

SYNTHÈSE

COMMENT MAÎTRISER LE BUDGET NATIONAL DES HÔPITAUX DANS UN SYSTÈME DE FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉ SUR LES DRG ?



SYNTHÈSE

COMMENT MAÎTRISER LE BUDGET NATIONAL DES HÔPITAUX DANS UN SYSTÈME DE FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉ SUR LES DRG ?

CARINE VAN DE VOORDE, MÉLANIE LEFÈVRE, KOEN VAN DEN HEEDE



■ PRÉFACE

Cela fait une dizaine d'années déjà que l'on parle d'introduire un nouveau système de financement pour nos hôpitaux. Les raisons d'une telle réforme ont déjà été exposées à plusieurs reprises : couvrir les besoins en soins futurs d'une population vieillissante sans que le budget ne déraile, sortir les hôpitaux du rouge, proposer une offre de soins adaptée sans surconsommation ni fragmentation, et financer le fonctionnement des services hospitaliers sans faire appel à la contribution des médecins. Un élément important de ce nouveau financement est le financement par séjour pour une pathologie donnée ou APR-DRG. Un tel mécanisme de financement a déjà été (partiellement) introduit pour les honoraires des soins dits à basse variabilité – comprenez, pour les séjours pour lesquels il n'existe que peu de différences d'un patient à l'autre ou d'un hôpital à l'autre dans le processus de soins. L'objectif est à présent que ces paiements groupés soient élargis à d'autres soins que ceux dont la variabilité est faible, mais aussi aux médicaments, aux frais de fonctionnement des hôpitaux, etc. Si tous ces paiements sortent d'un budget ouvert, il est important de s'intéresser aussi à l'impact d'un tel système de financement sur le budget total, et aux mécanismes qui permettraient de garder ce dernier sous contrôle.

Dans ce rapport, sont examinés quelques exemples de pays étrangers qui ont introduit différents types de mécanismes de contrôle. Le choix entre ces différents mécanismes dépendra d'autres choix qui restent à poser dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, comme la part du financement basé sur les APR-DRG dans le total, les services à exclure éventuellement de ce système ou encore le mode de calcul du montant versé pour le séjour APR-DRG.

Il est donc capital, lorsque l'on choisit un mécanisme de contrôle, de prendre aussi en considération les autres aspects du financement hospitalier. Ce n'est en effet qu'ainsi que nous parviendrons à un système cohérent et efficient qui stimule des soins de qualité et freine la surconsommation. Les recommandations que le KCE a déjà formulées à ce sujet dans le passé dans plusieurs rapports consacrés à la réforme du financement des hôpitaux sont à la disposition de tous pour éclairer la réflexion.

Christophe JANSSENS
Directeur Général Adjoint

Ann VAN DEN BRUEL
Directeur Général



■ MESSAGES CLÉS

- Dans ses projets de réforme du financement des hôpitaux, l'actuel ministre de la santé envisage de passer à un système de financement par admission basé sur les DRG. Dans un tel système, le budget augmente en principe avec le nombre d'admissions. Cette approche est fondamentalement différente de celle qui s'applique à l'heure actuelle, où un budget fermé au niveau macro (le Budget des Moyens Financiers ou BMF) est distribué aux hôpitaux sur la base d'un système de points. Pour maîtriser le budget au niveau macro dans le cadre d'un financement par admission basé sur les DRG, il est nécessaire de mettre en place des **mécanismes de contrôle**.
- Le KCE a été chargé **d'identifier les mécanismes de contrôle utilisés dans d'autres pays** pour éviter les dépassements budgétaires.
- Le KCE a étudié le système de financement basé sur les DRG dans **cinq pays** : l'Allemagne, l'Estonie, la France, la Hongrie et l'Italie (région de Lombardie).
 - **Trois mécanismes de contrôle distincts** sont utilisés dans ces pays : un plafonnement strict du budget doublé de réductions tarifaires (France), un plafonnement du volume d'admissions (Italie-Lombardie) et un plafonnement des prix en fonction du volume (Allemagne, Hongrie et Estonie), et les appliquent à différents niveaux.
 - Les **réductions tarifaires** créent un environnement financier flou pour les hôpitaux français. En Estonie et en Allemagne, **le plafonnement des prix en fonction du volume d'admissions** contribue au contrôle du nombre total d'admissions, mais pas à celui du coût par admission. En Hongrie, le plafonnement des prix en fonction du volume d'admissions a considérablement réduit l'activité des hôpitaux, avec à la clé de longues listes d'attente. En Lombardie, le **plafonnement du volume d'admissions** ne reflète pas suffisamment les besoins actuels en matière de soins de santé.
- Le KCE a également consulté des experts belges sur la faisabilité et les conditions préalables à la mise en œuvre de mécanismes de contrôle lors du passage à un financement par admission basé sur les DRG en Belgique.
 - Bien qu'ils rapportent pour chaque système plusieurs inconvénients, les experts consultés semblent plus favorables à un mécanisme de contrôle basé sur un **plafonnement des prix en fonction du volume**. Ils expliquent cette préférence par le fait qu'un tel système permet de maîtriser le budget au niveau macro sans restreindre radicalement l'accès pour les patients. Un mécanisme de réduction tarifaire est associée à une plus grande déconnexion entre les tarifs et les coûts, tandis qu'un plafonnement du volume d'admissions risque davantage de compromettre l'accessibilité des soins.
 - Les experts ont également épinglé un certain nombre de conditions préalables incontournables pour l'introduction d'un plafonnement des prix en fonction du volume : la norme de volume doit tenir compte



des besoins en soins attendus, un champ d'application (national, régional, réseau, hôpital) doit être défini, la manipulation du codage à des fins financières doit être évitée et sanctionnée, et des ressources suffisantes doivent être prévues pour la collecte et l'analyse des données, le calcul des volumes, les mises à jour et les audits.

- La littérature scientifique montre qu'un financement basé sur les DRG accroît l'**efficience** (réduction de la durée du séjour), sans qu'il n'existe de preuve d'un impact négatif sur la **qualité des soins**.
- En sus des mécanismes de contrôle, le KCE a également étudié les caractéristiques de base du financement basé sur les DRG. Nous avons posé les constats suivants :
 - Les principaux objectifs du financement basé sur les DRG sont de maîtriser les coûts et d'améliorer l'efficience. Néanmoins, ce système vise également à accroître la transparence et à assurer une répartition plus équitable des moyens disponibles entre hôpitaux.
 - La part du financement basé sur les DRG dans le financement total des hôpitaux varie considérablement d'un pays à l'autre, de 30 % à 80 % environ.
 - Pour résoudre le problème de la variabilité à l'intérieur des différents groupes DRG, les pays ont accru le nombre de groupes DRG et exclu certains soins du financement basé sur les DRG pour les financer par d'autres méthodes.
- Afin de pallier les insuffisances du financement basé sur les DRG ou d'atteindre de nouveaux objectifs, des **réformes** sont en cours dans un certain nombre de pays, comme par exemple la mise en place d'un financement supplémentaire ou différent pour les hôpitaux des zones rurales, une réduction de la part du financement basé sur les DRG, un financement par épisode de soins et des incitants financiers visant à limiter les hospitalisations classiques au profit d'alternatives moins coûteuses (p.ex. soins ambulatoires, hôpital de jour).



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE.....	1
■	MESSAGES CLÉS.....	2
■	SYNTHÈSE	4
1.	INTRODUCTION	7
1.1.	CONTEXTE	7
1.2.	NOUVELLE RÉFORME : UN SYSTÈME BASÉ SUR LES DRG AVEC UN FORFAIT PAR ADMISSION	7
1.3.	OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	8
1.4.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	8
2.	FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉ SUR LES DRG ET MÉCANISMES DE CONTRÔLE DANS CINQ PAYS.....	9
2.1.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	9
2.2.	POURQUOI UN FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉ SUR LES DRG ?	9
2.3.	CARACTÉRISTIQUES DE BASE DU FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉ SUR LES DRG	9
2.3.1.	Mise en place progressive	9
2.3.2.	Calcul des forfaits DRG.....	9
2.3.3.	Nombre de groupes DRG	10
2.3.4.	Champ d'application du financement des hôpitaux basé sur les DRG	10
2.4.	MÉCANISMES DE MAÎTRISE DU BUDGET	11
2.4.1.	Trois types de mécanismes	11
2.4.2.	Limite budgétaire stricte et réduction des tarifs en France	12
2.4.3.	Plafonnement des prix en fonction du volume au niveau des hôpitaux en Allemagne et en Hongrie.....	12



2.4.4.	Plafonnement des prix en fonction du volume au niveau de l'hôpital et de la spécialité en Estonie	13
2.4.5.	Plafonnement du volume d'activité au niveau de l'hôpital en Lombardie	13
2.5.	LES MÉCANISMES DE CONTRÔLE LIMITENT-ILS RÉELLEMENT L'AUGMENTATION DU NOMBRE D'ADMISSIONS ?	14
2.5.1.	La réduction des tarifs crée un environnement financier incertain pour les hôpitaux français	14
2.5.2.	En Estonie et en Allemagne, le plafonnement des prix en fonction du volume permet de maîtriser le nombre total d'admissions, mais pas le coût par admission	14
2.5.3.	En Lombardie, des plafonds de volume stricts et des tarifs obsolètes entraînent des défis pour les soins de santé	15
2.5.4.	En Hongrie, le plafonnement des prix en fonction du volume a considérablement réduit l'activité des hôpitaux, générant de longues listes d'attente	15
2.6.	RÉFORMES DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX	15
2.6.1.	Financement spécifique pour les hôpitaux dans les zones rurales	16
2.6.2.	Réduction de la part du financement par admission basé sur les DRG dans le financement total de l'hôpital	16
2.6.3.	Élargissement du champ d'application : des admissions uniquement à d'autres secteurs des soins avec un financement par épisode	17
2.6.4.	Glissement de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires	17
3.	POINT DE VUE DES EXPERTS ET STAKEHOLDERS EN BELGIQUE	18
3.1.	INTRODUCTION	18
3.2.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	18
3.3.	LE MÉCANISME DE CONTRÔLE DES PRIX EN FONCTION DU VOLUME D'ACTIVITÉ PRÉSENTE MOINS D'INCONVÉNIENTS QU'UNE SIMPLE LIMITATION DES VOLUMES OU DES PRIX	18
3.4.	À PROPOS DU FINANCEMENT PAR DRG ACTUEL ET FUTUR	20



4.	QUE NOUS APPREND LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ?	21
4.1.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	21
4.2.	AMÉLIORATION DE L'EFFICIENCE	21
4.3.	PAS DE SIGNE DE BAISSSE DE LA QUALITÉ DES SOINS	21
4.4.	MESURES VISANT À GARANTIR LA QUALITÉ DES SOINS	22
5.	DISCUSSION	23
5.1.	MÉCANISMES DE CONTRÔLE POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS D'EFFICIENCE DU FINANCEMENT BASÉ SUR LES DRG	23
5.1.1.	Limite budgétaire stricte et réduction linéaire des tarifs	23
5.1.2.	Plafonnement du volume	24
5.1.3.	Plafonnement des prix en fonction du volume	24
5.2.	LES RAPPORTS NATIONAUX MONTRENT UNE DIVERSITÉ DANS LES SYSTÈMES DE FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉS SUR LES DRG	25
5.2.1.	Nombre de groupes DRG : un exercice d'équilibre entre l'équité du financement et la complexité du système	25
5.2.2.	Éléments exclus du financement basé sur les DRG	25
5.2.3.	Honoraires des médecins : à l'intérieur ou à l'extérieur du système DRG ?	26
5.2.4.	Élargissement à des activités hors soins hospitaliers	26
5.3.	LE FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉ SUR LES DRG A-T-IL L'EFFET ESCOMPTÉ ?	26
5.4.	LEÇONS ET CONDITIONS PRÉALABLES IDENTIFIÉES PAR LES EXPERTS ET STAKEHOLDERS BELGES	27
5.4.1.	Un calcul précis des forfaits est essentiel pour équilibrer maîtrise des coûts et qualité des soins	27
5.4.2.	Fixer la portée du financement basé sur les DRG, un exercice crucial pour un calcul correct des forfaits et pour le choix de mécanismes de contrôle adéquats	27
■	RECOMMANDATIONS	28



1. INTRODUCTION

1.1. Contexte

Le budget des hôpitaux, dit Budget des Moyens Financiers (BMF), est un budget fermé composé de plusieurs (sous-)parties. La composante B2, la plus importante (36,3 % du BMF en 2023), recouvre le budget des soins infirmiers, du personnel non médical et des produits médicaux. Ce budget B2 fermé est alloué aux hôpitaux sur la base d'APR-DRG (*All Patient Refined Diagnosis-Related Group*). Ce système consiste à calculer, sur la base de données historiques, une durée moyenne pour tous les séjours de patients appartenant au même groupe de pathologie (APR-DRG) et dont le niveau de gravité de maladie (*severity of illness* ou SOI) est comparable. Sur la base de cette moyenne nationale, on détermine ensuite – en tenant compte du case-mix de chaque hôpital – le nombre de journées d'hospitalisation justifiées et la part du budget que touchera chaque établissement.

