains domaines, notre système de soins obtient des résultats bons à excellents. La satisfaction en matière de soins est élevée. La relation entre le patient et le prestataire de soins obtient un score honorable. La perception de l'état de santé personnel est supérieure à celle de la moyenne européenne. La Belgique est surtout très bonne élève dans le domaine des soins aigus tels que le taux de survie en cas de cancer. Des consultations oncologiques multidisciplinaires sont de plus en plus souvent organisées. Le taux de mortalité général suite à des cardiopathies ischémiques et à des AVC est bas comparé à la plupart des autres pays européens. En ce qui concerne la mortalité néo-natale, la Belgique se classe devant la plupart des pays voisins. La prévention primaire y est satisfaisante auprès des enfants, notamment pour ce qui est du taux de vaccination. Et aussi bien les jeunes que les moins jeunes figurent en tête de la consommation quotidienne de légumes. Le nombre de fumeurs diminue progressivement en Belgique, tout comme l'incidence du MRSA. Un grand nombre de mécanismes de solidarité œuvrent à soutenir l'équité des soins en fonction de groupes cibles spécifiques (OMNIO, MAF, etc.). Les patients et les prestataires de soins jouissent d'une grande liberté en ce qui concerne la recherche et la dispensation de soins. Les médecins belges sont très productifs si l'on tient compte du nombre élevé de consultations et du nombre actuel de médecins par nombre d'habitants.

Mais chaque médaille a son revers. Notre espérance de vie est inférieure à celle de la moyenne européenne. La Belgique figure en tête du classement européen en matière de mortalité dans les 30 jours suivant une admission pour un infarctus du myocarde aigu, un AVC ischémique ou un AVC hémorragique. L'incidence du cancer du sein, et donc aussi le taux de mortalité qui y est lié, est anormalement élevée comparé à d'autres pays.

Les causes possibles liées au style de vie et à une surconsommation (entre-temps réduite) de préparations hormonales avancées jusqu'à présent, n'expliquent pas ce phénomène inquiétant de manière convain-

---

1 Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van den Heede K, Desomer A, Van de Voorde C, Walckiers D, Dubois C, Camberlin C, Vlayen J, Van Oyen H, Léonard C, Meeus P. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem Rapport 2012. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 196A. D/2012/10.273/110.

2 OCDE (2012), Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

cante. Le traitement du cancer du sein est l'une de nos spécialités, mais la prévention de celui-ci n'est pas notre point fort.

Même des mesures préventives évidentes telles que la vaccination contre la grippe des personnes âgées atteignent, avec 63%, un niveau médiocre par rapport à l'objectif de 75%. La locomotive se met lentement en marche en la matière. Seulement 38% des Belges exercent une activité physique quotidienne suffisante. 26% n'exercent aucune activité physique. Nous nous situons de ce fait loin en dessous de la moyenne européenne et la tendance serait plutôt à la baisse qu'à la hausse. Les problèmes de poids sont en forte augmentation (47% de surcharge pondérale, 14% d'obésité). La politique belge de prévention du tabagisme est, avec un score de 50 sur 100 sur le 'Tobacco Control Scale', considérée comme médiocre au niveau international. La consommation problématique d'alcool est en hausse, avec un niveau actuel de 9%. Seulement 25% de la population mange suffisamment de fruits. 15,5% des Belges manquent de soutien social, principalement les personnes âgées. La Belgique figure en tête du classement européen en termes de nombre de nouvelles infections VIH diagnostiquées. La promotion de la santé au niveau communal local est insatisfaisante, les actions entreprises présentant un degré élevé de variabilité, allant d'une absence de politique à une politique étendue. Les 2% du budget total consacrés à la prévention sont insignifiants, surtout comparé à la grande majorité des autres pays européens.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) affirme clairement que l'adaptabilité des soins est décevante. Les exemples sont légion : dépistage du cancer du sein (20 à 30% de surtraitements et 15% de sous-traitements), dépistage du cancer du col de l'utérus (18% de sous-traitements), consommation d'antibiotiques deux fois supérieure à celle des Pays-Bas, suivi insuffisant du diabète auprès des patients âgés, en particulier (p. ex. 30% de sous-traitements en cas d'examen des yeux), variabilité de 65% entre les hôpitaux en ce qui concerne le nombre de césariennes. Le traitement par rayons en imagerie médicale est trois fois plus souvent pratiqué que chez nos voisins néerlandais. Près de 90% de la population belge a subi une prestation d'imagerie médicale entre 2002 et 2008, pour 43% même plus de 10 fois. La Belgique figure généralement en tête des classements en ce qui concerne la dispensation de soins techniques, notamment pour ce qui est du nombre d'angioplasties coronaires (2e rang au sein de l'UE) et de prothèses de la hanche et du genou (3e et 4e rang). Il en va de même pour le nombre élevé d'examens préopératifs (ECG, tests de laboratoire de routine, radiographie des poumons, etc.).

À peine 41% de la douleur en milieu hospitalier est sous contrôle, par rapport à 54% dans d'autres pays. Les soins palliatifs sont entamés trop tardivement dans 20% des cas, attendu que le décès du patient se produit dans la première semaine.

La Belgique figure en tête du peloton en ce qui concerne le taux de suicide. À Bruxelles, un nombre particulièrement élevé de patients (14%, avec une tendance à la hausse) sont hospitalisés sous contrainte. En Wallonie, on prescrit nettement plus d'antidépresseurs, ce qui nous place également dans le peloton de tête du classement européen à cet égard. La Flandre, essentiellement, connaît un nombre élevé de réadmissions en hôpital psychiatrique. La Belgique suit directement le Japon dans le classement mondial de la part des soins de santé mentaux résidentiels par rapport aux soins de santé mentale ambulatoires.

La Belgique n'est pas le pays le plus sûr pour ce qui est des soins de santé. Nous nous plaçons dans l'attristante tête du classement européen en termes de nombre de corps étrangers accidentellement laissés dans l'organisme au cours d'une intervention chirurgicale. Il en va de même en ce qui concerne les

accidents par piqûre et les blessures accidentelles. Le nombre de cas de septicémie postopératoire est élevé par rapport à d'autres pays, et ne baisse pas. L'incidence des escarres augmente. Le nombre de réadmissions varie de 1,17 à 6,40% entre les hôpitaux, ce qui correspond à un coût de 280 millions d'euros. Idem pour les infections nosocomiales : 3,77 à 9,78% pour un coût de 533 millions d'euros. Un patient sur sept vit un événement indésirable. Dans les hôpitaux, ce chiffre peut passer à un patient sur trois. La moitié des événements indésirables peuvent être évités.

Seulement 47% des Belges ont un dossier médical global. Ce pourcentage est insuffisant lorsque l'on sait que deux tiers des événements indésirables sont liés à une communication défectueuse. Mais il n'y a pas que le dossier médical global pour optimiser la coordination des soins. Le financement est un autre moyen de stimuler cette coordination.

Malgré des mesures en faveur de la solidarité et de la défense des plus faibles, les résultats ne sont pas à la hauteur des efforts déployés. On compte pas moins de 18 années de différence en termes d'espérance de vie en bonne santé entre la classe sociale la plus élevée et la classe sociale la plus basse. La mortalité dans notre pays est quasi 2 fois plus élevée suivant la différence de niveau de formation. Les dépenses à charge du patient sont élevées comparé aux pays voisins, ce qui se traduit dans une hausse de l'ajournement de soins de santé nécessaires : 14% en général et 27% pour la classe sociale la plus basse. La Belgique est, dans tous les sens possibles, un tissu de différences socio-économiques et géographiques qui ont un impact sur les soins et la santé. On le constate dans le taux de suicide, l'adaptabilité des soins, le style de vie sédentaire (alimentation, exercice physique, tabagisme, etc.), l'obésité, le soutien social, etc. L'inégalité des revenus se creuse davantage et la progressivité du financement diminue peu à peu : la contribution financière des individus au système de soins de santé est de moins en moins liée à leurs revenus.

Si l'on oppose les constats positifs aux possibilités d'amélioration de notre système de soins de santé, force est à tout le moins de constater qu'il y a plusieurs défis à relever. Une meilleure connaissance et transparence des résultats du fonctionnement du système de soins de santé nous permet de prendre toujours mieux conscience de nos forces et de nos faiblesses. Ce qui ne signifie pas que la qualité régresse. Chaque élargissement des indicateurs de qualité fait apparaître de nouveaux défis, en plus des aspects dans lesquels nous nous en sortons déjà pas mal. Le fait que l'enregistrement des résultats ne soit pas toujours effectué de manière objective l'explique en partie, tout comme les possibilités d'amélioration dans la pratique. Il est évident qu'une telle connaissance doit constituer le fondement d'une politique ciblée, dans le cadre de laquelle des actions et des réformes sont mises en œuvre en vue d'améliorer les résultats. L'évolution constatée dans les résultats est toutefois décevante. Une grande partie des manquements actuels ne fait que confirmer une nouvelle fois ce que nous savions déjà il y a 5 ans. Ce constat appelle l'attention sur l'inertie présente, inhérente au système de soins de santé actuel, qu'il convient d'intégrer comme point à améliorer dans la réforme du financement.

Nous constatons en outre sur la base des chiffres que l'attention pour les soins aigus et hautement spécialisés, ne peut s'affaiblir. Il existe même dans les domaines qui servent souvent d'exemple pour la qualité des soins en Belgique, des possibilités d'amélioration identifiables, taux de mortalité inclus. Nous voyons en même temps que la prévention et la prévention secondaire chez les adultes et les personnes âgées, essentiellement, sont loin d'être développés de manière suffisante dans le système actuel. Les

plus vulnérables d'entre nous en sont les principales victimes. Cette situation est inquiétante lorsque l'on observe l'évolution des besoins pour les prochaines décennies.

