

Maggie de Block veut réformer le financement des hôpitaux

SANTÉ Les paiements à l'acte feront partiellement place aux forfaits

► Le financement des hôpitaux est à la fois complexe et générateur de doublons dans les soins.

► Maggie de Block veut simplifier et clarifier les flux pour préserver la qualité des soins.

Nos patients ont droit à la meilleure qualité des soins de santé. Des soins de santé qui doivent rester accessibles à tous. » L lançant les prémices de son plan de réforme du financement des hôpitaux, Maggie De Block a insisté sur ces quelques préalables, comme pour prévenir les interprétations négatives. « Car, dit-elle, il ne s'agit pas de réaliser des économies, mais de réformer le secteur ». À l'ordre du jour notamment : un financement par forfait pour les pathologies « simples », une hiérarchisation des institutions au sein de réseaux pour l'attribution des technologies onéreuses et une sécurisation du financement « pour éviter que des hôpitaux doivent fermer leurs portes dans quelques années pour des raisons financières ». Morceaux choisis d'une réforme.

1 On réinvente l'hôpital. L'hôpital sera placé au cœur d'un réseau comprenant évidemment l'hospitalisation et les choix médico-technologiques, mais également des connexions renforcées avec le généraliste, l'organisation de soins à domicile, la revalidation ou le séjour en maison de repos. Maggie De Block veut au passage une hiérarchie au sein du réseau entre hôpitaux de base, hôpitaux de référence et hôpitaux universitaires. Elle prône la concentration des soins plutôt que leur dispersion et l'attribution des technologies onéreuses au réseau lui-même plutôt qu'à une institution en particulier.

2 On finance partiellement au forfait. On a tous en tête des exemples de gestes médicaux inutiles, favorisés par la tradition très belge de financement à l'acte. Pour une série d'interventions on parlera bientôt au passé. En fait, elles seront classées en trois « clusters ». D'abord

les soins dits « à faible variation », ils seront financés par l'Inami au forfait, soit un montant déterminé à l'avance sur la base des prix pratiqués actuellement par les hôpitaux. Ce sera le cas pour des actes aussi standardisés que la pose d'une prothèse de hanche ou une opération de l'appendicite. Ensuite les « soins à variation moyenne » où l'on classe les opérations pouvant engendrer des complications en

fonction de l'état du patient. Une prothèse de hanche chez un patient cardiaque par exemple. Ces soins seront financés selon la logique actuelle d'enveloppe fermée répartie entre les institutions. Enfin, on parlera de « soins à forte variation » pour les pathologies avec une imprévisibilité importante. Exemple : une tumeur compliquée ou une pathologie simple rendue complexe par l'âge ou l'état général du patient. Dans cette catégorie les soins resteront financés à l'acte.

3 On récompense la qualité. Les pays étrangers – anglo-saxons notamment – appliquent volontiers le *pay for performance* : ils avantagent les hôpitaux où les pratiques médicales engendrent plus de qualité (moins de réadmission après une opération, moins de complication chez le patient diabétique,...). On récompense ainsi l'expertise du corps médical et l'attention portée aux malades par les équipes de soins. On va tester le système en Belgique, lentement mais sûrement, en y consacrant 1 ou 2 % du budget.

4 On simplifie le financement. Il faut s'être penché un jour sur le budget

d'un hôpital pour comprendre combien la technique de financement est excessivement complexe (répartie entre le « budget des moyens financiers » versé par l'Inami lui-même divisé en dizaines de cases, la rétrocession des honoraires des médecins, les suppléments d'honoraires, les revenus de la pharmacie, les services divers,...). Le ministère de la Santé publique veut simplifier tout cela en se concentrant sur les trois clusters de soins évoqués au point 2, en intégrant les différentes sources évoquées ci-dessus et en réformant la très sen-

sible rétrocession des honoraires des médecins : alors qu'actuellement la part du revenu du médecin à céder à l'hôpital fait l'objet d'âpres négociations, on devrait demain diviser clairement l'honoraire en deux morceaux : la partie professionnelle qui couvre l'acte médical et la partie « frais pratiques » qui couvrent les coûts des infrastructures et des appareils. Pour rassurer ceux qui rechignent déjà dans le monde médical, Maggie De Block promet que les spécialistes garderont leur mot à dire sur l'affectation des moyens et la gestion médicale de l'hôpital. ■

ÉRIC BURGRAFF

RÉACTION

Le secteur veut « un financement correct »

Huit fédérations hospitalières francophones et néerlandophones ont rédigé en commun un texte de réaction. Ainsi, elles prônent une vision qui aille au-delà de la réforme financière et réclament un découplage des structures : « dans ce modèle de soins les hôpitaux ne sont plus des entités isolées, mais des acteurs qui s'inscrivent dans un modèle collaboratif avec d'autres acteurs de la santé. » Sur le paysage hospitalier, elles veulent « un plan stratégique des soins de santé, dans lequel chaque Région/Communauté peut inclure des spécificités propres. Cela peut aussi bien concerner une offre complémentaire au sein de réseaux que des soins dans une sous-spécialisation ou la concentration de programmes de soins chers ou rares, ces derniers n'étant pas nécessairement réservés aux hôpitaux académiques. »

Enfin, sur le financement lui-même, elles exigent « un financement correct basé sur des coûts réels » et estiment « qu'aucune charge additionnelle ne peut être imposée aux hôpitaux sans concertation et sans que les moyens financiers adéquats ne soient prévus dès le début ».

E.B.