

# Le financement de la biologie clinique à l'épreuve de la réforme du financement des hôpitaux



**DR BRAUNER JONATHAN**

# Plan



- **Pourquoi une réforme du financement des hôpitaux ?**
  - Etats des lieux et Vision macroéconomique
- **Les axes de réforme du financement**
  - Le financement prospectif à la pathologie
  - L'organisation en bassins de soins
  - Les modalités de rémunération des médecins
- **Discussion et Conclusion**

# Plan



- **Pourquoi une réforme du financement des hôpitaux ?**
  - Etats des lieux et Vision macroéconomique
- Les axes de réforme du financement
  - Le financement prospectif à la pathologie
  - L'organisation en bassins de soins
  - Les modalités de rémunération des médecins
- Discussion et Conclusion

# Le vieillissement...



- Espérance de vie : 80.5 ans ( $> \pm 72$  ans - dépendance de la collectivité)

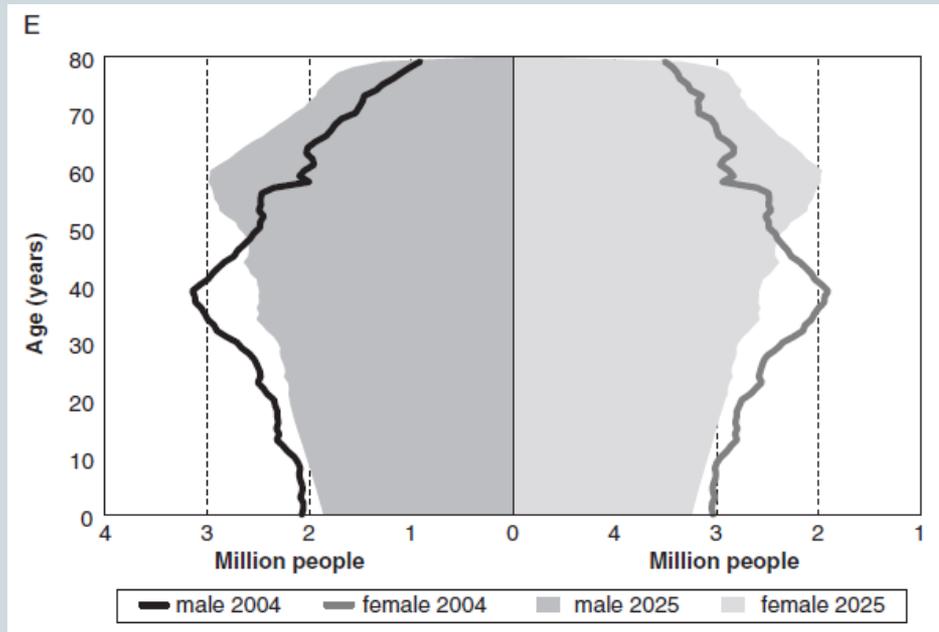
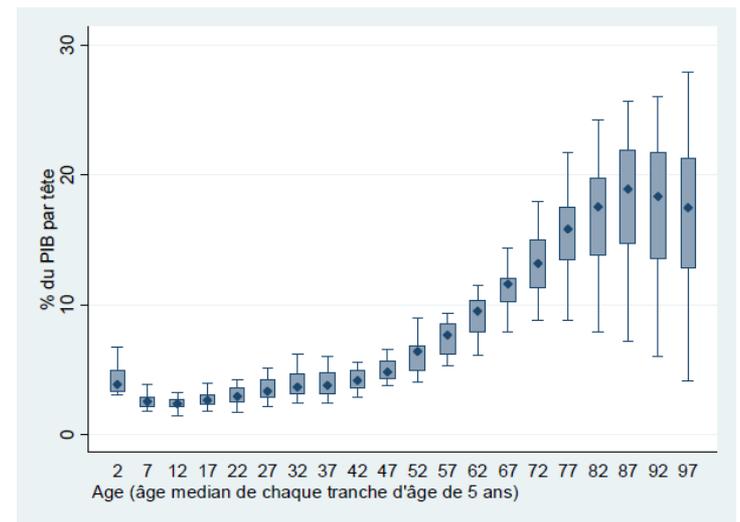
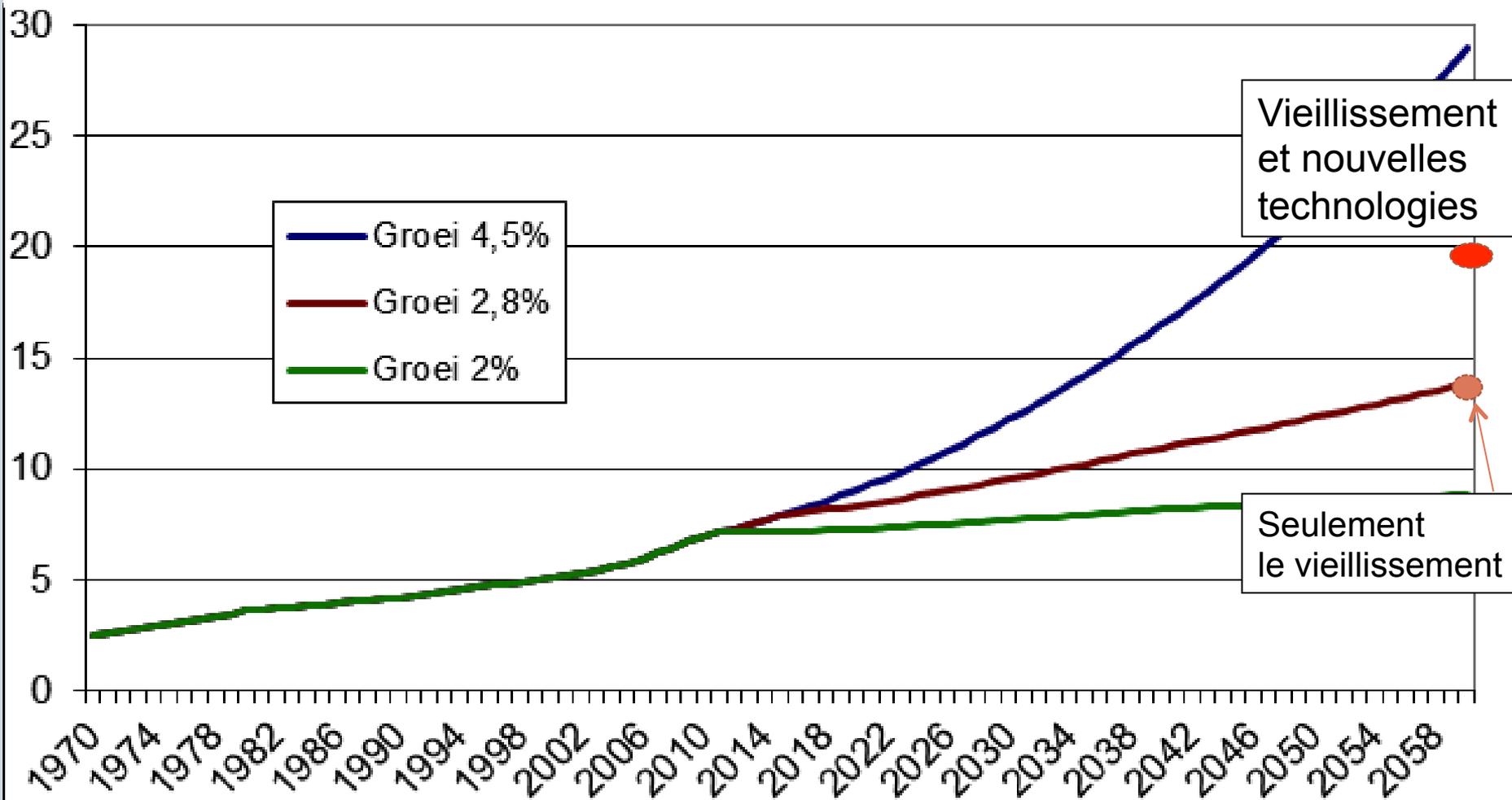