Contrairement aux systèmes étrangers basés sur les DRG, le système belge n'est donc pas basé sur des coûts réels. Le BMF est également devenu très complexe et peu transparent au fil des ans, et il est question d'un sous-financement qui explique en partie pourquoi les hôpitaux belges sont de plus en plus souvent dans le rouge. À côté du BMF, il existe en outre d'autres sources de financement qui couvrent d'autres types de frais hospitaliers (honoraires des médecins, médicaments, forfaits pour l'hospitalisation de jour, etc.). Des déductions sur les honoraires des médecins et des suppléments pour les patients sont utilisés pour compenser le sous-financement, ce qui peut mettre sous pression la relation entre la direction de l'hôpital et les médecins.

Ces défis et d'autres ont conduit à des discussions continues sur une réforme du système. L'un des éléments-clés des propositions de réforme du financement des hôpitaux présentées par les trois derniers ministres de la santé était le passage à un financement par admission basé sur les DRG. La rémunération forfaitaire des médecins pour les soins hospitaliers à basse variabilité a été un premier pas concret dans cette direction.

1.2. Nouvelle réforme : un système basé sur les DRG avec un forfait par admission

Les projets de réforme actuels du ministre de la santé prévoient de remplacer le système de financement existant par un **forfait « all-in » par pathologie (APR-DRG/SOI)**, basé sur les **coûts justifiés**. Ce forfait par APR-DRG/SOI inclura des **composantes liées aux soins** qui sont actuellement financés par le BMF, mais aussi les médicaments, les dispositifs médicaux et une partie des honoraires des médecins (frais de fonctionnement).

Le passage du BMF actuel à un financement par admission basé sur les DRG signifie également que l'on passe d'un budget fermé à un budget ouvert. Cette évolution comporte un risque de voir augmenter les dépenses globales en soins de santé au niveau macro, puisque les hôpitaux pourraient être tentés d'essayer d'accroître leurs revenus par une augmentation du nombre d'admissions, ce qui pose problème si ces admissions ne sont pas strictement nécessaires. **Des mécanismes de contrôle** doivent donc être mis en place pour mitiger ce risque.

L'actuel ministre de la santé a chargé le KCE d'étudier les mécanismes de contrôle utilisés dans d'autres pays pour prévenir les dépassements budgétaires dans un système de financement par admission basé sur les DRG.

Outre ces projets de réforme, une réforme de la nomenclature des honoraires des médecins a également été lancée en septembre 2019, qui introduira une distinction entre la partie professionnelle de l'honoraire et les frais de fonctionnement. La manière dont les frais de fonctionnement seront financés n'est pas encore connue, mais une possibilité serait de les intégrer au forfait DRG par admission, comme prévu dans les projets de réforme. L'étude des avantages et inconvénients de cette piste dépasse toutefois le cadre de ce rapport.



1.3. Objectifs et questions de recherche

Cette étude vise à formuler des recommandations concernant la mise en place de **mécanismes de contrôle pour maîtriser le budget des hôpitaux au niveau macro** lors de l'introduction d'un financement par admission basé sur les DRG.

Cet objectif général du rapport peut être scindé en plusieurs **questions de recherche** :

- Quelles mesures politiques les autres pays appliquant un financement basé sur les DRG ont-ils mises en place pour maîtriser leur budget hospitalier ? Quels enseignements pouvons-nous en tirer ?
- Les experts belges estiment-ils que les mécanismes de contrôle utilisés dans les pays sélectionnés sont applicables et souhaitables dans le contexte belge ? Quelles sont les conditions préalables à remplir ?

Pour bien comprendre le fonctionnement des mécanismes de contrôle dans les pays sélectionnés, nous avons également recueilli des informations plus générales sur le système DRG proprement dit : quelle est la part du financement basé sur les DRG dans le financement total des hôpitaux ? Pour quels groupes de patients, séjours ou services/produits les hôpitaux bénéficient-ils d'un financement différent ou supplémentaire, et comment celui-ci est-il organisé ? Quelles réformes influençant le financement basé sur les DRG ces pays ont-ils réalisées ?

Afin de tirer les leçons de l'expérience des autres pays, nous nous intéressons également à l'impact du financement par admission basé sur les DRG sur la qualité, l'efficacité et les coûts.

1.4. Comment avons-nous procédé ?

Nous avons exploré la littérature scientifique et la littérature grise, et demandé à des experts des cinq pays sélectionnés de compléter un document élaboré par nos soins. Nous avons également organisé un panel regroupant des experts belges et interrogé les principales parties prenantes. Les principales étapes de notre étude sont résumées dans le tableau 1 du rapport scientifique, et les méthodes utilisées sont décrites au début de chaque chapitre de ce rapport. Le chapitre 6 du rapport scientifique aborde les limitations de notre étude.



2. FINANCEMENT PAR ADMISSION BASÉ SUR LES DRG ET MÉCANISMES DE CONTRÔLE DANS CINQ PAYS

2.1. Comment avons-nous procédé ?

Les cinq pays et régions avec un système de financement par admission basé sur les DRG (l'Allemagne, l'Estonie, la France, la Hongrie et la Lombardie en Italie) que nous avons étudiés ont été sélectionnés sur la base des mécanismes de contrôle qu'ils ont mis en place pour éviter le dérapage du budget des hôpitaux au niveau macro.

Comme la littérature internationale comporte rarement des informations détaillées, actualisées et complètes sur les systèmes de financement des hôpitaux, nous avons demandé à un expert ou à une équipe de recherche de chaque pays de rédiger un rapport national. Les noms de ces experts et équipes sont repris dans le colophon, et leurs rapports nationaux détaillés figurent dans le supplément au rapport scientifique.

2.2. Pourquoi un financement par admission basé sur les DRG ?

La part du financement basé sur les DRG dans le financement total des hôpitaux dans les cinq pays étudiés varie de **30 à 80 %** environ. Ils appliquent aussi des systèmes de classification différents, incluent des services différents dans leurs DRG et combinent leur système DRG avec plusieurs autres systèmes de financement (p.ex. budgets globaux, paiement à la journée, paiement à l'acte). Ces différences s'expliquent en partie par la manière dont leurs hôpitaux étaient financés avant l'introduction des DRG, et par les objectifs de leur financement par admission basé sur les DRG.

L'objectif d'un système de financement basé sur les DRG est de maîtriser les **coûts** et d'améliorer l'**efficacité**, et il n'en allait pas autrement dans les cinq pays que nous avons étudiés. Ils souhaitaient aussi parvenir à une plus

grande **transparence** et à une **allocation plus équitable des moyens disponibles** aux hôpitaux.

2.3. Caractéristiques de base du financement par admission basé sur les DRG

2.3.1. Mise en place progressive

Pour faciliter la transition vers le nouveau financement, les pays ont introduit celui-ci de façon progressive, sur une période de plusieurs années (quatre à six ans dans la majorité des cas). Au cours de cette période, la part des activités financées sur la base des DRG a augmenté, les données sur les coûts par hôpital ont été progressivement remplacées par des moyennes nationales et le système est passé d'une phase de neutralité budgétaire à une situation où les hôpitaux assumaient réellement la responsabilité financière. Dans certains pays, le financement basé sur les DRG a également été étendu à d'autres services, comme par exemple l'hôpital de jour et les soins ambulatoires à l'hôpital. Tous les pays financent les hospitalisations de jour aussi bien chirurgicales que non chirurgicales par le biais des DRG à l'exception de l'Estonie, où seules les hospitalisations de jour chirurgicales sont couvertes par ce système. En Italie, les consultations effectuées dans les 30 jours précédant et/ou suivant l'hospitalisation sont également incluses dans les tarifs DRG.

2.3.2. Calcul des forfaits DRG

Les tarifs DRG se basent sur des données de coûts souvent collectées par le biais d'études nationales ou régionales. En France, par exemple, les coûts sont déterminés par le biais d'une Étude Nationale de Coûts (ENC) annuelle, qui collecte des informations détaillées sur les coûts de chaque séjour hospitalier dans un échantillon d'hôpitaux participant sur base volontaire. En 2023, l'échantillon de l'ENC ne représentait toutefois que 16 % de l'ensemble des admissions hospitalières en France. Cet échantillon limité et le manque de représentativité des hôpitaux participants ne manquent pas de susciter certains doutes quant à la fiabilité de l'ENC.



Les tarifs DRG peuvent être des prix maximums (comme en Estonie, où les tarifs négociés peuvent être inférieurs) ou varier en fonction du contexte local. En Allemagne et en Italie, par exemple, ils sont différents d'un *Land* ou d'une région à l'autre. En général, les tarifs DRG couvrent les frais de fonctionnement, tandis que les investissements et autres dépenses spécifiques sont souvent financés séparément. Ce n'est qu'en Estonie et en France que les coûts relatifs aux investissements sont également inclus dans le tarif DRG. La rémunération des médecins spécialistes, elle, est incluse dans le tarif DRG en Italie, en Estonie et en Allemagne, ainsi qu'en France pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés sans but lucratif. En Hongrie, elle est partiellement incluse : depuis 2017, les hôpitaux touchent une subvention salariale en sus du financement basé sur les DRG, afin de soutenir les augmentations salariales de l'ensemble du personnel hospitalier. Cette subvention représente plus de 20 % du financement hospitalier total depuis 2021.

Le calcul et l'ajustement des tarifs dépendent généralement des contraintes budgétaires, de l'inflation et des priorités politiques. Il existe d'importantes différences d'un pays à l'autre, notamment en ce qui concerne le degré de couverture des coûts et la fréquence des mises à jour. En Italie, par exemple, les tarifs nationaux n'ont plus été adaptés depuis 2012. Néanmoins, les régions ont la possibilité de s'en écarter.

Vous trouverez de plus amples informations à la section 3.3.2 du rapport scientifique.

2.3.3. Nombre de groupes DRG

Les DRG visent à répartir les séjours hospitaliers en groupes économiquement homogènes et cliniquement pertinents. Les coûts au sein d'un même groupe doivent être comparables, mais les patients d'un groupe doivent aussi être clairement distincts des patients des autres groupes en ce qui concerne le diagnostic principal, le niveau de gravité, les comorbidités et/ou les traitements dispensés. Les besoins en soins peuvent toutefois encore présenter certaines différences au sein d'un même groupe DRG, par exemple parce que les différences entre les patients en termes de comorbidités n'ont pas été suffisamment prises en compte. Cette variabilité peut être problématique pour le calcul de forfaits corrects, puisqu'il est

possible que ceux-ci ne reflètent pas les coûts et les besoins réels de patients bien spécifiques. Diverses stratégies sont utilisées pour réduire cette variabilité et affiner le financement des hôpitaux, comme par exemple l'accroissement du nombre de groupes DRG. Ce nombre varie considérablement d'un pays à l'autre (de 538 en Italie à environ 2 600 en France). Néanmoins, les comparaisons doivent être interprétées avec prudence, car certains pays distinguent aussi des sous-groupes qui bénéficient de tarifs DRG différents (p.ex. l'Allemagne et la France, ainsi que l'Italie pour certains DRG).

2.3.4. Champ d'application du financement des hôpitaux basé sur les DRG

Outre l'augmentation du nombre de groupes, une autre solution pour réduire la variabilité au sein d'un même DRG est d'en exclure certains soins. Aucun pays ne finance d'ailleurs entièrement les soins hospitaliers au moyen d'un système basé sur les DRG : il y a toujours des exceptions pour certains hôpitaux (p.ex. ceux qui sont installés en zone rurale), services hospitaliers (p.ex. urgences, psychiatrie, rééducation), produits ou services (p.ex. médicaments et dispositifs médicaux coûteux) et groupes de patients (p.ex. ceux qui reçoivent une greffe d'organe). Le tableau 5 du rapport scientifique en donne un aperçu.

Ces exceptions sont généralement financées séparément par le biais d'autres approches telles qu'un paiement à l'acte, des budgets globaux ou des interventions supplémentaires. Ces exceptions sont souvent motivées par un coût élevé, le caractère spécialisé des soins proposés, une fonction de disponibilité (p.ex. permanence 24/7 aux urgences) ou le fait que les soins ne sont dispensés que par un nombre limité d'hôpitaux. En outre, les pays étudiés prévoient souvent des dispositions spécifiques pour les *outliers*, les patients avec des coûts extrêmement élevés ou extrêmement faibles ou des durées de séjour extrêmement longues ou extrêmement courtes sont exclus du financement basé sur les DRG. Cette flexibilité permet aux hôpitaux de continuer à fournir des soins nécessaires et spécialisés qui ne trouvent pas leur place dans les systèmes DRG standard.



