

SYNTHÈSE

ÉTUDE COMPARATIVE DU FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS DANS CINQ PAYS





Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'Administration

	Membres effectifs	Membres suppléants
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice-président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice-président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice-président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis	Vinciane Quoidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens	Roland Lemye
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Fédérations hospitalières	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Partenaires sociaux	Johan Pauwels	Katrien Kesteloort
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	



Contrôle

Commissaire du Gouvernement

Yves Roger

Direction

Directeur Général

Raf Mertens

Directeur Général Adjoint

Christian Léonard

Directeur du programme d'études

Kristel De Gauquier

Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)

Doorbuilding (10^e étage)

Boulevard du Jardin Botanique, 55

B-1000 Bruxelles

Belgique

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be/>

SYNTHÈSE

ÉTUDE COMPARATIVE DU FINANCEMENT DES SOINS HOSPITALIERS DANS CINQ PAYS

CARINE VAN DE VOORDE, SOPHIE GERKENS, KOEN VAN DEN HEEDE, NATHALIE SWARTENBROEKX



COLOPHON

Titre :	Étude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays – Synthèse
Auteurs :	Carine Van de Voorde, Sophie Gerkens, Koen Van den Heede, Nathalie Swartenbroekx
Relecture :	Stephan Devriese (KCE), Raf Mertens (KCE), Stefaan Van De Sande (KCE)
Experts externes :	Valérie Paris (OCDE), Wilm Quentin (Technische Universität Berlin), Andrew Street (Centre for Health Economics, University of York), Johan van Manen (Nederlandse Zorgautoriteit), Chapin White (Center for Studying Health System Change, Washington)
Validateurs externes :	Niek Klazinga (Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam ; OCDE), Hans Kluge (OMS Bureau régional de l'Europe), Ewout van Ginneken (Technische Universität Berlin ; Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé)
Remerciements :	Anke Bramesfeld (AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH), Tamas Evetovits (Barcelona Office for Health Systems Strengthening, WHO Europe), Alexander Geissler (WHO Collaborating Center, Department of Health Care Management, Berlin University of Technology), Mareike Laschat (IGES Institut GmbH, Berlin)
Autres intérêts déclarés :	Honoraires ou autres compensations pour la rédaction d'une publication ou la collaboration à un tel travail : Johan van Manen (paiement pour la Nederlandse Zorgautoriteit) Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium : Johan van Manen (paiement pour la Nederlandse Zorgautoriteit)
Layout :	Ine Verhulst

Disclaimer :

- Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.
- Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.
- Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.



Date de publication : 11 octobre 2013
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Hospitals; Prospective Payment System; Reimbursement, Incentive; Diagnosis-Related Groups; Comparative Study
Classification NLM : WX157
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépôt légal : D/2013/10.273/59

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. Étude comparative du financement des soins hospitaliers dans cinq pays – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2013. KCE Reports 207Bs. D/2013/10.273/59.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



■ PRÉFACE

Quelle destination peut-on imaginer pour le financement hospitalier ? En avril de cette année, la ministre Onkelinx a annoncé qu'une 'feuille de route' sur le futur financement des hôpitaux serait déposée en octobre. Une feuille de route suggère qu'il existe un chemin qu'on peut indiquer et qu'il suffit de suivre. Mais cette métaphore est-elle totalement pertinente ?

Si on approfondit un tant soit peu le sujet, émerge rapidement l'image d'un carrefour avec de nombreuses routes, et sur ce carrefour un poteau avec des flèches pointant chacune dans une direction différente. On y repère un chemin de l'efficience, un autre en direction de la qualité, un autre encore qui mène à l'accessibilité ou encore celui qui conduit à un revenu équitable pour les professionnels des soins de santé. Mais ces chemins sont-ils réellement divergents ? Y a-t-il autant de systèmes de financement hospitaliers différents, et cela implique-t-il nécessairement un choix, entre par exemple plus d'efficience au détriment de l'accessibilité ou de l'équité ? Le chemin idéal n'existe probablement pas, et chaque acteur impliqué a naturellement ses propres priorités, mais chacun souhaite tout de même réaliser le plus possible l'ensemble des objectifs.

Et maintenant que la décision est prise de s'engager de toute manière sur la voie d'une réforme, il serait préférable que nous ne tentions pas de réinventer la roue. La Ministre a donc chargé le KCE d'examiner quelles leçons il était possible de tirer de réformes initiées par d'autres pays pour élaborer un financement plus prospectif, par pathologies. La cartographie du paysage de santé diffère sans aucun doute substantiellement d'un pays à l'autre, mais cela ne signifie pas que des observations utiles ne peuvent être faites.

Cette analyse ne suffit évidemment pas pour jalonner un itinéraire futur pour la Belgique, mais elle montre au moins quels écueils peuvent être évités et quels préjugés s'avèrent fondés ou non. A ce stade, nous ne nous hasarderons donc pas encore à formuler beaucoup de recommandations, mais nous nous recommandons en tout cas de travailler activement aux études ultérieures qui seront nécessaires afin de donner corps à la feuille de route.

Christian LÉONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ RÉSUMÉ

CONTEXTE

Depuis le début des années nonante, un nombre croissant de pays européens financent leurs hôpitaux sur base du case-mix de l'hôpital, à savoir le nombre et la nature des pathologies traitées. Le case-mix de l'hôpital est le plus couramment mesuré avec une variante des DRG (« Diagnosis Related Group »). Les hôpitaux reçoivent le même montant pour chaque patient ou admission appartenant à un DRG particulier, c'est-à-dire ayant des caractéristiques cliniques et une utilisation des ressources similaires.

Des éléments d'un système de case-mix ont également été progressivement introduits dans le financement des hôpitaux belges au cours de ces deux dernières décennies. Cependant, contrairement à d'autres pays, cela a été réalisé de manière très fragmentaire et partielle. La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a annoncé qu'elle soumettrait une feuille de route au Conseil des ministres au plus tard début octobre 2013, en vue d'introduire un financement prospectif forfaitaire des hôpitaux, basé sur les pathologies du patient. En préparation de ceci, la ministre a demandé au KCE de réaliser, pour une sélection de pays, une analyse comparative de leur système de financement prospectif, basé sur une variante des DRG.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'étude vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Comment les hôpitaux et les médecins spécialistes sont-ils financés/payés dans une sélection de pays avec un système de financement prospectif des hôpitaux par patient ou par admission ?
- Quels sont les effets voulus et non voulus d'un tel système de financement ?
- Comment des incitants visant à améliorer la qualité des soins et à stimuler l'intégration des soins sont-ils introduits dans le financement des hôpitaux ?

L'objectif ultime est d'examiner quelles leçons peuvent être tirées des exemples étrangers.



MÉTHODES

La sélection des pays s'est limitée aux pays mentionnés dans le rapport Euro-DRG de 2011^a, où le financement prospectif des hôpitaux par DRG est appliqué au niveau national et où il est une ressource importante pour l'hôpital. De plus, les informations devaient être disponibles en français, néerlandais, anglais ou allemand. Sur la base de ces critères, l'Angleterre, la France, l'Allemagne et les Pays-Bas ont été sélectionnés. Le programme Medicare aux États-Unis a également été inclus dans cette étude comparative parce c'est dans ce programme que le financement prospectif des hôpitaux par DRG a été instauré pour la première fois.

Une revue de la littérature grise, complétée par une sélection d'articles évalués par des pairs, a été réalisée. Chaque étude de pays a été validée par un expert national.

RÉSULTATS

Caractéristiques du financement des soins hospitaliers

Avant l'introduction du financement prospectif des hôpitaux par DRG en 1983, le programme Medicare remboursait les hôpitaux sur base de leurs coûts. Dans les quatre pays européens, le système prospectif sur base des DRGs a été introduit entre 2000 et 2005, pour remplacer un système de budget, fixe ou flexible. Le nouveau système a toujours été **introduit par étapes** sur plusieurs années.

Les situations de départ différentes déterminent les objectifs mais aussi l'impact de l'introduction du système prospectif. Les principaux objectifs énoncés dans les documents officiels sont l'augmentation de la transparence, l'élimination des listes d'attente, une allocation équitable des ressources entre les hôpitaux, une augmentation de la qualité des soins, la garantie de l'accès aux soins, la stimulation de la concurrence entre les

hôpitaux, l'augmentation de l'efficacité et de la productivité, une diminution des coûts et une diminution de la durée de séjour.

Dans aucun des pays sélectionnés, le financement par DRG n'a été appliqué à la totalité des services ou des coûts. Les **exceptions** comprennent notamment les soins de longue durée, les services avec un système de classification distinct (la santé mentale ou la revalidation par exemple), ou encore les activités non liées au patient (la recherche et l'éducation par exemple).

Le **prix** ou le montant qu'un hôpital reçoit pour chaque DRG est basé sur les **données de coûts**. La qualité des données et l'uniformité des méthodes d'estimation des coûts semblent inversement proportionnelles au nombre d'hôpitaux qui recueillent les données de coûts.

Dans chacun des cinq pays, l'introduction du financement prospectif a été associée avec la création d'un ou plusieurs **instituts DRG** indépendants, établis pour la gestion et le contrôle du système DRG.

Les **médecins spécialistes** sont salariés en Angleterre, en Allemagne et dans les hôpitaux privés à but non lucratif et les hôpitaux publics en France. Dans le programme Medicare et dans les hôpitaux privés à but lucratif en France, les médecins spécialistes sont rémunérés à l'acte. Aux Pays-Bas, il y a un système mixte, avec à la fois des médecins spécialistes salariés et indépendants. La rémunération des médecins spécialistes est toujours comprise dans le financement par DRG si ceux-ci sont salariés. Si les médecins spécialistes sont rémunérés à l'acte, la rémunération n'est pas reprise dans le financement, ou ne sera seulement reprise qu'après quelques années d'expérience dans ce type de financement.

^a Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf



Effets souhaités et non souhaités

Un mode de financement avec un montant fixe pour un produit spécifique (DRG) encouragera en théorie à (1) réduire le coût par patient traité, (2) augmenter les revenus par patient et (3) augmenter le nombre de patients. Les hôpitaux ont développé différentes **stratégies** en réponse à ces incitants. Les plus courantes dans les cinq pays étudiés sont la réduction de la durée de séjour, l'optimisation des pratiques de codage et l'augmentation du nombre de patients par la réduction des listes d'attentes (voir Tableau 6 dans la synthèse).

Pour promouvoir les impacts positifs potentiels du financement par DRG et décourager les effets non souhaités, des **mesures politiques** supplémentaires ont été prises. La plupart des mesures visent à diminuer la durée de séjour, par exemple en payant le même prix par DRG quel que soit le milieu de soins. Les pratiques de codage sont soigneusement surveillées et, le cas échéant, verbalisées. Aux Pays-Bas et en Angleterre, des mesures ont été prises contre les listes d'attente (voir Tableau 7 dans la synthèse).

L'**impact** du financement par DRG dans les cinq pays a été évalué pour les objectifs suivants : la transparence, l'efficacité, la qualité, la répartition équitable des ressources entre les hôpitaux, l'accessibilité.

- Par rapport à l'ancien système, le financement par DRG a augmenté la **transparence** dans la plupart des pays. La complexité du système (ex. relative à un grand nombre de DRG) a cependant eu un effet négatif sur la lisibilité du système dans certains pays.
- Les résultats en termes d'**efficacité** et de productivité sont variés. L'efficacité n'est la plupart du temps évaluée qu'à travers des indicateurs partiels. La durée de séjour diminue, mais cela peut aussi être imputé à d'autres mesures. L'activité a augmenté dans les pays européens (financement antérieur : budget global) et a diminué dans le programme Medicare (financement antérieur : paiement à l'acte). L'impact sur les coûts globaux des hôpitaux est limité.

- Le peu de preuves de l'impact du système de financement par DRG sur la **qualité** ne permet pas de tirer des conclusions générales concrètes. Des données manquent souvent pour réaliser une comparaison avec la situation antérieure ou l'impact n'est étudié, à partir d'indicateurs de qualité, que pour un nombre limité d'interventions. Dans la plupart des pays, il n'y a pas eu de hausse des réadmissions. En outre, on peut observer une baisse de la mortalité hospitalière et de la mortalité à 30 jours, cependant ces améliorations ne peuvent être attribuées avec certitude à un financement par DRG.
- **L'équité** dans l'allocation des ressources entre les hôpitaux s'améliore, tant pour Medicare que pour l'Europe.
- Nous n'avons trouvé aucune preuve de **sélection de patients**.
- Aux Pays-Bas les **listes d'attente** ont diminué, mais l'impact du financement par DRG ne peut être dissocié d'autres mesures politiques implémentées.

Qualité et intégration des soins

Le financement par DRG n'incite pas, en tant que tel, à améliorer la **qualité des soins**. C'est pourquoi ont été prises, ces dernières années, plusieurs initiatives visant à assurer ou à améliorer la qualité des soins par le biais d'incitations financières. Parfois via un ajustement du système DRG lui-même, par exemple les « Best Practice Tariffs (BPT) » en Angleterre, avec un tarif unique pour l'entièreté du trajet de soins, et le « bundled payments for Care Improvement Initiative », dans Medicare, où les soins en phase post-aiguë sont inclus dans le tarif par DRG. Dans d'autres cas, des mécanismes « Pay for Performance (P4P) » complétant le système de financement par DRG ont été développés.