Figure 4. Dépenses publiques de soins de santé par tranche d'âge<sup>a</sup>  
(Fourchettes de variation à travers les pays, en % du PIB par habitant)



# Projections

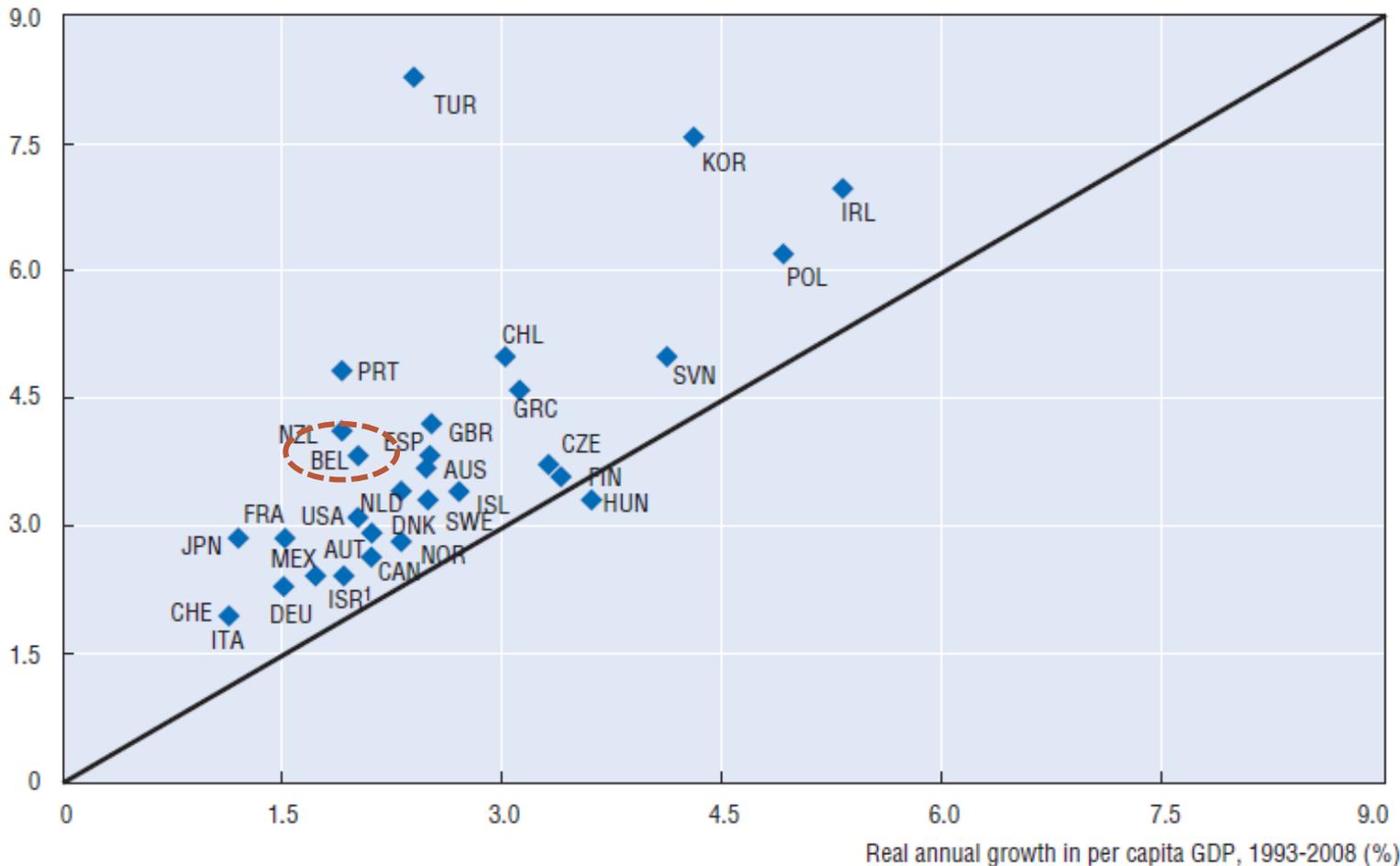
Dépenses santé en % du PIB



# La croissance du secteur des soins de santé > croissance économique



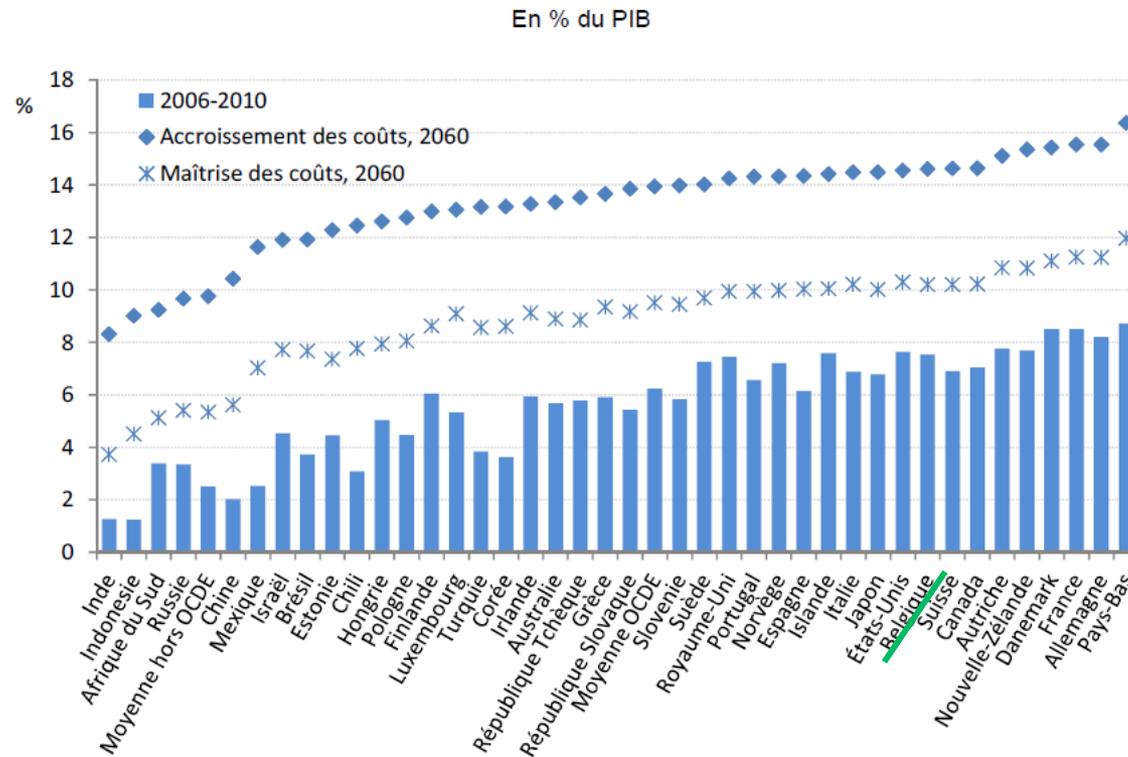
Real annual growth in per capita health spending, 1993-2008 (%)



# Maîtrise des coûts: recommandations OCDE



Figure 2. Dépenses publiques totales de santé et de soins de longue durée en proportion du PIB



Source : de la Maisonneuve et Oliveira Martins, 2013.