Le vieillissement de la population est amorcé et entraînera une hausse supplémentaire des besoins de soins jusqu'en 2060. Le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans passe du simple au double, celui des personnes âgées de plus de 80 ans passe du simple au triple, et celui des plus de 100 ans est multiplié par dix. Ces changements entraînent d'importants défis en termes d'offre de soins aux personnes âgées et de personnel disponible pour prodiguer ces soins.<sup>3</sup> Le vieillissement est cependant tout aussi important pour les soins généraux de première ligne et les hôpitaux. En effet, essentiellement le besoin de soins chroniques augmentera considérablement. Ce besoin dépasse les limites des divers secteurs de soins.

Les maladies chroniques sont responsables de 70 à 80% de la mortalité, avec une proportion de 33% de causes cardiovasculaires et de 27% de cancers. Viennent ensuite le diabète et les affections pulmonaires. Les maladies chroniques sont également responsables de 70 à 80% du coût des soins. 27% des Belges ont déjà eu une affection chronique. Une personne souffrant d'une maladie chronique sur quatre est en outre confrontée à des problèmes mentaux. De plus, au-delà de 70 ans, 50 à 70% des personnes âgées souffrent d'au moins deux affections, avec des défis de comorbidité multiple supplémentaires pour effet. Les groupes cibles vulnérables sont plus souvent confrontés à des affections chroniques.<sup>4</sup> Comme mentionné dans l'analyse de la qualité du système de soins de santé actuel, nous sommes les plus mauvais élèves en ce qui concerne la prévention secondaire des demandes de soins chroniques. Le financement du futur doit rectifier le cap.

Nous constatons également que le nombre de prestataires de soins, aussi bien les médecins et les infirmiers que les autres professionnels, est sujet à une pression croissante. Les premiers signaux d'alarme en ce qui concerne les généralistes et les infirmiers (dans le secteur des soins aux personnes âgées), s'intensifieront au cours des prochaines années. 30% des infirmiers diplômés ne sont pas actifs dans le secteur des soins. Pour ce qui est des spécialistes médicaux, seulement 67% développent un niveau d'activité conséquent. On observe ici une même disparité en termes de besoins dans le futur proche. Les médecins optent de moins en moins pour les professions de généraliste, gériatre, psychiatre et diabétologue. Le même schéma se présente chez les infirmiers en ce qui concerne les spécialisations en gériatrie. Les professions de soins dont le besoin se fait le plus sentir et ce, de manière croissante, ne bénéficient que d'un intérêt et d'un soutien financier limités. Le financement n'apporte aucune réponse à ce problème aujourd'hui.

Outre le souci de la qualité et une solution optimale au problème du vieillissement, nous ne souhaitons pas non plus priver nos enfants des progrès technologiques et médicaux qu'ont connus nos générations. Nous nous trouvons à un tournant à cet égard : télémédecine, nanotechnologie, médecine personnalisée avec une harmonisation des soins avec les profils de risque individuels, médecine régénérative repo-

3 Elderly policy at the local community level, Itinera Institute, 2012; A survey into staffing issues in elderly care: problems and solutions, Itinera Institute, 2012; Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeur S. Residential care for older persons in Belgium: projections 2011 – 2025 - Synthesis. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2011. KCE Reports 167C. D/2011/10.273/67

4 Paulus D, Van den Heede K, Mertens R. Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België: ontwikkeling van een position paper. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2012. KCE Reports 190A. D/2012/10.273/79.

sant sur l'utilisation de cellules souches, médicaments biologiques, etc. On observe quelques percées présentant un grand potentiel en vue d'offrir des solutions pour les soins préventifs, les soins chroniques et les soins aux personnes âgées, en plus de la focalisation sur le traitement des maladies aiguës. La pression financière croissante freine toutefois l'introduction de telles possibilités au lieu de les stimuler. Le système de financement n'est pas non plus suffisamment adapté à cet égard.

Tous ces défis se présentent en des temps économiques difficiles. L'Union européenne vit la récession économique la plus grave depuis les années '30. La Belgique ne peut plus avoir de déficits budgétaires à partir de 2015. Peu de moyens disponibles en dehors du secteur des soins sont susceptibles de pouvoir être utilisés. Pour dire les choses concrètement : les assainissements budgétaires de 2011 et 2012 pris ensemble correspondent à une économie d'un peu plus de 1% du PNB. Le vieillissement en soi exigera, selon le bureau fédéral du plan et diverses études européennes, un investissement supplémentaire de 10% du PNB, étalé sur les prochaines années : 6% pour les besoins supplémentaires en matière de pensions et 4% pour les besoins supplémentaires en matière de soins de santé.

Exploiter des moyens fiscaux complémentaires en vue de satisfaire à part entière à ces besoins, est un scénario irréaliste. Il faudrait doubler l'impôt sur les personnes physiques ou les taux de TVA pour avoir une rentrée de moyens suffisante. Couper dans les dépenses publiques n'offre pas une solution satisfaisante, sauf si l'on assainit complètement les autorités fédérales (= 10% du PNB) ou si l'on cannibalise en grande partie le budget flamand (= 14% du PNB). Restent alors les 25% de moyens fédéraux dans la sécurité sociale. Même si l'on exploite partiellement les autres options, il faudra couper dans les dépenses de sécurité sociale pour pouvoir supporter des dépenses de sécurité sociale supplémentaires. Le secteur des soins ne pourra pas échapper à cette danse dans les nombreuses rondes budgétaires. Le système de financement actuel n'est toutefois pas adapté pour permettre de détecter, d'une manière équilibrée, ce qui est réellement superflu. Au contraire, les organisations de soins dépendent de hausses constantes du chiffre d'affaires pour garder la tête hors de l'eau. Les économies sont potentiellement compensées par du volume, entraînant un cercle vicieux qui risque de toucher davantage les systèmes de soins de santé qui ont des tarifs de soins régulés comme en Belgique.

La crise a freiné la croissance et les investissements en soins de santé en ce qui concerne les dépenses publiques. En 2010, la croissance des dépenses de santé a même reculé de 1%, selon les chiffres de l'OCDE. Un risque pour la satisfaction des besoins de santé qui augmentent aujourd'hui encore plus que dans le passé. Des économies réactives et souvent linéaires sont mises en place : un focus budgétaire isolé, la réduction ou l'ajournement des sauts d'index, la hausse du ticket modérateur, etc. Les organisations de soins n'ont pas d'autre choix, dans le cadre du financement actuel, que d'économiser sur le personnel, d'augmenter la contribution des patients par le biais de suppléments ou de négocier des contributions des honoraires des médecins plus élevées.

Défis au niveau de la qualité, de la sécurité et de l'équité, besoin élevé d'une offre et de personnel supplémentaires pour les soins chroniques, et contexte de pénurie financière. Nous nous trouvons dans une 'tempête parfaite' de défis et devons veiller à ce que les soins et la santé publique en sortent indemnes et, surtout, plus forts. Nous devons adapter notre système de soins de santé en conséquence. Le changement se heurte toutefois aux intérêts existants. La clé réside dès lors dans la réforme du financement, qui peut accorder ces intérêts avec l'évolution des besoins en matière de soins de santé. Examinons dès



lors quelques caractéristiques cruciales de notre système de financement actuel et leur lien avec les défis susmentionnés.

### 3. You get what you pay for : commencer par les opportunités qui sont déjà connues depuis longtemps

Les moyens financiers soutiennent le fonctionnement et l'organisation des soins par l'entremise des professionnels et de leur environnement de travail. Tous ceux qui sont actifs dans le secteur des soins connaissent un certain degré de motivation intrinsèque et extrinsèque. L'équilibre entre les deux varie d'une personne à l'autre, et d'une période à l'autre. Il faut donc avant tout en finir avec les histoires unilatérales affirmant que les soins tournent autour d'un intérêt ou de l'autre. Les deux doivent être conciliés.

Sur la base de ce principe réaliste, nous constatons que les professionnels des soins peuvent en partie eux-mêmes choisir quel environnement financier correspond le mieux à leur motivation. La grande majorité des médecins travaillent dans un environnement de paiement à la performance, auquel il est donné forme via la nomenclature. Les médecins occupés dans les hôpitaux universitaires sont salariés, et les médecins qui travaillent dans des centres de santé de quartier perçoivent un montant fixe périodique par patient ('capitation'). Tant la capitation que les calculs des salaires dépendent en partie de la nomenclature à la performance, ne serait-ce que pour pouvoir offrir un revenu conforme au marché aux médecins.

Après la Deuxième Guerre mondiale, le paiement à la performance était l'une des principales clés de voûte du développement d'une offre de soins moderne et hautement technologique. Ce système de financement stimule la hausse du volume de soins. L'opportunité des soins y trouve son compte. L'entrepreneuriat et l'innovation clinique sont encouragés, avec une adoption rapide de nouvelles technologies. Les frais d'investissement formant notamment la base des calculs de nomenclature, les performances techniques ont fortement été accentuées. Ceci a mené de concert au soutien du développement de soins aigus très spécialisés.

Le paiement à la performance présente toutefois une série d'inconvénients inhérents :

- ◇ On en fait parfois trop, ce qui entraîne insécurité, inconfort et gaspillage des moyens.
- ◇ Le paiement à la performance encourage une approche autonome et indépendante, au détriment de la coopération, de la coordination et de la répartition des tâches nécessaires. Des 'lacunes' apparaissent dans la dispensation de soins de santé. En ce qui concerne les soins chroniques, un manque d'harmonisation entre ces aspects est néfaste.
- ◇ Les honoraires sont, pour des raisons pratiques, limités à des prestations clairement définies dans un contexte face à face. On voit ici également que les soins devront pouvoir dépasser un tel contexte restreint dans le futur, avec une possibilité de suivi et de soins à distance, et par le biais de la délégation et de la supervision au sein d'une équipe de soins à travers les lignes de soins.
- ◇ Les soins qui demandent beaucoup de temps entrent relativement moins en ligne de compte.
- ◇ Le paiement est indépendant de la qualité des soins. En cas de qualité inférieure, on pourra effec-

tuer davantage de prestations et générer plus de revenus.