2.4. Mécanismes de maîtrise du budget

2.4.1. Trois types de mécanismes

Pour les hôpitaux, un système de financement par admission est une incitation à accroître le nombre d'admissions. Ceci peut déboucher sur des dépassements du budget national des soins de santé et, plus largement, sur des dépenses insoutenables. Pour mitiger ce risque, les pays qui pratiquent ce type de financement prévoient certains mécanismes de contrôle. Dans les cinq pays que nous avons étudiés à l'exception de la France, des contrats sont négociés entre le payeur et les fournisseurs de soins, où sont fixés les forfaits DRG et les mécanismes de contrôle. Ces contrats peuvent être conclus à différents niveaux : celui de l'hôpital (Allemagne, Hongrie et Lombardie) ou celui d'une spécialité au sein de chaque hôpital (Estonie). Les trois mécanismes que les pays utilisent sont une réduction des tarifs, un plafonnement du volume des admissions et un plafonnement des prix en fonction du volume des admissions (voir Encadré 1).

Comme pour le choix du financement basé sur les DRG, le choix du mécanisme de contrôle est également déterminé par les objectifs de santé prioritaires du pays concerné, comme par exemple l'amélioration de la qualité, de l'efficacité ou de l'accessibilité des soins. L'organisation du système de santé, et en particulier son degré de centralisation (comme en Estonie, en France et en Hongrie) ou de décentralisation (comme en Allemagne et en Italie), influence également fortement le choix et la mise en œuvre des mécanismes de contrôle dans le cadre d'un financement basé sur les DRG. Le choix d'un mécanisme de contrôle approprié dépend du degré d'autonomie des régions, de la cohérence souhaitée et des ressources disponibles pour assurer la surveillance et l'application.

Encadré 1 – Trois mécanismes de maîtrise des dépenses dans le cadre du financement par admission basé sur les DRG

- **Réduction des tarifs** : lorsque la limite du budget national est dépassée, l'année suivante, le tarif par DRG est abaissé (de façon linéaire) afin de rester dans les limites du budget.
- **Plafonnement du volume** : ce mécanisme consiste à fixer une limite prédéterminée au nombre d'admissions hospitalières. Tant que cette limite n'est pas atteinte, les hôpitaux reçoivent le forfait DRG complet (100 % du tarif) pour chaque admission ou traitement. Une fois qu'elle est dépassée, ils ne sont plus rémunérés. Ce mécanisme permet de limiter le nombre d'admissions à l'hôpital au cours de la période budgétée.
- **Plafonnement des prix en fonction du volume** : ce modèle hybride combine des aspects du plafonnement des tarifs et du plafonnement des volumes. Une fois qu'un certain seuil d'admissions est dépassé, les hôpitaux reçoivent des forfaits progressivement de plus en plus faibles pour chaque admission supplémentaire. Pour les soins ne dépassant pas le seuil fixé, ils reçoivent le prix plein. Ainsi, les hôpitaux continuent à toucher un financement lorsque le plafond est dépassé, mais le montant de ce financement diminue de manière contrôlée.

Chacun de ces mécanismes peut être appliqué à différents niveaux : national, régional, réseau hospitalier, hôpital individuel ou spécialité. Plus on descend du niveau national vers les niveaux plus locaux, plus la complexité de la gestion et du suivi de ces mécanismes augmente.



2.4.2. Limite budgétaire stricte et réduction des tarifs en France

La **France** est le seul des cinq pays à appliquer une limite budgétaire stricte doublée d'une réduction des tarifs. Le Parlement fixe des objectifs budgétaires annuels pour les soins de santé (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie ou ONDAM), qui sont basés sur les tendances passées en matière de dépenses. Il compose également une liste d'économies nécessaires pour atteindre les objectifs budgétaires et fixe les priorités nationales en matière de santé.

Sur cette base, les forfaits DRG sont fixés au niveau national. Lorsqu'une augmentation des volumes hospitaliers entraîne un dépassement du budget national, les tarifs DRG sont réduits l'année suivante pour tous les hôpitaux afin de rester dans les limites du budget national. De tels ajustements à la baisse ont été régulièrement réalisés depuis 2008.

2.4.3. Plafonnement des prix en fonction du volume au niveau des hôpitaux en Allemagne et en Hongrie

En **Allemagne**, les hôpitaux négocient avec les assureurs un contrat annuel qui fixe leur volume (case-mix) et leur budget pour l'année suivante.

Les mécanismes de contrôle sont les suivants :

- Les hôpitaux touchent un forfait pour les admissions dépassant le volume convenu, mais celui-ci est inférieur de 65 % au tarif DRG standard (*Mehrerlösausgleich*).
- Pour les admissions non réalisées en-deçà du volume convenu, les hôpitaux touchent une compensation correspondant à 20 % de la différence entre le budget convenu et le budget dépensé (*Mindererlösausgleich*). Ce système leur assure des revenus plus prévisibles et leur permet de couvrir leurs frais fixes.

En outre, il existe des mécanismes de contrôle qui permettent non seulement de maîtriser la croissance du volume des soins dispensés, mais aussi de limiter les économies d'échelle que pourrait générer une augmentation de ce volume. En effet, en sus des contrats annuels mentionnés plus haut, un contrat limitant la croissance des volumes sur une période plus longue peut être conclu entre les hôpitaux et les assureurs. De

2009 à 2016, ce mécanisme macroéconomique était connu sous le nom de *Mehrleistungsabschlag* (MLA). Les hôpitaux qui, dans le cadre des négociations contractuelles avec les caisses d'assurance maladie, convenaient d'augmenter leur volume au-delà du volume contractuel annuel touchaient pendant trois ans des forfaits réduits de 25 % pour ce volume d'activité supplémentaire. En outre, si le volume total des soins dispensés par tous les hôpitaux d'un *Land* augmentait par rapport à l'année précédente, le tarif DRG était abaissé. Cette responsabilisation collective s'appliquait à tous les hôpitaux, qu'ils aient ou non enregistré une augmentation du volume des soins dispensés. La combinaison du tarif réduit pour les prestations supplémentaires et de la pénalité collective était désignée par le terme de « double dégressivité ».

En 2017, le système de responsabilisation collective et de double dégressivité a été remplacé par un nouveau mécanisme : la dégressivité des coûts fixes (*Fixkostendegressionsabschlag*, FDA). Bien que la FDA soit similaire à la MLA, la pénalité ne s'applique cette fois qu'aux hôpitaux qui fournissent effectivement des services supplémentaires, dont le tarif est abaissé à 65 % du tarif normal. L'objectif de la FDA est de décourager les hôpitaux de traiter plus de patients que prévu dans le seul but de générer des revenus supplémentaires et de bénéficier d'économies d'échelle. Certains services sont néanmoins exemptés des règles de la FDA, comme les dispositifs médicaux ou les nouveaux traitements.

En **Hongrie**, l'agence nationale d'assurance maladie (NEAK) fixe chaque année un budget maximum pour les soins de santé. Les contrats qu'elle conclut avec les différents hôpitaux définissent les services financés, les volumes attendus et les conditions de financement.

Un plafond de volume, la *Performance Volume Limit* (PVL), a été introduit en 2004 pour limiter le niveau d'activité annuel des hôpitaux. Sa mise en application concrète a été ajustée à plusieurs reprises depuis lors. Depuis 2013, les activités hospitalières qui dépassent la PVL de 4 % maximum ne sont financées qu'à hauteur de 25 % du forfait DRG. Si un hôpital fournit plus de soins que la PVL + 4 %, ces prestations supplémentaires ne sont en principe pas financées du tout. La PVL s'applique à la plupart des soins hospitaliers intramuros financés par le biais des DRG, mais quelques exceptions sont prévues, par exemple pour les urgences, la maternité et les



soins aux nouveau-nés, qui conservent l'intégralité de leurs forfaits. En outre, les hôpitaux peuvent demander chaque année à être remboursés pour certaines activités supplémentaires (p.ex. nouvelles technologies).

2.4.4. *Plafonnement des prix en fonction du volume au niveau de l'hôpital et de la spécialité en Estonie*

En **Estonie**, l'assurance maladie nationale (EHIF) conclut des contrats annuels avec les hôpitaux individuels, où sont fixés les plafonds de volume et les coûts des soins par spécialité, des accords sur la qualité et l'accessibilité des soins, etc.

Les plafonds de volume sont basés sur les besoins en soins attendus par spécialité au niveau régional (15 régions). Cette estimation repose sur des données historiques concernant l'utilisation des soins, la disponibilité des médecins spécialistes, l'utilisation des soins de première ligne, etc. Si les hôpitaux ne sont pas en mesure de fournir la quantité de soins prévue dans leur contrat, l'EHIF conclut des contrats avec des prestataires de soins privés dans le cadre d'une procédure d'appel d'offres.

Un plafonnement strict des volumes d'activité, en vertu duquel les services dépassant le volume contractuel n'étaient pas financés, a existé jusqu'en 2006. Cette même année, une réforme a introduit un financement partiel (30 %) pour ces volumes excédentaires, ainsi qu'une plus grande flexibilité financière dans l'allocation des budgets. Depuis 2014, les hôpitaux sont autorisés à réaliser des dépassements de volume allant jusqu'à 7 % par spécialité pour les admissions classiques, tant que le montant total prévu dans leur contrat n'est pas dépassé. Les dépassements du montant du contrat toutes spécialités confondues ne peuvent excéder 2 %. Si le volume convenu est dépassé, un forfait réduit sera accordé ; celui-ci ne dépassera pas 30 % pour les admissions classiques, et 70 % pour les traitements ambulatoires ou à l'hôpital de jour. Par ailleurs, les hôpitaux peuvent utiliser une partie du volume d'activité prévu dans leur contrat pour les hospitalisations classiques pour des traitements ambulatoires, mais pas l'inverse.

2.4.5. *Plafonnement du volume d'activité au niveau de l'hôpital en Lombardie*

Le budget national du service national de santé **italien** (*Servizio Sanitario Nazionale* ou SSN) est réparti entre les régions sur la base d'un système de capitation, en tenant compte de l'âge, d'indicateurs épidémiologiques et de l'historique des dépenses hospitalières. Chaque région établit ensuite son propre budget régional de santé, basé sur sa part du SSN, avec possibilité d'y ajouter des moyens propres.

En **Lombardie**, l'agence régionale de santé (*Azienda di Tutela della Salute*, ATS) conclut des accords avec les hôpitaux agréés sur la base de ce budget régional des soins de santé, où sont fixés un certain nombre de conditions concernant notamment le financement, les mécanismes de contrôle, les sanctions et les temps d'attente. Des plafonds de volume constituent la base de ces accords. Les soins hospitaliers sont intégralement financés jusqu'à concurrence du budget alloué, mais les services qui dépassent le budget ou qui ne sont pas agréés au niveau régional ne sont pas financés. Pour les soins ambulatoires à l'hôpital (rémunérés à l'acte), les règles sont plus souples. Le budget historique sert de base à ce que l'on appelle le « budget à 97 % » : les soins sont intégralement financés jusqu'à 97 % du budget de l'année précédente ; entre 97 % et 103 %, une réduction maximale de 30 % est appliquée ; entre 103 % et 106 %, cette réduction maximale est de 60 %. Au-delà de 106 %, aucun financement n'est garanti.



2.5. Les mécanismes de contrôle limitent-ils réellement l'augmentation du nombre d'admissions ?

Les mécanismes de contrôle permettent-ils effectivement de maîtriser les augmentations du volume d'activité dues au financement basé sur les DRG ? Malheureusement, il n'existe pour ainsi dire pas de preuves empiriques tangibles à ce sujet, ainsi la plupart des « preuves » dont nous disposons reposent sur l'**interprétation des tendances globales**.

2.5.1. *La réduction des tarifs crée un environnement financier incertain pour les hôpitaux français*

En **France**, le budget national du secteur hospitalier est basé sur les tendances historiques des dépenses, souvent limitées par des mesures d'austérité insuffisamment justifiées. En outre, il ne tient pas suffisamment compte des éléments susceptibles d'influencer l'évolution future des volumes et dépenses en soins de santé, tels que la démographie, la morbidité ou les progrès technologiques.

Les objectifs de l'ONDAM ne concernent en outre que le court terme, alors que seules des réformes structurelles peuvent en réalité ralentir l'augmentation du volume des soins. De telles réformes pourraient en effet améliorer l'efficacité des soins de santé, mais leur impact n'est visible qu'à moyen terme.

