

## Le financement des soins de santé : remboursement à l'acte ou au forfait ?

14/10/2010

### Contexte – situation actuelle

Aujourd'hui, dans notre système de prise en charge, deux systèmes coexistent : le remboursement à l'acte et le remboursement forfaitaire qui consiste en l'attribution d'un forfait pour un ensemble de soins spécifiques.

Le remboursement à l'acte concerne les prestations médicales aussi bien en ambulatoire qu'en milieu hospitalier.

La prise en charge forfaitaire s'étend de plus en plus et concerne le secteur hospitalier (forfait d'admission, forfait imagerie médicale, biologie clinique, journée d'hospitalisation, médicaments,...) et de rééducation (conventions pour le traitement de pathologies spécifiques). Des forfaits sont aussi bien en place dans le mode de financement des maisons médicales.

Le lien établi entre les données RCM (APR-DRG) et les montants de plusieurs forfaits hospitaliers, ainsi que les montants de référence constituent une ébauche de financement forfaitaire par pathologie.

Des honoraires spécifiques qui couvrent toute une série d'actes individuels se multiplient également (consultation oncologique multidisciplinaire, honoraire de disponibilité et de surveillance,...).

Certaines prestations couvrent aussi un ensemble de dispositifs médicaux et se rapprochent du mode de financement forfaitaire (prestations pour matériel de viscérosynthèse,...).

La notion de forfait recouvre donc plusieurs types de paquets de soins à financer.

Ce système bipolaire est de plus en plus complexe et difficile à faire évoluer. Il manque de transparence et n'évite pas des cumuls de prises en charge via des systèmes de remboursement parallèles. Il ne favorise pas la responsabilisation du prestataire et du patient.

De plus en plus de voix prônent le financement intégré des activités hospitalières : il s'agit d'un mode de rémunération dans lequel les hôpitaux recevraient un montant forfaitaire en fonction du nombre et de la nature des pathologies qu'ils prennent en charge. (KCE report vol. 121 A 25/01/2010: "All-in" : une formule de vacances populaire mais aussi une façon intéressante de financer les hôpitaux).

Une partie du financement "par pathologie" est d'ailleurs une tendance soutenue par différents pays et de nombreux spécialistes belges. Cette forme a ses avantages et ses limites. La forfaitarisation extrême est la "capitation" (forfait payé au prestataire de soins par personne assurée dans son aire d'attraction, pour une périodicité donnée).

*Suite page suivante*

## Position MLOZ

Les Mutualités Libres recherchent une solution qui assure aux patients des soins appropriés, accessibles et de qualité. Le mode de financement retenu doit garantir ces exigences. Il doit offrir une prise en charge équilibrée des coûts des soins pour tous les acteurs concernés.

Les 2 systèmes de financements présentent chacun des avantages et des inconvénients.

Le remboursement à l'acte offre l'avantage de :

- suivre précisément les prestations effectuées, et de permettre la constitution de données analytiques
- permettre l'enregistrement de l'activité de chaque prestataire
- donner une visibilité univoque sur la nature de la prestation
- stimuler l'innovation technologique et médicale en ne limitant pas le prestataire dans le carcan du forfait et en l'encourageant à évoluer vers de nouvelles technologies
- responsabiliser le prestataire et de lui offrir une maîtrise des prestations, et, outre le choix thérapeutique, lui permettre une estimation précise de son activité et du revenu qu'il peut en attendre
- garantir, idéalement, un financement proportionnel à la nature et la lourdeur de l'acte. La constitution d'un honoraire intellectuel "pur", non lié à l'acte technique, répond au mieux à ce principe
- stimuler la sécurité tarifaire (via les accords et les conventions)

Par contre il présente l'inconvénient de:

- manque de sécurité budgétaire et du risque de surconsommation
- présenter une charge administrative pour les différents acteurs du système: chaque prestation doit être facturée alors que la nomenclature est de plus en plus complexe
- confronter les OA à des responsabilités de contrôle de plus en plus complexes et exigeantes
- maintenir le financement des prestations obsolètes ou anciennes non réévaluées
- déplorer le sous-financement des prestations novatrices ou le sur-financement de certaines autres sous l'action du lobbying
- présenter des difficultés dans les négociations où les intérêts financiers priment sur les intérêts de la qualité et la disponibilité des soins. Certaines spécialités ou sous-spécialités étant désinvesties par les prestataires en raison du faible remboursement des prestations
- offrir peu d'incitants à la collaboration multidisciplinaire et à la prise en charge de l'environnement des soins (gestion des cabinets, matériels, personnel médical,...) une définition trop large de la prestation sans contenu délimité
- présenter le risque de dévalorisation des prestations difficiles et mal payées et de surconsommation des prestations trop bien payées

