

ALLOCATION DU BUDGET DES MOYENS FINANCIERS EN FONCTION DE GROUPES DE PATHOLOGIES: ÉTUDE COMPLÉMENTAIRE

Contexte

Dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, il s'impose d'étudier plus avant la piste d'un **financement par hospitalisation**. La Belgique a mis progressivement ce type de financement en place dans les hôpitaux aigus, fût-ce dans une mesure restreinte, de façon très fragmentée et, pour ce qui est des paramètres liés au BFM, en se basant quasi exclusivement sur la durée de séjour moyenne pour chaque groupe de pathologies.

Le **Plan d'approche** pour la réforme du financement des hôpitaux (avril 2015) prévoyait plusieurs appels d'offres portant sur des études, appels qui ont été attribués en partie au **KCE** (entre autres, les recherches sur la possibilité de scinder les groupes de pathologies en "faible variabilité", "variabilité moyenne" et "forte variabilité", une étude des paramètres utilisés dans d'autres pays dans le cadre du financement des soins, ...). Fin 2015, la ministre De Block a lancé deux autres appels d'offres portant sur une étude dans le cadre de la réforme en question. Ceux-ci ont été attribués à des équipes de chercheurs universitaires.

En ce qui concerne les **honoraires**, une méthode a été mise au point afin d'identifier les coûts de la pratique par prestation médicale et de pondérer la partie professionnelle des honoraires en fonction du temps nécessaire à la prestation en question, de sa complexité et des risques qui y sont liés. Cette étude a été réalisée dans différents hôpitaux wallons, sous la direction d'une équipe de chercheurs de l'ULB et a débouché en mai 2018 sur un rapport final intitulé "*Réforme du financement des hôpitaux; la problématique des honoraires médicaux*". Ce rapport illustre la méthodologie suivie à l'égard de toute une série de prestations médicales effectuées le plus fréquemment dans le cadre d'une hospitalisation pour certains groupes de pathologies que le rapport du KCE considère comme étant à faible variabilité. Cette méthode a, du reste, déjà été présentée dans le cadre de la Médicomut, et dès décembre 2018, la Direction générale de l'INAMI a pris les initiatives qui s'imposent et prévu les budgets nécessaires pour réformer la nomenclature de façon structurelle en se fondant sur cette méthodologie.

En ce qui concerne le **budget des moyens financiers**, un appel d'offres a été lancé pour la réalisation d'une étude portant sur le "détricotage du BMF en fonction de groupes de pathologie". En perspective de ce nouveau financement, il a fallu décortiquer ces différents éléments du budget aussi précisément que possible et les rattacher aux pathologies/groupes de pathologies existant(e)s, de manière à permettre leur prise en compte dans le cadre de la mise en œuvre progressive du nouveau financement. Cette étude a été réalisée en collaboration avec plusieurs hôpitaux flamands (membres du Vlaams Ziekenhuisnetwerk (VZN) KU Leuven), sous la direction d'une équipe de chercheurs de Leuven. Cet appel d'offres portant sur une étude a débouché au printemps 2018 sur un volumineux rapport présentant une méthode de calcul de la contribution de chaque groupe de pathologies à la construction du BMF (essentiellement pour la sous-partie B2, qui constitue l'élément le plus important pour le financement des activités cliniques), que ce soit au niveau des points de base (pour le personnel et les produits) ou au niveau des points supplémentaires (activités infirmières et médicales). L'équipe de chercheurs a utilisé les classifications APR-DRG et Sol, déjà utilisées actuellement dans le cadre du financement, pour délimiter les groupes de pathologies.

S'agissant de **poursuivre** la réforme du financement hospitalier, il y a lieu de poursuivre la préparation des phases suivantes de la mise en œuvre des soins à faible variabilité (financement par le biais d'un montant global prospectif, avec intégration entre autres des médicaments et du BMF) ainsi que des modalités de financement en faveur des soins à variabilité moyenne (simplification du BMF national fermé).

