



Vous recevez ce que vous avez financé. Vers un nouveau business model de soins de santé : Feed-back de 16 parties prenantes

2013/06

18 | 04 | 2013



COMMUNAUTE



PROSPERITE



PROTECTION

L'analyse « Vous recevez ce que vous avez financé. Vers un nouveau modèle de soins de santé » a été soumise sur une base confidentielle et individuelle à 16 parties prenantes expertes en la matière afin d'obtenir un feed-back et d'identifier des points d'attention complémentaires importants. Le panel se compose de 7 médecins qui, dans le cadre de leurs activités quotidiennes, s'occupent du financement de soins de santé : 6 directeurs d'hôpitaux, 3 experts de mutualités, 2 experts universitaires (en plus des 3 auteurs de l'analyse), 4 décideurs politiques des pouvoirs publics / ou de l'INAMI. Certains de ces 16 experts assurent plusieurs de ces fonctions. Les principales remarques de ce panel d'experts sont exposées ci-dessous en 20 points. Les remarques jugées essentielles par Itinera portent un sous-titre en **LETTRES MAJUSCULES** et sont encadrées.

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

Introduction

- 1. L'importance de la motivation intrinsèque.** Malgré la nécessité de définir un nouveau business model, l'analyse ne sous-entend pas que seul le financement serait déterminant. L'analyse part même du principe que la motivation intrinsèque est plus forte que la motivation extrinsèque, et que la seconde doit, en tant qu'instrument, s'aligner davantage sur la première. La déontologie, l'éthique et la préoccupation humaine qui caractérisent le système de soins actuel pourraient être davantage soulignées.

Zoom sur le sentiment d'urgence

- 2. Attention aux chiffres.** Les chiffres mentionnés sont corrects (vérifiés par des organismes officiels). Cependant, il faut faire attention aux données biaisées et à leur impact sur les comparaisons entre les pays. La nuance nécessaire doit donc être apportée. Les règles administratives telles que le délai pour solliciter un forfait, ne peuvent pas non plus être directement liées à une mauvaise pratique. Pour ce qui est des éléments tels que le nombre d'événements défavorables, des investigations plus approfondies s'imposent. Il est vrai que Bruxelles connaît deux fois plus d'admissions forcées en psychiatrie que la Flandre et la Wallonie (14 % et ce taux augmente). Le nombre d'admissions forcées augmente de manière continue dans toute la Belgique. Ce constat doit néanmoins être nuancé, puisque la Belgique connaît un nombre beaucoup plus faible d'admissions forcées que les autres pays. Le nombre de personnes ayant un dossier médical global dépasse aujourd'hui les 50 %. En revanche, certains résultats sont présentés de manière plus positive qu'ils ne le sont en réalité, comme le taux de survie au cancer. Selon un expert, ces chiffres ne sont pas aussi bons et, surtout, diffèrent fortement selon les hôpitaux (voir Registre National du Cancer et Procure). Certains experts indiquent que le ticket modérateur présente en effet une tendance à la hausse ces dernières années, mais en pourcentage des dépenses totales de soins de santé, la part du ticket modérateur reste quasiment constante au fil des ans. Cette nuance est correcte, mais n'enlève rien au fait que, dans les limites de sa capacité financière, le patient subit les conséquences de l'augmentation absolue. La relativité constante par rapport aux dépenses totales de soins de santé n'a rien à voir avec le rapport au sein d'un budget individuel. Le risque d'accentuation des inégalités existantes en matière de soins de santé s'accroît ici en raison du risque récemment annoncé par le secteur d'augmenter les suppléments. Enfin, comme un expert l'indique à juste titre : le fait que nous allons connaître une pénurie de certaines spécialités (médecins généralistes, gériatres, psychiatres, pédiatres) dans le futur, ne veut pas dire que leur nombre baisse déjà aujourd'hui sur toute la ligne. Pour certaines de ces spécialités, nous enregistrons même un mouvement positif de rattrapage.
- 3. Attention à la variabilité.** La variation au niveau des réadmissions s'explique en grande partie par la gravité de la pathologie ou de la problématique sociale. Ne plus tenir compte des complications post-admission et sanctionner à l'aveugle les réadmissions peut s'avérer très arbitraire et pénaliser les hôpitaux accueillant des patients à plus haut risque. Un bon ajustement sur le case-mix est essentiel.
- 4. Attention à la terminologie.** L'analyse indique que la prévention préventive est notre point faible. Certains experts avancent qu'il s'agit plutôt de la prévention primaire ou tertiaire. Ce débat ne peut occulter la nécessité de recentrer le système de soins de santé sur une prévention plus

efficace, quelle que soit sa forme.

