

**Les soins à basse variabilité du point de vue de la gestion hospitalière**

1. Contrôle du budget par les autorités
2. Gestion et maîtrise des coûts
3. Cadre budgétaire global
4. Soins à basse variabilité

**1. Contrôle du budget par les autorités**

- 30 ans de réflexion pour maîtriser les dépenses de l'assurance maladie
- Article 9 : *financement des coûts réels*
- *Admissions/jours d'hospitalisation réels*
- *Admissions/jours d'hospitalisation justifiés*
- ⇒ Financement encore entièrement rétrospectif
  
- Entretemps, les honoraires/hôpitaux de jour sont toujours « rémunérés à l'acte »
- = pour les autorités maîtrise et contrôle du budget encore insuffisants

- **Actuellement** : montant par hospitalisation dans la catégorie des soins à basse variabilité
- ⇒ Démarrage d'un financement prospectif
- = encore une seule variable : le nombre de patients
- = possibilité d'un contrôle nettement meilleur du budget par les autorités
- = le risque passe davantage du côté des hôpitaux

Texte de loi : « le montant **global prospectif** couvre tous les coûts qui sont liés directement ou indirectement à l'admission dans un hôpital et à l'exécution des prestations de santé... »


**2. Gestion et maîtrise des coûts**

- Ces dernières années, les autorités ont introduit des mesures ciblées
- Forme très limitée de points de référence permettant de gérer ces mesures au niveau de l'hôpital
- Résultat : chaque hôpital réinvente l'eau chaude

AZ Nikolaas  
top.org.warmhart


- Exemples

a) **Montants de référence** : prestations médico-techniques pour un certain nombre de DRG par rapport à la moyenne du pays.  
En cas de dépassement : remboursement par l'hôpital  
En cas de sous-exploitation : rien



AZ Nikolaas  
top.org.warmhart

- En cas de remboursement et en l'absence d'accord au sein de l'hôpital entre l'administrateur et le conseil médical :  
la loi sur les hôpitaux prévoit : « dans tout autre cas, l'imputation visée s'effectue à charge du médecin hospitalier à concurrence de 75 % et du gestionnaire de l'hôpital à concurrence de 25 % »




AZ Nikolaas  
top.org.warmhart

**b) Introduction lits justifiés**

Si nombre de lits justifiés < nombre de lits agréés

Solution ?

Subir des pertes ou supprimer des lits : problème à résoudre dans chaque hôpital



AZ Nikolaas  
top.org.warmhart

- Flandre**

2010 : 24 039 lits justifiés  
2015 : 22 362 lits justifiés

Baisse de 1 700 lits justifiés



AZ Nikolaas  
top.org.warmhart

Activiteit: % verantwoorde bedden tov erkende bedden\*



DE-AZ NIKOLAAS

\*Overeen bedden excl. dagchirurgie + CHIC - verpleegbedden / erkend bed




AZ Nikolaas  
top.org.warmhart

**c) Forfaitarisation des médicaments des patients hospitalisés**  
75 % forfait et 25 % facturation réelle

Si 75 % forfait < frais réels : problème à résoudre dans chaque hôpital

Les chiffres de l'INAMI indiquent que la consommation des hôpitaux se rapproche de plus en plus de la moyenne = économies pour les autorités

! Les macro-économies DEVRAIENT être réinjectées pour la pharmacie clinique, les PICS, CMP, la prescription électronique... : 0,00 € !!!



**d) Forfaitarisation du matériel endoscopique et de viscérosynthèse (article 35 bis)**

*Si forfait < frais réels* : problème à résoudre dans chaque hôpital

**e) Section B2 du BFM : financement OK**

- Système de points OK = budget fermé
- Somme déterminée par le type d'intervention x durées standard = budget
- Ce budget fournit un nombre de points
- Si la somme des points > budget fermé : application d'un coefficient de réduction  
2007 : 92 %  
2017 : 78 %

**Conclusion**

- Les exemples illustrent un glissement du risque des autorités vers chaque hôpital individuel
  - Par le passé, aucun outil ne permettait de gérer des forfaitarisations et économies ciblées dans les hôpitaux...
  - La « gestion » par les médecins
    - + Demande trop importante de prestations techniques
    - + Production de jours d'hospitalisation non justifiés
    - + Utilisation d'un matériel endoscopique trop important ou trop cher
- Heureusement, beaucoup de dialogues positifs dans les hôpitaux

**3. Cadre budgétaire global des hôpitaux généraux**

- « À résoudre dans chaque hôpital » ne pose aucun problème s'il s'agit d'un secteur lucratif
- Sous-financement des hôpitaux = fait
- Économies au cours des dernières années (réduction de la durée d'hospitalisation en maternité, prime BA médecins en B4...)

• Comment résoudre ce problème ?

- Subir des pertes (aucune option pluriannuelle)
- Chercher des solutions

Revenus supplémentaires

- Imputer les frais de matériaux : cf. arrêté interdiction BFM
- Parking, rooming in, cafétéria... : peanuts
- Suppléments d'honoraires : cf. passage accord medicomut + généralement à destination de nouveaux bâtiments, MIF...
- Contributions supérieures des médecins : fatigue + également interventions supplémentaires dans la nomenclature

Réduction des coûts

- Suppression de lits
- Fermeture de sites
- Suppression de personnel
- Politique d'achat plus efficace

**Conclusion du cadre budgétaire global**

- La récréation est terminée
- Pression importante sur le budget des hôpitaux
  - Recherche de revenus supplémentaires quasi entièrement fermée (cf. suppléments d'honoraires)
  - Assainir les frais = seule solution

Et pourtant, il demeure ici et là une certaine marge de manœuvre.

Cas BVBA Medisch labo	2013	2014	2015	2016
Chiffre d'affaires	45 303 775	48 680 742	52 789 283	55 431 381
Bénéfices de l'entreprise	20 128 459	22 394 175	22 874 612	17 882 856
Bénéfices issus de l'activité ordinaire	20 313 715	22 438 360	22 926 324	17 890 834
Bénéfices de l'exercice après imposition	14 108 655	14 861 865	15 975 499	11 534 658
Bénéfices distribués		44 500 000		(-20 %)

**4. Soins à basse variabilité**

- À première vue, impact limité pour le management : FAUX
- Seulement un premier pas vers un forfait complet (y compris composante hôtelière notamment)
- Changement radical
- Revoir l'ensemble du flux de codage et de facturation (le patient est-il dans le groupe à basse variabilité ?)

- Gestion des discussions entre les groupes de médecins  
P. ex. amygdalectomie + examen anatomo-pathologie (76 €)  
Maintenant : en forfait encore 27 € pour l'anatomo-pathologie
- Il faut espérer que les autorités donnent des clés de répartition claires pour la répartition entre les médecins

**Enfin** : Les DRG et la nomenclature sont devenus les jouets d'analyses statistiques et de convergence mathématique vers les moyennes

**Alternative ?** Schémas de traitement et directives factuelles