Suite de l'étude Allocation du BMF en fonction de groupes de pathologies

En vue de la mise en œuvre de la réforme du financement hospitalier, il convient de continuer à développer et de généraliser les études consacrées au BMF (qui ont débouché en mars 2018 sur un rapport intitulé "*Détricotage du BMF en fonction de groupes de pathologie*"). En son avis 489-2, le CFEH demande lui aussi que l'on consacre des études supplémentaires à certaines propositions de simplification du BMF, et ce préalablement à la mise en œuvre.

Cadre de l'étude

Les recherches visent l'ensemble des patients séjournant en lits aigus (autrement dit, elles ne se concentrent pas en priorité sur les séjours en revalidation et en lit psychiatrique). Il s'agit plus précisément des patients hospitalisés et des patients de l'hôpital (chirurgical) de jour. Les recherches mettent essentiellement l'accent sur les **activités cliniques**, puisque c'est à leur niveau que l'on s'attend à avoir relativement la plus grande variabilité entre les patients, en fonction de leur groupe de pathologie, du degré de gravité de leur affection, de leur âge, etc. Ce financement se situe surtout au niveau de la sous-partie B2.

En ce qui concerne l'hôpital de jour, le BMF ne finance actuellement (via la sous-partie B2) que la chirurgie de jour (et l'hôpital de jour gériatrique, en partie via le B4 et le B9), mais il serait souhaitable de s'orienter à l'avenir vers une approche intégrée du financement, que ce soit pour les patients de l'hôpital de jour chirurgical ou les patients de l'hôpital de jour de médecine interne. Dans la mesure du possible, cette étude devra également tenir compte dès à présent de cet élément (sans toutefois devoir définir dans les moindres détails un modèle exhaustif de financement de l'ensemble des activités hospitalières) – par exemple, en prévoyant des incitants financiers permettant de stimuler les admissions en hôpital de jour.

On attend également une analyse des avantages et inconvénients qu'il y aurait à intégrer au financement fondé sur les pathologies le financement des soins cliniques, qui est actuellement assuré via le B3, B4, B5, ... du BMF.

Au niveau de la sous-partie B9 également, qui finance les accords sociaux, la question se pose de savoir s'il vaut mieux qu'elle reste un financement distinct, lié aux caractéristiques des effectifs de chaque hôpital individuel (effectifs d'ailleurs pas uniquement des services BMF), ou l'intégrer à un financement fondé sur les pathologies? Quid également dans ce cas du financement du personnel hors services financés par le biais du BMF?

Les sous-parties A1, A3 et C1 ne doivent pas être intégrées à l'analyse puisqu'elles relèvent entièrement de la compétence des entités fédérées. Quant aux sous-parties B7 et B8, elles pourront faire l'objet d'un appel d'offres distinct.

Les avantages et inconvénients de l'allocation du financement BMF pour les services de soutien (sous-partie B1) à des groupes de pathologies n'est pas un élément prioritaire du présent appel

d'offres portant sur une étude. Il importe bien plus d'enregistrer des avancées au niveau de l'allocation du financement BMF pour les soins cliniques à des groupes de pathologies, même si l'équipe de chercheurs a évidemment le loisir de formuler des recommandations quant aux avantages et inconvénients de l'intégration du financement pour les services de soutien.

Dans l'idéal, l'appel d'offres portant sur l'étude portera également une certaine attention aux avantages et inconvénients de l'intégration, dans le nouveau financement fondé sur les pathologies, d'autres fonctions de membre du personnel, soit via le BMF (FBI, conventions de premier emploi, par exemple), soit par d'autres canaux (mandats Maribel, par exemple).

On souhaite que l'équipe de chercheurs élabore les modules de travail décrits ci-dessous, et soumette systématiquement au comité d'accompagnement les différentes options/méthodes de travail envisageables, avec leurs avantages et leurs inconvénients (voir infra). En concertation avec l'équipe de chercheurs, le comité d'accompagnement formulera des recommandations par rapport aux méthodes de travail à retenir pour les modules de travail complémentaires.

Lors de l'élaboration de ces modules de travail, il conviendra également de consacrer l'attention voulue à la simplification des règles de financement et aux façons d'éviter d'imposer aux hôpitaux une charge supplémentaire en termes d'enregistrement et de rapportage.