Une deuxième tendance récente est l'utilisation de mécanismes de financement pour encourager l'**intégration des soins** (par exemple pour les malades chroniques), comme le financement distinct pour la coordination des soins, les systèmes P4P, les « bundled payments », les financements globaux (avec ajustement pour le risque) pour une gamme complète de services liés à un groupe spécifique de personnes. Toutefois, l'évaluation de ces systèmes de financement est limitée ou inexistante.



DISCUSSION ET CONCLUSION

Que pouvons-nous apprendre des exemples étrangers ? Les choix concrets des **caractéristiques du système de financement par DRG** peuvent jouer un rôle important dans la réalisation des objectifs. Un premier choix concerne l'intégration ou non des différents milieux de soins (comme l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires) dans le système de classification. Deuxièmement, dans chaque pays le système englobe la plupart des soins, cependant certains services ou coûts ne sont pas inclus dans les tarifs par DRG et sont remboursés via d'autres mécanismes de paiement. Ensuite, des données de coût récentes et de qualité sont essentielles pour une répartition équitable des ressources entre les hôpitaux. Une introduction progressive, sur plusieurs années, du financement par DRG permet à tous les acteurs de s'adapter au nouveau système et permet d'éviter les transferts budgétaires excessifs entre les hôpitaux. La gestion et le contrôle du système (par exemple pour la collecte de données et le calcul des coûts) ont été confiés dans les cinq pays à un ou plusieurs instituts DRG indépendants.

A côté du choix des caractéristiques, des leçons peuvent également être tirées de la comparaison des **objectifs, des incitants et de l'impact réel** du financement par DRG. L'expérience internationale montre que les **objectifs doivent être clairement formulés** au moment de l'introduction. Une description générale de ces objectifs n'est cependant pas suffisante. Des concepts tels que « l'efficacité » et la « qualité » sont trop vagues pour donner une image concrète d'un système de financement ou pour en suivre attentivement les effets. Aucun système de financement n'est à lui seul suffisant pour atteindre tous les objectifs fixés. Pour cela, **d'autres instruments** sont nécessaires. Dans tous les pays, le financement des hôpitaux est ainsi constitué d'un **mélange sophistiqué de différents mécanismes de financement** afin de réduire ou modifier certains incitants négatifs du système DRG. Pour atteindre les objectifs de politique de santé, en particulier la garantie de soins hospitaliers de qualité et abordables, **les incitants pour les gestionnaires des hôpitaux et les médecins spécialistes doivent être autant alignés que possible**.

Enfin, un financement par DRG ne peut être implémenté sans avoir fait au préalable une analyse approfondie des **Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces (SWOT)** de la situation initiale. En effet, la situation de départ détermine non seulement les objectifs de la réforme mais aussi son impact potentiel et dévoile les facteurs nécessaires pour y parvenir.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	RÉSUMÉ	2
■	SYNTHÈSE	6
1.	INTRODUCTION.....	7
2.	LES SYSTÈMES DE FINANCEMENT PAR DRG DANS QUATRE PAYS EUROPÉENS ET DANS LE SYSTÈME AMÉRICAIN MEDICARE.....	10
2.1.	CARACTÉRISTIQUES DE BASE	11
2.2.	LE CHAMP D'APPLICATION DU SYSTÈME DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX PAR DRG	14
2.3.	ESTIMATION DES COÛTS : DONNÉES ET MÉTHODES	17
2.4.	RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES	18
2.5.	CRÉATION D'UN INSTITUT DRG	19
3.	STRATÉGIES HOSPITALIÈRES FACE AUX SYSTÈMES DE FINANCEMENT PAR DRG	20
3.1.	STRATÉGIES DE RÉPONSE DES HÔPITAUX AU FINANCEMENT PAR DRG	20
3.2.	MESURES POLITIQUES DESTINÉES À CADRER LES STRATÉGIES HOSPITALIÈRES	25
4.	ÉVALUATION DE L'IMPACT DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX PAR DRG	28
5.	INCITANTS FINANCIERS AYANT POUR BUT D'AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'INTÉGRATION DES SOINS	31
5.1.	AJUSTEMENTS DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX PAR DRG POUR LA QUALITÉ.....	31
5.2.	PAIEMENT À LA PERFORMANCE (P4P).....	32
5.3.	SYSTÈMES DE FINANCEMENT DESTINÉS À RENFORCER LES SOINS INTÉGRÉS POUR LES MALADES CHRONIQUES.....	33
6.	DISCUSSION	34
7.	CONCLUSION	37
■	RÉFÉRENCES.....	38



1. INTRODUCTION

Fournir des soins de santé de qualité et accessibles de manière efficiente représente un défi pour tous les systèmes de soins de santé et tous les prestataires de soins. Une analyse rétrospective des réformes des soins de santé opérées au cours de ces dernières décennies montre qu'on retrouve le même schéma dans les choix des instruments et les priorités des décideurs politiques dans de nombreux pays occidentaux.¹

Jusqu'au début des années 1980, des systèmes d'assurance soins de santé universels se sont mis en place et se sont développés. Les pays ont accepté des niveaux de dépenses supérieurs aux niveaux efficients pour réaliser leurs objectifs de redistribution. Le développement et la diffusion des nouvelles technologies ont été si rapides entre 1960 et le début des années 1980 qu'ils ont obligé les décideurs politiques à changer leur fusil d'épaule et à mettre l'accent, non plus sur l'accès aux soins de santé, mais plutôt sur la limitation des coûts. La régulation et la restriction de l'offre furent les instruments choisis par tous les pays. Dans les pays avec des budgets globaux pour le secteur hospitalier, les limites budgétaires ont été resserrées. Les mesures de contrôle appliquées aux médecins ont été, partout, le plafonnement des dépenses ou la limitation des tarifs. Mais ces contraintes réglementaires ont apporté leur lot de nouveaux problèmes. Premièrement, l'offre limitée, combinée à des incitants plus généreux côté demande, comme l'accès gratuit aux prestataires de soins et une participation minimale du patient aux coûts pour les services couverts, ont provoqué un allongement des listes d'attente. De plus, ces contraintes n'ont pas créé d'incitants suffisants pour une prestation efficiente des soins. Un troisième problème est que même dans les systèmes régulés, l'évolution des technologies a conduit à une croissance plus rapide que ce que les gouvernements pouvaient se permettre.

Au début des années 1990, une troisième vague de réformes des soins de santé a suivi l'introduction de l'assurance santé universelle et des contraintes réglementaires. Ces réformes peuvent être classées en trois types. Un premier type ciblait la demande en augmentant la participation des patients dans les coûts des soins. Dans le deuxième type, certains pays ont introduit la notion de concurrence entre les assureurs santé. Un troisième type de réformes a tenté de créer des incitants pour les

prestataires de soins au moyen de systèmes de financement. C'est sur ce troisième type que nous concentrerons ce rapport.

Une évolution vers un montant par cas^b comme système de financement des hôpitaux

Dans le programme Medicare aux Etats-Unis, l'augmentation des coûts et la prise de conscience de l'inefficience du système ont mené en 1983 à l'introduction d'un système de financement prospectif des hôpitaux sur base d'un montant par admission, aussi appelé Inpatient Prospective Payment System (IPPS).² Pour éviter que les hôpitaux n'attirent les patients les moins malades, différents systèmes de classification des patients ont été développés dans le but de mesurer le case-mix de l'hôpital et d'ajuster les tarifs fixés. C'est dans ce but que les Diagnosis Related Groups (DRG) furent développés dans le programme Medicare aux États-Unis.

Le **financement prospectif par cas** est une méthode de financement dans laquelle les hôpitaux perçoivent un montant fixe par cas quels que soient les coûts réels pour l'hôpital pris individuellement.

Les **Diagnosis Related Groups (DRG)** représentent la méthode la plus connue pour ajuster le montant fixé au case-mix de l'hôpital. Les DRG sont une classification des patients ou admissions en groupes revêtant une signification clinique et dont on s'attend à ce qu'ils utilisent les mêmes ressources. Des DRG sont attribués à chaque patient ou admission par un programme de regroupement, le plus souvent basé sur les diagnostics, les procédures et les caractéristiques démographiques.

^b Le terme « cas » peut avoir des significations différentes. Dans certains pays, le « cas » est assimilé à un patient, dans d'autres pays à une admission ou à une sortie de l'hôpital. De plus, il existe de grandes différences entre les pays en ce qui concerne les services et les coûts repris dans le financement par « cas ». C'est pour pouvoir décrire de manière univoque les systèmes de financement des différents pays que le terme « cas » a été repris dans la synthèse.



Dans un **système de financement prospectif par DRG**, le montant par DRG est fixé avant que les soins soient dispensés, mais le paiement se fait après.

Depuis, des systèmes de financement des hôpitaux basés sur les DRG ont été introduits dans toute l'Europe, même s'ils s'appuient sur d'autres systèmes de classification des patients comme les « Healthcare Resource Groups » en Angleterre ou les « Diagnose Behandel Combinaties » aux Pays-Bas. La majorité de ces systèmes ont été introduits entre 1995 et 2005. Certains pays ont importé un système de classification DRG d'un autre pays et l'ont affiné pour refléter leur propre pratique; d'autres ont développé de tout nouveaux systèmes de classification.

Effets souhaités et non souhaités des systèmes de financement par cas

Bien que le choix d'utiliser les DRG ait été motivé par diverses raisons et que leurs caractéristiques spécifiques varient très fort d'un pays à l'autre, les principaux objectifs de la majorité des pays d'Europe ont été d'augmenter la transparence et d'améliorer l'efficacité. Comme c'est le cas pour n'importe quel autre système de financement, les DRG peuvent aussi induire des comportements non désirés. Les effets non souhaités potentiels du financement des hôpitaux par DRG sont entre autres les sorties précoces de l'hôpital, les réadmissions, l'augmentation d'activité liée à des soins non nécessaires, l'écrémage et le dumping des patients, et le surcodage. La mesure dans laquelle les DRG induisent des comportements désirés et non désirés demande une exploration empirique afin de déterminer si le système des DRG permet la réalisation des objectifs sociétaux de qualité, d'efficacité et d'accessibilité.

L'**écrémage** des patients est une sélection des patients à haut profit attendu en comparaison avec d'autres groupes de risque.

Le **dumping** consiste à éviter les patients supposés onéreux en comparaison avec d'autres groupes de risque.

Le **surcodage** est l'attribution d'un DRG plus lourd que celui correspondant aux soins délivrés.

Tendance à financer la qualité et l'intégration des soins

Une des préoccupations majeures des décideurs politiques concerne la qualité des soins fournis. Une récente tendance également observable dans les pays avec un financement des hôpitaux par DRG est l'intégration d'incitants pour l'amélioration de la qualité.³ Les stratégies visant à ajuster ou compléter le financement par DRG en fonction de la qualité sont possibles à différents niveaux, par exemple au niveau de l'hôpital ou au niveau du tarif par DRG.⁴

Une autre tendance est celle du développement des « paiements groupés » dans lesquels un seul paiement est effectué par patient pour l'entièreté du trajet de soins, plutôt que de payer pour chaque service individuellement. Un des objectifs des « paiements groupés » est d'encourager les hôpitaux et les médecins à travailler ensemble pour coordonner les soins et améliorer les transitions entre les milieux de soins.³

Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience internationale ?

La Belgique a suivi la tendance internationale à adopter un financement prospectif des hôpitaux sur base du case-mix, mais de manière fragmentée. Nous citerons ici, à titre d'exemple, le financement (partiellement) fondé sur le case-mix pour les services hospitaliers non médicaux, les analyses de laboratoire et l'imagerie médicale, et depuis 2006 pour un sous-ensemble de spécialités pharmaceutiques hospitalières. Les services médicaux et les services médico-techniques restent au contraire majoritairement remboursés à la prestation. Une des conclusions du rapport du KCE sur les systèmes de financement des spécialités pharmaceutiques hospitalières était que « la Belgique est le seul pays qui utilise le financement par pathologie de manière aussi fragmentée ».⁵



En avril 2013, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a annoncé qu'une « feuille de route pour un système de financement prospectif basé sur les pathologies sera présentée au Conseil des ministres début octobre 2013 ». Dans le cadre de cette feuille de route, la ministre a demandé au KCE de réaliser une analyse comparative des systèmes de financement prospectif des hôpitaux par DRG, y compris la rémunération des médecins spécialistes, dans une sélection de pays. Dans cette analyse comparative, l'accent est mis sur les leçons tirées de l'introduction et des réformes de ces systèmes. Une attention particulière est en outre accordée aux incitants financiers ayant pour but d'améliorer la qualité et d'encourager la mise en œuvre de systèmes de soins intégrés.

Le présent rapport aborde les **questions de recherche** suivantes :

- Comment les hôpitaux et les médecins spécialistes sont-ils financés/payés dans une sélection de pays avec un système de financement prospectif des hôpitaux basé sur un montant par patient ou par admission ?
- Quels sont les effets voulus et non voulus d'un tel financement prospectif des hôpitaux ?
- Comment des incitants visant à améliorer la qualité des soins et à stimuler l'intégration des soins sont-ils introduits dans le financement des hôpitaux ?

L'objectif ultime est d'examiner quelles leçons peuvent être tirées des exemples étrangers.