- ◇ Le système s'accorde de moins en moins aux besoins des médecins eux-mêmes qui, notamment en raison de la féminisation de la profession, souhaitent un changement dans l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

You get what you pay for. L'état actuel de la qualité, présentant aussi bien des éléments positifs que négatifs, et la correspondance partielle avec les futurs besoins de soins, sont liés au recours au paiement à la performance. Ce système de paiement présente des avantages uniques, mais aussi des inconvénients que l'on peut moins se permettre dans le cadre du traitement des patients présentant un profil accru de soins chroniques. Ce qui ne veut pas dire que le paiement à la performance doit être aboli, mais corrigé et harmonisé avec des systèmes de paiement compensatoires.

Le monde scientifique attire depuis des années déjà l'attention sur le fait que la fixation des tarifs découlant de la nomenclature se base sur une perspective fondamentalement erronée. La politique actuelle est fondée sur les suppositions suivantes :

- (1) Les coûts doivent être couverts par la fixation des tarifs.
- (2) Au lieu de se concentrer sur le coût marginal variable d'une seule prestation, on tient compte du coût moyen supérieur, qui comprend également les frais fixes d'investissements (essentiellement techniques).
- (3) Une marge supplémentaire ajoutée aux coûts suite à un processus de négociation.

Aucune de ces trois suppositions n'est valable si l'on souhaite un fonctionnement optimal du paiement à la performance. Pour arriver à un incitant de volume adapté, il est préférable que le tarif à la performance ne dépasse pas le niveau du coût marginal. Il est conseillé de compenser l'ensemble des revenus prévus aux points (1) à (3) à côté desquels passe un prestataire au moyen d'une composante de paiement fixe, autrement dit un forfait alloué au médecin sur base périodique.<sup>5</sup>

Un tel forfait peut être calculé par spécialité et par groupe de patients, ce qui permet de mieux accorder la rémunération des médecins avec le financement des hôpitaux. Cela ne signifie pas qu'un médecin n'a pas droit à un revenu équitable qui couvre ses dépenses et qui prévoit en même temps une compensation raisonnable pour prestations intellectuelles. Un tel système implique toutefois un glissement partiel du revenu individuel de variable à fixe. L'essentiel d'une telle intervention est que le fait d'en faire plus ne reflète plus un revenu supérieur, sans pour autant complètement supprimer l'incitant de volume. Depuis ces dernières décennies, on a systématiquement ajouté de nouvelles composantes de paiement dans le cadre desquelles les revenus sont sans rapport avec les soins réellement prodigués. Le prestataire de soins supporte de ce fait

---

<sup>5</sup> Allard M, Léger PT, Rochaix L. Provider behavior under competition. Montréal: HEC, 2006; Ma A, McGuire T. Optimal health insurance and provider payment. American Economic Review 1997;87:685-704. McGuire T. Physician fees and behavior: implications for structuring a fee schedule. In Sloan F, Kasper H. Incentives and choice in health care. Cambridge: MIT press, 2009. Newhouse J. Pricing the priceless. A health conundrum. Massachusetts: MIT press, 2002.

lui-même une partie du risque financier, ce qui contribue à maîtriser les coûts. On n'a toutefois jamais touché à la base de calcul du paiement à la performance.

Des exemples connus de paiement fixe applicable aux médecins sont les honoraires forfaitaires pour les prestations de biologie clinique (75%, en partie par admission et en partie par journée d'hospitalisation) et les honoraires forfaitaires pour les prestations d'imagerie médicale (30% par admission). Ces honoraires sont fixés sur la base de la consommation moyenne ou médiane par case mix/groupe de référence et budget disponible, sans rapport avec les frais réels des traitements médicaux. Le régime est actuellement trop complexe pour générer un incitant explicite. À cela s'ajoute encore le forfait pour les médicaments, qui est imputé par l'intermédiaire de l'hôpital. Le point de départ assez unique et positif de l'utilisation, dans le système initial, d'un critère fondé sur les preuves pour la consommation d'antibiotiques a, par extension, été abandonné et remplacé par un système de moyennes.

Les montants de référence pour les pathologies fréquentes ne sont pas liés à un forfait, mais à un montant maximum (montant moyen des revenus par DRG de faible gravité + 10%, indépendamment des coûts réels). Ce qui incite à un bon positionnement dans la marge plutôt qu'à l'efficacité. Les recommandations du KCE pour réformer les montants de référence (communication claire et utilisation, pour le calcul, d'un montant total au lieu d'un montant par pathologie en trois parties), n'ont pas été implémentées jusqu'à présent. De tels 'systèmes de paiement prospectifs' ont aussi de plus en plus été introduits en première ligne : forfait pour le DMG, forfaits pour les parcours de soins, etc., jusqu'à environ 20% des revenus du médecin généraliste.

Il ressort de tels exemples (avec une corroboration scientifique internationale) que le paiement fixe peut avoir des objectifs et des effets très différents en fonction de l'ordre de grandeur et du degré de sophistication du système. Tandis que l'accent était principalement mis, en première ligne, sur le soutien de la prévention, de l'équité et de la coordination, on se concentre jusqu'à présent plus exclusivement, dans le milieu hospitalier belge, sur la maîtrise des coûts. Il s'agit là d'une distinction importante, parce que cette dernière forme risque précisément de déstabiliser l'équité et la coordination en raison de la sélection des risques et du glissement des coûts. De tels risques n'ont jusqu'à présent pas été compensés dans le système de financement, sauf en partie par une différenciation de groupes de patients relativement homogènes.

Tout comme la forfaitisation pour les médecins, le financement des hôpitaux est également passé, toutefois de manière beaucoup plus radicale, d'une assiette des coûts historique à un système par pathologie (DRG) au sein d'un BFM fermé. Le système est greffé sur la durée du séjour et non sur les coûts réels actuels. Le prix d'une journée d'hospitalisation est encore en partie lié à une base historique, corrigée du contrôle du budget. Ce calcul a pour effet que l'on est constamment tenu, dans les hôpitaux, à pratiquer le subventionnement croisé. Cela signifie que les soins pour lesquels on génère des revenus supérieurs aux coûts qui y sont liés, servent à couvrir les soins pour lesquels on génère des revenus inférieurs aux coûts engagés.

Par ailleurs, le financement est intégré tout à fait verticalement, par département infirmier ou centre de frais, sans composante horizontale reflétant le mouvement du patient à travers une telle matrice. Le financement s'arrête d'un coup à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, là où le besoin de soins de santé du patient commence et se prolonge. Ces manquements font en sorte que notre financement hospitalier n'est pas bien adapté aux besoins de soins chroniques ou horizontaux du futur proche.

En outre, le financement des DRG induit, tout comme le paiement à la performance, la possibilité d'acquiescer davantage de revenus à mesure que des complications supplémentaires se manifestent. Les réadmissions évitables sont également rétribuées dans le financement actuel. Vu les possibilités d'amélioration de la qualité dans notre système de soins de santé, ceci soulève bien entendu quelques questions. Le BFM est en somme de plus en plus victime de l'un des 'faux pas' en matière de financement prospectif, qui avait fait l'objet d'un avertissement au niveau international, plus précisément un sous-financement structurel du personnel, même si celui-ci est calculé en fonction de normes minimales (dépassées) au lieu de normes optimales. Ce qui entraîne un recours additionnel aux prestations médicales qui, par rapport aux autres prestations, sont davantage axées sur les soins techniques (biologie clinique, imagerie médicale, etc.). Cet incitant agit lui aussi contre une stratégie de soins de santé axée sur les futurs besoins de soins moins aigus.

Les hôpitaux dépendent de plus en plus des contributions des honoraires des médecins et des suppléments de chambre et d'honoraires pour s'en sortir sur le plan financier. Les médecins ne conservent en moyenne que 64% de leurs honoraires (étude MAHA Belfius 2011). Les patients et les médecins doivent de plus en plus combler les déficits dans le financement des hôpitaux. Pourtant, tandis que cette compensation pouvait, dans le passé, traditionnellement se faire par le biais du subventionnement croisé sur la base des services médicotechniques et de la pharmacie, les forfaits qui s'y appliquent limitent cette possibilité.

Le fait que les instruments financiers actuels mettent la maîtrise des coûts à charge du personnel et des patients, n'est pas opportun. Il faut de nouveau faire correspondre le coût financé du personnel hospitalier au personnel requis conformément au case mix et aux besoins actualisés des patients. Il s'agit là en réalité d'une solution logique si on a le courage de déplacer des moyens à travers le vaste ensemble des soins de santé, et que l'on dispose d'un incitant à cet effet.

Le principe de la contribution d'honoraires pour compenser les aspects de soins inhérents au milieu hospitalier et non aux actes du médecin, est dépassé. Les contributions ont une fonction positive en tant qu'instrument d'harmonisation et de réalisation d'un équilibre entre la direction de l'hôpital et le conseil médical. Sur la base de ce point de vue, il est compréhensible que les médecins ne soient pas disposés à abandonner les contributions sans autre forme de procès. Le financement sert toutefois à payer le besoin de soins du patient, et n'est pas une base de négociation. D'autres outils de gouvernance (participation et voix des représentants des médecins au sein du conseil d'administration, droits du conseil médical, fonctionnement du comité financier, etc.) constitueraient une alternative plus appropriée.

La discussion relative aux 'contributions des médecins' ne doit toutefois pas faire obstacle à la réforme du financement. L'ensemble des contributions pourraient, d'une part, faire directement partie du financement des hôpitaux et, d'autre part, encore être gérées par le corps des médecins en tant qu'instrument d'harmonisation. Il va de soi que tout dépend d'autres réformes en l'espèce. Sans adaptation du sous-

financement, les hôpitaux n'auront aucun intérêt à supprimer l'effet de volume des contributions et des suppléments. Si le lien avec la prestation intellectuelle et les coûts réels n'est pas amélioré, les médecins verraient eux aussi, avec une autre restriction des suppléments, leurs revenus baisser de manière significative.

