|  |  |
| --- | --- |
| https://www.alass.org/wp-content/uploads/calass2019_pag-fr-OK.jpg | **CALASS 2019****Montréal, 22 au 24 aout 2019****Formulaire de soumission de communication libre****Date limite : 29 avril 2019**Le formulaire rempli doit être envoyé par courriel à : alass@alass.org  |
| **Titre de la communication** | Introduction du financement forfaitaire à la pathologie en Belgique : impact au CHU de Liège |
| **Auteur principal** | Marie-Pierre Cunin |
| **Fonction, profession** | Analyste |
| **Affiliation professionnelle du responsable de la session** | Service des Informations Médico-économiques  |
| **Adresse professionnelle**  | CHU de Liège B35 Sart Tilman  |
| **Ville et code postal** | 4000 Liège |
| **Pays** | Belgique |
| **Téléphone** | 0032(0)4/2425582 |
| **Email** | mpcunin@chuliege.be |
| **Coauteurs** | Nancy Laport, Francine Kersten, Philippe Kolh, Jessica Jacques |
| **Mots clefs (5 maximum)** | Financement, Forfait à la pathologie, Soins à basse variabilité |
| **Résumé de la communication** (400-800 mots)- contexte et problématique- objectif de la recherche - théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés ; - résultats et discussion ; - contribution/intérêt de la session par rapport à l’état de l’art et/ou de la pratique | **Contexte et problématique :**Pour améliorer l’efficience et la qualité du système de soins de santé en Belgique, tout en répondant de manière plus optimale à l’évolution des besoins des patients (de plus en plus âgés et augmentation des maladies chroniques), le ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique a entamé une révision du financement des hôpitaux.En amont de cette réforme, un cadre conceptuel a été posé sur base d’une analyse du système actuel, d’une comparaison avec les systèmes étrangers et de la mise en place de projets pilotes[[1]](#footnote-1). En effet, pourquoi vouloir changer un système qui fonctionne bien en apparence? Force est de constater que l’offre de soins est vaste en Belgique et bénéficie d’un fort dynamisme technologique. Les soins sont en outre accessibles au plus grand nombre et de proximité. Cette réforme est pourtant jugée indispensable face au constat d’un système coûteux et d’un nombre croissant d’hôpitaux en déficit. Un des pans de la réforme vise donc à faire évoluer le financement des hôpitaux vers un financement prospectif et par pathologie APR-DRG (hors santé mentale et revalidation), organisé en clusters de financement pour les pathologies à basse, moyenne et haute variabilité. Les clusters basse variabilité sont d’application depuis le 1er janvier 2019. Ils concernent l’activité en hospitalisation classique et de jour. Le montant englobe tous les honoraires (médicaux et non médicaux) liés à un séjour, indépendamment des prestations effectivement réalisées, permettant ainsi de répondre aux objectifs suivants :* Limiter les **différences de pratiques** pour des soins standardisables (faible sévérité) et endiguer une éventuelle **sur-consommation**
* **Prévisibilité** au travers un montant prospectif plutôt qu’un remboursement a postériori
* Un **montant identique pour le patient** pour un même soin presté quel que soit l’hôpital
* Plus de **transparence** pour les patients et pour les soignants
* Plus d’**équité de financement** (calcul du montant du forfait sur la médiane nationale plutôt que moyenne)