Une revue de la littérature grise, complétée par une sélection d'articles évalués par des pairs, a été réalisée tant pour les études de pays que pour le chapitre sur la qualité et l'intégration des soins. Chaque étude de pays a été validée par un expert national.

En 2011, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé a publié un rapport détaillé sur le financement des hôpitaux, avec des données comparatives sur 12 pays européens qui avaient introduit un système de financement des hôpitaux de type DRG.^{c,4} Ce rapport Euro-DRG est une source utile pour la comparaison des objectifs, des caractéristiques de conception et de l'impact des systèmes de financement des hôpitaux. La présente étude limite le périmètre aux pays qui satisfont les critères de sélection suivants :

- Le financement prospectif des hôpitaux par cas est un système national ;
- Ce système de financement représente une part importante des revenus de l'hôpital (c.-à-d. que les DRG ont été introduits pour financer les hôpitaux et pas seulement à titre d'instrument de benchmarking ou pour augmenter la transparence) ;
- Des informations doivent être disponibles dans une des langues suivantes: français, néerlandais, anglais ou allemand.

Ceci mène à la sélection de quatre pays^d : l'Angleterre, la France, l'Allemagne et les Pays-Bas. Le programme américain Medicare a également été analysé parce qu'il a été le premier à introduire le financement prospectif des hôpitaux par DRG et que les évaluations (scientifiques) des différentes réformes de ce programme sont bien documentées.

^c Le rapport Euro-DRG est un des produits du projet EuroDRG, financé sous le 7^e programme-cadre de la Commission Européenne (FP7).

^d Bien que l'Irlande ait été incluse dans le rapport Euro-DRG et qu'elle remplisse les critères de sélection de la présente étude, elle n'a pas été reprise dans l'analyse comparative pour des raisons de contraintes de temps.



2. LES SYSTÈMES DE FINANCEMENT PAR DRG DANS QUATRE PAYS EUROPÉENS ET DANS LE SYSTÈME AMÉRICAIN MEDICARE

Les réformes des systèmes de paiement des hôpitaux et des médecins spécialistes peuvent avoir d'importantes répercussions sur les objectifs de politique de santé évoqués dans l'introduction, c.-à-d. des soins de santé de qualité, accessibles et efficaces. Chaque système de financement comprend des incitants qui lui sont propres et qui influencent considérablement le comportement des hôpitaux et des médecins spécialistes. La combinaison de trois paramètres permet de déterminer la direction de ces incitants :⁶

1. Le tarif ou le budget est-il fixé prospectivement (avant que les services soient fournis) ou rétrospectivement (après que les services ont été fournis) ?
2. Le paiement est-il effectué prospectivement ou rétrospectivement ?
3. Le paiement est-il lié aux inputs utilisés (coûts) ou aux outputs (services/résultats) produits ?

Dans les systèmes de financement des hôpitaux par DRG, le prix par cas est fixé avant que les services soient fournis mais les paiements sont effectués après que les services ont été fournis. Étant donné qu'ils sont basés sur le nombre de cas traités, les paiements sont liés aux outputs.

Les systèmes de financement prospectifs par DRG ont toutefois été adoptés dans des systèmes de soins et des secteurs hospitaliers très différents et chaque système de financement par DRG possède ses propres spécificités. Dresser un aperçu détaillé des systèmes de financement par DRG utilisés dans les cinq pays étudiés dépasse le cadre du présent rapport. Nous renvoyons donc les lecteurs intéressés au rapport Euro-DRG⁴ et au rapport 121 du KCE pour l'Angleterre, la France et l'Allemagne⁷. Dans le présent rapport, nous allons plutôt nous concentrer sur un certain nombre de leçons qui peuvent être tirées de l'introduction et des réformes des systèmes de financement par DRG.

Financement des systèmes de soins de santé

Les pays faisant l'objet de ce rapport peuvent être regroupés en trois systèmes en fonction de leur mécanisme de financement (Tableau 1) : le service national de santé publique (National Health Service, NHS) qui utilise comme principale source de financement des services de santé les revenus des impôts (Angleterre) ; l'assurance soins de santé (Social Health Insurance, SHI) dans lequel les cotisations de sécurité sociale constituent la principale source de financement (France, Allemagne et Pays-Bas) et enfin, le programme américain Medicare Part A^e ou l'Hospital Insurance Program principalement financé par les impôts. Bien sûr, cette vaste classification occulte la complexité des systèmes réels.

Le paysage hospitalier

Le paysage hospitalier de ces cinq pays varie lui aussi largement, notamment au niveau de la propriété de l'hôpital (Tableau 1)^f. Alors qu'en Angleterre les hôpitaux sont généralement la propriété de l'État et qu'aux Pays-Bas ils sont généralement privés sans but lucratif, dans les trois autres pays de l'étude, la situation est plus partagée. En France et en Allemagne, la majorité des hôpitaux sont des organisations publiques tandis que dans le programme américain Medicare, la majorité des hôpitaux sont des hôpitaux privés à but non lucratif. Jusqu'il y a peu, les hôpitaux à but lucratif n'étaient pas autorisés aux Pays-Bas. La proportion des hôpitaux à but lucratif s'élève à environ 16 % en Allemagne et dans le programme Medicare, et à 25 % en France.

^e Le programme américain Medicare comprend quatre parties (Part A, B, C et D). Seule la partie A couvre les frais hospitaliers.

^f Pour les références sur les informations par pays reprises dans le tableau, nous renvoyons au rapport scientifique.



2.1. Caractéristiques de base

Bien que les systèmes de financement des hôpitaux et de rémunération des médecins spécialistes soient corrélés, ils sont décrits séparément. Les sections 2.1 à 2.3 font référence au système de financement des hôpitaux et la section 2.4. fait référence à la rémunération des médecins spécialistes.

Le **système de financement des hôpitaux en place avant l'introduction du système prospectif basé sur les DRG** dans le programme américain Medicare était un système de remboursement rétrospectif basé sur les coûts (Tableau 1). En 1983 déjà, ce système a été remplacé par l'Inpatient Prospective Payment System (IPPS) ou système de financement prospectif par patient, basé sur les DRG. Dans les pays européens, les hôpitaux étaient financés via un système de budgets avant l'introduction d'un financement prospectif par DRG au début des années 2000. En Angleterre, aux Pays-Bas (avant 2001), en Allemagne et dans les hôpitaux publics et privés sans but lucratif en France, les budgets étaient fixes ; dans les hôpitaux avec but lucratif en France et aux Pays-Bas à partir de 2001, ce sont des budgets flexibles qui étaient en vigueur.

En Angleterre, il existait différents types de contrats entre les hôpitaux et les autorités sanitaires, mais le principal était le contrat global annuel qui prévoyait une somme fixe, sans ajustement en cas de changement du niveau d'activité. Ces montants fixes reposaient sur des schémas de financement historiques et non pas sur le nombre réel de patients traités. De même, dans le système de budgétisation fonctionnelle mis en place aux Pays-Bas, les hôpitaux recevaient chaque année un budget déterminé prospectivement. En 2001, les budgets globaux à forte contrainte

budgétaire ont été remplacés par des budgets basés sur les volumes dans lesquels la production supplémentaire était récompensée par des ressources supplémentaires. Les hôpitaux allemands étaient financés via des budgets fixes et prospectifs consistant en prix de journée et via des forfaits par cas et par procédure pour une série limitée de traitements hospitaliers. Ces budgets étaient négociés avec les caisses d'assurance maladie. Quand l'activité réelle de l'hôpital dépassait l'activité cible, les hôpitaux devaient rembourser une partie des paiements reçus, soit 75 % des forfaits par cas et 85-90 % des prix de journée. En cas de sous-production, l'hôpital conservait 40 % de ces montants. En France, les hôpitaux publics et privés sans but lucratif étaient financés via un budget global, fondé principalement sur les coûts historiques, quelle que soit leur activité réelle. A l'inverse, les hôpitaux privés à but lucratif étaient soumis à un système de facturation composé d'un tarif per diem pour les frais de fonctionnement et les médicaments et d'une rémunération à l'acte pour les procédures diagnostiques et thérapeutiques. Un budget annuel cible était négocié entre les hôpitaux et l'État. Les dépassements de budget donnaient lieu à une baisse des tarifs, et si les dépenses de l'hôpital restaient inférieures au budget cible, les tarifs étaient majorés (contrôle prix/volume).

Étant donné la diversité de ces anciens systèmes, il n'est pas surprenant que les principaux **objectifs** et l'impact de l'introduction des systèmes de financement par DRG aient été aussi différents entre les pays (voir section 4). Les objectifs tels que mentionnés dans les documents officiels sont reproduits dans le Tableau 2.



Tableau 1 – Caractéristiques de base du secteur hospitalier et du système de financement par DRG dans cinq pays

	Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
Système de soins de santé	NHS ¹	SHI ²	SHI	SHI	Medicare
Propriété de l'hôpital	Généralement publics	Public (66 %) ³ Privé sans but lucratif (9 %) Privé à but lucratif (25 %)	Public (49 %) ⁴ Privé sans but lucratif (35 %) Privé à but lucratif (16 %)	Généralement privé sans but lucratif	Public (15,5 %) ³ privé sans but lucratif (69 %) Privé à but lucratif (15,5 %)
Financement des hôpitaux avant l'introduction du financement par cas	Contrat global à forte contrainte budgétaire fondé sur les coûts historiques	Hôpitaux publics et privés à but non lucratif: budget fixe, basé sur les coûts historiques Hôpitaux privés à but lucratif: budget flexible	Budget fixe avec prix de journée et paiements forfaitaires	Budget flexible	Remboursement rétrospectif suivant les coûts
Année d'introduction	2003	2004	2003	2005	1983
Nom du système de classification des DRG	Healthcare Resource Group (HRG)	Groupe homogène de malades (GHM)	German DRG (G-DRG)	Diagnose Behandelung Combinatie (DBC)	Medicare severity DRG (MS-DRG) ⁵
Système importé/nouvellement développé	Nouvellement développé	Importé et adapté	Importé et adapté	Nouvellement développé	Nouvellement développé (système DRG original)
Période de transition	5 ans	hôpitaux publics et sans but lucratif : 4 ans Hôpitaux privés à but lucratif : pas de période de transition, mais des ajustements des prix pour éviter les coupes budgétaires excessives	7 ans	De 10 % des activités en 2005 à 70 % en 2012	5 ans

1 National Health Service; 2 Social Health Insurance; 3 En % du nombre total de lits aigus; 4 En % du nombre total de lits ; 5 Le système MS-DRG est une version révisée (depuis 2008) du système DRG original



Tableau 2 – Objectifs du financement par DRG tels que mentionnés dans les documents officiels dans cinq pays

	Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
Plus grande efficience	X	X	X	X	X*
Plus grande productivité					X
Augmentation de l'activité	X	X			
Financement équitable des hôpitaux	X	X	X		
Financement transparent	X		X	X	
Plus d'innovations	X				
Meilleure qualité	X		X	X	
Diminution des surcapacités			X		X
Plus de concurrence entre les hôpitaux			X	X	
Meilleure accessibilité			X	X	
Réduction des coûts					X

* des indicateurs spécifiques ont été définis, tels que diminution de la durée de séjour, économies d'échelle, concentration de procédures dans des centres de référence.

Si certains **systèmes de classification des patients (PCS)** utilisés dans les pays européens sont issus du système américain des DRG, original ou mis à jour (France et Allemagne), d'autres pays ont, pour leur part, développé de nouveaux systèmes de classification (Angleterre et Pays-Bas). Toutefois, le système anglais présente les mêmes caractéristiques de base qu'un système basé sur les DRG. Seul le système néerlandais est très différent. Les groupes de diagnostic ont été **renommés** dans tous les pays.

Pour faciliter la transition vers la nouvelle méthode de financement, les financements par DRG **ont été introduits progressivement, sur plusieurs années**. Dans la plupart des pays, la période de transition a été plus longue que prévue. Pendant cette période, le pourcentage de l'activité financée par DRG a augmenté, les coûts spécifiques à l'hôpital ont progressivement été remplacés par des données moyennes nationales, le

système est passé d'une phase budgétaire neutre à une réelle responsabilité financière des hôpitaux, ou le financement par DRG a été appliqué à d'autres milieux de soins (hôpital de jour et traitements ambulatoires). Si on définit la période de transition en termes de pourcentage des activités financée en fonction des DRG, les Pays-Bas sont toujours en phase de transition avec 70 % des activités financées sur la base des DRG depuis 2012.

Aux Pays-Bas et en Angleterre, avant d'introduire le financement par DRG, **des projets pilotes** ont été mis en place pour un nombre limité d'interventions pour lesquelles il y avait de longues listes d'attente. Ces projets pilotes avaient pour objectif de rassembler l'expérience nécessaire par rapport à la nouvelle méthode de financement avant son introduction effective.



2.2. Le champ d'application du système de financement des hôpitaux par DRG

Le champ d'application du financement des hôpitaux par DRG fait référence aux services et/ou coûts inclus par cas. Toutefois, la notion de 'cas' n'est pas définie de la même manière dans tous les systèmes. Aux Pays-Bas, plusieurs DBC sont possibles au cours d'un seul et même séjour tandis que dans d'autres pays, les hôpitaux ne reçoivent qu'un seul paiement par séjour hospitalier. Le financement est en général basé sur le diagnostic ou le traitement principal. Le système DBC, au contraire, fournit un DBC pour chaque combinaison diagnostic/traitement. Le DBC comprend l'ensemble du processus de soins au sein d'une même spécialité médicale, de la première consultation ou du premier examen au check-up final.