Si les médecins et les hôpitaux étaient en moyenne soumis pour plus de 37%<sup>6</sup> à un financement basé sur un case mix identique, le fonctionnement interne s'en verrait fortement amélioré, indépendamment du maintien ou non des contributions. On satisfait de plus en plus à la demande d'un financement 'all in' transparent et cohérent, sans tomber dans l'extrême avec la suppression totale des honoraires et du paiement à la performance. Le paiement à la performance agit en effet comme un tampon pour éviter que la maîtrise des coûts ne prenne exclusivement le dessus. Le paiement à la performance est en outre le meilleur instrument qui soit en cas de diagnostic et de traitement imprévisibles et complexes, lorsque peu de preuves, voire aucune preuve n'est disponible et que les soins peuvent donc difficilement être normalisés. Pour finir, le paiement à la performance doit également toujours permettre de compenser intégralement les dérogations individuelles légitimes aux directives. Bon nombre de ces aspects peuvent également prendre la forme d'un régime marginal en cas de forfaitisation mais ce, sur la base des coûts sous-jacents en plus de la durée du séjour.

Un glissement du financement des prestataires de soins et des organisations de soins vers un meilleur équilibre entre la part variable et la part fixe, répond mieux au souhait d'un meilleur équilibre vie professionnelle/vie privée, d'une rémunération sans contribution budgétaire supplémentaire pour les activités de soins exercées en dehors des contacts face à face : soins par e-mail et par téléphone, télésanté, cliniques mobiles. Les activités davantage axées sur le collectif en matière d'amélioration de la qualité, de moments de concertation interdisciplinaires (p. ex. MOC), de services de garde, etc., sont, dans la proposition, relativement davantage rétribuées que le chiffre d'affaires procédural. En outre, l'importance des contributions et des suppléments, avec tous les conflits éventuels qui s'ensuivent, diminuera considérablement. En effet, la nécessité de compenser le sous-financement structurel au sein du BFM, disparaît. Une réévaluation de la nomenclature entraînera également une nette diminution du besoin de solidarité financière entre les médecins.

La même réforme financière s'applique également au groupe de médecins spécialistes actifs en dehors des hôpitaux, et aux généralistes. La nomenclature est également recalculée pour ceux-ci, avec une part fixe plus importante et un tarif variable inférieur au coût marginal. En outre, l'aspect 'contributions' ne jouera plus aucun rôle dans les revenus plus élevés ou non que leurs collègues dans les hôpitaux, si les contributions couvrent exclusivement les frais liés à la pratique dans un hôpital, sans surplus pour un sous-financement structurel. Celui-ci est en effet directement abordé dans la proposition. Les écarts de revenus qui subsistent entre les spécialistes à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital reflètent encore les différences au niveau des investissements pratiques nécessaires (c'est-à-dire les coûts réels). Les efforts de garde supplémentaires, les incidents aigus, etc., sont rémunérés de façon complémentaire dans le cadre du paiement fixe sur la base d'un calcul des coûts incrémentiel donnant lieu à un forfait additionnel. Suite

---

<sup>6</sup> Une étude exploratoire attire l'attention sur la nécessité de positionner le tarif à la performance en moyenne 37% en dessous du coût marginal, et donc au minimum de déplacer ce pourcentage vers le paiement fixe. La proportion optimale doit être précisée sur la base d'un échantillon représentatif complet. La différence entre le coût marginal et le coût moyen doit en outre également glisser vers le paiement fixe afin d'annuler l'effet perturbateur des investissements en capital et des prestations techniques.

à la réforme de la nomenclature, le coût d'opportunité des honoraires à la performance manqués sera fortement réduit.

Les effets indésirables potentiels d'un financement plus prospectif sont en partie compensés par un meilleur équilibre avec le paiement à la performance, mais pas complètement. Le risque de sélection des patients, c'est-à-dire l'écrémage des patients les moins chers, demeure. Il en va de même pour le 'saucissonnage' des séjours, le syndrome 'quicker and sicker' (plus vite, plus malade) à la sortie de l'hôpital, le transfert des coûts au-delà des murs comme limites du paiement fixe, et l'absence d'incitant à moins de complications. Le risque de manipulation des données, qui se présente aussi bien dans le cadre du financement variable que fixe, est réel.

Une troisième composante a dès lors été introduite dans de nombreux pays, composante que nous ne connaissons pas encore en Belgique aujourd'hui : une base de financement fondée sur la qualité (P4P). En conséquence, nous ne profitons pas encore des avantages de ce système : (1) pilotage financier d'objectifs prioritaires nationaux, régionaux et locaux du système de soins de santé, (2) amortissement complémentaire des effets indésirables d'autres systèmes de paiement, (3) suppression d'incitants pervers qui agissent contre la qualité et la rétribution de la bonne qualité, (4) réévaluation d'actes qui nécessitent que l'on y consacre plus de temps dans le cadre d'un meilleur équilibre avec les actes techniques, (5) réévaluation de spécialités qui nécessitent que l'on y consacre plus de temps dans le cadre d'un meilleur équilibre avec les spécialités procédurales, et (6) stimulation de la prévention et de la coordination des soins. Chacun de ces avantages est crucial en ces temps de vieillissement et de profil plus chronique des patients.

Le financement basé sur la qualité est un incitant qui responsabilise autant qu'il respecte l'autonomie, la liberté et la flexibilité. En cas d'implémentation optimale, ce système exprime la confiance que le secteur réussira à obtenir l'avantage de la manière qui, selon lui, est la meilleure, le cas échéant fondée sur les preuves et avec des possibilités d'innovation. Le passage des structures aux processus et aux résultats fait l'objet d'un soutien, avec une possibilité de 'tiédeur' relative des règles. Dans le secteur des soins, ce système transfère automatiquement davantage de moyens vers les activités qui comptent le plus pour la santé du patient.

Il en va de même pour le soutien d'une politique de développement des compétences plus flexible comprenant un changement, une différenciation et un enrichissement de la fonction. Le financement basé sur la qualité aidera les professions de soins de santé, qui protègent chacune leur domaine, à se dépasser à cet égard. En effet, dans ce scénario, le transfert d'une sélection d'actes médicaux (avec la délégation, la supervision et la coordination nécessaires) vers un infirmier spécialisé, devient financièrement avantageux pour le médecin. Même chose pour un infirmier par rapport à un soignant, etc. Divers exemples de pays pionniers de l'implémentation d'un financement davantage forfaitaire et basé sur la qualité, illustrent ce glissement vers une approche d'équipe déclarée (Pays-Bas, Royaume-Uni, Etats-Unis, etc.).

En outre, l'inclusion de spécialistes médicaux extérieurs à l'hôpital dans une rémunération en partie basée sur la qualité aura pour effet, outre d'introduire la compensation forfaitaire de baisse des tarifs de

nomenclature, d'augmenter la plus-value de la solidarité avec un centre d'expertise de soutien, c'est-à-dire un hôpital ou un réseau d'accompagnement local, et ce, au profit du professionnel et de la qualité.

Nous clôturons cette section par une première redistribution des systèmes de paiement, qui ouvrent la voie à une réforme fondamentale du modèle économique :

- ◇ BFM de 90% sans sous-financement et P4P de 10% pour les hôpitaux (combiné ou non avec le système actuel des contributions d'honoraires, qui perd en importance). Globalement, hausse du financement des hôpitaux en fonction des besoins de soins de santé réels, 10% sur base conditionnelle, et baisse des mesures compensatoires internes, de sorte à maintenir l'équilibre budgétaire.
- ◇ Paiement à la performance réévalué en dessous du coût marginal avec une compensation forfaitaire de 37% et un P4P de 10% pour les médecins spécialistes dans les hôpitaux (sur la base de l'équipe et d'indicateurs hospitaliers). Baisse des contributions et des suppléments pour autant que ceux-ci ne puissent plus être justifiés. Paiement à la performance réévalué en dessous du coût marginal avec une compensation forfaitaire de 37% et un P4P de 10% pour les médecins spécialistes en dehors des hôpitaux (sur la base d'indicateurs de pratique, éventuellement mis en commun dans des groupes médicaux suffisamment représentatifs). Baisse des suppléments pour autant que ceux-ci ne puissent plus être justifiés.
- ◇ Paiement à la performance réévalué en dessous du coût marginal avec une compensation forfaitaire de 37% et un P4P de 10% pour les généralistes (sur la base d'indicateurs de pratique, éventuellement mis en commun dans des groupes médicaux suffisamment représentatifs). Baisse des suppléments pour autant que ceux-ci ne puissent plus être justifiés.
- ◇ Pour l'ensemble du groupe de médecins (y compris les généralistes), actualisation du revenu moyen total par spécialité en fonction des prestations intellectuelles actuelles et des coûts actuels. Ceci donne lieu à une hausse ou une baisse justifiée en fonction de la spécialité, dont 10% sur base conditionnelle. Le montant total actuel des honoraires dans le cadre du système de soins de santé est respecté, sauf là où une baisse des contributions est nécessaire. La redistribution des honoraires s'inscrit dans le cadre d'un équilibre budgétaire global. À terme, un effet d'économie est attendu en raison de l'incitant de volume plus équilibré.

Dans le cadre du BFM, la compensation pour hospitalisation de jour peut être intégrée et convertie en un forfait réel et actualisé par case mix dans les limites du budget, comme le recommande le KCE. Notez que cette réforme structurelle des honoraires des médecins optimise encore le système forfaitaire actuel pour l'imagerie médicale.

L'avantage est que l'actuel financement bric-à-brac est converti en une politique plus systématique et uniforme applicable à tous les soins et prestataires de soins. La condition fondamentale est une réévaluation à la fois du BFM et des honoraires sur la base d'un calcul des coûts réels, de sorte à faire disparaître les mécanismes de redistribution pervers actuels. Le KCE a déjà démontré par le biais de premières impulsions qu'il s'agit là d'un scénario réalisable, tel qu'il est appliqué à l'étranger. Dans ce système, les suppléments pour les hôpitaux et les médecins deviennent majoritairement superflus étant donné que

les coûts réels sont mieux couverts par le système de base, avec la résorption du sous-financement de personnel. Les options liées au confort exclusivement et explicitement optionnelles qui passent outre au 'choix pour une chambre d'une personne', constituent l'exception à la règle.

Nous examinons plus en détail dans la section suivante l'aspect de la composante de paiement basée sur la qualité (P4P). Il faut en outre, après la réforme fondamentale susvisée, encore préparer le système au futur d'une autre manière.