Deux conséquences majeures de cette situation ont été d'une part les diverses réductions des tarifs intervenues depuis 2008 (le volume ayant dépassé le budget national), d'autre part le grand nombre d'hôpitaux affichant un **déficit financier** (58 % des hôpitaux publics). En conséquence, il est de plus en plus fréquent que les forfaits ne couvrent pas les frais réels. Le sous-investissement dans les infrastructures a également entraîné une détérioration des conditions de travail dans les hôpitaux publics au cours de la dernière décennie, ce qui renforce les critiques à l'égard du financement basé sur les DRG. Et comme les forfaits changent chaque année en fonction de l'activité hospitalière nationale, les hôpitaux ne savent jamais à l'avance quel budget ils recevront. Pour éviter une perte de revenus si les forfaits diminuent, ils ont **tendance à augmenter leur volume d'activité** plutôt que de se concentrer sur l'efficacité ou l'amélioration de la qualité.

2.5.2. *En Estonie et en Allemagne, le plafonnement des prix en fonction du volume permet de maîtriser le nombre total d'admissions, mais pas le coût par admission*

En **Estonie**, l'objectif du plafonnement des prix en fonction du volume est de garantir l'accessibilité aux services essentiels au niveau régional, de transférer les services spécialisés vers les centres de référence des hôpitaux régionaux et de limiter l'augmentation du nombre d'admissions. Étant donné que les tarifs DRG sont basés sur les coûts moyens pour l'année précédente, les prestataires de soins sont incités à accroître le coût par admission en y ajoutant davantage de services. L'augmentation des dépenses liées aux tests de diagnostic et à la technologie en est un bon exemple. À côté des besoins en soins attendus, l'EHIF doit également tenir compte des budgets disponibles. Par conséquent, le budget national ne couvre pas (nécessairement) le coût total des besoins.

Dans l'ensemble, ce mode de financement a aidé l'EHIF à garder le budget des soins hospitaliers sous contrôle. Les petits hôpitaux (généralistes et locaux) ont toutefois eu du mal à atteindre les volumes prévus, ce qui a entraîné le passage à un modèle de financement mixte basé à la fois sur les DRG et sur un budget global. En outre, le système n'a pas non plus permis de contenir l'augmentation des coûts par patient.

En **Allemagne**, la durée moyenne de séjour a diminué depuis l'introduction du financement basé sur les DRG (2003), mais cette tendance à la baisse avait déjà commencé avant 2003 (et était même plus prononcée avant cette date). Néanmoins, alors que d'autres pays de l'OCDE ont vu diminuer le nombre d'admissions hospitalières, en Allemagne, celui-ci a connu une augmentation de plus de 20 %. Cette situation a suscité des critiques à l'égard du financement basé sur les DRG et des questions sur la cause de cette augmentation. D'autres questions font également l'objet de débats, à savoir si le système des DRG a amélioré l'efficacité par une utilisation stable des ressources dans le contexte d'un nombre d'admissions croissant, et s'il a affecté la qualité des soins en encourageant potentiellement les sorties prématurées. Les mécanismes de contrôle que sont la MLA et la FDA ont limité l'augmentation des volumes, mais les dépenses hospitalières ont augmenté principalement en raison d'effets de prix.



2.5.3. En Lombardie, des plafonds de volume stricts et des tarifs obsolètes entraînent des défis pour les soins de santé

En **Lombardie**, le financement basé sur les DRG a eu un impact positif sur les durées de séjour et a entraîné un glissement progressif de l'hospitalisation classique à l'hôpital de jour ou aux soins ambulatoires pour les cas moins complexes. Cette évolution va dans le sens d'une meilleure allocation des ressources et d'une plus grande efficacité. Néanmoins, le système italien suscite aussi certaines critiques, principalement en raison de deux facteurs : 1) la capacité administrative et institutionnelle variable des régions à mettre le système en œuvre et 2) un manque de cohérence entre les objectifs du gouvernement national et des gouvernements régionaux.

Les forfaits nationaux et le système de classification n'ont pas non plus été mis à jour depuis 2012, ce qui signifie qu'ils ne reflètent pas correctement la situation actuelle en matière de soins de santé, que ce soit d'un point de vue clinique ou économique/financier.

Les plafonds de volume stricts imposés aux hôpitaux présentent l'avantage que le budget global reste sous contrôle au niveau macroéconomique. Néanmoins, le budget fermé cause aussi des problèmes : une augmentation limitée au niveau d'une procédure médicale donnant lieu à une rémunération élevée peut avoir un impact important sur le budget et entraîner une diminution des procédures moins bien rémunérées et/ou engendrer des listes d'attente.

2.5.4. En Hongrie, le plafonnement des prix en fonction du volume a considérablement réduit l'activité des hôpitaux, générant de longues listes d'attente

La PVL a eu un impact majeur sur les admissions et les activités hospitalières. Entre 2003 et 2006, la croissance des activités hospitalières s'est interrompue, mais le nombre annuel d'admissions a continué à augmenter tandis que la durée moyenne du séjour diminuait, ce qui indique une utilisation plus efficace des ressources hospitalières. Lorsque des taux dégressifs ont été appliqués après un dépassement de la PVL, les hôpitaux ont admis principalement des patients générant de faibles coûts variables.

Au moment du dépassement de la PVL, les coûts fixes étaient en grande partie couverts.

Une diminution marquée du nombre d'admissions et de la durée moyenne du séjour n'a été observée qu'entre 2007 et 2008, ce qui prouve que la PVL a effectivement réduit les activités hospitalières. On estime que la PVL a entraîné une réduction du volume d'activité et des économies de 1,9 % à 5,6 % par an entre 2004 et 2008.

La baisse des admissions a toutefois aussi entraîné de longues listes d'attente. En outre, les patients ont été davantage référés aux centres universitaires et nationaux. Comme ces hôpitaux hautement spécialisés n'avaient pas la possibilité d'adresser des patients à d'autres acteurs, leur volume dépassait la PVL.

2.6. Réformes du financement des hôpitaux

Considéré comme innovant dans les années 1990 et au début des années 2000, le financement par admission basé sur les DRG est aujourd'hui devenu un mode de financement traditionnel au même titre que le financement au moyen d'un budget global ou le paiement à l'acte. Certains pays commencent même à l'abandonner. Comme le système incite les hôpitaux à accroître leur nombre d'admissions, c'est finalement le payeur qui supporte le risque financier au niveau macro. Les mécanismes mis en place pour maîtriser ces effets, tels que les plafonds de volume ou les réductions des tarifs, ne semblent pas toujours à même d'atteindre leurs objectifs visés et ont même parfois des effets pervers indésirables.

Pour remédier à ces lacunes ou pour atteindre de nouveaux objectifs comme l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins, un certain nombre de pays envisagent aujourd'hui de nouvelles méthodes de financement. Des réformes récentes explorent des mécanismes de financement qui visent à introduire des incitants à un glissement de soins axés sur l'activité à des soins axés sur la valeur (*value-based healthcare*).

On peut distinguer dans ces réformes les grandes tendances suivantes :

- un financement complémentaire pour les hôpitaux des zones rurales ou l'exclusion de ces derniers du système DRG ;



- la réduction de la part du financement par admission basé sur les DRG dans le financement global des hôpitaux ;
- la mise en œuvre d'un financement par épisode de soins, dans le cadre duquel les prestataires de soins de santé reçoivent un montant fixe pour l'ensemble des soins dispensés à un patient au cours d'un trajet de soins spécifique ou d'un « épisode » ;
- l'introduction d'incitants financiers à dispenser les soins dans des environnements moins coûteux (p.ex. hôpital de jour, traitements ambulatoires à l'hôpital).

2.6.1. Financement spécifique pour les hôpitaux dans les zones rurales

Les zones rurales présentent souvent une faible densité de population, ce qui se traduit pour les hôpitaux par un nombre de patients limité. S'ils sont financés principalement sur la base de critères d'activité, il est difficile pour eux de couvrir leurs frais. En Estonie, en France et en Allemagne, les hôpitaux des zones rurales reçoivent donc un budget global, quel que soit leur nombre de patients. En Allemagne, les petits hôpitaux qui revêtent une importance cruciale pour les soins de base à l'échelon régional touchent par ailleurs un supplément en plus du tarif par DRG. L'objectif est de maintenir l'accès aux services essentiels (tels que l'obstétrique ou la pédiatrie) dans les zones où les soins sont limités et de veiller à ce que les hôpitaux accueillant peu de patients restent financièrement viables et puissent fournir des soins essentiels.

2.6.2. Réduction de la part du financement par admission basé sur les DRG dans le financement total de l'hôpital

Une autre tendance est de passer d'un mode de financement basé principalement sur les DRG à un système mixte associant un financement basé sur les DRG et un budget global. Parmi les pays étudiés dans cette étude, ce mouvement est particulièrement frappant en Allemagne.

Les coûts des soins infirmiers exclus des tarifs DRG en Allemagne

En Allemagne, le coût des soins infirmiers a été dissocié du tarif DRG dans le cadre de la réforme de la structure hospitalière (*Krankenhausstrukturgesetz*), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020. L'objectif principal de cette séparation du budget des soins infirmiers (*Pflegebudget*) du financement basé sur les DRG était de mieux répondre aux besoins spécifiques et ressources nécessaires aux soins infirmiers, qui n'étaient pas suffisamment pris en compte dans le système des DRG.

Les dépenses liées aux services infirmiers, telles que les salaires, la formation, etc. ont augmenté de manière significative au cours des dernières années. Le système DRG étant principalement axé sur les traitements médicaux, ces coûts n'étaient souvent pas suffisamment couverts, ce qui entraînait une pression financière pour les hôpitaux. Le budget des soins infirmiers est désormais alloué directement aux établissements et repose sur le principe du recouvrement des coûts.

Passage à des budgets globaux en Allemagne

Une loi récente (*Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz*, KHVVVG) a débouché sur une réforme radicale des soins hospitaliers en Allemagne. Le système actuel, avec une part de financement basé sur les DRG d'environ 80 %, est remplacé par un modèle hybride qui combine le financement basé sur les DRG avec un budget global (*Vorhaltevergütung*). Cette réforme vise à alléger la pression économique exercée sur les hôpitaux par l'insuffisance du financement des investissements par les Länder. Bien que le financement basé sur les DRG soit spécifiquement destiné à couvrir leurs frais de fonctionnement, les hôpitaux sont souvent contraints de puiser dans ces fonds pour compenser le financement insuffisant des investissements.

Le système DRG axé sur le volume d'activité a encouragé les hôpitaux à se concentrer sur les traitements rentables, souvent au détriment de soins moins rentables mais non moins nécessaires. Le budget global ne dépend pas du nombre de patients et couvre 60 % des revenus précédemment générés par le financement basé sur les DRG. Ce pourcentage est basé sur une estimation des coûts fixes dans les hôpitaux en 2016.



Par ailleurs, le budget des soins infirmiers sera intégré au budget global, ce qui permettra de dissocier davantage les frais de fonctionnement des recettes basées sur les DRG. L'objectif est d'évoluer vers un modèle financier plus durable où le financement fixe et le financement à l'activité sont en équilibre et où l'accent est mis sur la qualité et les soins essentiels plutôt que sur le volume. Afin d'éviter les incitations à la provision excessive de soins, les règles relatives au financement des prestations excédentaires (*Mehrerlösausgleich*) restent inchangées.

Pour mieux aligner la réforme sur les besoins de soins réels, on a également introduit le principe des « groupes de soins » (*Leistungsgruppen*). Ces 65 groupes recouvrent tous les traitements et fixent des normes de qualité nationales, comme par exemple des exigences pour l'administration des soins, l'équipement, le personnel et d'autres critères de structure ou de processus. Les hôpitaux peuvent satisfaire à ces normes au niveau individuel ou dans le cadre de partenariats. Ils touchent un budget global uniquement pour les groupes de soins (p.ex. cardiologie) qui leur ont été attribués dans le cadre du processus de planification.

2.6.3. *Élargissement du champ d'application : des admissions uniquement à d'autres secteurs des soins avec un financement par épisode*

Par « champ d'application des paiements hospitaliers basés sur les DRG », on entend les services et/ou les coûts inclus dans le paiement DRG par cas. La définition d'un « cas » varie toutefois d'un système à l'autre. En Estonie, en France, en Allemagne et en Hongrie, un cas désigne principalement une admission, qui se termine dès que le patient quitte l'hôpital. Les soins dispensés avant ou après l'hospitalisation, tels que les soins post-aigus ou les procédures ambulatoires, ne sont généralement pas inclus dans le paiement DRG. En Italie, les tarifs DRG incluent toutefois aussi les consultations au cours de l'hospitalisation et les examens médicaux réalisés dans les 30 jours précédant et/ou suivant l'admission.

