

Financement des hôpitaux: des divergences mais surtout des convergences

PAR GUY DURANT

Tous les pays s'attachent à réformer leur système de financement hospitalier en vue de maîtriser les coûts et d'inciter les établissements à une performance de soins comme de gestion optimale. Comment se situe le système belge, très particulier, dans le concert des systèmes existant à l'étranger? Quels sont les points communs à l'ensemble des pays, quelles sont aussi les différences?

En matière de financement des hôpitaux, la Belgique se cherche. La réforme de 2002 a donné des accents nouveaux, avec un «budget des moyens financiers» fortement déterminé par l'activité observée, tant quantitative que qualitative. Cette partie du financement de l'hôpital (de l'ordre de 45%) reste cependant distincte des honoraires et de la couverture des médicaments, rendant le système belge tout à fait atypique. Par ailleurs, la nomenclature des prestations médicales est devenue obsolète. Et le financement à l'acte est perpétuellement discuté: des arrêtés sont pris pour en modifier la teneur mais sans être pour autant concrétisés. Ainsi la loi-programme du 29/12/1990 a permis au Roi de scinder dorénavant les honoraires en deux parties, la première correspondant à la rémunération de l'acte intellectuel du dispensateur de soins (l'honoraire pur), la seconde à la couverture des frais nécessités pour et par l'exécution de ces prestations. Un autre arrêté - celui du 25/04/1997 - donnait par ailleurs au Roi la pos-

sibilité d'octroyer aux hôpitaux un budget global des moyens financiers, lequel peut porter soit sur l'ensemble de l'activité (partie BMF + honoraires + médicaments), soit sur une partie de l'activité, soit sur l'activité effectuée dans le cadre de programmes de soins spécifiques, découlant du nouveau (quoique déjà ancien) concept hospitalier dont

les montants de référence, tout en projetant en même temps (ce qui remplacerait le système) une forfaitarisation *a priori* des honoraires médicaux de ces DRG, plutôt que de connaître un système de remboursement *a posteriori* en cas de dépassement des montants de référence.

Il y a enfin les médicaments dont le gouvernement a décidé de forfaitariser le financement, probablement dès le 01/07/06, mais on ignore encore s'il s'agira d'une forfaitarisation totale ou partielle, et si elle s'appliquera à tous les malades et à tous les médicaments, ou pour une partie d'entre eux seulement.