## 4. Leçons d'ailleurs pour un nouveau modèle économique <sup>7</sup>

Les avantages du P4P exposés ci-avant ne se concrétiseront que si le système P4P est convenablement conçu, implémenté et évalué. Les expériences vécues à l'étranger nous apprennent que ceci requiert une approche bien préparée et scientifiquement étayée. La Belgique peut d'ores et déjà tirer des leçons des erreurs commises à l'étranger :

- ◇ Importance insuffisante de l'incitant financier prévu. Nous nous basons dans la proposition sur un montant de 10% de l'ensemble des revenus des médecins et des hôpitaux.
- ◇ Communication insuffisante à propos du P4P à l'adresse des médecins et des organisations de soins de santé. Il est essentiel de communiquer clairement et de façon univoque à propos du système P4P.
- ◇ Utilisation de systèmes P4P morcelés. Nous optons pour un seul système P4P de liaison directe d'indicateurs de qualité à une compensation financière de 10%, différencié mais aussi harmonisé entre les organisations de soins et les spécialités. En pensant immédiatement de façon horizontale et transmurale, nous serons en avance par rapport à certains autres pays.
- ◇ Système P4P imposé en tant que contrôle externe, sans propriété à la base. Il s'agit là de l'erreur la plus importante donnant lieu à des résultats médiocres. La grande majorité des acteurs concernés doit défendre le système P4P en tant que forme de soutien reconnue.
- ◇ Implémentation immédiate du P4P au niveau national au lieu de procéder en premier lieu à un test au niveau régional ou à des projets de démonstration volontaires.
- ◇ Sélection d'indicateurs qui, en réalité, ne sont pas prioritaires et/ou ne sont pas fondés sur des preuves. Le critère des possibilités d'amélioration et le caractère fondé sur les preuves, sont une exigence aussi bien pour les indicateurs nationaux/régionaux que les indicateurs locaux combinés entre eux.
- ◇ Subordination à l'évolution du P4P (comme la détermination des valeurs seuils) de groupes d'intérêts qui participent aux négociations. L'expérience nous apprend que ceci sape à court terme le système P4P pour arriver à un status quo rapidement dépassé. Il faut se mettre dès le début d'accord sur le critère objectif qui pilotera le glissement des valeurs seuils. Même chose pour la révision d'indicateurs de qualité déterminants. Ce processus est, dans cette proposition, confiée au KCE.
- ◇ Seuls ceux qui obtiennent déjà de bons résultats ou ceux qui obtiennent les plus mauvais résultats

<sup>7</sup> Van Herck P et al. Care payment system alignment with health system performance. A comparison of evidence, objectives and preferences. Doctoral thesis in biomedical sciences. KU Leuven, 2012.



sont stimulés. Nous optons pour un système 'ET ET' pour ce qui est de la réalisation technique.

- ◇ Système P4P obligatoirement imposé à tous les patients présentant une affection médicale définie. Une liste restreinte objective de critères d'exception est convenue par le secteur.
- ◇ Absence de contrôle (et de sanction, le cas échéant) des données. Il convient dès le début d'intervenir efficacement sur la base de clignotants, de sorte à bannir pour une bonne part la fraude après quelques années. Dans la pratique, cela revient à perdre le paiement P4P intégral en cas de constats négatifs. Les expériences vécues à l'étranger à ce sujet sont rassurantes.
- ◇ Absence de prise en compte des éventuels effets de négligence sur les priorités en matière de qualité qui ne figurent pas dans le système P4P. Un système de contrôle multitâches supplémentaire avec un ensemble d'indicateurs plus large, est prévu. L'ensemble d'indicateurs P4P est en outre limité à une vingtaine d'indicateurs, avec élargissement et/ou glissement progressif.
- ◇ Absence de soutien pour améliorer la qualité. Des outils et un soutien sont prévus pour adapter la pratique des soins, le cas échéant.
- ◇ Absence de composante d'équipe en plus d'une composante d'organisation de soins.
- ◇ Absence d'incorporation d'un nombre suffisant de patients comme base de calcul pour le P4P par équipe et par organisation de soins.
- ◇ Absence d'utilisation d'un système de compensation et/ou de redistribution individuel interne aligné sur le financement P4P externe. Ceci s'applique également aux médecins indépendants dans un hôpital.

Les expériences vécues par d'autres pays nous aident sur le plan pratique et de la prévention. Les études réalisées nous rassurent également en ce qui concerne les oppositions, rumeurs et réticences face au P4P :

- ◇ Si les conseils ci-dessus sont respectés, l'effet de négligence (qui se produit d'ailleurs lors de chaque mesure de la qualité et fixation des priorités sans rapport avec le P4P proprement dit) peut être limité.
- ◇ Aucun effet Matthieu ne se produit. Au contraire : les prestataires et organisations qui fournissent des performances inférieures pourront plus facilement rattraper les autres en cas de P4P bien conçu.
- ◇ Aucune sélection des patients ne se produit. Au contraire : le fossé entre les patients en fonction du statut socioéconomique et d'autres particularités, se réduira.
- ◇ La rétribution de la qualité n'est pas une question d'éthique, comme le confirment la plupart des associations médicales internationales renommées. Le P4P ne doit pas faire obstacle aux soins holistiques. Le P4P ne porte pas atteinte à la liberté de choix et à l'adaptabilité des soins au patient individuel.
- ◇ Pour finir, le P4P n'est pas une spéculation théorique, mais un système qui existe déjà en Australie, au Canada, en France, en Italie, en Espagne, au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans bon nombre

d'autres pays.

La pratique et la science n'ont d'ailleurs pas encore donné de réponse définitive à certains choix méthodologiques : le P4P via les revenus et/ou via des investissements en matière de soins ? Le P4P sur base absolue ou relative ('tournament style', donc avec ou sans élément compétitif supplémentaire) ? Pour autant qu'on le sache, ces aspects ne semblent pas déterminants pour le taux de réussite du P4P. Nous soulignons que le 'tournament style' n'est pas une condition essentielle pour maintenir un budget P4P fermé. Il peut toutefois être utile de consolider l'incitant P4P, pour autant que cela n'ait pas de retombées négatives sous la forme d'un sentiment d'injustice évitable.

Les leçons d'ailleurs énumérées ci-dessus établissent clairement que l'on ne se demande plus, une fois que l'on a surmonté une appréhension mal fondée, Si le P4P doit être une composante de paiement, mais plutôt COMMENT donner forme au P4P. Après la présentation de la composante P4P plus 'classique' qui est reprise dans le nouveau modèle économique, nous abordons des formes de paiement plus récentes susceptibles d'avoir un autre effet sur le modèle de soins du futur. Tout comme pour le P4P, les effets dépendent pour les systèmes suivants également en grande partie de la conception et de l'implémentation de ceux-ci.

#### *Bundled payment*

Le système du bundled payment (paiement forfaitaire global) est basé sur le même fondement que la forfaitisation, mais s'applique dans ce cas à travers les murs, frontières et silos de plusieurs organisations. L'idée est simple : si l'on soumet les individus et les organisations au même incitant partagé, ils sont encouragés à la collaboration, à la coordination et à la répartition des tâches. Si les limites sont fixées de manière à correspondre à l'épisode de maladie complet du patient, le glissement des coûts n'est plus une option. Aux États-Unis, le bundled payment est considéré comme l'une des solutions par excellence pour réformer le système de soins de santé du pays.

L'exemple le plus connu est celui du système de soins de santé ProvenCare pour le PAC développé par Geisinger, qui s'étend jusqu'aux complications susceptibles d'intervenir dans les 90 jours suivant l'opération. Suivant la forme qui a été donnée au partage du forfait avec la première ligne, on peut parler d'un système de garantie à cet égard : « Nous garantissons que vous n'aurez pas de complications liées au PAC après votre sortie de l'hôpital. Dans le cas contraire, nous prenons, en tant qu'hôpital, tous les frais complémentaires intégralement à notre charge. » Le bundled payment peut toutefois aussi ne pas être attaché à la fourniture d'une garantie.

Dans le cadre du bundled payment et d'une collaboration entre l'hôpital et la première ligne, un coup de pouce peut être donné à la chaîne de soins, avec la création de stades intermédiaires moins onéreux aussi bien avant qu'après le séjour à l'hôpital. Un exemple pour les soins chroniques est la chaîne pour les urgences BPCO qui existe en Norvège, où la première ligne peut intervenir avant l'hospitalisation (cf. postes de garde de médecine générale, le cas échéant avec caractère résidentiel). Vient ensuite éventuellement la phase d'hospitalisation, avec des soins hautement spécialisés. Pour finir, le patient séjourne pendant la phase post-aiguë, si nécessaire, dans une résidence hôtelière à l'intérieur de l'hôpital. Les

rôles et tâches du généraliste et du spécialiste sont définis à chaque stade sur la base de critères objectifs.

Aux Pays-Bas, des forfaits de soins multidisciplinaires ont été introduits avec succès pour les affections chroniques. Le prestataire de soins devient membre d'un groupe médical en tant que nouvelle entité légale. Le système est basé sur le 'contracting' et le 'subcontracting' et ressemble au principe du 'fund holding' que connaissaient les généralistes britanniques dans le passé. Chez nous, ce système évoque l'image des parcours de soins, des programmes de soins et/ou de l'article 107. Ces forfaits peuvent encore être optimisés et étendus à des groupes de patients pertinents. Nous devons garantir que tous les partenaires au sein du système de réseau forfaitaire ont des intérêts financiers partagés sans tomber dans un modèle conflictuel de 'qui décide', de 'qui peut prendre l'initiative', etc. Le rôle des spécialistes et des généralistes, des hôpitaux et des coordinateurs doit être davantage intégré. Dans le cas contraire, de nouveaux murs se dresseront. Les parcours de soins ne doivent pas nécessairement toujours réinventer la roue si une expertise de soutien sérieuse est également disponible en interne en vue d'une utilisation en externe. Les projets 'article 107' ne doivent pas toujours considérer l'hôpital comme l'acteur principal si, pour le patient individuel, le point central doit parfois se situer en première ligne. La solution est un paiement forfaitaire partagé précis et équilibré, des incitants P4P harmonisés, un rôle et des critères de tâches objectifs, et de nouvelles structures légales transcendantes sur la base de partenariats similaires. Exemple ultime d'un bon incitant de chaîne de soins en Norvège : en cas de places insuffisantes dans la résidence hôtelière post-aiguë en cas de BPCO, la commune est tenue, en tant qu'autorité responsable, de rembourser la différence de coûts par patient à l'hôpital.