# Economies soins de santé 2012-13

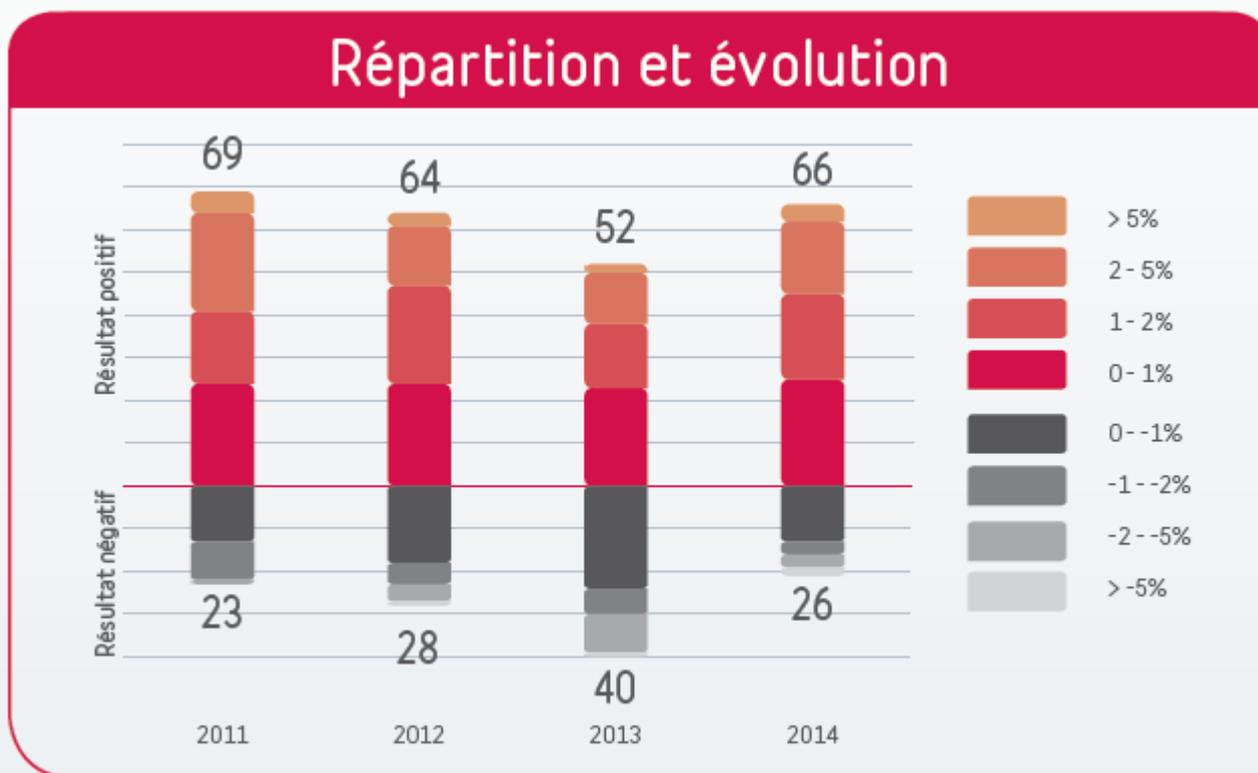


Tableau 1 : Montants économisés par secteur pour les exercices 2012 et 2013 (en milliers d'euros)

<i>(montants en année pleine)</i>	2012	2013	TOTAL (€)	TOTAL (%)
Honoraires médicaux	80.980	155.005	235.985	24,6%
Budget des moyens financiers (BMF) - Hôpitaux	33.660	45.100	78.760	8,2%
Spécialités pharmaceutiques	227.604	171.796	399.400	41,7%
Implants	60.197	19.439	79.636	8,3%
Autres*	150.293	14.483	164.776	17,2%
<b>TOTAL</b>	<b>552.734</b>	<b>405.823</b>	<b>958.557</b>	

\* principalement l'indexation partielle des honoraires (dont les honoraires médicaux)

# Et les hôpitaux, s'adapte-t-il ???



# Le vieillissement, ce n'est pas que de l'argent...

## Europe de l'Ouest

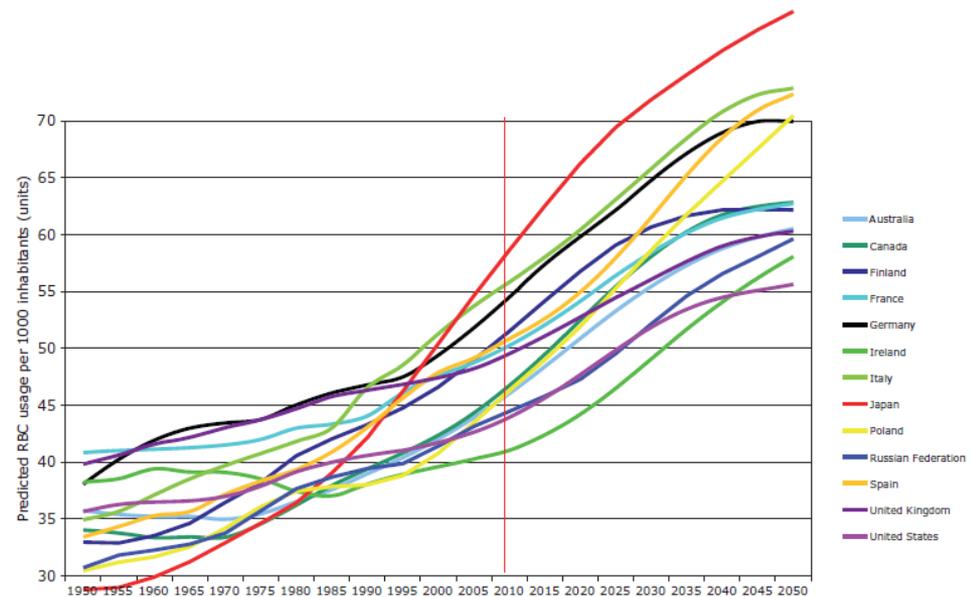
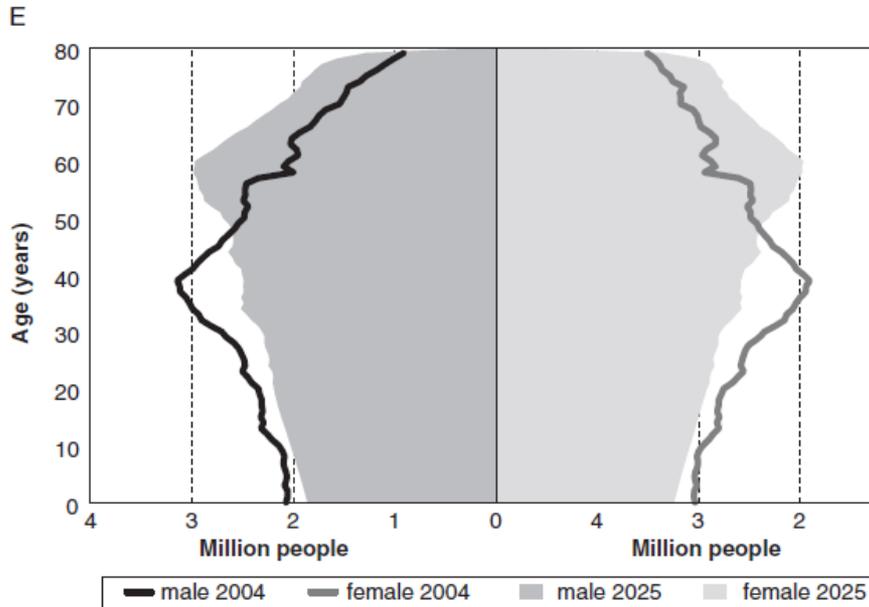


Fig. 3. Simulation of clinical use of RBC units per 1000 population (based on age-distributed variation in blood usage [as RBC units] in Finland between 2002 and 2006).