Le système belge de financement des frais d'exploitation des



Guy Durant

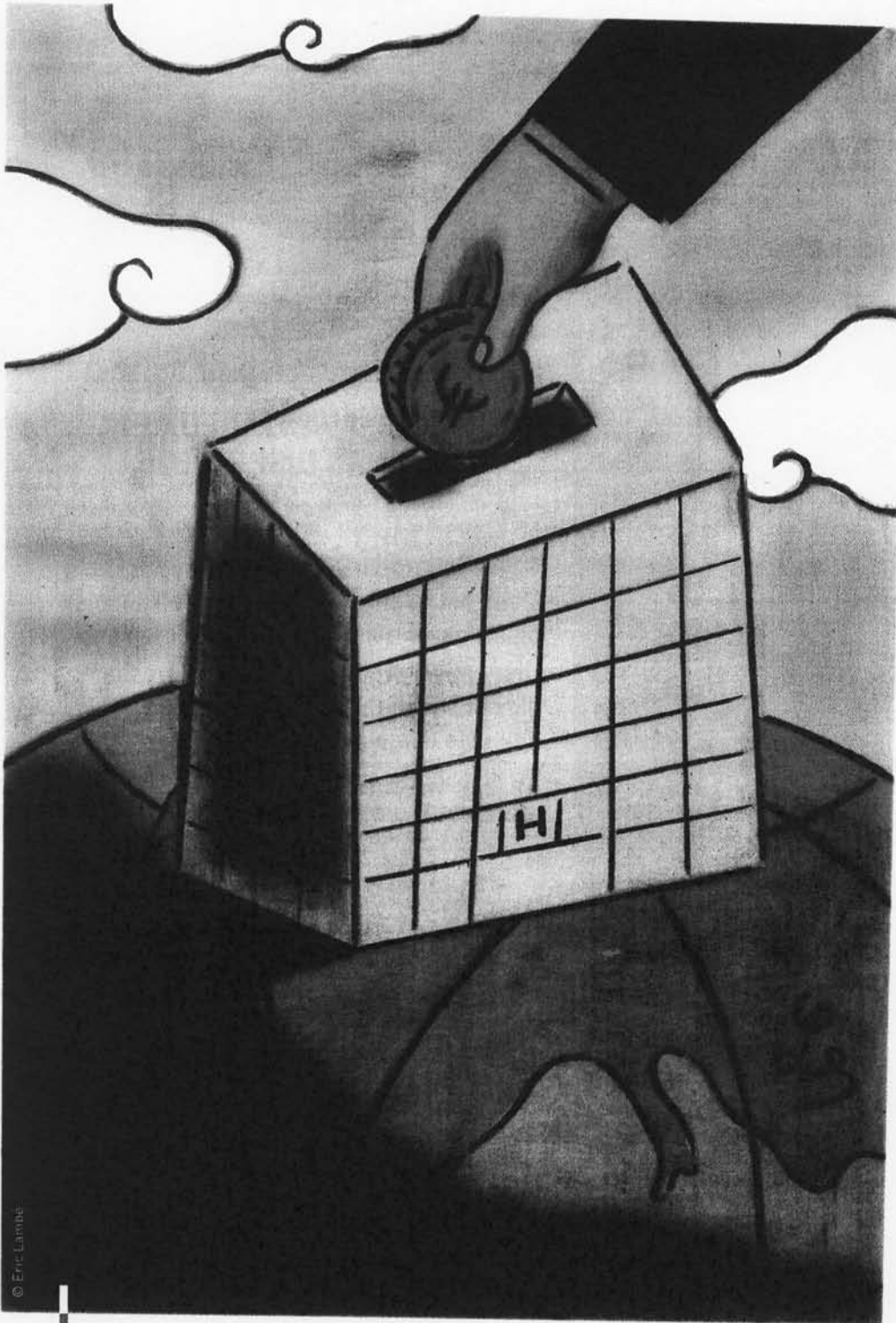
est administrateur général des Cliniques Universitaires St-Luc, professeur extraordinaire à l'UCL, président de l'ABH. durant@hosp.ucl.ac.be

“ Le système belge de financement des hôpitaux se singularise par sa complexité et la juxtaposition de différents concepts et techniques qui se superposent ou se contredisent parfois ”

s'accommode mal le BMF lié encore à des lits et des disciplines médicales. Cet arrêté de base n'a pas été non plus suivi d'un arrêté d'application.

Sont apparus ensuite les «montants de référence» avec la loi-programme du 22/08/2002, concept très proche de celui d'une forfaitarisation d'un certain nombre de prestations pour des pathologies dites courantes ou de routine. Le gouvernement a décidé le 24/11/2004 d'étendre la liste des DRG auxquels s'appliquent

hôpitaux se singularise par sa complexité et la juxtaposition de différents concepts et techniques de financement, qui parfois se superposent ou se contredisent. Il a cependant le mérite de chercher constamment à assurer la plus grande équité dans l'allocation entre établissements des ressources disponibles, à responsabiliser les acteurs et à accroître la performance dans la dispensation des soins, par ex. par l'incitation à réduire les durées de séjour et à accroître l'hospitalisation de jour.



© Eric Lamine

Si la quote-part personnelle des patients s'est généralement accrue, le financement public reste largement majoritaire.

Comment se situe le système belge dans le concert des systèmes existant à l'étranger? En élargissant notre horizon, nous serons mieux à même d'apprécier les qualités et les défauts de notre système «composite».

Nous n'allons évidemment pas décrire le système de financement de la quinzaine de pays européens et nord-américains considérés. La comparaison sera transversale, par thème, et nous

mettrons en évidence les divergences mais surtout les convergences en faveur des systèmes prospectifs et à caractère forfaitaire.

L'ACCÈS FINANCIER AUX SOINS DE SANTÉ

■ LES SOURCES DE FINANCEMENT

Il est indispensable de décrire préalablement la toile de fond dans laquelle s'inscrit le financement hospitalier.