Vous recevez ce que vous avez financé : commencer par les opportunités connues de longue date

- 5. Avantages du paiement par prestation.** Il est positif que les bons éléments du business model actuel soient conservés. Les avantages du paiement par prestation pourraient être davantage mis en exergue : pas d'incitation à sélectionner des groupes-cibles, risque plus faible de sous-consommation, et meilleure productivité par prestataire de soins du point de vue de l'efficacité.
- 6. Beaucoup d'autres facteurs explicatifs.** Les systèmes de remboursement ne représentent naturellement qu'un des nombreux facteurs explicatifs impactant la performance actuelle du système de soins de santé. Cela ne veut pas dire que la conception et la combinaison de systèmes d'indemnisation doivent être ignorées dans la politique.
- 7. Reversements.** Les avis des experts à propos des reversements sont divisés. Les deux positions les plus extrêmes sont : (1) Garder le système tel quel et continuer à impliquer les médecins dans la gestion des hôpitaux. (2) Transférer les reversements au BMF. D'autres solutions intermédiaires sont aussi formulées, et valent la peine d'être examinées : (3) La transposition des coûts des reversements actuels (article 155) vers un budget d'investissement obligatoire géré paritairement pour chaque hôpital pour la technologie, l'IT et le suivi de la qualité. Une gestion par la collectivité de médecins serait alors préférée à la suprématie de quelques spécialités. En adaptant la nomenclature à ce nouvel instrument, les différences de revenus entre les médecins seraient également en partie corrigées. Enfin, avec cette proposition, les médecins ne perdent rien du budget d'investissement et les administrateurs n'obtiennent rien de plus. (4) La dernière proposition consiste à actualiser continuellement le BMF, tout comme la nomenclature, sur la base d'éléments prouvant qu'il s'agit de bons investissements. Ainsi, la nécessité de débattre sur les reversements pour les investissements peut être réduite progressivement. Plusieurs experts préconisent également qu'une réforme de la méthode de gouvernance au sein des hôpitaux fasse partie intégrante d'un nouveau business model. Il faut pour ainsi dire également redéfinir l'interaction entre la gestion et le conseil médical sur la base d'une responsabilité beaucoup plus claire et d'une réglementation plus délimitée et directive. Tous les experts ne sont pas de cet avis.
- 8. Forfaits existants et montants de référence.** La mauvaise utilisation des systèmes forfaitaires les a rendus impopulaires. Éroder un forfait par des réductions budgétaires inconsidérées (forfait pour les médicaments, forfaits biologie clinique et imagerie médicale) va à l'encontre du principe même d'un forfait : apporter une base fixe qui apporte un soutien financier suffisant et garantit la neutralisation de la dynamique de surproduction. La majorité des experts appellent aussi à réformer en profondeur les montants de référence plutôt que de les élargir aveuglément à la médecine interne, par exemple. À cet égard, les médecins sont surtout ouverts à des systèmes de coûts fondés sur des données factuelles, visant à couvrir les interventions standardisées. Ils ont plus confiance dans ce type de systèmes que dans les systèmes DRG déterminés par statistiques. Ceci est également lié à une séparation claire du domaine et du financement des médecins et de l'administrateur.