# Notre système de financement



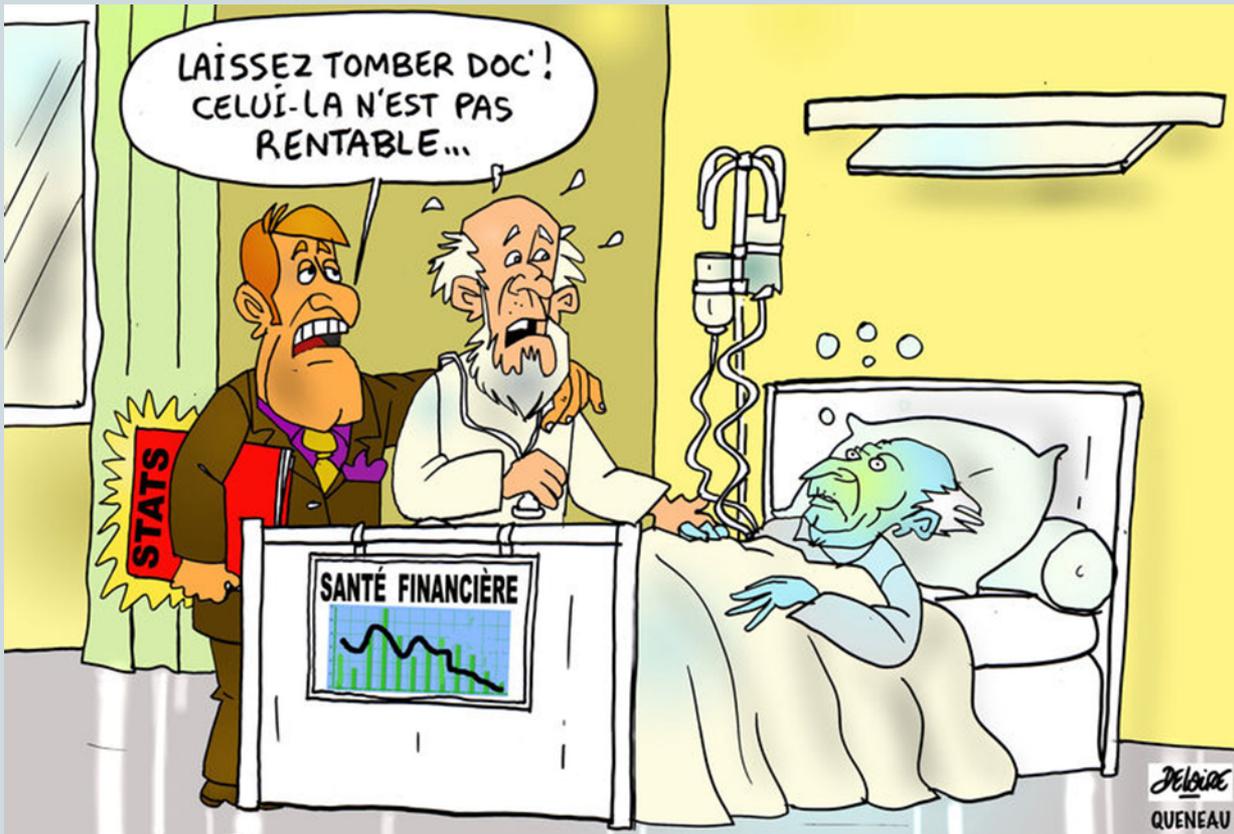
## Forces

- assurance publique obligatoire : solidarité entre riches et pauvres, entre malades et bien-portants
- système non lucratif
- accessibilité géographique
- accessibilité financière (100% de la population est couverte)
- liberté de choix
- accès rapide aux soins
- qualité bonne (90% des citoyens sont satisfaits)

## Faiblesses

- ce n'est pas un « système de soins » planifié/dirigé. Le système repose sur des initiatives spontanées : il est fragmenté/morcelé
- pas vraiment de visions à moyen et long terme sauf un plan cancer
- croissance forte des dépenses : 2 à 3% au-dessus de l'inflation
- qualité pas assez mesurée
- prévention insuffisante (2% des dépenses)
- quote-part des individus assez élevée (25%)

# Perspectives éthiques: sélection adverse

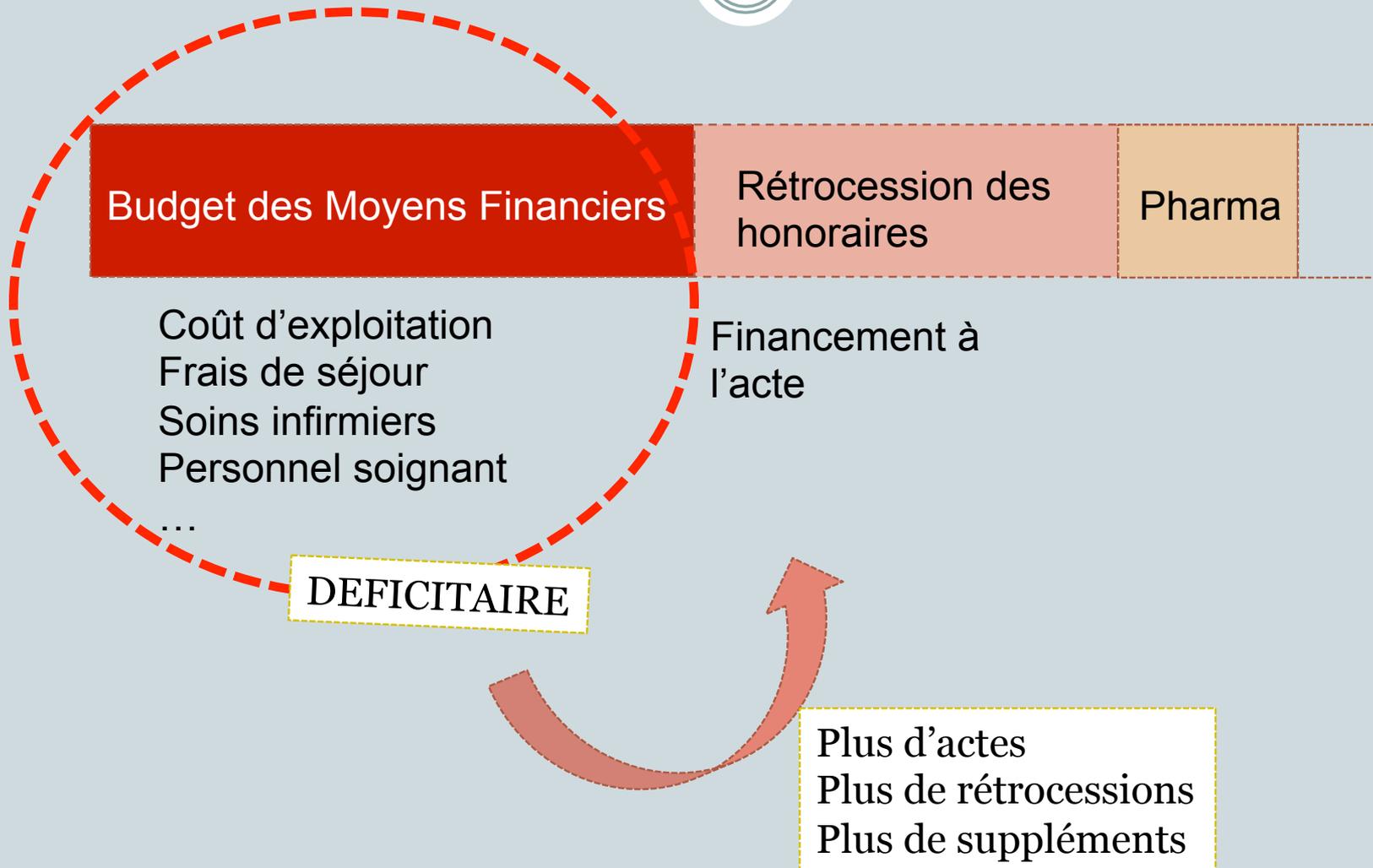


# Plan



- Pourquoi une réforme du financement des hôpitaux ?
  - Etats des lieux et Vision macroéconomique
- **Les axes de réforme du financement**
  - Le financement prospectif par pathologie
  - La réorganisation complète du paysage hospitalier (bassins de soins)
  - Les modalités de rémunération des médecins (réforme du paiement à l'acte)
- Discussion et Conclusion

# Financement des hôpitaux



# Financement de la biologie clinique



- Système mixte: forfaits + tarification à l'acte (25%)
- Forfait différent pour les patients hospitalisés (case-mix) et ambulatoires
- Les “ montants de référence ”
- Du bon usage de la biologie clinique (sur base d'études EBM interventionnelles et de recommandations internationales)
  - Rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé sur les analyses de biologie clinique en médecine générale.