Au contraire de la Suède, du Danemark, de la Grande-Bretagne ou du Québec, qui connaissent un Service national de santé financé par l'impôt (modèle BEVERIDGE), la Belgique, comme la France, le Luxembourg, les Pays-Bas et l'Allemagne (ces deux derniers jusqu'à un certain niveau de revenus, au-delà c'est l'assurance privée qui intervient) connaissent un système d'assurances sociales (modèle BISMARCK). Ce dernier est financé par des cotisations sociales sur le travail, complétées par l'impôt pour suppléer à l'absence de cotisations en provenance des retraités, chômeurs et invalides. La part des cotisations sociales dans le financement était en Belgique de 66% en 1980 (34% venant de l'impôt), elle est passée à 75% de nos jours, proportion plus élevée que chez nos voisins.

D'autres pays connaissent un système mixte: le financement par l'impôt est prépondérant (75%) en Espagne et en Italie. Le solde est assuré par des cotisations sociales mais surtout des assurances pour soins dans le secteur privé.

En Suisse, l'assurance soins de santé est également obligatoire mais auprès de compagnies privées d'assurance et le financement est complété par des subventions publiques. Aux USA enfin, l'assurance auprès de compagnies commerciales n'est pas obligatoire, mais les programmes publics MEDICARE et MEDICAID totalisent 50% du financement.

■ LA POPULATION COUVERTE

Toute la population (100% ou quasi) est couverte en Belgique, en France, aux Pays-Bas, en Allemagne, au Danemark et en Grande-Bretagne. Le taux varie de 90 à 100% au Luxembourg, en Italie et en Espagne. Mais il tombe à 80% aux USA: 40 millions d'Américains ne sont pas assurés contre le risque de maladie !

>>>

LA PART DU FINANCEMENT PUBLIC DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Cette part est très variable: 50% aux USA, 70% en Espagne, 75% en Belgique, 90% en Suède, jusqu'à 92% au Luxembourg.

UNE TYPOLOGIE DES SYSTÈMES DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX

LE FINANCEMENT DES FRAIS D'EXPLOITATION

Les grands thèmes de comparaison ont trait aux payeurs, à la rémunération à la prestation ou au forfait pour les prestations médicales, au caractère rétrospectif ou prospectif, aux paramètres utilisés, à la différence ou non entre hôpitaux publics et hôpitaux privés, aux incitatifs à la bonne gestion comme au développement de la qualité.

UN OU PLUSIEURS PAYEURS

Quand il n'y a (principalement) qu'un seul payeur, l'Etat ou la sécurité sociale, l'hôpital reçoit un budget global, liquidé en une ou plusieurs fois. Le payeur n'est jamais l'Etat central. Ce sont généralement les régions ou des agences régionales qui financent l'hôpital, comme c'est le cas en Grande-Bretagne, en France (agences régionales d'hospitalisation), en Italie (pour les hôpitaux autonomes), en Espagne (pour les hôpitaux publics et privés sous contrat), au Danemark (les comtés), en Suède ou au Québec (les régions). Seuls les hôpitaux en Finlande et en Italie (du moins pour les hôpitaux publics et privés sous contrat) sont financés par les collectivités locales. S'il y a plusieurs payeurs (l'Etat, les caisses d'assurance-maladie, les compagnies d'assurance contre les accidents du travail, les patients, etc.), soit l'hôpital reçoit un budget global réparti entre les payeurs par des unités de liquidation du budget (l'admission, la capitation, la journée d'hospitalisation...) (c'est le cas au Luxembourg, en Allemagne – qui connaît cependant une mutation progressive, de 2005 à 2010, vers le paiement par DRG –, aux Pays-Bas ou en Belgique partiellement (par la liquidation du «budget des moyens financiers»)), soit le paiement se fait à la prestation (l'acte médical) ou par cas (l'admission, le

DRG). Ce système est pratiqué partiellement en Belgique: pour la partie variable du BMF (15%), pour les actes médicaux et pour les médicaments); en Suisse: dans les hôpitaux privés commerciaux et dans les hôpitaux publics pour une partie de leur financement; dans les hôpitaux privés espagnols et italiens et, enfin, aux USA.