Leçons venues d'ailleurs pour un nouveau business model

- 9. Pay for performance.** Les experts recommandent de réorienter un budget suffisamment élevé vers le P4P, sans toutefois dépasser les 10 à 15 %. Le P4P doit dans un premier temps être mis en place en douceur, avec une variabilité limitée des points à gagner, de manière à éviter des effets de choc. L'accréditation, le QIP et les statuts sociaux peuvent servir de points de référence pour le P4P. Le P4P doit être conçu de manière à éviter les effets secondaires indésirables (par exemple l'utilisation de seulement quelques indicateurs qui deviendraient la priorité financière absolue aux dépens d'autres domaines de qualité). L'accent doit d'ailleurs être mis sur des indicateurs de qualité établis par et pour les professionnels, et pour lesquels le médecin joue un rôle déterminant. Une forte implication des associations scientifiques et des groupements professionnels est recommandée. La validation externe des initiatives en matière de qualité par l'Inspection des soins est en revanche importante.
- 10. Stimuler l'innovation.** Comme l'indique un expert, il y a un manque d'innovation en matière d'organisation des soins dans l'ensemble du secteur, ce serait plutôt le contraire. Les directions doivent se montrer plus entreprenantes plutôt que de tout déléguer aux autorités. Un cardiologue qui soutient actuellement la « mobile health » se pénalise financièrement. Ce type d'innovation peut également être financé en organisant une forme d'économies partagées pour les médecins et les hôpitaux.
- 11. Financement de réseau.** Le réseau se heurte actuellement à la fragmentation du financement. Pour ce qui est du business model, il est surtout important de mettre le financement dans un pot commun. De cette façon, l'investissement dans la prévention peut être amorti à travers 4 ou 5 phases intermédiaires. L'article 107 est un bon départ, mais a besoin d'un cadre plus clair au lieu d'induire une « lutte » entre les secteurs. Un expert remarque que les conclusions tirées des parcours de soins et de l'article 107 sont en partie des perceptions personnelles et ne reflètent pas la réalité des instruments. Il est également important d'avoir un stimulant P4P unique ou commun pour tous les acteurs.

Un financement intelligent en phase avec une organisation de soins intelligente

- 12. Les données primaires.** Pour définir le nouveau business model, les données primaires n'ont pas besoin d'une structure supplémentaire du type DRG. Le nouvel ajustement sur le case-mix mis en œuvre pour soutenir la capitation constitue un excellent point de départ.

Avancer de manière pratique : les étapes suivantes

13. BESOIN D'UN « NEW DEAL ». La majorité des experts, quelle que soit leur fonction, s'accordent à dire que le business model doit changer fondamentalement. Un « new deal » est nécessaire. On ne veut plus de « réglage ». L'approche incrémentale a atteint ses limites. Nous devons par tous les moyens passer à un nouveau modèle, en nous jetant tous à l'eau. Pas d'un point de vue protectionniste, mais dans tous les domaines. Au lieu de discuter avec chacun individuellement, les responsables politiques doivent, dans le cadre d'une approche ascendante, tous se mettre autour de la table et se consulter en toute transparence. Ce n'est qu'ainsi que l'on pourra surmonter les méfiances mutuelles. En France, par exemple, un « pacte de confiance » a été conclu.

14. REVOIR LA NOMENCLATURE. Selon plusieurs experts, il s'agit ici de la plus grande politique d'annonce jamais connue, impliquant diverses commissions et divers accords gouvernementaux. Le fait que l'on en parle depuis de nombreuses années, mais que cela ne s'est jamais produit, est un symptôme. Les exemples cités par les experts sont remarquables. Pour le financement d'un laboratoire clinique, 25 personnes étaient prévues à l'origine. Cependant, dans les laboratoires les plus modernes, vous n'avez besoin que de deux collaborateurs. Le temps nécessaire pour prendre une CT est passé de 20 minutes à quelques minutes. La nomenclature prévue en reste un multiple. Il en est de même pour une RMN : aujourd'hui, vous pouvez voir 30 patients au lieu de 10. Le financement par acte est resté le même. En revanche, un médecin perd de l'argent quand il réalise un acte intellectuel (20 minutes de consultation + rapport + frais). Ainsi, depuis des années, les médecins sont plus ou moins obligés de réaliser en plus des actes techniques. Pour une consultation d'un patient atteint de BPCO, un pneumologue perd de l'argent et est implicitement obligé de compenser cela en réalisant 4 tests de fonction pulmonaire, même si ce n'est pas toujours indiqué. Il en va de même pour les neurologues quand ils réalisent un EEG, et pour les ORL en ce qui concerne l'audiométrie. A l'origine, il y a quelques dizaines d'années, une cinquantaine de mesurages de coûts liés à une prestation ont été effectués. Par la suite, la multitude de prestations supplémentaires n'a plus été mesurée de manière effective, mais estimée sur la base d'un multiple des 50 mesurages d'origine. Il s'agit évidemment d'un parti-pris très subjectif. Personne ne remet en question ces chiffres d'origine toujours en vigueur, qui font que certaines spécialités génèrent une quantité excessive de revenus. La véritable valeur ajoutée de l'innovation reste ainsi sous-exploitée pour l'ensemble du système de soins de santé. Il est vrai que les médecins insistent sur le fait qu'ils voient un lien avec la responsabilité, le risque, le caractère critique, la contribution, le stress, etc. Cependant, au fil du temps, cela ne se traduit pas seulement de manière positive, mais aussi négative. Jusqu'à présent, seule une réévaluation à la hausse a fonctionné pour quelques spécialités. Il est essentiel que l'on ne redéfinisse pas de manière unilatérale la nomenclature, le BMF et les forfaits, mais que l'on crée un espace nécessaire pour d'autres choses, tout en préservant des revenus suffisamment élevés sur la base d'un même budget et d'une norme de croissance raisonnable. Qu'en est-il des néonatalogistes, des hémato-oncologues, des diabétologues et des oncologues qui arrivent à peine à réaliser des actes techniques ? Pourquoi un orthopédiste, exerçant dans une sous-spécialité de qualité et innovante dédiée au traitement des mains et des pieds, ne gagne-t-il que le tiers de son collègue spécialisé dans le traitement du dos ? Le lien exclusif avec les interactions face à face entre le patient et le prestataire de soins doit également disparaître pour rendre possible un business model pour les soins chroniques. Au vu de l'énorme complexité de la nomenclature, il est conseillé de se focaliser en premier lieu sur la réévaluation des actes qui surviennent le plus souvent et sont les plus coûteux (cf. règle 20/80). Si l'on ne peut y parvenir au sein du modèle de consensus actuel, ce modèle doit être revu.