27 DRG ont été identifiés comme faisant partie des clusters basse variabilité. Ils concernent principalement les disciplines de cardiologie interventionnelle (coronaroplastie, …), chirurgie cardio-vasculaire (pontage, valve, …), chirurgie abdominale (thyroïdectomie, gastroplastie, *...)*, gynécologie et obstétrique (accouchement vaginal, césarienne,…), chirurgie orthopédique et de la main (PTH, PTG, canal carpien,…), urologie (circoncision, vasectomie, …) et ORL (amygdales et végétations, ...). Ces 27 DRG ont été subdivisés en 57 groupes de patients, définis à partir du degré de sévérité (1 et/ou 2), de la présence ou l’absence de certains codes de nomenclature et/ou de codes ICD10 et du type d’hospitalisation (classique ou de jour). Chaque groupe de patient se voit ainsi attribuer un montant forfaitaire par séjour.**Objectif :**Le CHU de Liège, hôpital universitaire, compte 888 lits agréés. En 2018, il a accueilli 840.000 personnes en consultation, 100.000 patients aux urgences, 45.000 en hôpital de jour et 42.000 en hospitalisation classique. Plus de 900 médecins, répartis entre une cinquantaine de services, y dispensent des soins spécialisés dans toutes les disciplines médicales.Avant la mise en place effective de cette réforme, le CHU de Liège a souhaité analyser les différents impacts des clusters basse-variabilité sur l’institution et par service médical. En effet, au CHU de Liège, une forte responsabilisation budgétaire a été confiée aux chefs de service médicaux en ce qui concerne les honoraires. Dès lors, chaque service médical correspond à une unité budgétaire gérée par un chef de service médical.**Méthode :**En collaboration avec le service de facturation, le Service des Informations Médico-Economiques a réalisé des simulations sur base d’un feedback reçu de l’INAMI qui identifiait les séjours RHM de 2016 (codés en ICD 10/version 34) appartenant aux clusters basse variabilité, et indiquait pour chaque séjour le montant réellement facturé (par code de nomenclature) ainsi que le montant forfaitaire alloué au séjour et la valeur correspondante par code de nomenclature. Les analyses réalisées visaient dès lors à :* quantifier la proportion de séjours impactés,
* évaluer les gains et pertes financiers attendus par pathologie
* identifier une méthode de redistribution du montant des forfaits entre les services médicaux / prestataires. Cette répartition est particulièrement attendue dans la mesure où elle doit être équitable entre les services médicaux et rester cohérente face aux enjeux de la réforme.

**Résultats :**Les simulations réalisées ont permis d’identifier que, sur base des séjours 2016, l’impact institutionnel était modéré. 6 916 séjours (8%) étaient potentiellement concernés par les clusters basse variabilité. Parmi ceux-ci, 4 902 (12%) relèvent de l’hospitalisation classique et 2014 (4%) de l’hospitalisation de jour. La réforme impactait 7 172 649€, soit 0.42% des honoraires totaux. En outre, globalement, la réforme des honoraires présentaient une balance légèrement positive, avec 369 621€, soit un bénéfice de 5% du montant facturé sur les pathologies concenées.Par contre, l’impact par service est différent d’une discipline à l’autre. Par exemple, la facturation des séjours clusters basse variabilité en cardiologie interventionnelle représente près de la moitié des honoraires totaux dans cette discipline mais cette discipline génère un bénéfice avec l’arrivée des forfaits, alors que 13% des séjours en gynécologie-obstétrique sont concernés mais avec un déficit.Pour répondre à l’enjeu de la redistribution des forfaits, différentes méthodologies ont été testées, allant de l’application stricte par séjour du pourcentage national par code de nomenclature (fourni par l’INAMI), à une répartition sur base des actes prestés. Les points forts et points faibles de chacune des méthodes ont été analysés : montant distribué trop faible, particulièrement dans certaines disciplines pour la première méthode (en effet, il n’était pas possible d’attribuer au CHU l’entièreté des codes utilisés au national), montant totalement distribué mais qui n’endigue pas la surconsommation pour la dernière méthode. Un cheminement par étape visant à conserver les avantages des méthodes testées tout en supprimant les inconvénients a finalement permis d’aboutir à une méthode mixte et consensuelle, qui se compose d’une première répartition du forfait par article de nomenclature, conforme à la pratique nationale, suivie d’une répartition par service sur base des actes prestés. Cette méthode présente l’avantage d’une redistribution équitable du forfait entre services tout en régularisant une éventuelle surconsommation.**Conclusion :**Les clusters basse variabilité constituent une porte d’entrée dans la réforme du financement des hôpitaux, qui se veut plus globale en Belgique. A terme, le montant global prospectif par admission devrait intégrer, en plus des honoraires, le budget des moyens financiers ainsi que les médicaments et les implants. Il devrait en outre s’étendre à d’autres pathologies et éventuellement d’autres niveaux de variabilité. L’analyse des impacts de cette première réforme, au-delà de l’aspect financier, a en outre permis de s’interroger sur les pratiques médicales et de s’interroger sur les différences observées par rapport à la pratique nationale.  |

1. Etude KCE (2014) “Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux » [↑](#footnote-ref-1)