En Estonie, un projet pilote a été lancé en 2021 pour la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ischémique, où les coûts liés aux différents secteurs des soins sont regroupés dans un montant unique. La France teste plusieurs modèles depuis 2019, dont un pour le placement d'une prothèse

de hanche et la chirurgie intestinale, où les soins pré et post-aigus sont également inclus dans le système DRG. En Hongrie, un projet pilote a été lancé pour les patients atteints de BPCO, dans lequel les coûts concernant plusieurs acteurs sont regroupés.

Un nombre croissant de pays mettent en place un système de paiement par épisode ou de paiements groupés afin de promouvoir la collaboration entre les acteurs hospitaliers et les autres secteurs des soins. Ceci devrait permettre de rationaliser l'administration des soins tout au long de la trajectoire de soins du patient. Toutefois, les soins couverts et la définition d'un épisode varient là aussi d'un programme à l'autre. La mise en œuvre de programmes basés sur les épisodes reste jusqu'ici relativement limitée.

2.6.4. *Glissement de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour et les soins ambulatoires*

Pour promouvoir la chirurgie de jour, la France lui applique les mêmes tarifs qu'aux admissions traditionnelles pour certaines procédures. Sous l'effet de cette mesure, la proportion d'interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation de jour est passée de 23,5 % de l'ensemble des hospitalisations en 2014 à 28 % en 2021, principalement dans le domaine de la chirurgie oculaire, orthopédique et gastro-intestinale.

En Allemagne, une réforme similaire a été introduite en 2023. Les « DRG hybrides » financent au même tarif les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour. Ils sont utilisés pour les traitements qui répondent à des critères tels qu'un volume de cas élevé, une courte durée de séjour et une faible complexité clinique.

En Hongrie, plusieurs mesures ont été introduites pour encourager la chirurgie de jour. En 2015, la PVL a ainsi été levée pour les hospitalisations chirurgicales de jour, ce qui a permis aux hôpitaux de pratiquer ces procédures sans limitation sans subir de réduction des tarifs. Depuis 2017, les hôpitaux touchent un supplément de 10 % sur le tarif DRG pour les cas traités à l'hôpital jour plutôt que dans le cadre d'une hospitalisation classique. Le pourcentage d'interventions chirurgicales réalisées en hospitalisation de jour est passé de 20 % en 2010 à 45 % en 2019.



3. POINT DE VUE DES EXPERTS ET STAKEHOLDERS EN BELGIQUE

3.1. Introduction

La réforme du modèle belge actuel – avec son budget macro fermé distribué aux hôpitaux selon un ensemble complexe de règles – pour évoluer vers système prospectif reposant sur un financement par admission basé sur les DRG peut déboucher pour les hôpitaux belges sur un financement plus correct, basé sur les coûts réels. D'un autre côté, ce système peut aussi déboucher sur des dépenses incontrôlées en cas de forte augmentation du nombre d'admissions. Pour mitiger ce risque, il est possible d'introduire des mécanismes de contrôle, comme l'ont fait les cinq pays que nous avons étudiés (voir chapitre 2).

Nous avons demandé à un panel d'experts si de tels mécanismes de contrôle (voir Encadré 1) sont applicables et souhaitables dans le système de soins de santé belge, quels sont les avantages et les inconvénients de chaque mécanisme et quelles sont les conditions préalables à leur introduction.

3.2. Comment avons-nous procédé ?

Nous avons organisé deux panels (1 néerlandophone et 1 francophone), auxquels ont participé 16 experts (8 néerlandophones et 8 francophones) ayant une bonne connaissance des systèmes de financement des hôpitaux belge et internationaux et issus d'horizons différents (p.ex. des directeurs, directeurs financiers et médecins-chef d'hôpitaux, des chercheurs dans le domaine de l'organisation et du financement des soins de santé, des experts en financement des hôpitaux au sein d'organisations gouvernementales).

Après la consultation des experts, nous avons organisé une réunion avec les stakeholders (représentants d'hôpitaux, de syndicats médicaux, du gouvernement, etc.), afin de connaître leur réaction aux conclusions de la littérature internationale, au rapport du groupe d'experts et à nos propres recommandations.

Vous trouverez de plus amples informations sur la méthodologie utilisée au chapitre 5 du rapport scientifique.

3.3. Le mécanisme de contrôle des prix en fonction du volume d'activité présente moins d'inconvénients qu'une simple limitation des volumes ou des prix

Position générale sur les mécanismes de contrôle

Les experts ont souligné d'entrée de jeu que plus un système de DRG est précis, moins des mécanismes de contrôle sont nécessaires. Si les tarifs DRG sont basés sur des estimations de coûts pour des soins justifiés (et scientifiquement étayés) et si les estimations du nombre d'hospitalisations (p.ex. sur la base de l'évolution démographique) sont prises en compte, la nécessité d'avoir recours à de tels mécanismes est faible. D'après les experts interrogés, les mécanismes de contrôle ne sont utiles que dans les situations où le système de financement par admission basé sur les DRG présente des lacunes.

Réduction des tarifs au niveau national : un budget sous contrôle, mais des inconvénients comparables à ceux de l'actuel BMF

Les experts ont souligné qu'un ajustement tarifaire au niveau national en cas de dépassement du budget n'était pas très différent du système belge actuel, dans lequel la valeur d'un point diminue lorsque le volume augmente afin de rester dans les limites du budget au niveau macro. Il est clair que ce mécanisme de contrôle garantit que le budget reste maîtrisable au niveau macroéconomique. En outre, il incite à réduire les coûts plutôt que le nombre d'admissions, ce qui peut déboucher sur des soins plus efficaces pour chaque admission. Étant donné que les hôpitaux reçoivent toujours un financement pour chaque admission, ils peuvent poursuivre leurs activités même en cas de dépassement du budget national au niveau macro, fût-ce à des tarifs inférieurs. En outre, cela permet aux hôpitaux d'adapter les services (et leur volume) à la demande de soins et d'éviter les listes d'attente, ce qui est moins le cas avec un plafonnement du volume d'activité.



Néanmoins, une réduction des tarifs présente également des inconvénients. Elle est une source d'incertitude sur les tarifs, mais aussi de déconnexion entre les coûts et les tarifs. En outre, les hôpitaux sont pénalisés par le comportement des autres, puisqu'un dépassement budgétaire causé par une augmentation des admissions dans certains établissements va déboucher sur un ajustement des tarifs pour tous. Ce n'est donc pas fondamentalement différent de ce que nous connaissons avec le BMF actuel, où un budget macro est distribué sur la base des lits justifiés : là aussi, les hôpitaux peuvent être financièrement pénalisés par le comportement des autres, lorsque la valeur financière d'un point diminue.

Pour les experts interrogés, un système de ce type n'est donc pas un progrès, car il comporte les mêmes risques (p.ex. une course effrénée entre hôpitaux pour maximiser le nombre d'admissions jusqu'à ce que le budget au niveau macro soit dépassé, des tarifs qui ne couvrent pas les coûts). Si les réductions de tarifs sont appliquées de manière uniforme, sans tenir compte des besoins régionaux, de spécialités médicales spécifiques ou des niveaux de spécialisation, les hôpitaux sont confrontés à une instabilité de leurs revenus. Dans la foulée, les patients pourraient être exposés à une augmentation de leur quote-part personnelle, à une baisse de la qualité des soins ou à une sélection des cas (où les hôpitaux éviteraient par exemple de prendre en charge les personnes avec des pathologies plus complexes et plus coûteuses, qui leur reviennent plus cher).

Un moyen de mitiger les effets négatifs d'une réduction tarifaire est de ne pas appliquer les restrictions tarifaires au niveau national, mais à un échelon plus local (p.ex. au niveau des réseaux hospitaliers ou des hôpitaux individuels). Les experts doutent toutefois de la faisabilité de cette solution, qui serait très complexe à mettre en œuvre et à monitorer.

Plafonnement du volume : la limitation de l'accessibilité des soins comme principal inconvénient

D'après nos experts, le grand avantage d'un plafonnement du volume est qu'il peut encourager les hôpitaux à développer leurs activités ambulatoires et l'hôpital de jour, pour autant que ces services soient suffisamment financés. En outre, ce mécanisme affaiblit aussi quelque peu la concurrence entre établissements. Néanmoins, les experts n'y sont pas favorables, car il

a aussi pour grand inconvénient de limiter l'accessibilité. Il peut entraîner des retards dans les soins et des listes d'attente, et inciter les médecins à privilégier une pratique privée en-dehors de l'hôpital, compromettant l'accès pour les patients à faibles revenus.

Privilégier un plafonnement des prix en fonction du volume : un budget sous contrôle au niveau macro, et moins d'inconvénients en termes d'accessibilité et de continuité du financement

Le modèle de plafonnement des prix en fonction du volume combine des éléments des deux mécanismes précédents, les tarifs par admission étant plafonnés et abaissés dès qu'un certain seuil de volume est atteint. Les experts privilégient ce modèle parce qu'il permet de maîtriser les coûts sans restreindre radicalement l'accès aux soins pour les patients. Il présente notamment l'avantage d'un bon équilibre entre maîtrise du budget et flexibilité ; il incite les hôpitaux à donner la priorité aux admissions justifiées tout en évitant d'encourager des économies qui affecteraient la qualité ou l'accès aux soins. Cette approche stimule également le recours aux soins ambulatoires et peut affaiblir la concurrence entre établissements (en particulier lorsque le mécanisme est appliqué au niveau du réseau hospitalier, avec un budget partagé entre les hôpitaux du réseau).

Néanmoins, d'après les experts, le fait que les prix soient plafonnés en cas de dépassement d'un volume autorisé pourrait aussi être une source d'instabilité financière, en particulier pour les petits hôpitaux, parce qu'il est possible que les coûts fixes ne soient pas encore couverts au moment où le dépassement se produit (et qu'il est possible que les tarifs réduits ne suffisent à couvrir que les coûts variables). Même si le risque est plus limité qu'avec un plafond de volume, ce mécanisme de contrôle aussi peut déboucher sur des listes d'attente de plus en plus longues au fur et à mesure que les hôpitaux approchent de leur plafond. Maximiser les avantages de ce modèle impose qu'un certain nombre de conditions connexes soient respectées, comme le calcul précis des coûts variables et des coûts fixes et la révision régulière des volumes et des ajustements tarifaires.



3.4. À propos du financement par DRG actuel et futur

Outre la discussion sur les mécanismes de contrôle, les participants se sont également exprimés de façon plus générale sur la situation actuelle et sur l'avenir du financement basé sur les DRG dans notre pays. Les points principaux de cette discussion sont rapportés ci-dessous.

Sentiment général : la Belgique en retard d'une guerre

De nombreux experts estiment que la Belgique accuse un retard considérable (de l'ordre de 10 à 15 ans) par rapport à d'autres pays en ce qui concerne l'introduction d'un financement par admission basé sur les DRG. Certains craignent même que nous ayons laissé passer le bon moment pour réaliser cette réforme, car d'autres pays commencent soit à se distancier (en partie) du financement basé sur les DRG soit à l'étendre aux soins extrahospitaliers.

Les experts craignent également que la réforme du financement se limite à l'actuelle partie B2 du BMF (< 40 % du BMF), ce qui demanderait beaucoup d'efforts et rendrait le système très complexe (p.ex. en raison des mécanismes de contrôle).

Risques financiers et accessibilité des soins

Le fait que les forfaits DRG ne tiennent pas suffisamment compte de la variabilité des coûts due à la complexité et à la gravité de la pathologie apparaît comme l'un des principaux motifs de préoccupation. Pour les admissions plus complexes, des paiements forfaitaires peuvent déboucher sur un financement inadéquat, mettre en péril la dispensation des soins ou compromettre leur accessibilité financière pour les patients avec des coûts élevés. Des systèmes spécifiques et distincts pour les admissions avec un processus de soins et des coûts très variables compliqueraient encore davantage le financement des hôpitaux.

Exclusions du financement basé sur les DRG

La tendance observée dans plusieurs pays à exclure un nombre croissant de services du financement basé sur les DRG (les soins infirmiers en Allemagne étant un exemple extrême) a également été évoquée. Bien que ce choix puisse alléger la pression financière sur les hôpitaux et réduire la nécessité de mécanismes de contrôle stricts, ces exclusions risquent de miner la finalité des systèmes basés sur les DRG. En effet, elles fragmentent le financement (ce qui complexifie le système) et faussent l'effet d'incitation.

Il est urgent de prendre des décisions sur les honoraires des médecins

Si les honoraires des médecins sont exclus du financement basé sur les DRG, cela peut également affecter l'efficacité des mécanismes de contrôle. En effet, si les médecins continuent à être payés à l'acte, ils seront moins stimulés à limiter le nombre d'admissions, alors que les mécanismes de contrôle incitent justement les directions hospitalières à ne pas dépasser les volumes prévus. Ce décalage peut entraîner des tensions entre les directions hospitalières et les médecins, puisque ces derniers prennent des décisions sur les admissions et les indications qui les motivent, alors que ce sont les directions qui supportent les conséquences financières en cas de dépassement du volume.