Le Tableau 3 montre clairement qu'il n'y a aucun pays dans lequel tous les services ou tous les coûts sont inclus dans le financement par DRG. Dans aucun des cinq pays, les soins à long terme ne sont inclus tandis que les soins aux patients hospitalisés et les soins en hôpital de jour sont toujours inclus. La première partie du Tableau 3 (le champ d'application du financement) ne reprend que les grandes catégories de services ou de coûts pour lesquels la politique de santé actuelle diffère entre les pays.

La **rémunération des médecins spécialistes** n'est pas comprise dans le financement par DRG du programme américain Medicare et des hôpitaux français privés à but lucratif. Par contre, la rémunération des médecins spécialistes est incluse dans le financement par DRG en Angleterre, en France (hôpitaux publics et privés à but non lucratif) et en Allemagne. Aux Pays-Bas, le statut des médecins spécialistes détermine si la rémunération est ou non incluse. Pour les médecins spécialistes salariés, elle est incluse ; les médecins spécialistes indépendants sont aussi généralement rémunérés en fonction des DBC, mais des prix intégrés par DBC ne seront pas introduits avant 2015. Il convient de remarquer que la rémunération des médecins spécialistes salariés est toujours incluse dans le financement par DRG et que, pour les médecins spécialistes rémunérés à l'acte, elle ne l'est pas ou ne sera incluse qu'après plusieurs années d'expérience avec la méthode de paiement. La rémunération des médecins spécialistes est traitée de façon plus détaillée dans la section 2.4.

Tous les pays, sauf l'Allemagne, incluent (en partie) les **frais d'investissement** dans le financement par DRG. En Allemagne, les frais d'investissement, comme le bâtiment hospitalier, les lits ou l'équipement médical d'une durée de vie économique de plus de trois ans, sont financés par les états (*Landër*). En France, les hôpitaux doivent financer leurs investissements en capitaux à partir du financement par DRG mais les hôpitaux publics bénéficient d'un financement spécifique lorsque d'importants plans d'investissement sont imposés par les réformes hospitalières. On ne dispose cependant pas d'informations précises sur l'importance de la part que représentent les frais d'investissement financés par ce flux alternatif.

Les soins de santé mentale et les soins de revalidation ne sont généralement pas inclus dans le financement par DRG pour les patients des hôpitaux aigus mais la majorité des pays élargissent le concept de DRG à ces services, via un système de classification distinct. Appliquer les mêmes principes que dans les systèmes classiques de financement par DRG – c'est-à-dire classer les patients en groupes de frais homogènes sur la base des diagnostics et des procédures et payer les hôpitaux sur la base du calcul des coûts moyens des patients dans ces groupes – pour les patients souffrant de troubles mentaux est souvent considéré comme inapproprié car pour ces patients, les durées de séjour et les modalités de traitement peuvent diverger fortement. Des systèmes de classification distincts ont été développés aux Pays-Bas et dans le programme américain Medicare et sont prévus en 2014 en Allemagne (soins de santé mentale). En France et en Angleterre, quelques initiatives ont également été prises. Aux Pays-Bas, le financement des soins curatifs de santé mentale (les 365 premiers jours) est basé sur les DBC depuis 2008 et depuis 2009 pour les soins de revalidation, mais un système de budgétisation était appliqué jusqu'en 2012 pour les soins de revalidation et jusqu'en 2013 pour les soins de santé mentale. Depuis, un système de financement sur base de l'activité (nombre de DBC) est progressivement appliqué dans les deux secteurs.

Les politiques relatives aux **traitements ambulatoires** diffèrent elles aussi largement d'un pays à l'autre. En France, les traitements ambulatoires sont complètement exclus du financement par DRG tandis qu'en Angleterre et aux Pays-Bas, ils sont totalement intégrés. Dans le programme Medicare et en Allemagne, le financement par DRG n'est pas



limité au séjour du patient hospitalisé mais inclut aussi les soins antérieurs et/ou postérieurs réalisés par l'hôpital. Dans le programme américain Medicare, les traitements ambulatoires fournis par l'hôpital dans les trois jours précédant l'admission du patient sont également inclus. En Allemagne, les soins effectués à l'hôpital dans les cinq jours précédant l'admission du patient et les 14 jours suivant sa sortie sont également inclus.

Le financement par DRG ne représente jamais l'entièreté des revenus d'un hôpital. Les services et les coûts mentionnés dans les paragraphes qui précèdent sont des exemples de paiements supplémentaires pour les patients qui ne sont pas classés dans le système des DRG (ex. les patients ambulatoires, les soins de santé mentale, la revalidation) et pour les frais exclus (ex. la rémunération des médecins spécialistes dans le programme américain Medicare ou les frais d'investissement). Les hôpitaux sont aussi financés pour des activités autres que les activités de

soins aux patients notamment **l'enseignement, l'éducation médicale et la recherche**. Enfin, des paiements additionnels ou surcharges sont prévus pour certaines prestations ou services fournis à des patients rentrant dans le système de classification DRG, notamment les **innovations technologiques, les services spécialisés, les spécialités pharmaceutiques onéreuses, les équipements onéreux et les unités de soins intensifs (USI)**.

Dans le programme américain Medicare, les hôpitaux qui traitent un pourcentage élevé de **patients à faibles revenus** bénéficient d'un pourcentage de paiement additionnel pour chaque cas payé par le biais du système IPPS. Aucun paiement additionnel de ce type n'a été trouvé dans les quatre autres pays.

Tableau 3 – Champ d'application du système de financement des hôpitaux par DRG dans cinq pays (2013)

	Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
Nombre de paiements par séjour hospitalier	Un ¹	Un	Un	Plusieurs paiements sont possibles	Un
Le champ d'application du financement par DRG comprend					
La rémunération du médecin spécialiste	Oui	Oui dans les hôpitaux publics et dans les hôpitaux privés sans but lucratif Non dans les hôpitaux privés avec but lucratif	Oui	Oui ²	Non
Les frais d'investissement	Oui	Oui (mais pas tous)	Non	Oui	Oui



	Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
Les soins de santé mentale	Non, mais quelques initiatives	Non, mais quelques initiatives	Un système distinct est prévu	Système distinct	Système distinct
Les soins de revalidation	Non (sauf pour certains types de revalidation)	Non, mais quelques initiatives	Oui ³	Système distinct	Système distinct
Les traitements ambulatoires	Oui	Non	Non (sauf les soins effectués à l'hôpital dans les 5 jours qui précèdent et les 14 jours qui suivent l'hospitalisation)	Oui	Non (sauf les soins effectués à l'hôpital dans les 3 jours précédant l'hospitalisation)
Le financement par DRG ne comprend pas les éléments suivants mais des paiements additionnels sont prévus pour					
Enseignement et éducation/recherche clinique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Spécialités pharmaceutiques et équipements onéreux	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
USI ⁴	Oui	Oui	Non ⁵	Oui	Non
Services hautement spécialisés	Oui	Non	Oui	Non	Non
Technologies innovantes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

1 Dans la dernière version des HRG (Healthcare Resource Groups), des HRG « unbundled » sont possibles pour les spécialités pharmaceutiques et équipements onéreux; 2 La rémunération des médecins spécialistes et sa corrélation avec le paiement par DBC sont traitées dans la section 2.4 ; 3 La revalidation dans des établissements spécifiques de revalidation n'est pas incluse dans le financement par DRG mais le début de revalidation réalisé par les hôpitaux aigus est inclus ; 4 USI = unité de soins intensifs ; 5 DRG spécifiques pour les séjours aux soins intensifs sans diagnostic spécifique, et critère de distinction.



2.3. Estimation des coûts : données et méthodes

Tous les systèmes de financement des hôpitaux par DRG reposent sur deux mécanismes : la définition du produit hospitalier et le tarif associé. Certaines caractéristiques du produit hospitalier des cinq systèmes ont été décrites dans les sections 2.1 et 2.2. Cette section se concentre sur le tarif, et plus spécifiquement sur les données de coûts sur lesquels le financement par DRG est basé.

Une première étape dans la détermination du tarif par DRG consiste à attribuer une valeur monétaire aux ressources utilisées pour traiter un patient. **Les méthodes d'estimation** s'appuient sur les coûts ou sur les charges (parfois appelés honoraires, tarifs ou prix). Bien que les charges et les coûts soient utilisés indifféremment comme synonymes dans la littérature, ils recouvrent néanmoins des significations différentes. Les charges peuvent ou non refléter la consommation réelle des ressources ou des coûts. Les coûts représentent le montant des dépenses réalisées ou attribuables à un produit ou à une activité précis. Idéalement, le financement par DRG devrait refléter les coûts (moyens) réels de l'hôpital

pour un cas spécifique et son traitement, puisque les prix peuvent également refléter le pouvoir de négociation historique des fournisseurs ou les négociations politiques et peuvent donc surestimer ou sous-estimer les coûts réels. Étant donné que la majorité des pays ne disposaient d'un système d'estimation des coûts que peu développé au moment de l'introduction du système de financement des hôpitaux par DRG, sa mise en œuvre a été progressive et s'est étalée sur une période de transition de plusieurs années.

En règle générale, il semble y avoir un compromis entre l'assurance de **données de coûts** de haute qualité, le nombre d'hôpitaux qui collectent les données (la taille de l'échantillon) et l'uniformité de la méthode d'estimation des coûts entre les hôpitaux.

Dans tous les pays, les **outliers** (déterminés sur base des coûts ou de la durée de séjour) sont payés séparément, sauf aux Pays-Bas où le problème des outliers est traité en créant un nouveau DBC pour une nouvelle combinaison diagnostic/traitement. Dans les autres pays, il n'y a qu'un seul paiement par séjour hospitalier.

Tableau 4 – Collecte des données de coûts dans cinq pays (2013)

	Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
Données de coûts					
Taille de l'échantillon	Participation obligatoire 100 %	Participation volontaire 20 % des séjours dans les hôpitaux publics et 5 % des séjours dans les hôpitaux privés	Participation volontaire 15 % des hôpitaux	Participation obligatoire 100 %	Participation obligatoire 100 %
Estimation des coûts	Rapport obligatoire	Règles comptables communes	Règles comptables communes	Rapport obligatoire des coûts	Formulaires officiels de rapport des coûts
Décalage par rapport aux données de coûts	3 ans	2 ans	2 ans	2 ans	2 ans



2.4. Rémunération des médecins spécialistes

La rémunération des activités des médecins spécialistes est comprise dans le financement par DRG en Angleterre, en Allemagne et en France (uniquement pour les hôpitaux publics et privés à but non lucratif). Dans ces pays, les médecins spécialistes sont salariés tandis que dans le programme américain Medicare et dans les hôpitaux privés à but lucratif en France, ils sont rémunérés à l'acte. Dans ces deux pays, les rémunérations à l'acte sont effectuées séparément du financement par DRG. Aux Pays-Bas, le statut des médecins spécialistes détermine si leur rémunération est ou non comprise dans le financement par DRG (voir Tableau 3 et Tableau 5).

En France et dans le programme Medicare, les honoraires sont calculés sur la base d'une échelle de valeur (« resource-based relative value scale », RBRVS) faisant la distinction entre une composante professionnelle (temps et compétence du médecin spécialiste ainsi que l'intensité et le stress associés au service) et une composante du coût de la pratique (ex. la location des locaux et les frais de personnel). Le rapport scientifique contient une description détaillée de l'estimation des honoraires.

Au cours de cette dernière décennie, la **rémunération des médecins spécialistes indépendants aux Pays-Bas** a changé plusieurs fois. Avant l'introduction du système DBC, les hôpitaux recevaient un financement forfaitaire basé sur les revenus historiques, qu'ils devaient répartir entre leurs spécialistes. En raison de l'allongement des listes d'attente, un léger incitant à l'activité a été introduit dans le financement forfaitaire. Avec l'introduction du système DBC, le financement forfaitaire a progressivement été remplacé par des revenus basés sur le nombre de DBC produits. Entre 2008 et 2011, un revenu normatif a été estimé pour tous les médecins spécialistes indépendants, basé sur un tarif horaire uniforme (qui tenait également compte des composantes de coût professionnel et de coût de la pratique, comme en France et dans le programme Medicare) et sur un temps normatif par DBC. Toutefois, le revenu réel était dépendant du nombre de DBC produits. Les dépassements budgétaires de 2008 et 2009 ont mené à des diminutions des honoraires en 2010 et un nouveau système budgétaire depuis 2012, afin d'empêcher les futurs dépassements budgétaires. Pendant la période

de transition 2012-2014, le budget macroéconomique pour le remboursement des médecins spécialistes ne peut augmenter que de 2,5 % maximum par an. Le budget macroéconomique est divisé entre les hôpitaux et les centres de traitement indépendants (ZBC) en fonction des revenus historiques. Les ZBC sont inclus dans le budget macroéconomique afin d'éviter un transfert stratégique entre les hôpitaux et les ZBC. La limite de chiffre d'affaires pour chaque institution est ensuite répartie entre les médecins spécialistes, dont les revenus comprennent une composante fixe (75-85 %) pour la rémunération de leurs productions (nombre de DRG) et une composante variable (15-25 %) par exemple pour financer les coûts de la pratique, la formation, la qualité ou l'innovation. À partir de 2015, des tarifs intégraux seront introduits pour les hôpitaux et les médecins spécialistes. Les réformes successives de la rémunération des médecins spécialistes indépendants aux Pays-Bas illustrent la recherche **d'une harmonisation des incitants destinés aux gestionnaires hospitaliers et aux médecins spécialistes** au travers du système de financement.