L'UNITÉ DE FINANCEMENT

Une liaison stricte du financement aux activités effectuées ne se rencontre que dans les hôpitaux privés à but lucratif espagnols, italiens et français (ces derniers avant la réforme T2A de 2004) qui connaissent ou connaissaient un financement à la prestation. La technique est donc largement minoritaire.

A l'extrême, l'enveloppe globale couvrant l'ensemble des coûts et l'ensemble des patients (hospitaliers + ambulants) se pratiquait en France dans les hôpitaux publics avant la réforme T2A de tarification à l'activité et se pratique aujourd'hui en Espagne, au Danemark, en Suède, au Portugal ou encore dans certains hôpitaux de certaines régions d'Italie.

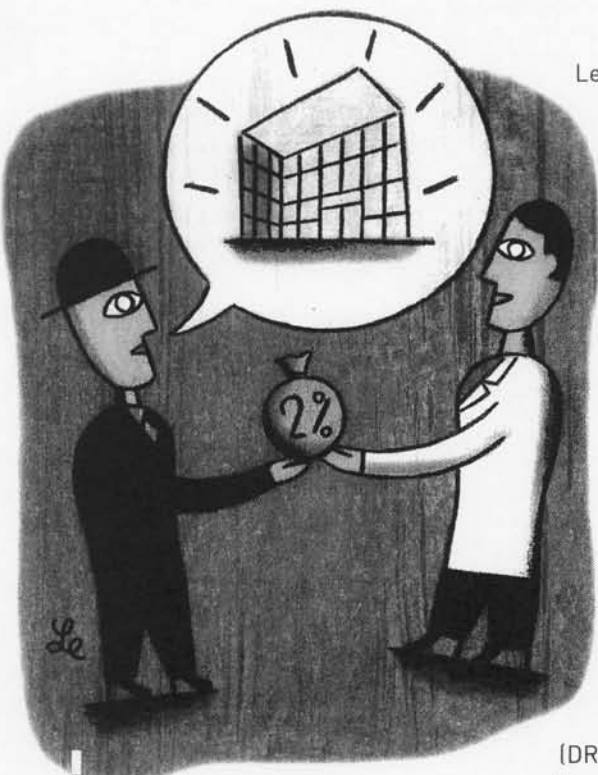
RÉTROSPECTIF OU PROSPECTIF

Est rétrospectif un remboursement sur base des coûts réels constatés. Seule la Belgique connaît encore en partie ce système, pour la couverture des frais d'internat et de grosses réparations, par la facturation à l'acte et par le remboursement des médicaments utilisés; il se rencontre également

En Belgique, la forfaitarisation de la couverture des charges financières de l'hôpital a considérablement accru la performance de la gestion de la trésorerie et des débiteurs

La Belgique connaît un système mixte composé d'un budget des moyens financiers (ex-prix de journée), d'un financement à l'acte pour les prestations médicales (à l'exception de quelques forfaits: en biologie, en radiologie, et pour les montants de référence) et d'un remboursement de chaque médicament consommé. La Suisse pratique un mélange de subventions (50%) et de tarification à la prestation (50%). Des forfaits par pathologie se rencontrent aux USA (les honoraires – purs – étant exclus du forfait) et se mettent en place progressivement en France (avec la réforme de la T2A), en Allemagne et en Italie. Système mixte également en Grande-Bretagne, se rapprochant d'un forfait puisqu'il faut additionner une enveloppe globale (65%) à une rémunération à l'acte ou au cas traité dans le cadre d'accords prix-volume (25%) et d'un paiement à la pathologie (10%). L'unité de financement est une enveloppe globale, mais sauf honoraires purs, au Luxembourg, aux Pays-Bas et au Québec.

dans les hôpitaux privés espagnols et italiens et les hôpitaux suisses pour la partie hors subventions publiques. Le fait d'avoir un budget global n'exclut pas un caractère rétrospectif, comme au Québec, où la base historique de la fixation de l'enveloppe de l'hôpital remonte à 1974. C'est aussi le cas en France, avec une base historique très ancienne, quoiqu'il y ait eu depuis lors des ajustements à la marge avec les points ISA et en fonction des contrats d'objectifs et de moyens, et que l'enveloppe de chaque hôpital français soit dorénavant progressivement réduite à mesure que se développent les forfaits par pathologie de la T2A. Le financement est, au contraire, prospectif quand le budget est basé sur des prévisions annuelles d'activités et de dépenses (Luxembourg, Allemagne, Suède – pour moitié –, Danemark, Espagne, Portugal) ou sur des normes et des standards (Italie, Suisse pour la partie de la subvention publique, et Belgique partiellement pour le BMF).