Dans la proposition de modèle économique orienté vers le futur, il est logique qu'une dimension 'bundled payment' soit ajoutée aussi bien pour les épisodes aigus que pour les épisodes chroniques. Les initiatives existantes telles que les parcours de soins, les programmes de soins et l'article 107, peuvent ainsi évoluer vers une version 2.0.

Nous soulignons que ni les DHM, ni les données limitées disponibles en première ligne, ne sont adaptées au passage à un scénario de soins plus intégré et horizontal. Une bonne base de case mix fait essentiellement défaut en première ligne afin de pouvoir déterminer avec précision la part de ces cas dans l'ensemble. Un mouvement de rattrapage, soutenu par une intégration ICT, est de circonstance. La dimension intégrale horizontale qui suit les soins du patient à travers les structures verticales, joue dans le cadre du bundled payment un rôle plus important que ce n'est le cas aujourd'hui. Nous soulignons pour finir que le bundled payment ne doit pas nécessairement porter atteinte à la liberté de choix du patient. Cette liberté est respectée dans la plupart des exemples internationaux.

### *Shared savings*

Une autre dimension qu'il est préférable d'ajouter est celle des 'shared savings' (économies partagées). Cet élément est lui aussi intégré dans la majorité des exemples de meilleures pratiques étrangères. Le principe est qu'une partie des économies qui sont réalisées grâce à l'amélioration de la qualité retourne au prestataire de soins et à l'organisation, dans une proportion 50/50, par exemple. À titre d'illustration, les systèmes du bundled payment et des shared savings peuvent, dans le cadre du système de soins

intégré *Gesundes Kinzigtal* implémenté dans le sud-ouest de l'Allemagne, être mis en œuvre dans une région expérimentale en vue de réformer le modèle de soins.

#### *Evidence informed case rates (ECR)*

Le système *Prometheus*, aux États-Unis, va un cran plus loin. Outre le P4P, le *bundled payment* et les *shared savings*, les forfaits par épisode y sont calculés sur la base des preuves et des coûts plutôt que sur celle des informations et des coûts DRG. Dans la pratique, les ECR semblent difficile à implémenter parce que la nuance nécessaire concernant la foi dans la normalisation sur la base de preuves, faisait défaut depuis le début, ce qui a fait exploser le potentiel d'économies de manière unilatérale. En revanche, les ECR recouvrent une initiative édifiante illustrant que nous ne devons pas non plus nous baser ici sur un choix oui/non ou 'tout ou rien'. L'incorporation de certaines composantes de preuves dans le financement est possible et salutaire. Nous plaidons dès lors en faveur d'une version 2.0 du système de montants de référence et du forfait pour les médicaments. Des composantes de preuves disponibles moins importantes peuvent également être incorporées dans les protocoles forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale. Le KCE exhorte également à incorporer les ECR dans les forfaits d'hospitalisation d'un jour. Il en va de même, le cas échéant, pour les parcours de soins, les programmes de soins et l'article 107.

#### *Non payment/never event payment*

Le National Quality Forum aux États-Unis a publié une liste de pas moins de 25 'never events'. Il s'agit de choses qui ne devraient pas se produire dans la pratique, comme une opération du mauvais patient, une opération du mauvais côté du corps, des erreurs lors de raccordements au gaz, etc. Le CMS a tout d'abord implémenté un système de non-compensation des never events (outre d'éventuelles actions en responsabilité) sur la base d'une variante de cette liste. Cette initiative CMS a été ressentie comme assez négative parce que des never events supplémentaires ont été définis qui ne sont pas toujours aussi inévitables (infections des voies urinaires, infections liées au cathéter, etc.). Les effets positifs attendus se sont en majeure partie fait attendre.

L'État du Maryland, en revanche, s'en est tenu à la liste du National Quality Forum et a acquis une vaste propriété de l'initiative à la base, avec des effets positifs pour résultat. Notre secteur des soins peut démontrer de façon similaire qu'il se responsabilise en tant que signal positif à l'adresse de l'opinion publique. En ce qui concerne les montants dans le cadre du total des revenus, il s'agit en grande partie d'une discussion symbolique. Les never events n'engendrent pas d'économies importantes. Les tentatives d'élargir ce système et de lui faire générer un impact plus important, que l'on retrouve dans la littérature, ne présentent pas la nuance nécessaire.

#### *Best practice pricing*

Faisant suite aux never events, il est de plus en plus manifeste que ni l'opinion publique, ni le secteur des soins proprement dit trouvent logique de recevoir une rétribution financière pour des soins de piètre qualité. Les réformes proposées apportent déjà une réponse partielle avec le P4P et les *shared savings*, notamment. Cependant, certains incitants pervers au sein du BFM peuvent être abordés de manière plus ciblée. Une évolution (étayée) consiste à ne plus tenir compte des complications qui sont apparues après l'hospitalisation dans la détermination des APR-DRG. Les variantes se basent sur un taux de complication

moyen et suppriment ce qui est supérieur à ce taux, ou sur un centile 80 de taux de complication le plus bas, par exemple. Cette dernière option est une forme de 'best practice pricing' étant donné que la norme est mise au niveau des organisations de soins les plus performantes. Des choix similaires peuvent être opérés en ce qui concerne la rémunération des réadmissions de patients. En combinaison avec l'accent mis sur le bundled payment, l'attention pour la réduction financière de réadmissions évitables s'est récemment nettement accrue à l'étranger. Globalement, nous constatons que le P4P et les systèmes apparentés passent progressivement de processus et de résultats de soins intermédiaires à des résultats reflétant le long terme. En Belgique également, il est préférable de tracer un parcours en vue de réduire raisonnablement les effets pervers au sein du BFM, là où cela s'avère possible.

#### *Paiement pour accréditation*

Le label de qualité d'une accréditation externe fait aussi parfois l'objet d'une rétribution financière à l'étranger. Prenons par exemple le programme Bridges of Excellence qui comprend notamment des programmes d'accréditation pour les soins liés à l'asthme, les soins cardiaques, les soins liés à la dépression, les soins liés au diabète, les soins liés à la BPCO et les soins de première ligne. Notez que l'accent est davantage mis sur le futur par rapport aux programmes d'accréditation de NIAZ et de la Joint Commission. Il peut être opportun de lier par exemple 2% du paiement P4P de 10% à l'existence ou non d'une accréditation externe. Le bonus d'accréditation ne peut toutefois remplacer le pilotage P4P direct primordial sur la base d'objectifs de qualité.

#### *Fee for service value modifier*

Dès 2015 aux États-Unis, la nomenclature de paiement à la performance dépendra du score P4P du médecin individuel, à concurrence de quelques pourcents de chaque acte. Ce système est également appelé « P4P enhanced FFS ». D'un point de vue économique basé sur la santé, il est logique, à l'instar de la part forfaitaire, d'intégrer directement la part des honoraires basée sur la qualité dans les fondements de tous les tarifs distincts. Ce ne sont toutefois que de beaux projets qui, en raison du niveau individuel, entraînent d'autres défis pratiques. Qui est responsable de quels résultats de qualité pour le patient ? Voit-on individuellement suffisamment de patients par indicateur pour pouvoir minimaliser l'effet des fluctuations aléatoires ? Et ainsi de suite. La Belgique n'est pas encore mûre pour adopter ce système au cours des prochaines années. Le système 'fee for service value modifier' n'est lui-même pas encore mûr pour être implémenté.

#### *Global payment*

L'Alternative Quality Contract, qui est l'œuvre de l'assureur américain Blue Cross Blue Shield, a ouvert une nouvelle piste de réflexion intéressante pour les systèmes de paiement qui sont considérés par beaucoup comme un bon complément au bundled payment. Le principal défi pratique du bundled payment est en effet qu'il faut calculer le forfait transmurale avec précision, sur la base des coûts réels, et à l'aide de données case mix de soutien. Notre propre système DRG, qui se concentre uniquement sur les hôpitaux, illustre la complexité d'une telle entreprise, qui s'appliquerait également à la première ligne.

Le global payment rassemble tous les partenaires sous un P4P et des objectifs de coûts consécutifs, avec à cet égard un budget de capitation par patient pour chaque partenaire (hôpitaux, professionnels, phar-

macie, etc.). On connaît uniquement un incitant capitation et un incitant P4P coordonné. La littérature évoque des résultats positifs pour le global payment.

La question reste de savoir dans quelle mesure il est possible de déterminer avec précision le budget de capitation par patient pour chaque partenaire. L'Alternative Quality Contract résout ce problème de façon pragmatique en recalculant l'ensemble des revenus actuels pour chaque partenaire afin d'obtenir un tarif de capitation, en y ajoutant une norme de croissance des revenus ciblée. La croissance réelle des dépenses sera déterminante pour la position financière finale par partenaire, avec le dépassement ou non de la projection autorisée. Le risque de perte en cas de dépassement et le partage de la marge financière en l'absence de dépassement, se présentent sous forme de pourcentage (p. ex. en ce qui concerne la capitation des hôpitaux : 50% pour les hôpitaux, 25% pour le groupe médical de professionnels et 25% pour l'assureur ; en ce qui concerne les soins médicaux professionnels : 30% pour les hôpitaux, 35% pour les professionnels et 35% pour l'assureur, etc.). Ces pourcentages peuvent être négociés entre les partenaires au départ.

Un autre aspect intéressant du modèle de global payment est que l'on surveille conjointement le respect à la fois du P4P et des normes de croissance du budget au sein d'un réseau local au lieu de réagir chacun individuellement à une stratégie financière uniforme pour tout un pays. Les normes collectives se traduisent dans une marge de manœuvre et de négociation plus libre et innovatrice au niveau local. Le revers de la médaille est que tous les acteurs concernés doivent, dans ce modèle, trouver ensemble un bon moyen de coopérer. La question qui se pose est bien entendu de savoir si tel n'est justement pas notre objectif.