Introduction progressive et réflexion approfondie

Les experts préconisent une introduction progressive de toute réforme impliquant les DRG afin de donner aux hôpitaux le temps de s'adapter. Cela permettra d'éviter les chocs financiers brutaux et de procéder aux ajustements nécessaires sur la base des premiers retours d'information. En outre, les experts soulignent qu'une réflexion approfondie sur les services et les coûts à inclure dans le financement basé sur les DRG est une condition préalable à sa réussite.



Modèles de financement alternatifs

Comme nous l'avons mentionné plus haut, un certain nombre d'experts se demandent s'il est encore opportun de réformer le système belge pour évoluer vers un système basé sur les DRG, et si d'autres modèles de financement – comme des budgets globaux, un financement à la capitation ou un financement par épisode (qui est fondamentalement une extension du système des DRG) – ne répondraient pas mieux aux besoins de notre système de soins de santé.

Les stakeholders consultés sont conscients des problèmes, mais appellent à introduire rapidement un financement par admission basé sur les DRG

Tout en reconnaissant le problème du retard pris par la Belgique en comparaison avec d'autres pays, les stakeholders que nous avons consultés estiment que le financement actuel des hôpitaux belges est tellement complexe et opaque, et les problèmes de sous-financement tellement évidents, qu'une transition vers un financement basé sur les DRG reste nécessaire. Ils soulignent qu'il faut se garder de laisser la quête d'un système parfait nous empêcher d'avancer. Le financement basé sur les DRG ne sera pas parfait, mais il offre la perspective d'un système plus transparent, plus simple et basé sur les coûts. Plutôt que de chercher des mécanismes de financement alternatifs, les stakeholders plaident en faveur d'une introduction rapide d'un financement par admission basé sur les DRG qui intègre autant que possible les leçons des exemples étrangers (p.ex. exceptions, introduction progressive).

Vous trouverez des informations plus détaillées à la section 5.3.2 du rapport scientifique.

4. QUE NOUS APPREND LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE ?

4.1. Comment avons-nous procédé ?

Nous avons procédé à analyse des revues systématiques portant sur l'impact de systèmes de financement prospectif – tels que le financement basé sur les DRG – sur l'efficacité, la qualité des soins et les coûts.

Vous trouverez de plus amples informations sur notre méthodologie dans la section 4.2 du rapport scientifique.

4.2. Amélioration de l'efficacité

La grande majorité des neuf revues systématiques incluses dans notre analyse concluent que le financement basé sur les DRG **réduit la durée des séjours hospitaliers**. Cette conclusion soutient l'hypothèse théorique selon laquelle les systèmes basés sur les DRG favorisent **une efficacité accrue** dans les soins de santé.

4.3. Pas de signe de baisse de la qualité des soins

Un effet négatif potentiel de systèmes de financement prospectif comme le financement au moyen d'un forfait par admission basé sur les DRG pourrait être une **baisse de la qualité des soins**. Étant donné que le montant que touchent les hôpitaux est indépendant du coût réel de la prise en charge d'un patient donné, ils sont encouragés à renvoyer les patients chez eux plus rapidement afin de réduire les coûts et de permettre de nouvelles admissions. L'efficacité en est améliorée, mais au prix d'un risque de sorties prématurées. En outre, les hôpitaux peuvent comprimer les coûts en limitant de façon excessive le nombre d'examen et de procédures réalisés pendant le séjour.

Nous l'avons dit, le financement par admission basé sur les DRG raccourcit effectivement la durée du séjour. Cela signifie-t-il également que la qualité des soins diminue ? Plusieurs études utilisent la mortalité (durant le séjour à l'hôpital ou peu après la sortie) comme indicateur de la qualité des soins.



Un financement prospectif ne semble toutefois pas être associé à une augmentation de la mortalité.

Les partisans d'un financement prospectif soutiennent même qu'il peut **améliorer la qualité des soins**, puisqu'une qualité accrue peut contribuer à réduire le coût des soins pour les hôpitaux (p.ex. en limitant les complications). Cette hypothèse est difficile à confirmer si l'on prend la mortalité comme indicateur de la qualité des soins, en particulier pour les pathologies déjà associées à une faible mortalité. Néanmoins, la majorité des études incluses dans notre revue de la littérature n'ont rapporté aucun effet ou un effet positif (baisse) sur la mortalité.

Le **nombre de réadmissions** est un autre paramètre fréquemment utilisé comme indicateur de la qualité des soins. Notre analyse a relevé des résultats mitigés à cet égard. Les réadmissions planifiées peuvent faire partie des soins de suivi planifiés après une sortie précoce et ne reflètent donc pas automatiquement une diminution de la qualité des soins, mais plutôt des changements visant à l'améliorer ou à la maintenir. Malheureusement, la littérature n'opère pas de distinction explicite entre les réadmissions planifiées et non planifiées.

4.4. Mesures visant à garantir la qualité des soins

Si la durée du séjour est plus courte, la qualité des soins peut être assurée par **l'utilisation d'autres services** (consultations ambulatoires, urgences, etc.), mais notre analyse n'a pas mis en évidence d'augmentation significative à ce niveau.

Si les hôpitaux sont incités à renvoyer les patients plus tôt, ils sont également encouragés à diriger ceux qui ne sont pas encore prêts à rentrer chez eux vers d'**autres établissements de soins post-aigus**. Cela ne nuit pas nécessairement à la qualité des soins, en particulier dans les régions où la capacité disponible est suffisante. Le recours accru aux soins post-aigus peut également prévenir les réadmissions.

Enfin, d'aucuns craignent que le financement basé sur les DRG n'incite les hôpitaux à **accroître le nombre d'admissions** dans le but de percevoir davantage de revenus. Notre revue de la littérature a identifié des preuves mitigées à ce sujet. Une explication possible est que le financement basé sur les DRG s'accompagne généralement de mécanismes de contrôle conçus pour limiter la tentation d'augmenter le volume d'activité. Néanmoins, ces mécanismes n'étaient pas spécifiquement abordés dans la littérature étudiée.

En ce qui concerne l'impact du financement basé sur les DRG sur les **coûts des soins de santé**, la littérature est moins abondante et les résultats identifiés ne sont pas cohérents.



5. DISCUSSION

On parle de longue date d'un financement par admission basé sur les DRG pour résoudre les problèmes et lacunes déjà amplement documentés du financement actuel des hôpitaux belges. Les objectifs de cette approche ? Parvenir à une plus grande transparence et à un financement plus précis des coûts hospitaliers justifiés, tout en préservant les incitants à l'efficience pour chaque admission.

Néanmoins, passer de l'actuel budget fermé à un financement ouvert et prospectif par admission basé sur les DRG n'est pas sans risques. Les hôpitaux pourraient en effet être incités à accroître le nombre de patients et de procédures (même lorsqu'elles ne sont pas forcément nécessaires d'un point de vue médical) afin de gonfler leurs recettes. En l'absence de mécanismes de contrôle, ceci pourrait induire une augmentation du budget des hôpitaux au niveau macro.

Le ministre de la santé a chargé le KCE de formuler des recommandations sur les mécanismes de contrôle qui permettraient, dans le contexte d'un financement par admission basé sur les DRG, d'éviter des hospitalisations inutiles et des dépassements budgétaires.

5.1. Mécanismes de contrôle pour atteindre les objectifs d'efficience du financement basé sur les DRG

Les cinq pays que nous avons étudiés ont choisi de mettre en place des mécanismes de contrôle différents (voir chapitre 2). Ces mesures visant à limiter les tarifs et/ou les volumes d'activité permettent toutes d'éviter les dépassements budgétaires au niveau macro. Elles présentent toutefois aussi toutes certains inconvénients, qui sont parfois tels qu'ils menacent de compromettre les objectifs de l'introduction d'un financement basé sur les DRG. Nous passerons en revue ces différents mécanismes ci-dessous.

5.1.1. Limite budgétaire stricte et réduction linéaire des tarifs

Le mécanisme de régulation des prix incite les hôpitaux français à accroître le nombre d'admissions

Le système français de financement des hôpitaux, caractérisé par une limite budgétaire stricte et une réduction linéaire des tarifs au niveau macro, présente de nettes similitudes avec les mécanismes du BMF belge. Chez nous, le budget national B2 est distribué aux hôpitaux sur la base de « points B2 », ce qui incite les hôpitaux à réaliser le plus possible d'admissions afin d'obtenir une plus grande part du budget. En effet, lorsque le nombre total d'admissions augmente, la valeur d'un point diminue afin de rester dans les limites du budget (fermé) au niveau macro. Cette répartition est source d'incertitudes, puisque le budget de chaque hôpital dépend également des activités des autres. Comme en France, ce système encourage donc les hôpitaux à augmenter leur volume d'activité plutôt qu'à améliorer l'efficience ou la qualité. On peut donc se demander si un financement par admission basé sur les DRG, avec un ajustement linéaire des tarifs comme mécanisme de contrôle, serait vraiment une amélioration pour le système belge. En effet, les inconvénients identifiés en France sont assez similaires à ceux du BMF actuel.

Les experts belges suggèrent que des ajustements de tarifs linéaires pourraient être plus efficaces à un niveau géographique inférieur (p.ex. celui des réseaux hospitaliers locorégionaux ou d'autres organisations régionales d'hôpitaux). Ils peuvent stimuler la collaboration entre hôpitaux si on fonctionne avec un budget partagé. Néanmoins, tenir compte des activités et des besoins locaux rendrait la gestion d'un tel système au niveau national sensiblement plus complexe, car cela nécessiterait un plus grand nombre de forfaits différents.

La réduction des tarifs affecte de manière disproportionnée les petits hôpitaux

Une réduction des forfaits DRG en cas de dépassement du budget au niveau macro affecte plus les petits hôpitaux que les grands. Ces derniers peuvent en effet mieux répartir leurs coûts fixes sur un plus grand nombre de patients grâce aux économies d'échelle, mais le risque existe que les



tarifs DRG soient insuffisants pour couvrir les coûts fixes lorsque des réductions tarifaires sont appliqués. L'impact d'un tel mécanisme de contrôle sera plus important dans les petits hôpitaux. C'est pourquoi les autres pays choisissent parfois d'exclure du système DRG les petits hôpitaux qui ont une importance stratégique pour garantir l'accessibilité géographique.

5.1.2. *Plafonnement du volume*

Une limite de dépenses prévisible pour les payeurs, une incitation à l'efficacité pour les hôpitaux

En limitant le nombre d'admissions pour lesquelles est prévu un tarif DRG, comme cela s'est fait en Estonie jusqu'en 2006 et comme cela se fait toujours en Lombardie, les autorités peuvent éviter les dépassements budgétaires au niveau macro. Un plafond de volume strict encourage aussi les hôpitaux à travailler d'une manière plus efficace, par exemple en développant des trajectoires de soins, et en donnant la priorité aux services essentiels. En outre, il stimule les investissements dans les hôpitaux de jour et les soins ambulatoires à l'hôpital, et contribue à éviter les hospitalisations inutiles. Selon les experts et stakeholders belges que nous avons consultés, un tel système devrait, en Belgique, viser surtout la réduction du nombre d'admissions inappropriées. D'un point de vue théorique, c'est certainement un bon point de départ. Reste toutefois à savoir comment mettre cette idée en pratique : comment distinguer les admissions « justifiées » de celles qui ne le sont pas ? Une difficulté supplémentaire réside dans le fait qu'il existe dans un tel système des tensions entre le financement des hôpitaux et celui des médecins, si ces derniers sont rémunérés à l'acte (comme prévu dans les projets de réforme actuels). Dans un tel scénario, les hôpitaux voudront limiter les admissions pour ne pas dépasser le plafond autorisé, tandis que les médecins n'ont pas d'incitation en ce sens, alors que ce sont justement eux qui doivent décider de l'opportunité d'une hospitalisation. Un plafond de volume impose par ailleurs de procéder à une répartition précise du volume national ou régional entre les hôpitaux. En Lombardie, cette répartition se fait sur la base de données historiques, mais cette approche est difficile à appliquer de manière cohérente, en particulier pour les traitements non standardisés.

Une menace pour l'accessibilité : listes d'attente et sélection des soins offerts

L'un des principaux inconvénients d'un plafonnement du volume réside dans son impact potentiel sur l'accessibilité des soins (p.ex. report des soins, temps d'attente) si les plafonds ne prennent pas suffisamment en compte les besoins en soins de la population visée. Ceci peut donner lieu à un système à deux vitesses, dans lequel les hôpitaux/prestataires de soins de santé contournent les plafonds en proposant des soins en dehors du système DRG, par exemple dans des cabinets privés, et en faisant payer l'addition aux patients (ou à leur assurance privée). Un autre phénomène, observé en Lombardie, est que les hôpitaux risquent de se focaliser surtout sur les DRG rentables, ce qui peut compromettre l'accès aux soins pour les patients qui relèvent de DRG moins rentables.