Module de travail 1 : allocation du BMF par groupe de pathologie (combinaison APR-DRG-SoI)

On attend tout d'abord que la méthodologie en vue de l'allocation de la sous-partie B2 du BMF à des groupes de pathologie (sur la base des APR-DRG et SoI) qui a été proposée dans le premier rapport de synthèse de l'étude DBMF (printemps 2018) fasse l'objet d'une évaluation critique pour un groupe plus vaste d'hôpitaux. L'objectif est de pouvoir vérifier qu'il sera possible de généraliser les résultats et d'utiliser la méthode, et de faire également un choix définitif, en concertation avec le groupe d'accompagnement (voir infra) en ce qui concerne les diverses approches méthodologiques présentées dans le premier rapport; C'est ainsi que l'on va par exemple :

- travailler avec une (re)distribution du BMF qui a été attribué individuellement par hôpital ou commencer par regrouper les masses BMF hôpitaux avant de les redistribuer; et en cas de regroupement, selon quelles modalités celui-ci doit-il se faire (un seul budget global regroupant l'ensemble des hôpitaux, postes de frais et groupes de pathologies, ou : regroupement par type de poste de frais (par exemple : tous les budgets BO, tous les budgets pour l'hospitalisation, etc.) ; ou : regroupement par groupement de patients, etc.);
- quelle approche va-t-on mettre en œuvre par rapport au décalage temporel ? (le budget du BMF attribué en juillet t est basé sur les activités de l'hôpital à t-2 ou t-3, dans certains cas sur les activités à t (en cas de révision: le BMF de juillet t est-il attribué aux activités de l'année civile t, de l'exercice budgétaire allant de juillet t à juin t+1, ou de l'année civile t-2 (ou t-3 selon le cas)) ; comment va-t-on gérer la question "année civile versus exercice budgétaire"?
- choix entre clé cible et clé de l'AR?
- Va-t-on continuer à travailler avec le dimensionnement en ce qui concerne le type de budget (séjour, fixe, semi-fixe, lit, personnel) et la catégorie du BMF (de base, supplémentaire, spécifique, universitaire, personnel, autre), comme le suggère le rapport de synthèse de l'étude DBMF de mars 2018? Ou est-il souhaitable de procéder à certains ajustements?

- Faut-il intégrer le financement par exemple de la radiothérapie (composante du B3), l'hygiène hospitalière (composante du B4), ou l'officine hospitalière (B5) dans un financement basé sur les pathologies? Ou vaut-il mieux conserver leur caractère distinct à ces composantes du BMF, en les rattachant à certaines caractéristiques de l'hôpital ou du service (pas d'allocation par patient).
- La même question se pose d'ailleurs, entre autres, en ce qui concerne la sous-partie B9, qui finance les accords sociaux.
-

Programme de travail 2: Identification des coûts liés au BMF par groupe de pathologies

Parallèlement à cela, il convient également de poursuivre (comme pour le module de travail 1) l'évaluation par rapport à un plus grand groupe d'hôpitaux de la méthodologie mise au point pour attribuer les coûts liés aux moyens mis en œuvre (en tout cas aux moyens devant être financés par le biais du BMF) à des groupes de pathologies – évaluation à réaliser en ce qui concerne la possibilité tant d'utiliser que de généraliser les résultats. Il faut impérativement traiter entre autres les aspects suivants :

- La délimitation ainsi que le regroupement et l'affinement des postes de frais qui sont inclus dans l'étude (+ contrôle de la possibilité de faire une comparaison au niveau des activités pour chacun de ces postes de frais dans l'ensemble des hôpitaux participants). Les groupes suivants ont été définis : hospitalisation (standard + soins intensifs + revalidation (en cas d'unités mixtes)), BO + hôpital de jour chirurgical, UCS, urgences, maternité + quartier d'accouchement.
- La délimitation, ainsi que le regroupement et l'affinement, en termes de types de frais qui sont inclus dans l'étude (personnel à charge du BMF et frais de fonctionnement à charge du BMF).
- Une attention particulière doit être portée à la méthode de travail en ce qui concerne l'équipe mobile au sein de chaque hôpital (en vue de faciliter les comparaisons).