15. UNE COMPTABILITÉ PATIENTS. Pour parvenir à un modèle économique juste, basé sur les coûts réels, ces données de coûts doivent être collectées et agrégées tout au long du trajet horizontal du patient, comme de nombreux pays le font par sondage aléatoire ou non. Jusqu'à présent, nous ne connaissons pas le coût réel par patient en Belgique. Le lien entre le financement et les normes établies doit de nouveau être renforcé. Sans cette restructuration des données, la composante fixe d'indemnisation ne peut être définie avec précision.

Conclusion

16. LA QUESTION « COMMENT ? ». Pour compléter le texte de l'analyse, c'est surtout la question COMMENT qui importe. Il convient de proposer un espace d'expérimentation pour tester les idées concrètes, créer des innovations, avec un certain degré de dérèglementation ou de souplesse réglementaire. L'inclusion du caractère transmurale et une approche ascendante sont essentielles à cet égard. Ces projets pilotes peuvent être planifiés en 2014 (pour autant que les élections le permettent), en 2015 et en 2016. Outre les affections chroniques et les interventions chirurgicales, les experts mentionnent également le cancer du sein et la dialyse comme domaines de priorité pour le lancement à titre expérimental du nouveau business model.

17. COLLABORATION ENTRE LES AUTORITÉS FÉDÉRALES ET RÉGIONALES. Le scénario idéal serait de rapprocher des initiatives structurelles simultanées. À titre d'exemple, on peut citer le lancement d'un champ d'expérimentation de soins intelligents sur la gestion du personnel, en compétence mixte, auquel est associé le nouveau business model, en compétence fédérale.

18. LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE DU SYSTÈME GLOBAL. Dans le cadre du nouveau business model, la structure de gouvernance du système global doit être développée de manière approfondie avec toutes les parties prenantes. Cette analyse met uniquement l'accent sur la modification du contenu du business model. Un soutien ascendant est essentiel. Deux notions primordiales sont la « responsabilité » et le renforcement de la « fierté professionnelle ».

19. Une des nombreuses mesures. La création d'un nouveau business model s'inscrit dans un ensemble plus large de mesures visant à renforcer la durabilité du système de soins de santé, aux côtés de l'obtention de nouveaux moyens pour le système de soins, la responsabilisation du patient, une plus grande attention sur la rentabilité des coûts, une gestion plus ciblée de l'offre (par ex. centres de référence, capacité en termes de lits, nombre d'hospitalisations, etc.) et le lancement d'un débat éthique sur les limites de la médecine (par ex. à propos de l'acharnement thérapeutique).

20. MERCI À CHACUN DES 16 EXPERTS

Pour une croissance économique et
une protection sociale durables