Des plafonds de volume fixes manquent également de flexibilité, avec pour conséquence que les hôpitaux peinent à répondre aux fluctuations des besoins en soins, par exemple dans le cadre de maladies saisonnières ou d'épidémies locales. Cette situation peut rendre les petits hôpitaux particulièrement vulnérables sur le plan financier, étant moins à même de couvrir leurs frais fixes si leur nombre de patients diminue. Pour offrir aux hôpitaux une plus grande prévisibilité budgétaire, le système doit être plus flexible.

5.1.3. *Plafonnement des prix en fonction du volume*

Concilier une plus grande flexibilité et l'équilibre budgétaire

Dans un système de plafonnement des prix en fonction du volume, les hôpitaux peuvent continuer à fournir des soins au-delà du plafond prédéfini, mais ils sont découragés de le faire parce qu'ils touchent un forfait DRG inférieur pour ces prestations supplémentaires. Étant donné que les admissions dépassant le volume convenu sont toujours remboursées, l'impact sur l'accessibilité des soins est plus limité. L'inconvénient d'un tel système est toutefois que les dépenses d'assurance maladie ne sont pas entièrement prévisibles, puisque les soins continuent à être remboursés (fût-ce à un taux inférieur) même en cas de dépassement du volume. Ce système peut également désavantager les petits hôpitaux si le plafond de



volume prévu n'est pas suffisant pour couvrir leurs coûts fixes (voir également la section 5.1.1).

Une préférence pour ce système

Au chapitre 3, nous avons passé en revue les avantages, inconvénients et conditions des différents mécanismes de contrôle. S'il est nécessaire de choisir un tel mécanisme, les experts et stakeholders belges se prononcent en faveur d'un plafonnement des prix en fonction du volume – le système actuellement appliqué, entre autres, en Estonie, en Allemagne et en Hongrie. Les personnes que nous avons interrogées se demandaient toutefois si la responsabilité du dépassement du seuil devait être assumée collectivement (par le secteur hospitalier dans son ensemble) ou individuellement (au niveau du réseau hospitalier, de l'hôpital ou de la discipline médicale au sein de l'hôpital). Un certain nombre de conditions seront importantes pour poursuivre l'élaboration d'un système de ce type :

- Prendre en compte les besoins en soins attendus lors de la fixation d'un plafond de prix en fonction du volume. Si l'on s'attend à une augmentation de la demande de soins, il faudrait pouvoir relever le seuil pour garantir un accès adéquat aux patients, avec des forfaits inférieurs au-delà de cette limite ;
- Définir le champ d'application (national, régional, réseau, hôpital). Les experts interrogés n'expriment pas de préférence claire à ce sujet. Ils soulignent néanmoins que, si des plafonds de prix en fonction du volume sont mis en œuvre au niveau des réseaux hospitaliers, les ressources financières devraient aussi faire l'objet d'une gestion commune au niveau du réseau ;
- Décider de la manière dont le budget sera réparti entre les hôpitaux, par exemple sur une base contractuelle ou non, comme dans quatre des cinq pays étudiés, ou par le biais d'une allocation par les autorités, comme c'est actuellement le cas dans notre pays ;
- Élaborer des mécanismes visant à empêcher la manipulation du codage à des fins lucratives (p.ex. surcodage), ainsi que des sanctions pour les hôpitaux qui se livrent à de telles pratiques ;

- Prévoir des ressources suffisantes pour la collecte et l'analyse des données, le calcul des volumes et des coûts, les mises à jour et les audits.

5.2. Les rapports nationaux montrent une diversité dans les systèmes de financement par admission basés sur les DRG

Au chapitre 2, nous avons décrit le financement par admission basé sur les DRG dans cinq pays. Nous résumons ci-dessous quelques conclusions importantes qui ressortent de notre analyse.

5.2.1. Nombre de groupes DRG : un exercice d'équilibre entre l'équité du financement et la complexité du système

Nous n'avons pas trouvé de relation entre le nombre de groupes DRG et le choix d'un mécanisme de contrôle plutôt qu'un autre. Dans les cinq pays étudiés, le nombre de groupes DRG variait de 538 à 2 600, avec ou sans sous-groupes. Il est important de trouver un équilibre entre d'une part un financement suffisamment précis des hôpitaux, qui suppose que le nombre de DRG soit suffisamment élevé, et d'autre part un degré de complexité du système qui reste acceptable, qui suppose au contraire que ce nombre ne soit pas trop élevé. Un grand nombre de DRG soulève également des questions quant à la validité statistique des coûts par DRG (p.ex. en France).

5.2.2. Éléments exclus du financement basé sur les DRG

Les éléments exclus du financement par admission basé sur les DRG sont un facteur important pour le choix d'un mécanisme de contrôle. Exclure du système le coût des médicaments onéreux ou des cas complexes laisse aux hôpitaux une plus grande marge de manœuvre pour dépasser les plafonds de volume pour ces services sans en subir les conséquences financières. Cela peut conduire les hôpitaux à donner la préférence aux admissions qui échappent au système DRG, ce qui représente un risque pour la maîtrise du budget hospitalier global.



Dans un système avec une limite budgétaire stricte et une réduction des tarifs, l'exclusion de certains services coûteux peut déboucher sur une régulation plus stricte des services DRG restants afin de maîtriser les coûts des hôpitaux dans leur ensemble. Les exclusions offrent donc plus de flexibilité aux hôpitaux, mais peuvent rendre plus difficile la gestion du coût des soins de santé dans le cadre d'un budget limité. En Belgique, il n'a pas encore été décidé quels coûts seront couverts par le financement basé sur les DRG et lesquels en seront exclus.

5.2.3. Honoraires des médecins : à l'intérieur ou à l'extérieur du système DRG ?

Exclure les honoraires des médecins du système DRG peut affecter l'efficacité des mécanismes de contrôle. Les projets de réforme proposent d'inclure dans le système DRG la part des honoraires correspondant aux actuelles rétrocessions destinées à couvrir les frais de fonctionnement. Ceci pourrait réduire les tensions entre les médecins et les directions hospitalières, puisqu'il ne serait plus nécessaire de négocier le montant de ces rétrocessions. Cependant, il reste important d'impliquer les médecins dans la gestion des hôpitaux. C'est pour cette raison que le KCE a recommandé en 2014 la création d'un fonds de qualité et d'investissement géré conjointement par la direction et les médecins.

5.2.4. Élargissement à des activités hors soins hospitaliers

Dans plusieurs pays, on observe une évolution vers un financement groupé, qui convient surtout aux soins standardisés. Ce système réduit encore le risque financier pour les payeurs en présence de mécanismes de contrôle, mais augmente le risque financier pour les hôpitaux.

Le fait d'inclure ou non les hospitalisations de jour dans le financement basé sur les DRG en sus des hospitalisations classiques influe sur l'efficacité des mécanismes de contrôle. Si les hospitalisations de jour ne sont pas financées sur la base des DRG, les hôpitaux peuvent réorienter leurs patients vers l'hôpital de jour une fois que le plafond des admissions classiques a été atteint. Bien que cela puisse se justifier d'un point de vue médical, en l'absence de mécanismes de contrôle, cela peut aussi déboucher sur une augmentation des dépenses au niveau macro. La plupart

des pays ont donc inclus les hospitalisations de jour dans le système DRG. Plusieurs mécanismes sont utilisés pour stimuler les hospitalisations de jour. En France, par exemple, les hospitalisations de jour bénéficient de forfaits comparables à ceux des hospitalisations classiques pour un certain nombre de DRG.

5.3. Le financement par admission basé sur les DRG a-t-il l'effet escompté ?

La plus grande part de la littérature scientifique confirme qu'un financement basé sur les DRG réduit la **durée des séjours hospitaliers**. Cela a également été le cas dans les cinq pays étudiés. En Allemagne, des données empiriques révèlent toutefois que la durée moyenne du séjour a certes diminué, mais moins qu'avant l'introduction des DRG, et que le nombre d'admissions a augmenté.

Les résultats concernant l'impact du financement basé sur les DRG sur le **volume d'activité** sont équivoques. La littérature n'a toutefois pas examiné si cela est dû à l'effet de mécanismes de contrôle. Nous n'avons pas non plus trouvé dans la littérature d'éléments indiquant des effets négatifs sur la **qualité des soins**. L'impact du système de financement ne peut évidemment pas être dissocié de celui des autres mesures politiques prises pour garantir la qualité.

Comme pour tout autre système de financement, l'évaluation de l'impact du financement par admission basé sur les DRG dépend des objectifs de santé stratégiques que l'on souhaite atteindre avec ce système. Néanmoins, aucun modèle de financement ne peut répondre pleinement à tous les objectifs. C'est pourquoi des réformes sont à nouveau en cours dans un certain nombre de pays.



5.4. Leçons et conditions préalables identifiées par les experts et stakeholders belges

Nous distinguerons ci-dessous les enseignements à tirer concernant la fixation des tarifs et le champ d'application.

5.4.1. *Un calcul précis des forfaits est essentiel pour équilibrer maîtrise des coûts et qualité des soins*

Un calcul précis des forfaits s'est avéré être un défi majeur, et impose de disposer de données standardisées de haute qualité. Les experts et stakeholders belges soulignent l'importance d'aligner ces forfaits sur les **coûts réels**, ce qui devrait réduire les incitations à privilégier les DRG les plus rentables et donc à la sélection des patients.

Toutefois, la comparaison internationale montre que les forfaits DRG couvrent rarement les coûts réels des soins, en particulier lorsqu'une limite budgétaire stricte avec réduction des tarifs est appliquée. En outre, la fixation des forfaits est souvent influencée par des contraintes budgétaires ou des priorités de santé nationales.

Par ailleurs, un calcul précis dépend aussi de la **représentativité** des hôpitaux qui collectent les données sur les coûts. En France, par exemple, l'enquête nationale des coûts a été critiquée en raison de la petite taille de l'échantillon et de la faible représentativité des hôpitaux participants. Certains pays, comme l'Allemagne, ajustent aussi leurs forfaits en fonction de **facteurs locaux**. Le forfait de base y est déterminé au niveau des Länder. Enfin, les forfaits doivent être régulièrement **mis à jour**, ce qui n'est pas toujours le cas. En Italie, par exemple, les forfaits sont encore et toujours basés sur des calculs datant de 2012, ce qui a progressivement creusé l'écart entre les tarifs et les coûts.

5.4.2. *Fixer la portée du financement basé sur les DRG, un exercice crucial pour un calcul correct des forfaits et pour le choix de mécanismes de contrôle adéquats*

Dans les pays étudiés, la part du financement basé sur les DRG dans le financement total des hôpitaux varie de 30 % à 80 % (en Allemagne avant

les réformes récentes). Ensemble, cette part et la portée du financement basé sur les DRG (comprenez, les types d'hospitalisation inclus ou non dans le système) déterminent la manière dont le risque financier est partagé entre le payeur et le fournisseur des soins, ainsi que l'efficacité potentielle des mécanismes de contrôle.

Une **part plus importante** de financement basé sur les DRG signifie qu'une part plus importante des soins sera remboursée sur la base des DRG. Cela rend les coûts plus prévisibles, mais peut également accroître la pression sur les prestataires de soins dans les cas complexes. Dans un système où **la part des DRG est plus faible**, les soins exclus sont financés autrement. Cela réduit le risque pour les prestataires de soins, mais l'augmente au contraire pour les payeurs. Trouver l'équilibre adéquat du financement basé sur les DRG est donc essentiel pour assurer un financement stable et une répartition équilibrée des risques.

Le degré d'exclusion et le mode de financement des services exclus varient d'un pays à l'autre. Les informations dont nous disposons concernant les raisons de ces choix sont peu nombreuses mais, en général, ils reposent sur les objectifs du système de santé, la nature des services exclus et le besoin de prévisibilité et de maîtrise budgétaire.

Les experts belges soulignent que **déterminer la portée** du financement basé sur les DRG constitue un préalable important au choix d'un mécanisme de contrôle. Les plafonds de volume peuvent rater plus rapidement leur objectif lorsque la portée des DRG est limitée, car il est possible que les prestataires de soins se rabattent sur des soins qui sortent du système DRG à partir du moment où le plafond est atteint. Une réduction des tarifs, où les forfaits sont indépendants des coûts, peut être acceptable pour une petite partie de l'activité hospitalière.