Module de travail 3: comparaison du ratio recettes BMF - frais liés aux soins, à financer par le biais de la sous-partie B2 du BMF, par groupe de pathologies : généralités

Si l'on veut pouvoir allouer le financement BMF (surtout la sous-partie B2) avec davantage de précision à des groupes de pathologies, il convient de comparer en détail la **proportion** du financement BMF actuel par groupe de pathologies dans chaque APR-DRG-SoI avec la part des frais liés aux soins (à financer par le biais de la sous-partie B2 du BMF) pour ces mêmes groupes de pathologies. Cette proportion se calcule à partir des recettes et des frais déterminés dans les scénarios qui seront sélectionnés en concertation avec le comité d'accompagnement dans les modules de travail 1 et 2. (Pour le BMF, il faut également faire une comparaison à partir des clés actuelles prévues dans l'AR). Le but est, à partir de ce ratio "recettes/frais", de comparer le rapport global entre les recettes BMF (pertinentes) et les frais.

- par hôpital, pour l'ensemble des groupes de postes de frais
- par groupe de postes de frais, pour l'ensemble des hôpitaux
- par hôpital et par groupe de postes de frais
- par hôpital, pour l'ensemble des (groupements de) groupes de pathologies (APR-DRG-SoI et MDC)

- par groupement de groupes de pathologies, pour l'ensemble des hôpitaux
- par hôpital et par groupement de groupes de pathologies

Il y a également lieu d'étudier s'il est possible d'intégrer dans cette comparaison non seulement les frais de personnel et de fonctionnement spécifiques financés sur le B2, mais aussi les frais et recettes (via le BMF – B4, B9, par exemple – ou d'autres sources, comme le Maribel social, par exemple) d'autres moyens liés aux soins.

Cette comparaison entre recettes et frais est une étape indispensable si l'on veut franchir différentes étapes cruciales de la réforme du financement :

- Si, pour les groupes de patients à **faible variabilité**, on veut pouvoir isoler une partie du BMF et la transférer vers le montant prospectif global pour chaque groupe de patients, il faut connaître précisément le rapport relatif entre les recettes BMF (calculées à partir des clés actuelles de répartition ainsi que des propositions de révision des critères de répartition) et les frais financés par le BMF pour chaque groupe de patients SFV.
- Pour, dans le cadre de la **simplification** du BMF, proposer des critères de répartition du BMF en nombre plus restreint, mais plus précis. Par "plus précis", on entend que les critères de répartition devront correspondre davantage aux écarts qui existent au niveau des coûts justifiés entre groupes de pathologies et hôpitaux.
- Pour garantir une utilisation efficace du BMF, (par exemple, pas de financement pour les frais qu'il est possible d'éviter, à cause, par exemple, d'une utilisation inefficace de la capacité), il convient également de voir quel volume d'activité il est possible de réaliser à un coût justifiable **minimal**, compte tenu du rapport entre frais fixes et frais variables. Le but est de parvenir à ce que le BMF ne finance que les volumes de soins "rentables", certes avec une certaine marge – sauf dans les cas, il est vrai exceptionnels, où ce volume rentable n'est pas toujours possible à atteindre pour chaque hôpital (par exemple dans certaines zones isolées géographiquement).
- Progressivement, il faudra, le cas échéant, également procéder à un ajustement du financement BMF pour les missions de soins locorégionales. Parmi les priorités, on peut tout d'abord citer le financement des soins pour les **séjours en hôpital (de jour) gériatriques**. Il faudra ainsi, en tout état de cause, mieux harmoniser le financement B2 ordinaire pour les lits G, ainsi que le financement B2 spécifique pour G fin et G pot, de même que le financement pour l'hôpital de jour gériatrique (en partie via le B4 et en partie via le B9 du BMF) et éviter que les modalités de calcul ne manquent de transparence.

Module de travail 4 : financement BMF versus frais pour les unités intensives

L'exercice décrit ci-dessus (comparaison recettes BMF versus frais financés liés aux soins) doit en tout cas inclure une analyse distincte détaillée pour le sous-secteur des **soins intensifs**. Pour l'instant, les lits hospitaliers de soins intensifs sont financés sous forme de financement "supplémentaire" (qui permet de financer, en principe, 2 ETP personnel soignant par lit intensif – à savoir les effectifs de base par lit qui sont imposés par le cadre normatif) sur un pourcentage déterminé de l'ensemble des lits CD, qui est considéré comme lit intensif. Pour déterminer ce pourcentage de lits intensifs, on classe actuellement les hôpitaux en déciles sur la base de trois paramètres différents, qui mesurent des aspects variés du caractère intensif des soins (de prestations spécifiques de réanimation, le paramètre NPercis de l'enregistrement RHM et les épisodes de soins infirmiers intensifs (ayant une valeur supérieure à la médiane)).