# Nomenclature



540934	540945	Dosage du potassium (Maximum 1) (Règle de cumul 335, 336)	B	60
540956	540960	Dosage des protéines totales (Maximum 1)	B	50
540993	541004	Dosage de la préalbumine (transthyréline) par méthode immunologique (Maximum 1)	B	125
541015	541026	Dosage de la rétinol binding protein par méthode immunologique (Maximum 1)	B	125
541030	541041	Dosage de la transferrine par méthode immunologique (Maximum 1) (Règle de cumul 16)	B	125
541052	541063	Dosage de la CRP par méthode immunologique (Maximum 1) (Règle de cumul 35)	B	100

## HONORAIRES FORFAITAIRES PAR JOURNEE POUR LES PRESTATIONS DE BIOLOGIE CLINIQUE MONTANTS A FACTURER PAR JOURNEE REALISEE A PARTIR DU 1er NOVEMBRE 2015

### PSEUDO-CODE DE LA NOMENCLATURE 592001

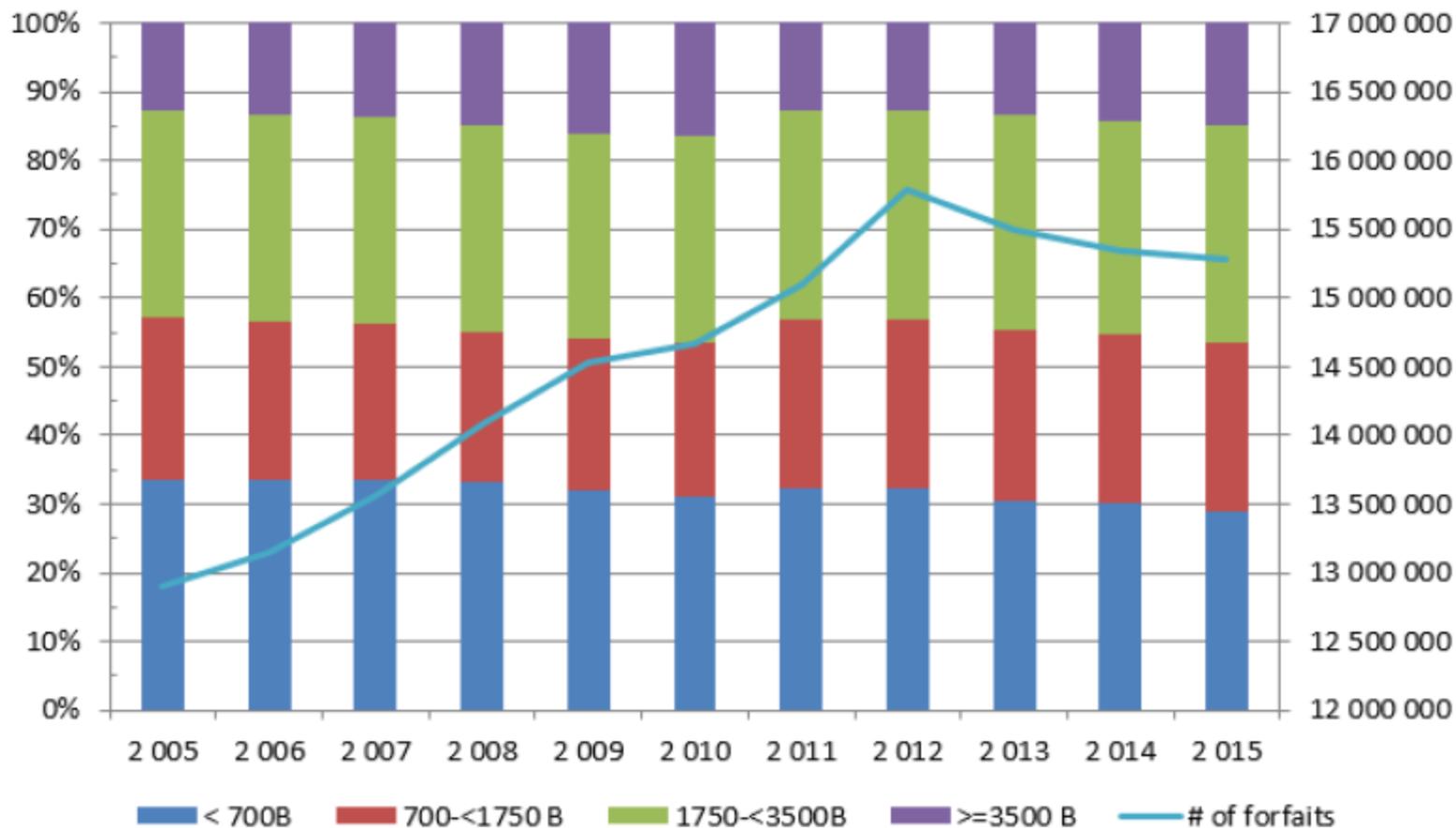
Numéro	Nom	Commune	Montant à facturer à partir du 01/11/2015
710.004.36	CLINIQUE REINE ASTRID	MALMEDY	19,53
710.006.34	C. H. REGIONAL DE NAMUR	NAMUR	21,76
710.007.33	C. H. DE LA HAUTE SENNE	SOIGNIES	19,17
710.009.31	ZIEKENHUIS NETWERK ANTWERPEN	ANTWERPEN	18,42
710.010.30	GRAND HOPITAL DE CHARLEROI	CHARLEROI	21,38
710.012.28	A.Z. SINT-BLASIUS	DENDERMONDE	20,46
710.015.25	ST. NIKOLAUS-HOSPITAL EUPEN	EUPEN	20,59
710.017.23	A.Z. MARIA MIDDELARES - SINT-JOZEF	GENT	24,68
710.020.20	C. H. PELTZER - LA TOURELLE	VERVIERS	21,00
710.023.17	CLINIQUE ANDRE RENARD	HERSTAL	20,07
710.026.14	A.Z. SINT-MAARTEN	MECHELEN	16,37
710.032.08	AZ ALMA	EEKLO	17,61
710.037.03	LES CLINIQUES DE L'IPAL SITE VALDOR / PERI	LIEGE	5,67
710.038.02	STICHTING VOOR DE PSYCHOGERIATRIE	SINT-JANS MOLENBEEK	7,82

Nombre de B	Forfait	Ticket modérateur	Si V.I.P.O.
< 700	20,14 €	0 €	0 €
700 – 1750	32,58 €	8,7 €	3,72 €
1750 – 3500	36,99 €	12,96 €	3,72 €
> 3500	39,07 €	15,67 €	3,72 €