---

*Suite page suivante*

La prise en charge forfaitaire présente l'avantage de :

- garantir la maîtrise du budget
- permettre un usage rationnel des ressources
- offrir une uniformité du paquet de soins pour tous les patients
- dégager une simplification de facturation et du contrôle
- assurer la sécurité financière pour les prestataires

Par contre il présente l'inconvénient de :

- risquer une sous-consommation potentielle : les prestations comprises dans le forfait ne sont pas prestées
- manquer de transparence et réduire la possibilité de vérification de la prise en charge efficace du patient, et de contrôle sur la qualité des soins
- se limiter à des actes qui sont compris dans le forfait et de reporter des actes hors de la filière forfaitarisée.
- manquer de transparence dans l'utilisation des budgets : risque d'attribution disproportionnée au financement des structures au détriment des soins
- permettre une certaine sélection des patients
- ne pas encourager la stimulation de l'innovation ainsi que l'émulation des prestataires

Au regard de ces constats, les Mutualités Libres estiment que le système belge doit certainement être réformé. Il est devenu historiquement trop complexe, n'est plus équilibré et même parfois redondant.

Nous devons évoluer vers un système qui garantit le maintien des avantages de deux options de financement. L'accent doit être mis sur la recherche de la qualité des soins au profit du patient et l'efficacité du système. Tous les acteurs concernés doivent obtenir une rétribution équilibrée et équitable couvrant les coûts réels de la prise en charge de patient.

Dans le secteur hospitalier, un système mixte doit être conservé de façon corrigée, en accordant une part plus importante aux forfaits dans tous les domaines où ils peuvent être appliqués avec efficacité.

Le financement de l'hôpital peut en outre être scindé : financement de l'entreprise hospitalière (infrastructure et organisation) et financement des soins.

Une approche "par pathologie" peut-être conçue pour des groupes homogènes, couvrant les prestations ambulatoires et intra-hospitalières relatives à l'épisode pathologique aigu ou la pathologie chronique identifiée.

L'écueil des risques de perte de qualité et de sous-consommation peut être évité par l'instauration d'une culture d'évaluation des performances, tant interne qu'externe aux institutions de soins. La perte de la dimension analytique est compensée par une analyse de résultats. Cette approche suppose des contrôles et une forme d'accréditation.

Il faut cependant maintenir des financements distincts pour des soins spécifiques et des pathologies lourdes et exceptionnelles. Les services à la population, comme SMUR et urgences sont des exceptions.

Les honoraires à l'acte doivent rétribuer les actes intellectuels "purs" des prestataires lorsqu'ils ne sont pas intégrés à un forfait par pathologie.

---

*Suite page suivante*

Les systèmes forfaitaires en ambulatoire doivent être utilisés pour couvrir les coûts de l'organisation des soins et du matériel nécessaire. Les critères minimaux d'encadrement doivent être précisés et respectés.

Comme cela se généralise dans le cadre de la revalidation, il faut poursuivre les initiatives qui intègrent dans le forfait la rémunération de l'enregistrement, de l'anonymisation et de l'évaluation des projets.

Le développement de solutions informatiques d'enregistrement et de communication des données vers les organismes assureurs doit être encouragé voire financé. Et ce dans un but de simplification administrative mais aussi de transmission intégrale des informations nécessaires au contrôle, à la gestion du budget de l'AMI et à l'évolution voire à l'adaptation régulière des systèmes de financement.

En tant qu'organisme assureur, nous estimons que l'enregistrement détaillé des soins effectués et des pathologies traitées garantit le succès d'un financement correct et justifié. Cet enregistrement doit être effectué dans les deux systèmes de financement.

## Conclusions

Si nous souhaitons que les financements des soins soient réformés de manière efficiente, en préservant l'accessibilité de soins de qualité, nous recommandons que cette réforme se fasse dans le cadre de notre système de négociation, en partenariat avec les prestataires. L'objectif est de garantir la valorisation équitable des prestataires, le développement des innovations tout en maîtrisant les coûts pour la société.

Un nouvel équilibre entre financement forfaitaire et à l'acte doit être recherché, en modernisant la nomenclature analytique dans les domaines où elle est requise et en donnant une part plus grande aux financements forfaitaires lorsqu'ils peuvent être évalués valablement. Tous les acteurs doivent se sentir concernés et se profiler comme co gestionnaires responsables du système de l'AMI belge.

Le système idéal est celui qui :

- est performant tant sur le plan de la qualité des soins que sur l'efficience économique et sociale
- est transparent, "simple"
- est équitable
- responsabilise tous les acteurs du système