Dans le cadre de la simplification du BMF, la question se pose de savoir si la répartition du BMF, sur la base de ces paramètres, conduit effectivement à un financement correct, autrement dit en fonction des frais médicalement justifiables et (des proportions mutuelles de frais) pour les patients devant séjourner en unité de soins intensif dans les hôpitaux.

Dans le cadre de cet exercice, on demande également de réaliser une analyse et une comparaison approfondies du nombre de lits agréés pour la fonction soins intensif dans chaque hôpital, du taux d'occupation de ces lits + du profil des patients séjournant aux soins intensifs (+ comparaison avec le nombre de lits intensifs sur la base des chiffres NPercis et du RHM dans chaque hôpital participant). Et il convient d'ailleurs aussi de comparer le profil des patients séjournant en unité de soins intensifs dans les différents hôpitaux.

Module de travail 5 : correction des frais salariaux

Le financement B2 prévoit actuellement une correction d'une partie de la sous-partie B2 du BMF de chaque hôpital, sur la base d'une comparaison entre les frais salariaux moyens théoriques pour le personnel soignant de l'hôpital et les frais salariaux nationaux moyens théoriques.

Les résultats de la première étude DBMF ont toutefois montré que la correction des frais salariaux par le biais du BMF ne présentait pas de corrélation avec les écarts réels au niveau des frais salariaux du personnel soignant. Bref, ce constat permet de conclure que la réglementation actuelle en matière de correction des frais salariaux n'atteint pas son objectif (en tout cas pour l'échantillon d'hôpitaux ayant participé à l'étude DBMF).

Dans la perspective d'une simplification du BMF, il convient avant tout de chercher à savoir pourquoi une telle correction des frais salariaux s'indique toujours ou non dans le futur BMF. Si l'on juge qu'il faut qu'il y ait une telle correction, il faut répondre à la question de savoir si le constat découlant du premier rapport de l'étude DBMF (c.-à-d. que le but visé n'est pas atteint) s'applique également à un échantillon plus large d'échantillon, évidemment après avoir procédé au '*datacleaning*' qui s'impose (en l'occurrence de manière à ce que les frais de personnel pour les postes de frais pertinents soient effectivement comparables entre hôpitaux). Après quoi l'équipe de chercheurs devra formuler une **proposition conceptuelle** la plus simple possible afin de préciser le mécanisme de correction des frais salariaux (sans en décrire tous les détails techniques, puisque la mise en œuvre du système IF-IC n'en est encore qu'à son premier stade, et ce uniquement pour les hôpitaux ressortissant à la CP).

Il s'agit en l'occurrence d'un module de travail auquel il faudra **rapidement** s'attaquer (après le *datacleaning* requis), puisqu'à partir du BMF de juillet 2021, il ne sera plus possible d'appliquer dans sa forme actuelle le mécanisme actuel de correction des frais salariaux : il faudrait que la correction des frais salariaux à l'intérieur du BMF de juillet 2021 soit basée sur les ETP et les barèmes appliqués en 2018, mais le passage aux barèmes IF-IC a été entamé en 2018...

Point de départ : échantillon représentatif d'hôpitaux disposés à participer

Enfin, il convient d'évaluer les questions posées ci-dessus, ainsi qu'un certain nombre d'autres observations faites dans le premier rapport D-BMF, pour un échantillon plus large d'hôpitaux (c.-à-d. plus large que dans le premier rapport D-BMF), un échantillon représentatif du paysage hospitalier belge (que ce soit en termes de répartition géographique (FL/BXL/WALL), de taille

(nombre de lits) ou de statut (privé/public et général/universitaire)).