# Honoraires forfaitaires ambulatoires depuis 2005

## Répartition et montants

Source : chiffres INAMI 2015Q2



# L'enveloppe... fermée



## Soins de Santé

Circulaire OA n° 2016/73 du 14 mars 2016

3910/1496

En vigueur à partir du 1 avril 2016

## Tarifs ; médecins - biologie clinique ; 01-04-2016

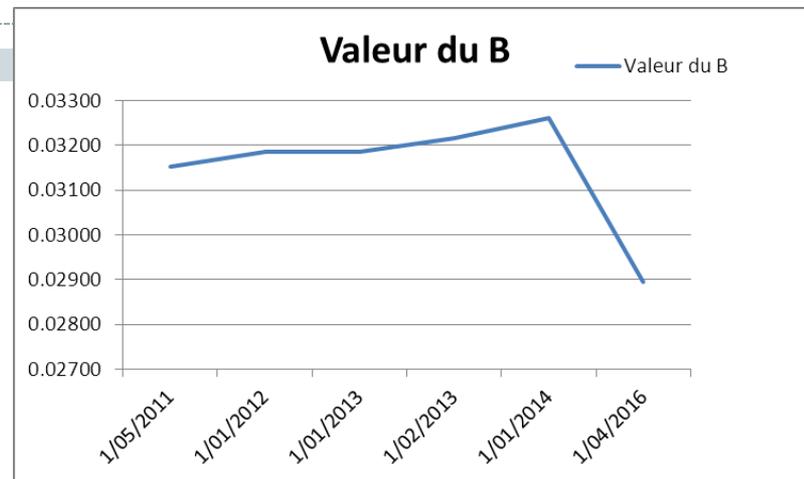
Suite à la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 21 décembre 2015, une économie globale de 40 millions d'euros est prévue dans le secteur de la biologie clinique. L'économie est réalisée en diminuant la valeur de la lettre-clé de 11,20% des prestations de biologie clinique des articles 3, 18, 24 à partir du 1<sup>er</sup> avril 2016.

Dans l'Accord 2016-2017, une revalorisation de 20 millions d'euros est prévue pour la biologie clinique.

Les valeurs des lettres-clés des honoraires forfaitaires par admission sont révalorisées de 7,73% (page 19).

**Biologie clinique**

La circulaire O.A. 2015/387 – 3910/1475, modifiée par la circulaire O.A 2016/10 – 3910/1483, doit être supprimée et remplacée par la présente circulaire.

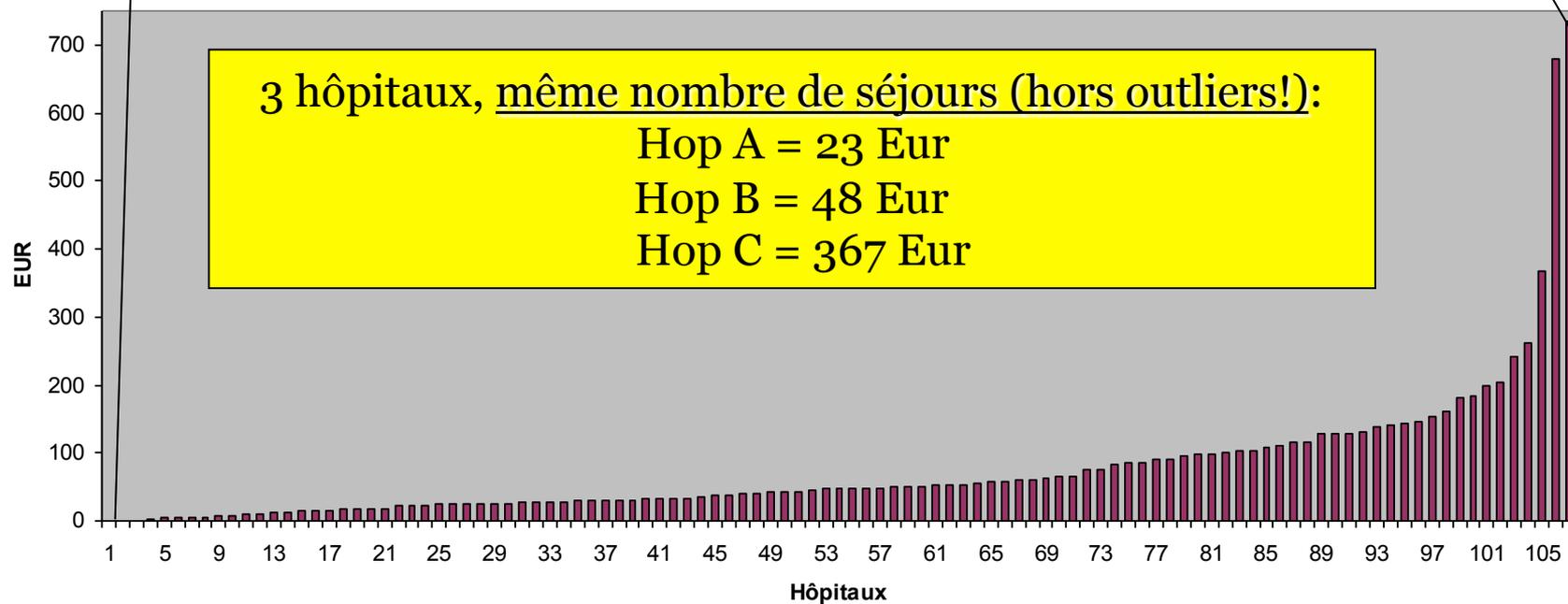


# Les montants de référence : à partir d'un constat...

0 EUR

735 EUR

Dépense moyenne par hôpital pour des PRESTATIONS TECHNIQUES réalisées dans le cadre d' "Interventions sur les vaisseaux extra crâniens" (APR-DRG 024) de sévérité 2



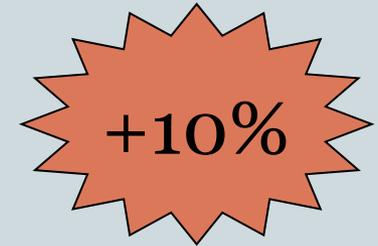
# Les montants de référence



- Calcul de la **moyenne nationale** des dépenses en BC
  - Par certains APR-DRG (22 groupes de diagnostic chirurgicaux et 12 APR-DRG médicaux),
  - Par niveau de sévérité (1 et 2)

## APR-DRG Médicaux – Groupes de diagnostic

045 - Accident vasculaire cérébral avec infarctus
046 - Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus
047 - Accident ischémique transitoire
134 - Embolie pulmonaire
136 - Affections malignes du système respiratoire
<b>139 - Pneumonie simple</b>
190 - Affections circulatoires avec infarctus
202 - Angine de poitrine
204 - Syncope et collapsus
244 - Diverticulité et diverticulose
464 - Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons
465 - Lithiases urinaires, sans ESW lithotripsie par ultrasons



# Le forfait « all in »



- Tarifs fixés par pathologie (PTH, pontage coronarien,...) basés sur des études objectives de coûts (Activity Based Costing)
  - Projet PACHA : Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés
- En intégrant pour certaines maladies chroniques ce qui se passe avant l'hospitalisation et après (revalidation,...)
- Intégration dans le financement (10%) des concepts de performance et de **qualité**
- **Le coût de la biologie clinique sera intégrée dans ce forfait**

# Plan



- Pourquoi une réforme du financement des hôpitaux ?
  - Etats des lieux et Vision macroéconomique
- **Les axes de réforme du financement**
  - Le financement prospectif par pathologie
  - La réorganisation complète du paysage hospitalier (bassins de soins)
  - Les modalités de rémunération des médecins (réforme du paiement à l'acte)
- Discussion et Conclusion