Ce qui précède souligne combien il est important de bien réfléchir à la fois aux caractéristiques du mécanisme de contrôle choisi et aux propriétés intrinsèques du système DRG et des autres modèles de financement, afin de parvenir à un équilibre optimal entre maîtrise des coûts, qualité des soins et accessibilité, crucial pour un modèle de financement durable et efficace. La complexité du système est également un facteur clé.



■ RECOMMANDATIONS^a

Dans le système de financement des hôpitaux tel qu'il existe actuellement en Belgique, un budget national fermé est réparti entre les hôpitaux individuels sur la base de la durée moyenne du séjour par DRG (sous-partie B2). Dans ce cadre, le risque financier est assumé par les hôpitaux, tandis que les autorités conservent un contrôle total sur le budget. Les projets de réforme prévoient d'évoluer vers un financement par admission, avec des montants fixes alloués sur la base de DRG.

C'est dans ce contexte que le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a demandé au KCE d'étudier les mécanismes de contrôle utilisés par d'autres pays avec un système de montant fixe par admission pour maîtriser leur budget national. Le choix du mécanisme de contrôle ne peut toutefois être dissocié de la manière dont le budget national est fixé (p.ex. limite budgétaire souple ou stricte) et des caractéristiques de base du système DRG proprement dit. Sur la base d'une analyse des mécanismes de contrôle appliqués à l'étranger et d'une consultation d'experts et de parties prenantes belges, le KCE formule les recommandations ci-dessous.

Ces recommandations partent du présupposé de l'introduction d'un forfait par pathologie « all-in » par admission et d'un mécanisme de contrôle.

Au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, nous recommandons de prendre les mesures suivantes en concertation avec les organismes publics concernés et le secteur hospitalier :

1. Introduire un **plafonnement des prix en fonction du volume** lors du passage à un forfait par admission.

Dans l'élaboration concrète du plafond de prix par volume, les conditions préalables suivantes sont essentielles :

- a. Une estimation minutieuse du **budget national nécessaire au financement par DRG** est indispensable. Cette estimation se basera idéalement sur les tendances historiques du nombre d'admissions et des besoins de soins attendus (comme la croissance démographique, le vieillissement, la prévalence des maladies et les innovations technologiques) pour prédire la demande de soins future. Ceci permettra de fixer la norme de croissance annuelle du budget pour le financement par DRG.

^a Le KCE reste seul responsable des recommandations.



- b. Le volume total financé par le budget DRG national peut être divisé en un volume pour lequel tous les coûts sont remboursés – **le volume plafonné** – et un volume supplémentaire auquel s'appliquent des tarifs plus faibles. Il convient de déterminer quel volume bénéficie du plein tarif (100 %) et quel volume est financé à un tarif plus faible. La distinction entre les deux doit refléter la structure des coûts des hôpitaux.
- c. Pour les soins ne dépassant pas le plafond, les **tarifs** par DRG sont suffisants pour couvrir les coûts (variables et fixes). À partir du moment où le volume dépasse le plafond, le tarif devient dégressif et ne couvre plus que les coûts variables (ou une partie de ces coûts). Il convient de définir à la fois les paliers et les pourcentages du tarif de base qui s'appliquent à différents volumes. Il faut aussi déterminer comment sont calculés les coûts variables et fixes (p.ex. en tenant compte ou non du type d'hôpital).
- d. Le mécanisme de contrôle ne s'applique qu'aux soins remboursés dans le cadre du financement par admission basé sur les DRG. Néanmoins, toutes les admissions financées par DRG ne sont pas concernées par ce plafond. Il est nécessaire d'établir une liste d'**exceptions**, qui concerneront principalement des soins difficilement régulables ou imprévisibles comme par exemple les soins aux patients victimes d'un accident vasculaire cérébral ou d'un infarctus aigu du myocarde, les soins obstétricaux ou les soins aux nouveau-nés.
- e. Il convient de décider si le mécanisme de contrôle s'applique uniquement aux hospitalisations classiques ou également aux **hospitalisations de jour**. Pour encourager les hôpitaux à travailler d'une manière plus efficiente en privilégiant plus souvent l'option la moins coûteuse, les hospitalisations de jour devraient être prises en compte dans la limite de volume. Dans ce cas, il faut également veiller à l'existence de mesures d'accompagnement veillant à ce que la transition se passe sans perte de qualité. Les incitants dépendent dans une large mesure des tarifs fixés pour l'hospitalisation classique et pour l'hospitalisation de jour.
- f. L'**allocation** du budget prévu au niveau national à un niveau inférieur (p.ex. celui des hôpitaux ou de groupes d'hôpitaux tels que les réseaux hospitaliers locorégionaux) peut, dans un premier temps, se faire sur la base de la part de marché actuelle en termes de nombre d'admissions. Ultérieurement, cette allocation pourra être ajustée sur la base d'autres critères tels que les besoins en soins par région.



- g. Une décision doit être prise quant au mode de répartition du budget entre les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux, p.ex. sur la base d'un contrat ou non (comme cela se fait dans quatre des cinq pays étudiés) ou par le biais d'une allocation par les autorités (plus proche de notre système actuel d'allocation du BMF).
- h. Il faut choisir le **niveau d'application du mécanisme de contrôle**. Idéalement, ce niveau sera celui de l'allocation du budget prévu au niveau national (p.ex. celui des hôpitaux ou groupes d'hôpitaux). Un mécanisme de contrôle au niveau national n'est pas indiqué, parce qu'il présente les mêmes limitations que le système de financement actuel (p.ex. incertitude budgétaire et dépendance vis-à-vis de l'activité d'autres hôpitaux).
- i. Des **contrôles et sanctions** sont nécessaires pour empêcher la manipulation du codage à des fins lucratives.
- j. Des **évaluations régulières** sont nécessaires pour adapter le mécanisme de contrôle et les tarifs à l'évolution des besoins en soins, de la médecine et des coûts.

Les caractéristiques de base d'un système de DRG déterminent à la fois la nécessité et la mise en œuvre de mécanismes de contrôle. D'après ce rapport du KCE et ceux qui l'ont précédé^b, il convient au minimum de prendre en compte les conditions préalables suivantes lors de la fixation des tarifs DRG et de la portée du financement par DRG :

- 2. Les tarifs DRG doivent refléter les **coûts** (justifiés) des soins. Il est essentiel de recueillir des données sur les coûts auprès d'un échantillon représentatif d'hôpitaux. Il est important de déterminer quels coûts directs et indirects sont inclus dans la détermination du tarif DRG.
- 3. Il convient de déterminer quels départements hospitaliers, services, produits, groupes de patients, etc. sont couverts par un forfait DRG, **lesquels en sont exclus** et comment ces derniers sont financés. En particulier, les soins difficiles à standardiser, complexes, très coûteux et rares sont éligibles à un financement autre que celui des DRG, comme par exemple les médicaments et dispositifs médicaux très coûteux ou les services d'urgence.
- 4. Outre la définition des exclusions, il convient également de déterminer quel rôle les **caractéristiques des patients**, telles que l'âge, la situation socio-économique, etc. ont à jouer dans le financement par DRG (p.ex. par le biais d'un ajustement du tarif DRG ou d'autres mécanismes).

^b Nous faisons ici références aux rapports KCE 207, 229, 302 et 380.



5. La réforme devrait être mise en œuvre **progressivement**, afin de gérer la complexité et l'impact sur les hôpitaux, les médecins et la maîtrise du budget. Une mise en œuvre progressive (p.ex. en commençant dans un premier temps par les seules hospitalisations chirurgicales) permettra d'éviter des conséquences financières brutales pour les hôpitaux. Il est également important de prendre en compte dans l'élaboration d'une feuille de route les enseignements des pays où le financement par admission basé sur les DRG existe de longue date. On peut citer par exemple l'élargissement systématique des tarifs DRG à des activités extramuros (financement par épisode) et des tarifs basés non seulement sur les coûts historiques, mais aussi sur la recherche scientifique et les directives evidence-based.

Tant pour l'introduction d'un forfait par admission que d'un plafonnement des prix en fonction du volume, nous recommandons :

6. D'estimer et de budgétiser a priori le coût de la mise en œuvre de la réforme, en prévoyant des **ressources suffisantes** pour la collecte et l'analyse des données (p.ex. données sur les coûts), le contrôle des volumes, les mises à jour périodiques, les projections des besoins de la population, etc. afin de veiller à ce que le système reste efficace et à jour. Un « **Institut DRG** » devra être créé pour réaliser ces tâches et d'autres.
7. De réaliser une **analyse d'impact** systématique d'un nouveau modèle de financement par DRG afin d'aider les décideurs politiques à prendre des décisions éclairées. Dans ce cadre, une attention particulière pourrait être accordée à l'impact sur l'accès aux soins (p.ex. listes d'attente), à la qualité des soins dispensés ou au risque de sélection des patients à mauvais escient.



COLOPHON

Titre :	Comment maîtriser le budget national des hôpitaux dans un système de financement par admission basé sur les DRG ? – Synthèse
Auteurs :	Carine Van de Voorde (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Koen Van den Heede (KCE) Avec la collaboration de : Daniele Alberio (IRCCS Humanitas Research Hospital; Italy), Elena Azzolini (Humanitas University and IRCCS Humanitas Research Hospital; Italy), Elke Berger (Technische Universität Berlin; Germany), Imre Boncz (University of Pécs; Hungary), Davide Busato (Humanitas University; Italy), Reinhard Busse (Technische Universität Berlin; Germany), Tímea Csákvári (University of Pécs; Hungary), Csaba Dózsa (University of Miskolc; Hungary), Dóra Endrei (University of Pécs; Hungary), Tibor Gazsó (University of Pécs; Hungary), Rym Ghouma (Irdes; France), Kristiina Kahur (HC Management Consulting OÜ; Estonia), Kaija Kasekamp (University of Tartu; Estonia), Benedikt Langenberger (Technische Universität Berlin; Germany), Ornella Leoncini (IRCCS Humanitas Research Hospital; Italy), Julianna Nagy (National Health Insurance Fund Administration; Hungary), Zeynep Or (Irdes; France), Róbert Pónusz (University of Pécs; Hungary), Luca Fanni Sántics-Kajos (University of Pécs; Hungary)
Facilitateur de projet :	Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Relecture :	Irina Cleemput (KCE), Janis Luyten (KCE), Caroline Obyn (KCE)
Experts externes :	Quentin De Coninck (Clinique Saint-Jean), Pierre Gillet (ULiège), Donatienne Grégoire (Cliniques universitaires Saint-Luc), Johan Hellings (AZ Delta), Didier Hoornaert (Clinique Saint-Pierre Ottignies), Katrien Kesteloot (UZ Leuven), Stephan Mercier (CHU HELORA), Pascal Mertens (Vivalia), Gert Peeters (RZ Heilig Hart Tienen), Magali Pirson (Université libre de Bruxelles), Annick Poncé (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Walter Sermeus (KU Leuven), Guy Tormans (AZ Turnhout), Jeroen Trybou (UGent), Katrien Verschoren (AZ Sint-Maarten)
Stakeholders :	Katrien Bervoets (Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen), Lieselot Brepoels (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België, ASGB/Kartel), Bernard Ceriez (Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs, BVZD), Benoît Collin (INAMI – RIZIV), Philippe Devos (Union en Soins de Santé, UNESSA), Stephanie Devisscher (Zorgnet-Icuro), Mieke Dolphens (Landsbond der Christelijke Mutualiteiten, LCM), Amelie Goossens (Santhea), Peter Heirman (Raad van Universitaire Ziekenhuizen, RUZB), Karen Pien (Raad van Universitaire Ziekenhuizen, RUZB), Manon Pierrot (Gezondheidsinstellingen Brussel/ Bruxelles Institutions de Santé, GIBBIS), Manfredi Ventura (Association Francophone des Médecins Chefs)



Validateurs externes :	Patrick Jeurissen (Radboud Institute for Health Sciences; the Netherlands), Ricarda Milstein (Directorate for Employment, Labour, and Social Affairs; OECD), Louella Vaughan (Nuffield Trust; England)
Remerciements :	Nicolas Fairon (KCE), Laurence Kohn (KCE)
Intérêts déclarés KCE:	Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires. Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.
Intérêts déclarés externes :	Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le domaine de cette étude. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.
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 (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).
- Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.



Date de publication : 20 décembre 2024
Numéro de projet : 2023-01-HSR
Domaine : Health Services Research (HSR)
MeSH : Health Care Reform; Prospective Payment System; Diagnosis-Related Groups; Reimbursement, Incentive
Classification NLM : WX 157
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2024/10.273/55
ISSN : 2466-6440
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van de Voorde C, Lefèvre M, Van den Heede K. Comment maîtriser le budget national des hôpitaux dans un système de financement par admission basé sur les DRG ? – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 392Bs. D/2024/10.273/55.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
<https://doi.org/10.57598/R392BS>