Il ressort de la première étude qu'il faut procéder à un *datacleaning* si l'on veut pouvoir comparer les données détaillées des hôpitaux en vue de réaliser une analyse précise. L'étude montre toutefois également qu'il s'agit d'une étape chronophage. Les hôpitaux qui participeront à ce projet complémentaire devront être prêts à participer à ce *datacleaning*.

Suivi par le biais du comité d'accompagnement

Le suivi du projet sera assuré notamment par un comité d'accompagnement.

Celui-ci sera chargé de suivre non seulement sa planification, mais aussi sa méthodologie et sa progression à la lumière des jalons qui ont été définis. Dans le même temps, le comité d'accompagnement devra faire preuve d'esprit critique par rapport aux analyses effectuées par l'équipe/les équipes de chercheurs. Il doit, en concertation avec l'équipe/les équipes de chercheurs, également formuler des recommandations en ce qui concerne les choix méthodologiques à retenir en fin de compte pour réformer le BMF / assurer une redistribution de celui-ci.

Ce comité se composera de collaborateurs du SPF Santé publique, du KCE, de l'INAMI, de la cellule stratégique du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, de membres du CFEH, composition qui sera, le cas échéant, complétée par des experts supplémentaires en financement hospitalier et comptabilité des coûts en milieu hospitalier.

Appel à projets

Pour cette étude, on fera appel à une ou plusieurs équipe(s) externes de chercheurs devant disposer d'une **expertise** avérée en matière d'analyse du BMF et d'attribution de l'allocation des moyens à certains groupes de pathologies. Elle doit non seulement disposer d'une expertise technique et de fond dans le domaine de la réglementation relative au BMF et de la logique du BMF, mais aussi des connaissances requises sur le plan analytique et statistique.

Les équipes de chercheurs qui souhaitent poser leur candidature au présent appel d'offres portant sur l'étude doivent soumettre une proposition d'étude concrète incluant les éléments suivants :

- Une proposition de méthode, assortie d'un calendrier et de jalons concrets pour l'analyse des différentes questions à étudier ;
- Une liste des hôpitaux participants et, le cas échéant, les modalités selon lesquelles le groupe d'hôpitaux intéressés sera adapté pour obtenir un échantillon représentatif ;
- Une présentation de l'équipe de chercheurs qui réalisera le projet, complétée par une liste de références, le détail de l'expertise des membres de l'équipe et de la pratique acquise par chacun d'entre eux et/ou de leur expérience dans le domaine de la recherche relative à la comparaison des frais et recettes dans un environnement hospitalier ;
- Une proposition de budget : en guise de norme de référence, on prévoit comme budget acceptable de financer 2 ETP collaborateurs par année de travail + un budget restreint pour les frais de fonctionnement et de coordination.

Il est porté à la connaissance des équipes intéressées que le projet devra être lancé **dans les délais les plus brefs**, de manière à pouvoir présenter sans faute les premiers résultats (premier rapport intermédiaire) au terme d'une première année de travail. La durée maximale du projet est fixée à

trois ans. Les équipes intéressées feront offre, de préférence, pour tous les modules de travail. Si elles le souhaitent, elles peuvent répartir les modules de travail entre plusieurs équipes de chercheurs, moyennant la mise en place des conventions qui s'imposent en matière de coordination interne et d'harmonisation au niveau des méthodes mises en œuvre et de l'utilisation des ensembles de données (le but étant parvenir à la plus grande uniformité possible).

La proposition de recherche devra être introduite au plus tard le **9 juin 2019** à minuit au SPF Santé publique, auprès de Monsieur Pedro Facon, Directeur général Soins de santé (pedro.facon@health.fgov.be).

Le calendrier de travail concret, les conventions de fond, l'échéance des rapports intermédiaires et la concertation avec le comité d'accompagnement seront définis avec l'équipe de chercheurs qui sera sélectionnée, et feront l'objet d'une convention B4 via un ou plusieurs hôpitaux participants.

Pour cette étude, l'équipe de chercheurs peut (et doit) utiliser les données standard disponibles les plus récentes et complètement anonymisées issues des enregistrements hospitaliers (RHM), des données de facturation et des données FINHOSTA pour les hôpitaux participants. Parallèlement à cela, des données supplémentaires, fournies par les hôpitaux participants, devront également être disponibles, le cas échéant.