Au niveau belge, le système du global payment prend comme point de départ les centres de santé de quartier qui sont alors nettement élargis pour former un réseau intégré comprenant des hôpitaux et d'autres partenaires. L'actuel financement par pathologie basé sur le DRG peut, dans ce contexte, servir de base à la 'capitation' des hôpitaux, après une réévaluation sur la base des coûts réels en plus de la durée de séjour.

On peut se demander dans quelle mesure le global payment diffère du bundled payment, outre le choix d'un calcul moins rigoureux du financement forfaitaire et le glissement explicite des responsabilités vers le niveau des réseaux locaux.

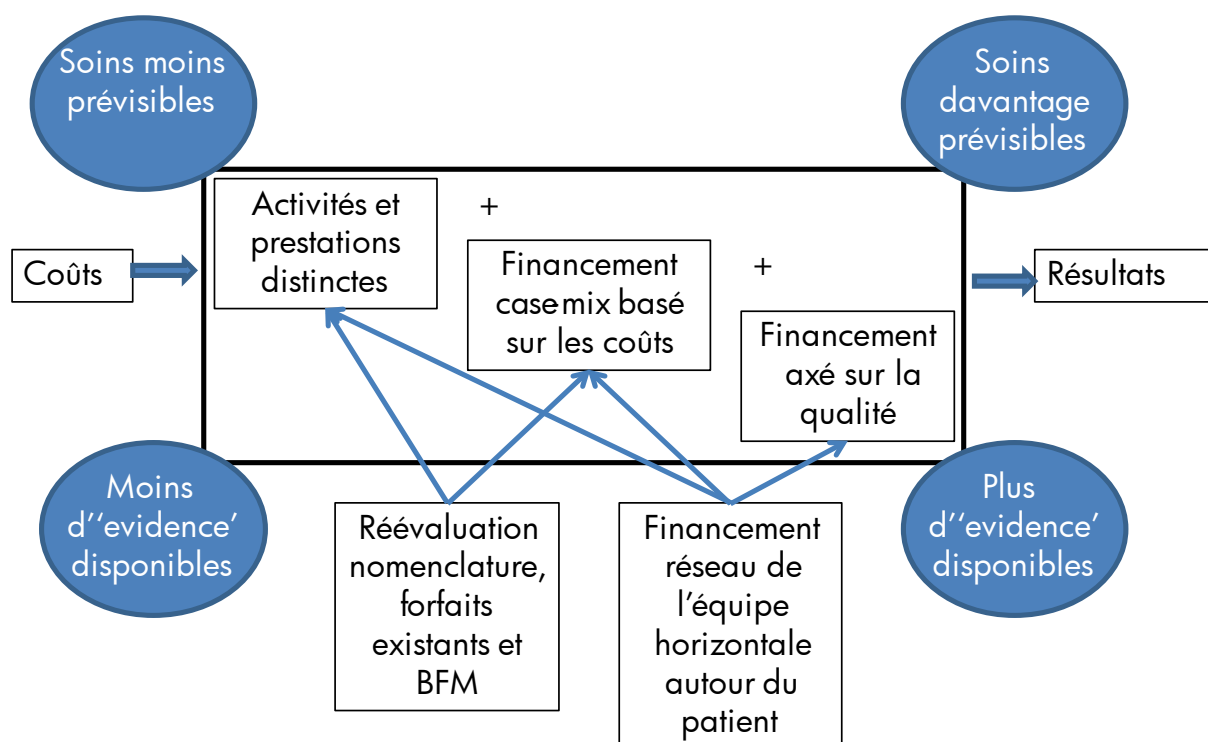
En ce qui concerne notre proposition de nouveau modèle économique, le système du global payment nous apprend que le bundled payment ne doit avant tout pas toujours être si complexe grâce à une approche pragmatique qui peut plus tard éventuellement être adaptée de manière plus rigoureuse. De plus, la responsabilisation explicite des objectifs en matière de qualité et de coûts au niveau des réseaux locaux, est un élément positif à prendre en compte.

D'autres éléments tels que les shared savings, les composantes evidence informed, le non payment et le best practice pricing sont incorporés dans la proposition, en plus de la réforme fondamentale qui a déjà été exposée dans la section précédente. Toutefois, les systèmes du bundled payment et/ou du global payment requièrent une dimension de réseau horizontale additionnelle. Plutôt que des mesures distinctes par hôpital, par médecin spécialiste dans l'hôpital, par médecin spécialiste en dehors de l'hôpital et

par généraliste, des chevauchements des forfaits et des chevauchements P4P sont nécessaires entre ces acteurs et éventuellement aussi d'autres acteurs.

- ◇ Le chevauchement P4P peut, comme avec le système Prometheus aux États-Unis, adopter la forme suivante, par exemple : les 10% de revenus P4P qui sont valables pour chaque acteur, sur la base des indicateurs relatifs au rôle et à la spécialité, dépendent à concurrence de 80% des résultats P4P propres et à concurrence de 20% des résultats P4P des autres acteurs. Ainsi, le P4P est harmonisé entre les partenaires, la responsabilité de chacun étant maintenue.
- ◇ Le chevauchement des forfaits se présente sous la forme de la réalisation des épisodes pré-intra-post et l'élargissement du suivi optimisé des parcours de soins, programmes de soins et/ou contrats article 107. Une répartition des risques explicite entre les acteurs au niveau du réseau local s'applique à cet égard de commun accord entre tous les acteurs et les pouvoirs publics/l'instance payeuse, proportionnellement à la part de chacun dans la responsabilité globale par patient.
- ◇ Le fait d'imposer des objectifs en matière de qualité et de coûts au niveau du réseau local aura, pour chaque groupe de patients, dans le cadre du montant forfaitaire individuel, un impact relatif en fonction des responsabilités et des accords conclus. Afin d'évoluer suffisamment rapidement vers un modèle de soins plus équilibré pour les soins préventifs et chroniques, les pouvoirs publics et/ou l'instance payeuse doi(ven)t être suffisamment ambitieu(x)se en ce qui concerne les objectifs imposés. Le caractère relativement facultatif des parcours de soins, de l'article 107, etc., se déplacera, grâce au renforcement des incitants financiers, vers une vaste réorientation du modèle de soins.

Le nouveau modèle économique des soins qui est représenté dans la figure ci-dessous, s'applique à tous les médecins et hôpitaux. Les composantes principales de ce modèle sont un système progressif de paiement combiné par prestation, un financement case-mix (combiné) basé sur les coûts, et un financement axé sur la qualité. Une réévaluation en fonction de coûts actualisés en constitue le fondement. Les incitants existants sont en même temps complétés par des incitants développés à partir des trois systèmes de paiement combinés en vue de soutenir le réseautage entre les acteurs de soins : élargissement de la portée du financement durable et ciblé (cf. paiement groupé et global, P4P avec composante d'équipe, etc.). Nous attirons l'attention sur le fait que le modèle économique est adapté au degré de prévisibilité des soins et en fonction de soins scientifiquement justifiés à la disponibilité des preuves ('evidence'). Les deux extrêmes dans la nature des soins sont entièrement remboursés, tout en prévoyant la possibilité de dérogations et d'exceptions justifiées. Les acteurs de soins gèrent ce processus de manière autonome et le coordonnent dans la pratique de tous les jours. Sous l'angle externe, aucune répartition rigide ou unilatérale des soins n'est imposée dans chacun des trois systèmes de paiement. Cette flexibilité permet également d'implémenter le modèle économique sans trop s'écarter du fonctionnement technique des systèmes de paiement existants.





## 5. Un financement intelligent en harmonie avec une organisation de soins intelligente

Les réformes à réaliser sont énormes. Quelles sont les conséquences pour la pratique de tous les jours ? De quelle manière une organisation doit-elle s'y adapter ?

En réalité, ce qui est déjà implicitement présent au sein de chaque organisation est rendu financièrement explicite. Prenons l'exemple de l'hôpital et du médecin spécialiste pour lesquels on utilise de plus en plus des programmes de soins et des chemins de soins horizontaux qui s'accordent parfaitement avec un financement fixe par pathologie et l'ajout supplémentaire d'éléments de preuve ('evidence') (dans les montants de référence, programmes de soins et forfaits partiels). Il s'agit de processus de soins greffés sur des besoins prévisibles des patients. Même dans le cadre d'une diagnose plus imprévisible, les preuves disponibles plus modulaires augmentent en vue de rationaliser les soins. L'incitant P4P et l'incitant 'coûts réels' donneront lieu à une gestion des soins interne plus ciblée, l'accent étant davantage mis sur l'amélioration de la qualité et l'efficacité des soins (lean, six sigma, etc.). Alors que ces aspects sont souvent facultatifs aujourd'hui, ils deviendront déterminants dans le nouveau modèle économique. La première ligne a un important mouvement de rattrapage à faire en ce qui concerne ces aspects de soins collectifs, ce qui a pour avantage que cette amélioration sera pour celle-ci dans un premier temps relativement facile à réaliser. De plus, dans le nouveau modèle économique incluant le réseautage et le P4P, les intérêts financiers sont complémentaires au lieu d'être conflictuels, et celui qui aura une plus grande expertise dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité comprendra l'avantage qu'il y a à soutenir les autres.

Le réseautage et la coordination autour du patient, aujourd'hui souvent partagée entre la première ligne, les spécialistes extra-muros et l'hôpital, fusionneront en mettant davantage l'accent sur les soins chroniques. Les chaînes, parcours et chemins de soins transmuraux spécifiques peuvent être développés pour servir de soutien. Le chevauchement des forfaits et les incitants P4P partagés sont très importants à cet effet.

Dans l'ensemble, il reste une certaine marge pour les soins imprévisibles et incertains, qui est nécessaire si le besoin de soins n'est pas clair ou s'écarte, au cours de l'épisode à travers le réseau, de ce à quoi l'on peut normalement s'attendre. Rien ne fait obstacle aux soins sur mesure. La marge relativement plus importante dans les montants forfaitaires et les mécanismes marginaux ('outlier'), et le maintien d'une part à la performance, offrent suffisamment de possibilités à cet égard.