Dans le programme Medicare, des initiatives pour limiter la croissance des honoraires à la croissance du produit national brut ont échoué à cause de la résistance des (organisations de) médecins.

**Tableau 5 – La rémunération des médecins spécialistes dans cinq pays (2013)**

	Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
Système de rémunération	Salariés	Hôpitaux publics et privés à but non lucratif: salariés Hôpitaux à but lucratif: rémunération à l'acte • Composante professionnelle • Composante pratique	Salariés (avec rémunérations à l'acte pour les traitements médicaux privés)	Salariés Médecins spécialistes indépendants : nombre de DBC ¹ produits, avec un tarif horaire et des durées standardisés	Rémunération à l'acte : • Composante professionnelle • Composante pratique • Composante de mauvaise pratique (prime d'assurance)

1 DBC = *Diagnose Behandel Combinatie* (combinaison diagnostic/traitement)

2.5. Création d'un institut DRG

Dans les cinq pays, un ou plusieurs instituts indépendants, responsables de la gestion et de la surveillance du système DRG, ont été créés. Ces 'instituts DRG' sont investis de différentes tâches et responsabilités, mais ils sont tous impliqués dans la collecte et le contrôle des données, dans le développement du système d'estimation des coûts, ainsi que dans le calcul et la mise à jour des coûts pondérés des DRG ou des tarifs. L'institut allemand INeK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) est financé par une charge additionnelle de 0,13 euros par DRG. D'autres instituts bénéficient d'une subvention du ministère de la santé. Par exemple, l'institut néerlandais DBC-Onderhoud, responsable du développement et de la maintenance du système DBC, a reçu une subvention de 13,6 millions d'euros en 2012.

Dans certains pays, les hôpitaux qui collectent les données de coûts reçoivent de l'argent pour leurs efforts. En France, un budget spécifique est alloué pour payer les salaires des contrôleurs financiers des hôpitaux. En Allemagne, les hôpitaux qui participent volontairement à la collecte des données de coûts reçoivent un forfait et un montant variable en fonction du nombre de cas et de la qualité des données. Les deux paiements sont financés par une charge additionnelle de 0,97 euro par DRG. Aux Pays-

Bas, les coûts des hôpitaux qui participent volontairement à la collecte des données sont également financés par le système DBC.



3. STRATÉGIES HOSPITALIÈRES FACE AUX SYSTÈMES DE FINANCEMENT PAR DRG

3.1. Stratégies de réponse des hôpitaux au financement par DRG

Dans la majorité des cas, les systèmes de financement des hôpitaux par DRG signifient que les hôpitaux reçoivent un prix moyen pour un produit hospitalier bien défini, produit hospitalier qui consiste en un groupe de diagnostics et/ou de traitements. En théorie, cette méthode de financement stimule les hôpitaux (1) à réduire les coûts par patient traité ; (2) à augmenter les revenus par patient et (3) à augmenter le nombre de patients.⁴ Les stratégies de réponse développées par les hôpitaux peuvent avoir un impact positif ou négatif sur les objectifs du système de financement par DRG.

Le Tableau 6 donne un aperçu des stratégies hospitalières potentielles en réponse aux incitants du financement par DRG. La deuxième colonne donne une description générale de la stratégie et la troisième colonne donne une description plus concrète. La sélection des stratégies concrètes repose sur le Tableau 6.3 de Busse et al.⁴ Toutefois, certaines stratégies concrètes ont été classées dans une autre stratégie générale et la liste des stratégies potentielles a été adaptée. Pour chaque stratégie concrète, un signe « plus » ou « moins » indique si la stratégie a un impact positif ou négatif sur les objectifs du financement par DRG. Les colonnes quatre à huit montrent si la stratégie concrète a été adoptée dans les cinq pays. 'Oui' signifie que nous avons trouvé des preuves que la stratégie a été suivie, 'non' signifie qu'elle n'a pas été suivie et '-' signifie que nous n'avons pas trouvé de preuve de stratégie concrète. Même lorsque nous n'avons pas trouvé de preuve pour une stratégie spécifique, nous avons ajouté cette stratégie dans le Tableau 6 parce que le fait que les stratégies potentielles n'aient pas été investiguées peut aussi s'avérer informatif. L'évaluation des stratégies hospitalières dans les cinq pays est principalement, mais pas exclusivement, basée sur les rapports d'instances officielles.

Le premier incitant pour **réduire le coût par patient** est généré par le fait que le financement hospitalier pour un patient dans un DRG spécifique ne dépend pas des coûts individuels de l'hôpital pour fournir des services à ce patient. Les coûts par patient peuvent être réduits en réduisant la durée du séjour, en réduisant l'intensité des services fournis et en sélectionnant certains patients spécifiques. Quatre des cinq pays ont optimisé leur milieu de soins en fournissant plus de services en hôpital de jour et en ambulatoire. En ce qui concerne les autres stratégies adoptées pour réduire la durée de séjour, les résultats sont moins clairs ou diffèrent d'un pays à l'autre. Les sorties précoces inappropriées, une des conséquences potentielles négatives majeures du système de financement par DRG, ne semblent pas poser de problème en Allemagne. Dans le programme Medicare, les réadmissions n'augmentent pas, mais le nombre de patients sortant de l'hôpital en état instable augmente. Pour l'Angleterre, les études montrent des résultats différents, et en France on note des taux de réadmission en hausse pour certaines interventions spécifiques.

Les stratégies destinées à réduire l'intensité des services fournis sont très peu documentées, sauf pour les stratégies de sélection des patients. Nous n'avons pas trouvé de preuve concluante de stratégie de sélection des patients, mais il existe un risque potentiel que les centres de traitement en Angleterre choisissent les patients les moins à risque. Ces centres délivrent principalement des soins simples et électifs et sont spécialisés dans une ou deux procédures à haut volume.

L'**augmentation des revenus par patient** peut être obtenue en modifiant les pratiques de codage ou en procédant à des transferts de coût. Le codage des diagnostics et des procédures s'est amélioré grâce au financement par DRG, mais on a aussi noté des reclassifications frauduleuses des patients (surcodage). Certains transferts de coût ont été observés dans les premières années de l'introduction du programme américain Medicare, mais des preuves récentes semblent contredire cette observation.



Les preuves relatives à l'**augmentation du nombre de patients** fait principalement référence aux listes d'attente. En Angleterre, on n'a pas pu clairement déterminer si les délais d'attente avaient diminué grâce à l'introduction d'un système de paiement par DRG ou grâce à la mise en place d'autres mesures comme les délais d'attente cibles (voir section 3.2). Aux Pays-Bas, une politique active de réduction des délais d'attente était déjà en place avant l'introduction du système DBC, mais les délais d'attente font aussi partie du processus de négociation entre les assureurs et les hôpitaux, à côté du prix et du volume des DBC. Dans les quatre pays européens, l'activité a augmenté après l'introduction du financement par DRG. Cependant, dans certains pays l'augmentation de l'activité avait déjà été observée avant l'introduction de ce type de financement.

Tableau 6 – Incitants du financement hospitalier par DRG et stratégies hospitalières dans cinq pays

Incitants du financement hospitalier par DRG	Stratégies hospitalières	La stratégie a-t-elle été suivie ?					Programme américain Medicare
		Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas		
Réduire les coûts par patient	Réduire la durée du séjour	Optimiser le milieu de soins (Hôpital de jour/ambulatorio) (+)	Oui	Oui mais faible effet	Oui	-	Oui
		Optimiser le trajet des soins interne à l'hôpital (+)	-	Non	Oui	-	-
		Intégration et coordination des soins par le transfert vers d'autres prestataires (+)	-	-	-	-	-
		Sortie précoce inappropriée (-)	Augmentation des taux de réadmission mais pas clairement	Augmentation des taux de réadmission dans les 30 jours pour	Non	-	Pas d'augmentation des taux de réadmission et pas d'impact sur la



Incitants du financement hospitalier par DRG	Stratégies hospitalières		La stratégie a-t-elle été suivie ?				Programme américain Medicare
			Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	
			liée au système de financement	certaines interventions			mortalité à un an mais plus de patients sortent dans des conditions instables
	Réduire l'intensité des services fournis	Refus de services nécessaires (qualité/sous-traitement) (-)	-	-	-	-	-
		Éviter les services non nécessaires ou diminuer la capacité hospitalière sous-utilisée (+)	-	-	-	-	Diminution du nombre de lits hospitaliers mais pas d'augmentation du taux d'occupation de l'hôpital
	Sélectionner les patients	Éviter les cas non rentables (dumping) (-)	Non, sauf potentiellement dans les centres de traitement car ils peuvent appliquer des critères d'exclusion	Non, du moins pour les hôpitaux publics (loi) et pas de sorties plus précoces des patients à coût élevé	-	-	-
		Sélectionner les patients ayant des DRG à faible coût (écrémage) (-)	Non, sauf potentiellement dans les centres de traitement car ils peuvent appliquer des critères d'exclusion	-	Non	-	-



Incitants du financement hospitalier par DRG	Stratégies hospitalières		La stratégie a-t-elle été suivie ?				
			Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
		Spécialisation dans le traitement des patients pour lesquels l'hôpital possède un avantage en termes de concurrence (-)	-	Non	Des changements au niveau de la structure de l'hôpital et une augmentation du case-mix ont été observés mais ils ne sont peut-être pas liés au système de financement des hôpitaux	-	Des augmentations des services spécialisés et du case-mix ont été observées mais elles ne sont peut-être pas liées au système de paiement des hôpitaux
Augmenter les revenus par patient	Changement au niveau des pratiques de codage	Améliorer le codage des diagnostics et des procédures (+)	-	Oui	Oui	Oui	Oui
		Reclassification injustifiée des patients (-)	Non	Oui	Oui	Oui	Oui, plus probablement dans les hôpitaux à but lucratif
	Transfert de coût	Augmentation des prix des services pour les patients privés en raison d'un sous-paiement par les services Medicare (-)	-	-	-	-	Oui, les premières années
Augmenter le nombre des patients	Changer les règles d'admission	Réduire les listes d'attente (+)	Oui, mais la contribution du système de financement n'est	-	-	Oui	-



Incitants du financement hospitalier par DRG	Stratégies hospitalières	La stratégie a-t-elle été suivie ?				
		Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Programme américain Medicare
		pas claire				
	Scinder les soins en admissions multiples (-)	-	-	-	-	-
	Admission des patients pour des services inutiles (demande induite par l'offre) (-)	-	Pas de preuve, mais suspicion pour les cataractes	-	Oui	-
		Augmentation de l'activité qui démarre avant l'introduction du financement par DRG, également augmentation du budget hospitalier global	Augmentation de l'activité mais pas uniquement liée au financement par DRG	Augmentation de l'activité qui démarre avant l'introduction du financement par DRG	Oui	Non

Source : Modification du Tableau 6.3 dans Busse et al. (2011)⁴



3.2. Mesures politiques destinées à cadrer les stratégies hospitalières

Dans tous les pays, des mesures politiques ont été prises pour stimuler les stratégies hospitalières ayant un impact potentiel positif sur les objectifs du financement par DRG ou pour contrebalancer les stratégies ayant des conséquences non désirées. Le Tableau 7 inclut une sélection de stratégies hospitalières pour lesquelles des mesures politiques concrètes ont été identifiées.

La plupart des mesures politiques ont trait aux stratégies qui visent à **réduire la durée de séjour**. Des exemples de mesures politiques destinées à stimuler l'hôpital de jour ou les soins ambulatoires comprennent l'application du même tarif dans les différents milieux de soins, l'application d'un tarif plus élevé pour l'hôpital de jour ou les soins ambulatoires pour certaines procédures (« Appropriate settings best practice tariffs (BPT) » en Angleterre), ou encore une autorisation préalable pour pouvoir réaliser certaines interventions chirurgicales en hospitalisation classique. Aux Pays-Bas, les effets de substitution entre l'hospitalisation classique, l'hospitalisation de jour et l'ambulatoire sont intégrés directement dans le système DBC.

Pour optimiser les trajets de soins, les autorités anglaises ont introduit le « streamlined pathway best practice tariff (BPT) » pour la cataracte, en vue de réduire le nombre de visites ambulatoires après une chirurgie. Toujours en Angleterre, différents tarifs ont été créés afin de promouvoir l'intégration et la coordination des soins, via le transfert des soins de l'hôpital vers d'autres prestataires : « post discharge tariffs » pour quatre trajets de revalidation ; « maternity pathway tariffs » pour le trajet de soins maternité, prévoyant un seul paiement des hôpitaux pour tous les soins liés à la grossesse, sans paiements additionnels des activités individuelles. Aux Pays-Bas, la structure spécifique du système DBC, qui combine le diagnostic et le traitement en un seul produit de soins, décourage le cumul des paiements pour des éléments individuels de l'activité.

Dans le système Medicare, les soins intégrés sont stimulés par le biais de « bundled payments », paiements groupés qui lient le financement des multiples services fournis pendant un épisode de soins.