**Problème A**



**Docteur A**



**Problème B**



**Docteur B**



**Problème C**



**Docteur C**





Problème A

Problème B

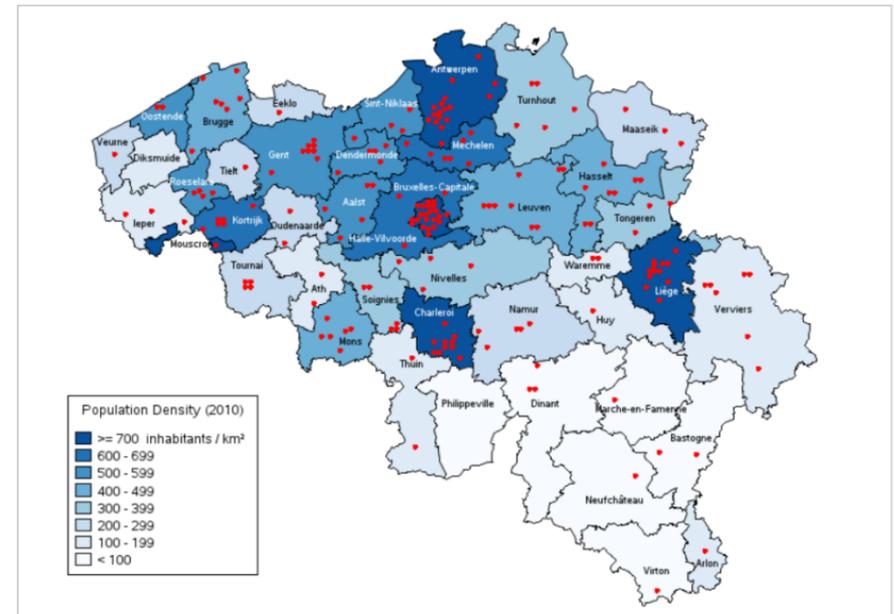
Problème C

# Le paysage hospitalier



- 135 hôpitaux généraux (200 sites)
- 68 hôpitaux psychiatriques
- Taille moyenne par site (250 lits)
- Taux moyen d'occupation (73%)
- 65% privés mais sans buts lucratifs
- 35% publics

Figure 3 – Geographical distribution of acute hospital sites in Belgium, 2013



Source: FOD-SPF

# Objectif de la réforme: Réaffectation des moyens



## → Affectation intelligente des moyens

- Réallocation des moyens et des personnes au sein des hôpitaux/entre hôpitaux et en dehors des hôpitaux

### Comment?

- Supprimer progressivement les lits hospitaliers non utilisés
- Ecourter la durée de séjour et transfert vers les soins en dehors de l'hôpital
- Eviter la duplication inutile des examens/multiplication des technologies

# 6<sup>ème</sup> réforme de l'état: changement d'interlocuteurs



# (Ré)organisation approfondie du paysage hospitalier



- Limitation de l'offre de lits aigus,... (~ 10.000 lits à fermer)
- Réseaux cliniques entre hôpitaux: collaboration entre hôpitaux universitaires, spécialisés et de base → programme de soins en réseau
- Collaboration hôpitaux – prestataires de soins extra muros
- Centres spécialisés/référence avec concentration des traitements et technologies onéreux , difficiles, rares... La technologie onéreuse est attribuée au niveau du réseau, pas au niveau de l'hôpital
- Associations de services (RXTH, CV, SMUR,..)
- **Réseautage des services de soutien: Laboratoires, pharmacie...**
- Cela sous-tend de surpasser les réseaux philosophiques/politiques

# Plan



- Pourquoi une réforme du financement des hôpitaux ?
  - Etats des lieux et Vision macroéconomique
- **Les axes de réforme du financement**
  - Le financement prospectif par pathologie
  - La réorganisation complète du paysage hospitalier (bassins de soins)
  - Les modalités de rémunération des médecins (réforme du paiement à l'acte)
- Discussion et Conclusion

# Constat: écart de rémunération



**Table 20 – Annual gross income after deductions and including fee supplements, in euro**

<b>Medical discipline</b>	<b>Average annual income in 2010</b>
<b>Nephrology-dialysis</b>	€ 425 505
<b>Clinical biology</b>	€ 355 103
<b>Radiology</b>	€ 338 378
<b>Neurosurgery</b>	€ 315 796
<b>Stomatology</b>	€ 289 839
<b>Anaesthesia</b>	€ 279 554
<b>Ophthalmology</b>	€ 271 857
<b>Orthopaedics</b>	€ 262 638
<b>Gynaecology</b>	€ 199 432
<b>Emergency medicine</b>	€ 189 881
<b>Geriatrics</b>	€ 187 606
<b>Paediatrics</b>	€ 179 461
<b>Pneumology</b>	€ 179 326
<b>Oncology</b>	€ 179 100
<b>Psychiatry</b>	€ 174 879
<b>Neurology</b>	€ 157 536

*Source: Swartenbroekx et al. (2012)<sup>204</sup>*

# Les honoraires

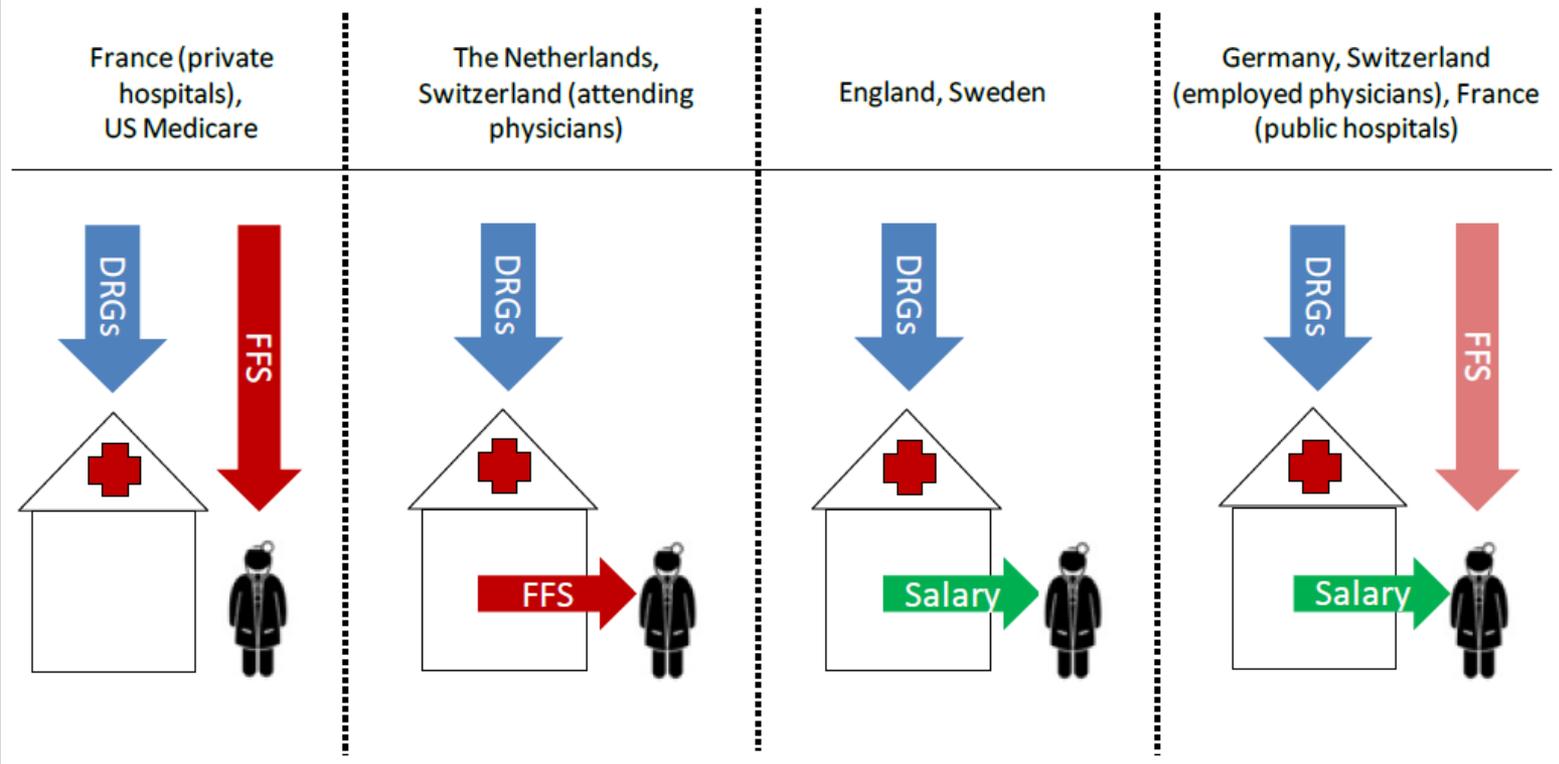


- ❖ 9000 codes dans la nomenclature Inami (favorable au lobbying / spécialité)
- ❖ Principe:
  - Honoraire brut: finance l'activité intellectuelle et manuelle du médecin **ET** tous les coûts (personnel, consommable, amortissements) nécessaire à la production de l'acte
  - Honoraire pur: finance l'activité intellectuelle et manuelle du médecin
- ❖ A l'hôpital, répartition nécessaire de l'honoraire entre les médecins et l'hôpital → Doit faire l'objet d'un accord entre le gestionnaire et le Conseil Médical