## 6. L'avenir en pratique : les prochaines étapes

Le financement doit être amélioré à de nombreux niveaux. Cette entreprise ne doit pas nous effrayer ni être ramenée à un 'picorage' dans le cadre duquel seules une ou deux mesures sont sélectionnées. Nous faisons dans le tableau ci-dessous une proposition d'approche à court et moyen terme. Nous insistons

sur le fait que certains incitants actuels (colonne de droite) ne peuvent, avant la réalisation de réformes de base fondamentales (colonne de gauche), être réformés à court terme sans causer de dégâts.

Tableau : Proposition de réforme du financement des soins à court et moyen terme

Court terme	Moyen terme
Médecins spécialistes dans l'hôpital	
Réévaluation de la nomenclature sur la base de coûts réels actualisés, avec révision en dessous des coûts marginaux, isolation de la composante investissements techniques et compensation forfaitaire. Intégration du forfait biologie clinique et imagerie médicale	Introduction d'éléments de preuves dans le forfait biologie clinique et imagerie médicale
Introduction d'un forfait réel pour les montants de référence au lieu d'un forfait maximum	Base de preuves pour les montants de référence
Compensation suffisante sur base forfaitaire pour les efforts supplémentaires (gardes, etc.)	Réduction des suppléments jusqu'à un objectif de confort explicite (> chambre d'une personne)
	Forfaitisation des contributions par spécialité, à remplacer ou non par d'autres mesures de gouvernance
Projets pilotes P4P/régions	Rétribution P4P de 10%, dont 2% d'accréditation <sup>8</sup>
	Création de la possibilité de proposer des garanties
	Shared savings
Best practice pricing dans la partie forfaitaire	Non payment soutenu par le secteur
Médecins spécialistes en dehors de l'hôpital	
Réévaluation de la nomenclature sur la base de coûts réels actualisés, avec révision en dessous des coûts marginaux, isolation de la composante investissements techniques et compensation forfaitaire	Développement d'une base DRG pour l'organisation pratique et le réseautage
Projets pilotes P4P/régions	Rétribution P4P de 10%, dont 2% d'accréditation
	Création de la possibilité de proposer des garanties
	Shared savings
	Best practice pricing dans la partie forfaitaire
	Non payment soutenu par le secteur

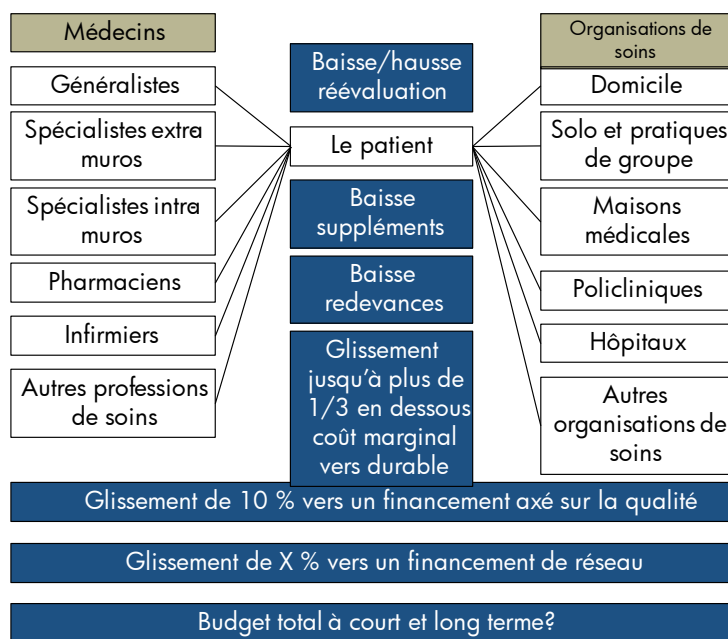
<sup>8</sup> Nous signalons que la prime d'accréditation externe pour les médecins, telle que reprise dans la proposition, est totalement différente du forfait d'accréditation actuel greffé sur la formation permanente. La prime d'accréditation est modernisée pour former un agrément externe à part entière de soins de qualité et se rapproche ainsi plus étroitement de la méthode d'accréditation actuelle qui s'applique aux hôpitaux. Les moyens du forfait d'accréditation actuel peuvent être utilisés à cet effet.

Hôpitaux	
Réévaluation du BFM sur la base de coûts réels actualisés en plus de la durée de séjour, avec suppression du sous-financement structurel et du subventionnement croisé	Base de preuves pour le forfait médicaments
Introduction d'un forfait réel et explicite pour l'hospitalisation de jour dans les limites du budget BFM	Base de preuves pour l'hospitalisation de jour
	Réduction des suppléments jusqu'à un objectif de confort explicite (> chambre d'une personne)
	Forfaitisation des contributions par spécialité, à remplacer ou non par d'autres mesures de gouvernance
Projets pilotes P4P/régions	Rétribution P4P de 10%, dont 2% d'accréditation
	Création de la possibilité de proposer des garanties
	Shared savings
Best practice pricing dans le BFM	Non payment soutenu par le secteur
Première ligne / généralistes	
Réévaluation de la nomenclature sur la base de coûts réels actualisés, avec révision en dessous des coûts marginaux, isolation de la composante investissements techniques et compensation forfaitaire.	Développement d'une base DRG pour l'organisation pratique et le réseautage
Projets pilotes P4P/régions	Rétribution P4P de 10%, dont 2% d'accréditation
	Shared savings
	Best practice pricing dans la partie forfaitaire
	Non payment soutenu par le secteur
Réseautage entre les acteurs	
	Réforme de la structure des coûts pour former une base horizontale complémentaire à la dimension verticale
Projets pilotes P4P alignés/régions	P4P partiellement dépendant des résultats des autres
Rétribution du réseautage sous forme d'accréditation	Création de possibilité de proposer des garanties

Optimisation des parcours de soins, article 107, programmes de soins, chaîne de soins et harmonisation entre les acteurs pour se diriger vers le système du bundled payment	Implémentation du bundled payment pour les parcours de soins, article 107, programmes de soins, chaîne de soins optimisés
Implication de tous les acteurs ci-dessus au niveau local via le paiement global de la réalisation des objectifs en matière de qualité et de coûts	Shared savings au niveau du réseau
	Best practice pricing au sein du réseau
	Non payment à travers le réseau

L'aperçu ci-dessus des réformes proposées est illustré dans la figure ci-dessous. L'intérêt du patient est l'élément central du nouveau modèle économique, l'accent étant mis sur la qualité des soins, la coordination autour du patient, le coût abordable pour le patient et l'innovation à travers toutes les composantes du système de soins. Comme l'illustrent les barres en bleu, des moyens financiers doivent se déplacer à cet effet au sein du système. La réévaluation, en tant que point de départ, conduira pour les divers acteurs à une baisse ou à une hausse des revenus, en fonction de ce qui est justifié pour répondre aux besoins actuels des patients. Nous citons dans cet aperçu également d'autres acteurs de soins, tels que les pharmaciens, les infirmiers et d'autres professions de soins, qui ne sont pas abordés dans le cadre de cette analyse. Compte tenu de l'importance croissante du travail d'équipe interdisciplinaire, il convient également d'harmoniser de plus en plus leur modèle économique avec celui des médecins. Il en va de même pour d'autres organisations de soins vis-à-vis des hôpitaux. Cet élargissement dépasse toutefois le cadre de cet article.

Quelles sont les implications budgétaires pour l'État ? Les glissements internes constituent, en ces temps de pénurie, un point de départ capital pour réaliser cette réforme fondamentale, en plus du maintien d'une norme de croissance des dépenses légitime. L'expérience d'autres pays nous apprend qu'il est essentiel de disposer de données de qualité et d'un soutien IT. Ces chantiers structurels sont actuellement pourvus de notes de vision de l'administration et ont en partie déjà été réalisés (cf. projet QIP en Flandre et initiatives similaires en Wallonie). Il est par conséquent impératif de réaliser pleinement ces investissements à court terme, tel que prévu, et de les élargir là où cela s'avère nécessaire. La composante de financement durable plus étendue formée par les médecins et les organisations de soins devra, dans le nouveau modèle économique, créer la marge nécessaire pour les investissements internes dans l'organisation des soins. À long terme, la surconsommation de soins baisse et il devient possible d'éviter et/ou de réduire la sous-consommation de soins.



## 7. Conclusion

Au cours des années précédentes, seule une évolution limitée s'est produite dans le financement des soins. Le cadre actuel est, pour tous les acteurs, en reste par rapport aux besoins de soins actuels, sans parler des besoins de soins du futur proche. Il convient, d'une part, de s'attaquer aux fondements même du modèle économique en passant de la quantité et des montants négociés/acquis à la qualité et aux coûts réels. D'autre part, la portée du financement s'élargira et se déplacera en partie pour permettre à un nouveau modèle de soins de se concrétiser. En ces temps d'économies et de besoins de soins croissants, le secteur des soins doit, outre une norme de croissance justifiée, créer lui-même la marge financière nécessaire pour pouvoir réaliser les nouvelles composantes dans le plan d'approche proposé. La réévaluation à la fois des honoraires et du BFM est essentielle à cet égard et permet aux décideurs politiques de démarrer la réforme du modèle économique dans les limites du budget.

Il ne s'agit pas ici de la première proposition ou du premier texte de vision sur la réforme du financement des soins. Ce ne sera pas non plus le dernier. Certains éléments abordés permettront peut-être d'avancer de manière constructive. Des adaptations, des révisions, la suppression et l'ajout d'éléments contribueront également au développement d'un nouveau modèle économique. Nous devons nous y atteler activement et laisser derrière nous un certain degré de contemplation. Il est temps d'agir. Il est essentiel que tous les acteurs possèdent un plan collectif afin de garantir le fondement financier de soins de qualité, efficaces et abordables, et le consolider, le cas échéant.

Pour une croissance économique et  
une protection sociale durables