Enfin, les mesures suivantes ont été développées pour éviter les sorties précoces inappropriées : en cas de sortie avant le seuil minimum de durée de séjour fixé, l'hôpital ne perçoit qu'un paiement réduit par DRG ; diminution des paiements en cas de réadmission.

Pour éviter les stratégies de **sélection des patients**, dans le programme américain Medicare, les hôpitaux qui traitent un pourcentage élevé de patients à faibles revenus perçoivent des paiements plus élevés.

Tous les pays ont mis en place des mécanismes de contrôle et des pénalités pour contrecarrer les stratégies de **surcodage** ou éviter que des patients ne soient admis pour des **services inutiles**.

Aux Pays-Bas et en Angleterre, plusieurs mesures ont été introduites pour garder **les délais d'attente** dans des limites acceptables.



Tableau 7 – Stratégies hospitalières et mesures politiques associées dans cinq pays

Stratégies hospitalières	Mesures politiques
Optimisation du milieu de soins (hospitalisation de jour/ambulatoires) (+)	• Même tarif pour l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour pour une série de DRG (France) • Certaines interventions chirurgicales doivent d'abord être approuvées par l'assurance santé avant de pouvoir être effectuées en hôpital de jour (France) • « Appropriate settings best practice tariffs » (Angleterre)
Optimisation du trajet de soins internes (+)	• « Streamlined pathway best practice tariffs » (Angleterre)
Intégration et coordination des soins via le transfert à d'autres prestataires (+)	• « Streamlined pathway best practice tariffs », « post discharge tariffs », « maternity pathway tariffs » (Angleterre) • Les caisses d'assurance santé peuvent promouvoir l'intégration des soins par le biais de contrats conclus avec des prestataires de soins de différents secteurs (Allemagne) • « Bundled payments », paiements groupés qui comprennent les services intra-hospitaliers et les services post-sortie pendant un épisode de soins (Medicare)
Sortie précoce inappropriée (-)	• Mise en place d'un seuil de durée de séjour (France) • Pas de paiement supplémentaire pour les réadmissions dans les 30 jours (Angleterre et Allemagne) • Réduction des paiements en cas de réadmissions excessives pour infarctus aigu du myocarde, insuffisance cardiaque et pneumonie (Medicare)
Sélection des patients (-)	• Possibilité de réduction du tarif si la sélection des patients entraîne une diminution des coûts moyens (Angleterre) • Ajustements des paiements pour les hôpitaux qui traitent un pourcentage élevé de patients à faibles revenus (Medicare)
Reclassification injustifiée des patients (-)	• Contrôles et pénalités (tous les pays)
Diminution des listes d'attente (+)	• Délais d'attente cibles (Angleterre) • Création de centres de traitement pour les procédures de routine avec courte durée de séjour (Angleterre) • Délais d'attente acceptables (« Treeknormen ») (Pays-Bas) • Publication obligatoire des délais d'attente moyens attendus pour les diagnostics et traitements ambulatoires (Pays-Bas) • Portail des soins de santé sponsorisé par le gouvernement proposant des informations sur les délais d'attente dans les hôpitaux (Pays-Bas)



Stratégies hospitalières	Mesures politiques
Scission des soins en plusieurs admissions (-)	• Réduction des tarifs en cas de réadmission dans les 3 jours dans le même hôpital et le même DRG (France)
Admission des patients pour des services inutiles (demande induite par l'offre) (-)	• Surveillance des taux régionaux d'utilisation de certaines procédures. Recommandations développées pour les procédures qui ont un taux d'utilisation régional fortement variable (France) • Contrôles et pénalités pour les admissions/services non justifiés médicalement (Medicare) • Négociations entre les caisses d'assurance maladie et les hôpitaux pour le volume d'activité. La production en excès du volume négocié doit être (partiellement) remboursée (Allemagne et Pays-Bas) • Contrôle des admissions injustifiées (Medicare)



4. ÉVALUATION DE L'IMPACT DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX PAR DRG

Les cinq pays partagent certains objectifs communs liés à l'introduction d'un système de financement des hôpitaux par DRG, comme l'augmentation de la transparence, l'augmentation de l'efficacité et, dans une moindre mesure, l'amélioration de la qualité. Seul le programme américain Medicare avait le contrôle des coûts comme objectif politique. L'évaluation de l'impact de la nouvelle méthode de financement n'est toutefois pas simple. Avant tout, on manque souvent de données adéquates pour réaliser ce type d'évaluation. Ensuite, une amélioration réalisée pour un de ces objectifs cités peut également être due à des mesures politiques spécifiques mises en œuvre pour favoriser la réalisation de cet objectif (voir Tableau 7). Enfin, les objectifs ont souvent été exprimés en termes généraux, sans définition claire de leur but précis. Cette constatation concerne plus particulièrement les objectifs de qualité et d'efficacité. Les résultats repris dans le Tableau 8 sont principalement, mais pas exclusivement, basés sur des rapports d'organismes officiels (le signe '-' indique que nous n'avons pas trouvé d'évaluation d'impact pour cet objectif spécifique).

La **transparence** s'est substantiellement améliorée par rapport au système mis en place avant l'introduction des DRG, en raison de l'augmentation d'informations disponibles quant aux produits hospitaliers et à leur tarifs respectifs. Cela vaut particulièrement pour les pays utilisant traditionnellement les budgets globaux comme méthode de financement des hôpitaux. Avec l'introduction d'une nouvelle définition des produits de soins en 2012 aux Pays-Bas, le nombre de DBC a diminué à environ 4 400 produits. Le système de classification original était considéré comme trop complexe et ingérable (environ 30 000 DBC étaient appliqués). Depuis l'introduction du système, les autres pays ont augmenté leur nombre de DRG. En Allemagne, cette augmentation a été considérée comme rendant le système plus complexe. Des règles peu limpides de création d'un nouveau DBC pour un patient unique (Pays-Bas) ou des règles peu claires de détermination des tarifs (inclusion ou non des frais d'investissement en France) rendent le système peu lisible.

L'augmentation de l'**efficacité** était un autre objectif politique commun. L'efficacité est un terme largement utilisé. Cependant, différentes significations y sont associées. En plus de l'efficacité technique et du concept plus vaste de productivité, une série d'indicateurs partiels ont été identifiés dans les documents officiels, soit l'impact du système de financement des hôpitaux sur le niveau d'activité, la durée de séjour, les coûts totaux pour l'hôpital, et le coût par cas.

Les résultats relatifs au contrôle des coûts et à l'amélioration de la productivité sont hétérogènes. L'activité a augmenté dans les pays européens (qui utilisaient précédemment des budgets globaux) et a diminué dans le programme américain Medicare (qui remboursait précédemment les hôpitaux de manière rétrospective sur base de leurs coûts). Les durées de séjours ont diminué mais il n'a pas toujours été possible de déterminer précisément si cette baisse était attribuable ou non au nouveau système de financement. L'impact sur les coûts totaux des hôpitaux a été modeste.

L'impact sur la **qualité** n'est pas clairement établi en raison du fait que des données comparatives sur la situation avant l'introduction du système font souvent défaut ou parce que l'impact n'a été mesuré que pour un nombre limité d'interventions. Comme pour l'efficacité, la qualité des soins est cependant un concept multidimensionnel qui rend son évaluation difficile en l'absence d'une définition précise. Les preuves limitées suggèrent toutefois qu'il n'y a pas eu d'impact négatif sur la qualité des soins. Dans la plupart des pays, il n'y a pas eu de hausse des réadmissions. En outre, on peut observer une baisse de la mortalité hospitalière et de la mortalité à 30 jours, cependant ces améliorations ne peuvent être attribuées avec certitude à un financement par DRG.

Par rapport aux anciens systèmes européens de financement par budget, l'allocation des ressources entre les hôpitaux est maintenant plus en phase avec les services prestés et est donc considérée comme étant **équitable**. Le système de financement basé sur les DRG dans le programme Medicare aux États-Unis est également considéré comme plus équitable depuis l'adaptation du montant payé par DRG pour les hôpitaux ayant une proportion élevée de patients ayant de faibles revenus.

Nous n'avons pas trouvé de preuve de **traitement sélectif des patients**. Aux Pays-Bas, **les délais d'attente** ont diminué mais l'impact du système DBC ne peut pas être dissocié de mesures politiques additionnelles.


Tableau 8 – Évaluation de l'impact du financement des hôpitaux par DRG dans cinq pays

	Angleterre	France	Allemagne	Pays-Bas	Système américain Medicare
Transparence	*Impact positif	Impact positif mais manque de transparence du processus de fixation des tarifs	*Impact positif mais système moins lisible en raison du nombre croissant de DRG	*Impact positif mais système moins lisible en raison du nombre important de DBC (avant 2012) et de règles de codage obscures	-
Efficience	*	*	*	*	*
• Efficience productivité technique	-	Augmentation de la productivité pour les hôpitaux publics ; Impact pas clair de la productivité dans les hôpitaux privés	-	Impact mitigé quant au efficience (chute des tarifs mais augmentation du volume)	Pas d'amélioration
• Activité	Augmentation du pourcentage d'hospitalisations de jour	*Augmentation mais déjà observée avant l'introduction du système Augmentation limitée du pourcentage d'hospitalisations de jour	Augmentation	Augmentation	Diminution
• Durée de séjour	Diminution, mais présence d'autres facteurs explicatifs	Diminution	Diminution mais déjà observée avant l'introduction du système	Diminution	Diminution
• Coût total pour l'hôpital	Pas d'impact	-	Taux de croissance légèrement inférieur	Augmentation	*Taux de croissance inférieur; Les paiements de Medicare aux médecins spécialistes est l'une



					des composantes des dépenses de santé avec la plus forte croissance
• Coût par cas	-	-	Taux de croissance légèrement supérieur	-	Diminution au début et augmentation les années suivantes
Qualité	*Pas de détérioration de la qualité	-	*Pas de détérioration de la qualité	*Impact positif sur la mortalité à l'hôpital mais diminution de la mortalité déjà observée avant l'introduction du système ; pas de preuve d'impact sur l'efficacité	Impact pas clair mais pas de détérioration de la qualité
Allocation équitable des ressources entre les hôpitaux	*Impact positif	*Impact positif mais l'allocation des ressources entre les hôpitaux n'est toujours pas neutre	*Impact positif mais pas d'ajustements pour les variations des prix d'input entre les états (Länder)	-	Améliorée par des paiements/ajustements additionnels, p. ex. pour les hôpitaux ayant une proportion élevée de patients à faibles revenus
Accessibilité des patients	L'impact sur des indicateurs de résultat ne dépend pas des caractéristiques des patients mais écrémage potentiel par les centres de traitement	L'impact sur la durée de séjour ne dépend pas des caractéristiques des patients	Pas de preuve d'écrémage. Plus longs délais d'attente pour les patients SHI que pour les patients PHI mais pas de comparaison avec les délais d'attente avant l'introduction des DRG	*Raccourcissement des listes d'attente	Soins accessibles en termes de provision des services

* Objectif annoncé lors de la mise en place du système de financement par DRG ; DRG = Diagnosis Related Group ; DBC = Diagnose Behandel Combinatie (combinaison diagnostic/traitement) ; PHI = Assurance maladie privée ; SHI = Assurance maladie sociale.



5. INCITANTS FINANCIERS AYANT POUR BUT D'AMÉLIORER LA QUALITÉ ET L'INTÉGRATION DES SOINS

Nouvelles tendances dans le financement des hôpitaux

Depuis leur introduction, les systèmes de financement par DRG ont évolué. Trois tendances majeures de développement des systèmes de financement par DRG sont observables. La première est l'extension du système DRG de l'hospitalisation classique à d'autres milieux de soins (hospitalisation de jour et ambulatoire) ou à d'autres secteurs (soins de santé mentale et revalidation). Le champ d'application du financement des hôpitaux par DRG dans les cinq systèmes analysés a déjà été décrit dans la section 2.2.

Une deuxième tendance plus récente est celle de l'intégration d'incitants destinés à améliorer la qualité. Les systèmes de financement par DRG peuvent présenter un risque en termes de qualité des soins parce que ces systèmes encouragent les hôpitaux à réduire leurs coûts par séjour. Les preuves disponibles ne confirment cependant pas les effets néfastes sur la qualité des soins souvent postulés lorsque l'on parle de la transition d'un système de financement rétrospectif basé sur les coûts (comme le système précédent du programme Medicare) ou d'un système de paiement à l'acte vers un système de paiement prospectif par cas. Toutefois, étant donné que les systèmes de financement par DRG ne récompensent pas explicitement les prestataires de soins (hôpitaux ou médecins spécialistes) pour l'amélioration de la qualité, de nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années pour garantir ou améliorer la qualité à l'aide d'incitants financiers. Dans certains cas, cela a été réalisé par une adaptation du système de financement par DRG lui-même, tandis que dans d'autres cas, des mécanismes de « paiement à la performance » ont été développés, en complément du système de financement par DRG. Les initiatives en matière de qualité qui ne sont pas associées à un financement (ex. les rapports publics, les audits et les feedback) sont hors du champ de cette étude.

Une troisième tendance concerne le recours aux mécanismes de financement pour encourager les systèmes de soins intégrés lors de la prise en charge des malades chroniques.

5.1. Ajustements du financement des hôpitaux par DRG pour la qualité

Les effets indésirables potentiels sur la qualité des soins sont contrecarrés par des ajustements du système de financement par DRG. Nous allons brièvement décrire trois initiatives.