# Modes de rémunérations en Europe

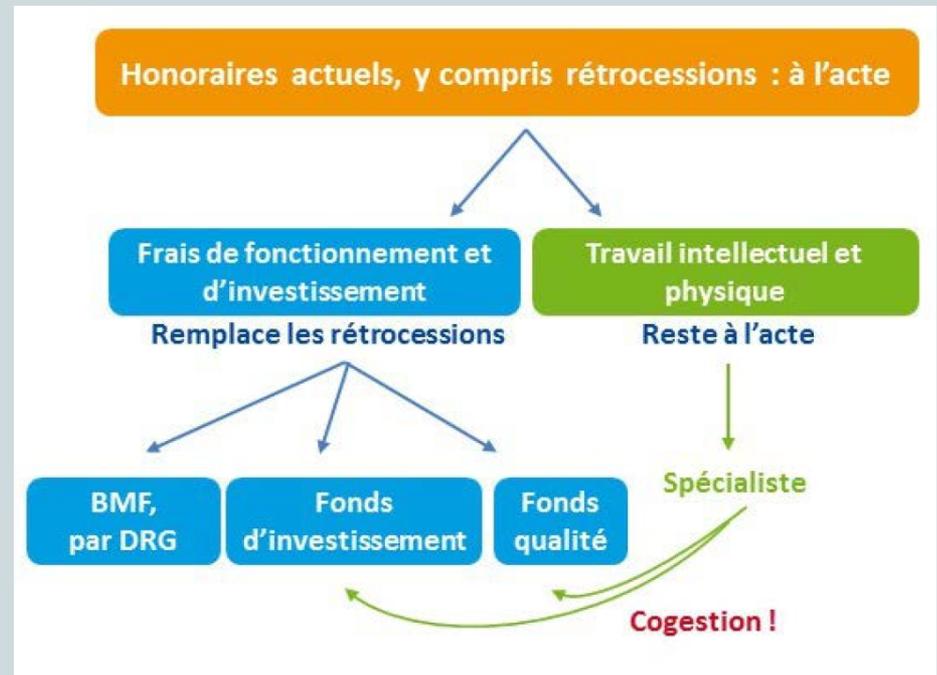
- Rémunération des médecins spécialistes

**Figure 33 – Options for specialist remuneration under DRG-based hospital payment and country examples**



# Axe de réforme du financement

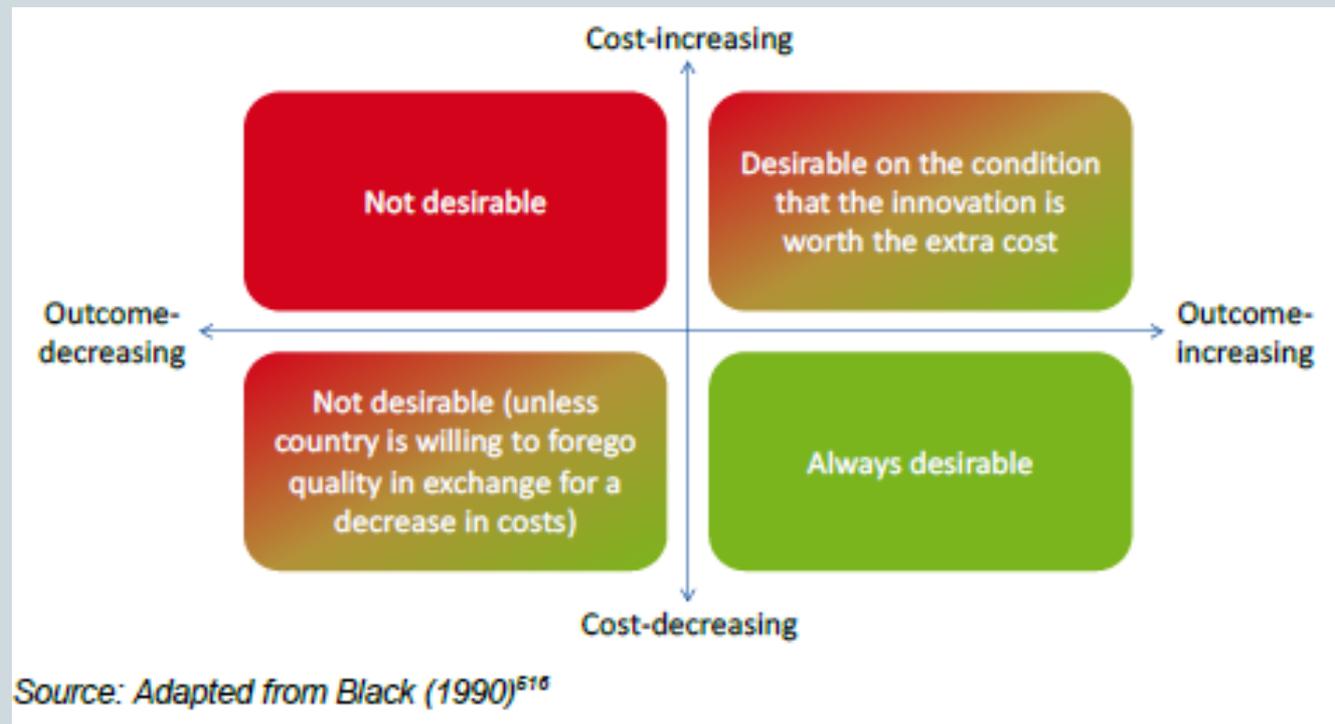
- Rémunération des médecins spécialistes:
  - Maintien de la rémunération des médecins spécialistes à l'acte avec un honoraire « pur »
    - Abolition totale du système de rétrocession des honoraires
    - Création d'un fonds d'investissement par hôpital, cogéré par les médecins spécialistes et le gestionnaire



# Axe de réforme du financement



- Investissement dans les innovations



# Plan



- Pourquoi une réforme du financement des hôpitaux ?
  - Etats des lieux et Vision macroéconomique
- Les axes de réforme du financement
  - Le financement prospectif par pathologie
  - La réorganisation complète du paysage hospitalier (bassins de soins)
  - Les modalités de rémunération des médecins (réforme du paiement à l'acte)
- **Discussion et Conclusion**

# Discussion et conclusion



- Le financement prospectif à la pathologie
  - ❖ Elargissement des montants de référence pour tous les APR-DRG dans le « all in ».
  - ❖ Maintien d'un honoraire pur < quelle définition pour le biologiste ?
  - ❖ Prise en compte de la qualité et de la performance
- La réorganisation complète du paysage hospitalier
  - ✓ Interlocuteur: complexité institutionnelle ?
  - ✓ Nécessité d'organiser le système en bassins de soins : santé publique > réseaux
  - ✓ Meilleure allocation des ressources tout en respectant la « proximité » des soins
- Les modalités de rémunération des médecins
  - ❑ Mixte ?
  - ❑ Réduction différence de rémunération
  - ❑ Quid des suppléments d'honoraires ?

Soyons (ré)actifs face aux nombreux enjeux



Merci de votre  
attention