Best Practice Tariffs (BPT)

Depuis 2010, différents types de BPT ont été introduits en Angleterre. Un BPT est un tarif national dont la structure et le tarif ont été fixés pour encourager et rémunérer adéquatement des soins de haute qualité et efficaces. Un premier type de tarif encourage le recours à un milieu de soins approprié pour un ensemble de procédures chirurgicales ; un deuxième type couvre le prix de l'ensemble d'un trajet de soins pour en réduire la variabilité (uniquement pour le traitement de la cataracte) ; et un troisième type est accordé aux hôpitaux s'ils se conforment à des recommandations basées sur des preuves (evidence-based guidelines) lors du traitement des patients.

Extension de l'épisode de soins aux soins post-aigus

Pour encourager la coordination et l'intégration des soins, il est souhaitable d'élargir le système de financement par DRG à un ensemble intégré de traitements, y compris les soins ambulatoires et la revalidation. Un exemple intéressant est la **Bundled Payments for Care Improvement Initiative** du programme Medicare, où un seul paiement est accordé pour un épisode de soins qui va des soins aigus donnés à l'hôpital aux soins post-aigus dispensés dans une maison de repos et de soins ou dans un centre de revalidation, au domicile du patient ou dans un autre centre ; et ce, pour une sélection d'épisodes et pour une période fixée à 90 jours maximum après les soins aigus. Un tel système est complexe et demande un système d'information intégré sophistiqué. Avant tout, les épisodes doivent être sélectionnés et leur durée doit être fixée. Des durées d'épisode plus longues fournissent une plus grande assurance que l'état du patient sera stabilisé mais elles impliquent aussi une plus grande variation des coûts entre les patients, ce qui expose l'hôpital ou toute autre entité qui reçoit le paiement groupé à un risque financier accru.



Exclusion des maladies nosocomiales et des réadmissions du financement

Un des effets potentiels pervers des systèmes de financement des hôpitaux par DRG est que les hôpitaux reçoivent un budget supplémentaire pour les patients qui développent des complications durant leur séjour à l'hôpital. Dissocier les complications (survenues à l'hôpital) des co-morbidités (que le patient avait déjà à son admission) pour exclure les effets financiers « bénéfiques » des maladies nosocomiales représente une stratégie possible. Par exemple, en Angleterre, les hôpitaux ne sont pas payés pour les « never events ». Il s'agit d'événements graves pour la sécurité des patients qui auraient largement pu être évités.

Une autre stratégie d'ajustement du financement par DRG pour améliorer la qualité des soins consiste à pénaliser financièrement les hôpitaux en cas de réadmission dans les 30 jours pour une même maladie (ex. ne rembourser qu'un seul épisode de soins ou diminuer le financement de l'hôpital lorsque les réadmissions pour une sélection de DRG sont considérées comme excessives par rapport à une norme de référence).

5.2. Paiement à la performance (P4P)

Le système de « paiement à la performance » (P4P) lie des incitants financiers à la qualité des performances. Ce mécanisme est de plus en plus utilisé par les décideurs politiques pour encourager les améliorations de la qualité des soins. Deux exemples sont très connus dans le domaine hospitalier. Le premier est le programme **Medicare's Premier Hospital Quality Incentive Demonstration** (PHQID), un programme P4P qui opère de manière neutre sur le plan budgétaire global (1 ou 2 % de bonus versus 1 ou 2 % de pénalités) en utilisant 34 indicateurs, de processus surtout, pour 5 affections cliniques (infarctus aigu du myocarde, pneumonie aiguë d'origine communautaire, insuffisance cardiaque chronique, pontage aortocoronarien et chirurgie de prothèse de hanche ou de genou). Les programmes d'évaluation ont montré des améliorations dans un premier temps (les deux premières années) dans les indicateurs de processus mais après un suivi de 6 ans ces améliorations avaient diminué. Aucune amélioration n'a été observée au niveau des résultats pour les patients, et ceci à aucun stade du programme. Sur la base de ce programme, Medicare a maintenant introduit un « value-based purchasing program », un programme P4P national qui doit encore être évalué.

Le deuxième exemple est celui du programme **Advancing Quality**, qui est un programme P4P basé sur le PHQID, introduit dans les hôpitaux dans le nord-ouest de l'Angleterre. Sa mise en œuvre a été associée à une réduction de la mortalité. Les grosses différences avec le programme américain résident dans les bonus plus importants (4 %) accordés à une plus grande proportion de participants. De plus, les bonus ont été directement investis dans des initiatives d'amélioration de la qualité. Le programme a été absorbé par un nouveau programme P4P mis en place dans toute l'Angleterre : Le **Commissioning for Quality and Innovation** (CQUIN). Des améliorations de processus ou de résultat n'ont pas été observées en lien avec ce programme. Le CQUIN repose sur des objectifs et des indicateurs convenus au niveau local. Bien que les inputs locaux stratégiques et cliniques dans les programmes P4P aient été évalués comme étant appréciables, il semble plus opportun de centraliser les problèmes de conception technique (ex. définir des indicateurs, se mettre d'accord sur des seuils, fixer des prix).

Résultats d'efficacité mitigés des programmes P4P

De nombreuses études ont trouvé des améliorations dans certains indicateurs de processus et suggéré que le système P4P peut s'avérer efficace. Mais pour l'instant, on manque encore de preuves convaincantes, en particulier au niveau des résultats pour les patients. Cependant, les résultats publiés montrent déjà qu'un nombre de cibles spécifiques peuvent être améliorées à l'aide d'un système P4P lorsque les choix en termes de conception et de contexte sont optimisés et harmonisés :

- Objectifs P4P sélectionnés en fonction de la marge d'amélioration de départ ;
- Sélection de processus evidence-based et d'indicateurs de résultat (intermédiaires) ;
- Participation des acteurs ;
- Incitants à la fois pour l'atteinte d'un objectif et pour une amélioration de cet objectif ;
- Incitants au niveau individuel et/ou au niveau de l'équipe ;
- Système de monitoring des conséquences non désirées potentielles ;
- Niveau des incitants bien pensé ;
- Politique plus large d'amélioration de la qualité.



5.3. Systèmes de financement destinés à renforcer les soins intégrés pour les malades chroniques

Une population vieillissante et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques soulignent le besoin de nouvelles méthodes de financement qui intègrent des incitants financiers appropriés favorisant les soins intégrés. Parmi ces incitants financiers, quatre niveaux peuvent être distingués :

- Des paiements distincts pour la coordination des soins ou pour un effort particulier relatif aux soins intégrés ;
- Des paiements à la performance (P4P), surtout pour les généralistes, pour lesquels le financement ou les incitants financiers sont associés à des améliorations de processus ou de résultats des soins aux patients chroniques ;
- Des paiements groupés (« bundled payment ») pour un ensemble de prestations lors de la prise en charge de maladies spécifiques qui impliquent de multiples prestataires ;
- Des paiements globaux (ajustés aux risques) pour la totalité des prestations liées à un groupe spécifique de personnes.

Le programme « **Keten-DBC** » aux Pays-Bas est un exemple de paiement groupé pour une maladie spécifique qui implique de multiples prestataires. Ce programme prévoit un paiement annuel pour l'ensemble des soins requis par les patients souffrant de maladies chroniques. Depuis 2010 (après une période d'expérimentation de 3 ans, uniquement pour les patients diabétiques), les caisses d'assurance maladie peuvent acheter tous les services de soins de santé nécessaires pour gérer un éventail de maladies chroniques (diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique ou maladies vasculaires) par le biais d'une seule rémunération payée à des entités contractuelles nouvellement créées appelées 'groupes de soins'. Ces groupes de soins sont responsables, sur le plan clinique et financier, de tous les patients du programme de soins. Les services qui doivent être couverts pour chaque ensemble de soins sont fixés par des normes nationales relatives aux différentes pathologies, mais le prix de chaque ensemble de services est négocié individuellement entre les caisses d'assurance maladie et les 'groupes de soins' afin de stimuler la concurrence.

Le modèle **Gesundes Kinzigtal Integrated Care** en Allemagne est un exemple de transition vers un système de paiement global. Contrairement aux autres programmes de soins intégrés en Allemagne, l'initiative de soins intégrés **Gesundes Kinzigtal** constitue un des rares systèmes de soins intégrés à l'échelle de la population et qui couvre tous les secteurs et toutes les indications de soins pour une population déterminée. Les profits, générés uniquement par les économies réalisées sur les coûts moyens des soins, sont partagés entre la société qui gère le programme (**Gesundes Kinzigtal GmbH**) et les caisses d'assurance maladie selon un contrat dans lequel le partage des économies a été négocié. Les prestataires de soins continuent à être remboursés de la même manière par les caisses d'assurance maladie mais ils bénéficient de remboursements supplémentaires de type 'paiement à la performance' accordés par la **Gesundes Kinzigtal GmbH** pour des prestations qui ne sont normalement pas couvertes par le système traditionnel mais qui sont considérées comme importantes pour atteindre une meilleure qualité des soins. De plus, tous les prestataires reçoivent une part des bénéfices du programme en fonction de leurs performances individuelles. Plusieurs mesures ont également été mises en place pour limiter le risque de sélection des patients.

Aux États-Unis, l'**Accountable Care Organizations (ACO)** est un nouveau mécanisme de financement dans lequel des groupes de prestataires qui souhaitent être responsables des coûts globaux et de la qualité des soins de leurs patients sont éligibles au partage des économies réalisées par une amélioration des soins. Les payeurs établissent des normes de qualité et fixent des dépenses cibles, ajustées aux risques, pour les patients soignés par les médecins de l'ACO.

L'évaluation de ces systèmes de financement destinés à améliorer les soins intégrés pour les malades chroniques est pour le moment assez limitée, voire non existante.



6. DISCUSSION

Dans cette étude, nous examinons les leçons que nous pouvons tirer de l'expérience étrangère, et ce à deux niveaux. Le premier concerne les éléments constitutifs du système de financement par DRG, tels que la nécessité de données récentes et de haute qualité, d'une introduction progressive et d'un choix quant à l'inclusion/exclusion de certains services et coûts. À un second niveau, nous confrontons les objectifs, les incitants et l'impact réel du financement par DRG et nous insistons sur la nécessité d'une combinaison de systèmes de financement.

Les leçons tirées des éléments constitutifs des systèmes de financement par DRG

Les caractéristiques spécifiques d'un financement par DRG peuvent apporter une contribution importante à la réalisation des objectifs prioritaires tels que la qualité, l'efficacité et l'accessibilité.

Un premier élément concerne le **système de classification** utilisé. L'Angleterre et les Pays-Bas ont développé un nouveau système de classification, alors que la France et l'Allemagne ont importé une version mise à jour du système DRG original et l'ont adaptée à leur propre expérience pratique. Contrairement à d'autres pays, le système DBC aux Pays-Bas comprend le processus de soins tout entier dans un seul DBC, de la consultation initiale au dernier contrôle. Dès le début, le concept « DBC » était indépendant du milieu de soins et incluait les hospitalisations classiques, les hospitalisations de jour et les soins ambulatoires. Dans les autres pays (sauf en Angleterre), les soins ambulatoires ne sont pas (encore) inclus. Cependant, une classification qui se limite aux soins aigus renforce la fragmentation des soins. Toutefois, des initiatives sont prises pour étendre le financement prospectif à d'autres types de soins, y compris la révalidation et les soins de santé mentale.

La disponibilité de **données de coûts récentes et de haute qualité** est une exigence importante pour un système de financement des hôpitaux basé sur les DRG. Il semble y avoir un compromis entre la qualité des données, l'uniformité des coûts entre les hôpitaux et le nombre d'hôpitaux qui recueillent les données de coûts. Si les hôpitaux qui collectent les coûts ne sont pas représentatifs ou que leur nombre est trop faible pour transmettre une image précise des traitements plus rares, le montant par DRG en résultant pourrait mener à un traitement inégal des hôpitaux. Par

ailleurs, les systèmes standardisés, et certainement les systèmes obligatoires d'estimation des coûts, peuvent plus facilement être introduits dans un échantillon d'hôpitaux ayant des systèmes d'estimation des coûts comparables.

En Angleterre et aux Pays-Bas, des projets pilotes ont été menés pour un nombre limité d'interventions pour lesquelles il y avait de longs délais d'attente afin d'acquérir de l'expérience sur cette nouvelle méthode de paiement avant de l'introduire réellement. Tous les pays ont mis en œuvre le système de financement par DRG par phases pendant une **période de transition** de plusieurs années pour donner à tous les acteurs le temps de s'adapter au nouveau système. Pendant cette période de transition, le pourcentage des activités payées sur la base des DRG a augmenté ou le système a évolué et est passé d'une phase neutre sur le plan budgétaire à une phase de réelle responsabilité financière des hôpitaux. Dans les cinq pays étudiés, tous les DRG ont été inclus dans le système et non seulement une partie, et ce afin d'éviter toute manipulation comme le surcodage ou le transfert de coûts.

Une infrastructure IT adéquate est nécessaire pour gérer et surveiller la collecte des données, la comptabilisation des coûts et les mises à jour du système (notamment pour refléter les changements dans la pratique clinique). Dans les cinq pays, un « **institut DRG** » a été créé et financé à cette fin.

Aucun des cinq pays n'inclut tous les services ou les coûts dans le financement par DRG. Les services exclus sont **financés par d'autres moyens**. Ceux-ci comprennent le financement des services fournis aux patients pour lesquels aucun système de classification satisfaisant n'est disponible (ex. les soins de santé mentale et la révalidation); les activités non liées aux patients (ex. l'enseignement et la recherche); les outliers; les éléments qui faussent les prix (ex. les médicaments chers); les services pour lesquels les incitants destinés à raccourcir la durée de séjour des patients sont considérés nocifs (ex. unité de soins intensifs).



Des systèmes mixtes de financement des hôpitaux sont nécessaires pour rencontrer les objectifs sociétaux

Le système de financement des hôpitaux n'est seulement qu'une des mesures utilisées pour promouvoir les objectifs de politique de santé, c.-à-d. fournir de manière efficiente des soins de santé de haute qualité et accessibles. Le système de financement par DRG a été introduit dans ce but dans les cinq pays sélectionnés. Aux Pays-Bas, par exemple, les réformes du système de financement des hôpitaux ne représentent qu'une partie des réformes structurelles plus larges visant à renforcer le rôle des mécanismes de marché. Une concurrence accrue était la clé pour atteindre les objectifs sociétaux et le système de financement par DRG avec mise en concurrence des prix entre les fournisseurs n'était qu'un, mais certainement un important, instrument dans la réalisation de ces objectifs.

En plus de soutenir des objectifs sociétaux plus vastes, les systèmes de financement des hôpitaux basés sur les DRG ont aussi été introduits pour augmenter la **transparence** et pour **financer les hôpitaux de manière plus équitable**. De ces deux objectifs, il est attendu qu'ils contribuent à une amélioration de l'efficience et la qualité des soins. Le fait que les réformes du financement des hôpitaux réussissent à atteindre les objectifs sociétaux dépend en partie de facteurs qui dépassent les seules caractéristiques de conception du système de financement. Dans tous les pays, des mesures politiques ont été prises pour stimuler les stratégies des hôpitaux ayant potentiellement un impact positif et décourager les stratégies aux conséquences non désirées. Aucun système de financement des hôpitaux n'est suffisant pour réaliser tous les objectifs cités. Au contraire, d'autres instruments sont nécessaires.

Un système de financement des hôpitaux par DRG peut augmenter la transparence en déterminant un tarif connu à l'avance pour un produit hospitalier donné (le DRG). Des règles claires sur le codage et la fixation des tarifs des DRG constituent des conditions préalables à un système transparent. En ce qui concerne le nombre de DRG, un équilibre doit être trouvé entre un nombre suffisant pour garantir le traitement équitable des hôpitaux et un nombre limité pour éviter un système trop complexe comme l'a été à l'origine le système DBC aux Pays-Bas.

Le renforcement de l'**efficience** des hôpitaux était l'un des objectifs politiques dans chacun des cinq pays étudiés. Dans les quatre pays européens, le système de financement à l'activité remplace un système de

budgets globaux. Concernant le programme Medicare, le système de financement prospectif remplace un système de remboursement rétrospectif des coûts. On ne dispose toutefois que de très peu de preuves empiriques de l'impact des systèmes de financement par DRG sur l'efficience (technique). A la place de cela, l'impact sur l'efficience a été évalué à l'aide d'indicateurs partiels, comme le contrôle des coûts totaux. Il ne faut pas oublier qu'un système de financement prospectif fondé sur les DRG ne comprend pas, en tant que tel, d'incitants permettant de contrôler les coûts hospitaliers totaux. Le financement par DRG repose en effet toujours sur le nombre de patients traités et seul le 'tarif du produit hospitalier' est contrôlé. De plus, l'impact du système par DRG sur les coûts totaux de l'hôpital dépend largement du système en place avant son introduction (budget ou rémunération à l'acte).

L'**accès aux soins** peut être évalué en examinant la présence de **listes d'attentes** ou de **stratégies de sélection des patients** comme le dumping ou l'écrémage de groupes de patients. Aucune preuve de dumping ou d'écrémage n'a été trouvée mais un risque d'écrémage existe dans les centres de traitement, spécialisés dans des soins simples et électifs pour un nombre limité de procédures à haut volume. En Angleterre, ces centres de traitement ont des critères d'exclusion de patients établis de manière contractuelle et faire la distinction entre un écrémage et une sélection basée sur des considérations de sécurité est difficile. Une régulation et un contrôle stricts sont nécessaires pour prévenir une sélection défavorable des patients dans les centres spécialisés.

Les listes d'attente et les longs délais d'attente ne sont pas un problème inhérent au financement par DRG. Les listes d'attente ont représenté un problème majeur en Angleterre et aux Pays-Bas avant l'introduction des systèmes de financement par DRG. Ils étaient dus aux budgets globaux à forte contrainte budgétaire.

Les preuves disponibles ne corroborent pas les préoccupations concernant les effets négatifs potentiels sur la **qualité** des soins. Encore une fois, l'effet du système de financement ne peut pas vraiment être isolé des effets des autres politiques. Dans les cinq pays, mais plus spécialement en Angleterre et dans le programme Medicare, de nombreuses initiatives supplémentaires, liées au financement, ont été prises pour garantir ou améliorer la qualité. Un prérequis essentiel est de disposer d'informations fiables et contrôlées relatives à la qualité des



soins. Dans la plupart des pays, des informations sur la qualité du processus et les résultats pour les patients ne sont pas systématiquement collectées.

Il existe certaines preuves que des mesures liées aux DRG (par exemple les « best practice tariffs » (BPT) en Angleterre) et les programmes P4P peuvent s'avérer efficaces au niveau de la qualité mais on manque toujours de preuves convaincantes. Les résultats publiés montrent qu'un nombre de cibles spécifiques peuvent être améliorées à l'aide d'un système P4P lorsque les choix en termes de conception et de contexte sont optimisés et harmonisés. Les exemples sont le choix d'objectifs pour lesquels la marge d'amélioration est importante, la participation des acteurs, un niveau des incitants bien pensé, récompensant à la fois la réalisation et l'amélioration des objectifs. D'énormes ressources sont nécessaires pour concevoir et mettre en œuvre de tels systèmes et ces systèmes de financement sont parfois considérés comme étant trop compliqués. En général, les mesures faisant partie du financement par DRG en lui-même (comme les BPT) n'ont été mises en œuvre qu'après plusieurs années d'expérience avec le système de financement par DRG.

Les limites de cette étude

Comme mentionné dans l'introduction, le principal objectif de ce rapport était d'examiner les leçons à tirer de l'expérience étrangère quant à l'introduction et à la réforme d'un système de financement des hôpitaux basé sur les DRG. Compte tenu des contraintes temporelles, l'analyse comparative comporte certaines limites.

Tout d'abord, l'analyse ne comprend que cinq pays alors que d'autres pays peuvent par exemple avoir pris des initiatives intéressantes pour améliorer la qualité dans leur système de financement des hôpitaux. Deuxièmement, les systèmes de financement par DRG sont techniquement et administrativement complexes et impliquent une collecte de données significative (coûts, données cliniques et données de consommation). Ces points ont à peine été mentionnés. Troisièmement, l'évaluation des stratégies de l'hôpital et de l'impact des systèmes de financement par DRG dans les cinq pays repose essentiellement sur les rapports des organismes officiels. D'autres sources de données, telles que des articles de journaux scientifiques, ont à peine été consultées (sauf lors de la revue de la littérature sur les incitants financiers visant à améliorer la qualité et à stimuler les systèmes de soins intégrés). L'analyse de la qualité des rapports officiels n'a pas non plus été effectuée. Quatrièmement, il a été

demandé au KCE de faire une analyse comparative du système de financement des hôpitaux par DRG pour une sélection de pays. Par conséquent, le rapport se focalise sur le financement des hôpitaux et le paiement des médecins spécialistes, tandis que les initiatives novatrices (financières) visant à encourager la qualité et l'intégration des soins n'ont été traitées que brièvement. Les initiatives 'qualité' ne se rapportant pas au financement, tels que les rapports publics, sont au-delà du champ de cette étude. Cinquièmement, l'étude se limite à une analyse comparative du financement des hôpitaux par des fonds publics. La part des patients sous la forme de tickets modérateurs ou de suppléments ne fait pas partie de l'analyse. Enfin, l'étude porte peu sur le contexte politique dans lequel la réforme du système de financement des hôpitaux s'inscrit, et ne porte pas sur la structure de gouvernance dans les hôpitaux ou la complexité de la réglementation.



7. CONCLUSION

L'expérience internationale montre que les **objectifs** d'un système de financement des hôpitaux sur base des DRG **doivent être clairement formulés** au moment de son introduction. En outre, le système doit s'inscrire dans des objectifs de politique de santé plus vastes étant donné que des changements dans le milieu hospitalier ont aussi un impact sur d'autres secteurs, et notamment sur les soins ambulatoires dispensés par les médecins spécialistes ou les médecins généralistes.

Une description générale de ces objectifs n'est cependant pas suffisante. Des concepts tels que « l'efficacité » et la « qualité » sont trop vagues pour donner une image concrète d'un système de financement ou pour en suivre attentivement les effets.

Une deuxième leçon concerne l'**impact** du système sur ces objectifs. En bref, nous pouvons dire qu'un financement par DRG sans mesures supplémentaires ne garantit pas la qualité ou l'intégration des soins. Cela vaut également pour le contrôle du coût total des hôpitaux parce qu'un financement par DRG stimule la production (en termes de nombre d'admissions) plutôt que de l'inhiber. Un mélange de financement par DRG et d'une forme de budgétisation est donc nécessaire si le contrôle du volume et des coûts sont des objectifs poursuivis. Bien que les cinq pays étudiés aient voulu accroître l'efficacité de leur système, l'impact quant à cet objectif a à peine été étudié. La plupart des études ont évalué l'impact sur le coût total, la durée de séjour ou le volume. Un financement par DRG rend l'activité des hôpitaux plus transparente par rapport aux autres systèmes. Les listes d'attente ne sont pas le résultat d'un financement par DRG, mais sont principalement dues aux budgets globaux (rigides). Les données disponibles ne montrent pas de sélection des patients. Il y a cependant un risque potentiel de sélection des patients à faible risque, surtout si des centres de traitement qui se spécialisent dans des soins simples et électifs pour un nombre limité de procédures à haut volume sont également autorisés. Les hôpitaux deviennent généralement financés d'une façon plus équitable parce que leurs revenus sont mieux adaptés à leurs activités.

Les **caractéristiques spécifiques** d'un financement basé sur les DRG jouent un rôle important dans la réalisation des objectifs prévus. Des données de coûts récentes et de haute qualité sont entre autres nécessaires pour un financement équitable des hôpitaux. La sélection des services et des coûts qui sont inclus dans le financement par DRG est essentielle. Dans tous les pays étudiés, certains services et coûts sont financés par d'autres systèmes de financement. Une combinaison des systèmes de financement, avec des éléments de paiement à l'acte, de prix de journée et de budgets globaux, permettra probablement de réaliser les objectifs sociaux visant à garantir des soins hospitaliers de qualité à des prix abordables plus que n'importe quel autre système de financement des hôpitaux à lui seul. Dans tous les pays, le financement des hôpitaux est ainsi constitué d'un mélange sophistiqué de différents mécanismes de financement afin de réduire ou de modifier certains incitants négatifs du système de financement par DRG. Cette combinaison de systèmes de financement illustre le **compromis inévitable entre les différents objectifs sociaux**.

Les nombreuses réformes concernant la rémunération des médecins spécialistes aux Pays-Bas sont particulièrement pertinentes pour la Belgique, qui a mis en place un système de financement dual où les spécialistes médicaux sont payés à l'acte et les hôpitaux reçoivent un budget. Substantiellement, ces réformes peuvent être résumées comme une recherche d'**alignement des incitants pour les gestionnaires des hôpitaux et les médecins spécialistes** afin d'atteindre les objectifs de la politique de santé.

Enfin, un financement par DRG ne peut être implémenté sans avoir fait au préalable une **analyse approfondie des Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces** (SWOT) de la situation initiale. En effet, la situation de départ détermine non seulement les objectifs de la réforme mais aussi son impact potentiel et dévoile les facteurs nécessaires pour y parvenir.



■ RÉFÉRENCES

1. Cutler D. Equality, efficiency, and market fundamentals: the dynamics of international medical-care reform. *Journal of Economic Literature*. 2002;40:881-906.
2. Cylus J, Irwin R. The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer. The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*. Autumn 2010;12(3):1-4.
3. Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hakkinen U, Kobel C, et al. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? *BMJ*. 2013;346:f3197.
4. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf
5. Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Crott R, Ramaekers D. *Financing of hospital drugs: a descriptive study of several European countries and Canada*. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2004. KCE Reports 8. Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/financing-of-hospital-drugs-a-descriptive-study-of-several-european-countries-and>
6. Cashin C, O'Dougherty S, Samyshkin Y, Katsaga A, Ibraimova A, Kutanov Y, et al. *Case-based hospital payment systems: a step-by-step guide for design and implementation in low- and middle-income countries*. December 2005.
7. Van De Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G, et al. *Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium*. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010. KCE Reports 121 (D/2010/10.273/03). Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/feasibility-study-of-the-introduction-of-an-all-inclusive-case-based-hospital-fin>