Très peu de systèmes de financement intègrent un incitatif à la qualité des soins et des prestations. Seul le Luxembourg a un incitatif clair et structuré : 2% de prime si l'hôpital participe à des programmes de qualité.

UN FINANCEMENT LIÉ À L'ACTIVITÉ?

Il n'y a qu'en France (avant 2004) et au Québec que le financement n'est pas lié à l'activité. Partout ailleurs une variation d'activité entraîne une variation des recettes. Le lien se fait avec l'activité «constatée» comme en Belgique (on prend l'activité d'une année de référence + l'activité de l'année pour la partie variable du BMF) ou en Suisse (pour la partie hors subvention).

Dans d'autres pays (Luxembourg, Allemagne, Pays-Bas, Danemark, Portugal, Grande-Bretagne), c'est l'activité «prévisible» (planifiée) qui déterminera le budget.

Quels sont les paramètres utilisés pour mesurer l'activité? Ce sont les prestations médicales dans les hôpitaux belges, dans les hôpitaux privés espagnols et italiens et en Suisse (hors subventions publiques). Ce sont les DRG dans tous les autres pays, à l'exception du Luxembourg et de la Grèce qui n'utilisent pas les DRG.

Les DRG sont nés aux USA et la première expérience européenne a eu lieu au Portugal en 1984, avec un effet pour le financement de l'hôpital dès 1996.

Les hôpitaux publics espagnols et italiens les utilisent depuis le milieu des années 1990. Et aussi la Grande-Bretagne (les HRG: Health Resource Groups), la Suède (dans certains comtés), le Danemark (pour 10 %). Ces deux pays ont adapté les DRG pour en faire une version nordique. La Belgique est la seule à utiliser les APR-DRG (pour le calcul de l'activité justifiée dans le BMF, pour le calcul des forfaits en biologie et pour les montants de référence) qui appréhendent mieux la gravité des cas traités. Dès 2005, la France (GSH: groupes homogènes de séjours et GHM: groupes homogènes de malades), l'Allemagne (DRG australiens) et la Suisse (SPG: Swiss payment groups) s'y engagent.

LES RESSOURCES SONT-ELLES NÉGOCIÉES OU FIXÉES SUR BASE DES NORMES?

Le financement est normatif quand il est constitué de forfaits par DRG, comme aux USA, en France (poids progressif), en Allemagne (progressivement) ou encore en Espagne (mélange de DRG et de paramètres de structure). En Belgique, les normes sont nombreuses: normes de personnel, durée de séjour standardisée par DRG, taux d'hospitalisation de jour, RIM, temps standards au bloc opératoire, divers forfaits...

Mais on rencontre beaucoup de pays où se pratique la négociation entre l'hôpital et les autorités qui financent. Au Luxembourg, le budget prévisionnel est négocié en fonction de l'activité et du type de patients (dont la charge de travail est mesurée par le PRN). En Italie, la négociation avec les régions se fonde sur les coûts historiques et les prévisions d'activité. Au Danemark, le budget global est fondé sur les DRG et sur base d'objectifs d'activité négociés. La négociation a cours aussi aux Pays-Bas (entre les hôpitaux et les assurances sur le volume des soins médicaux), en Suède (la moitié du budget est fixée par contrat négocié), au Portugal ou encore dans des pays pratiquant le «managed care». Les

hôpitaux américains passent des contrats avec les Health Maintenance Organization et cette compétition existe aussi en Grande-Bretagne pour des contrats de soins prix-volume d'hôpitaux avec les autorités de leurs régions ou d'autres régions.

HÔPITAUX PUBLICS (ET PRIVÉS SOUS CONTRAT) VERSUS HÔPITAUX PRIVÉS

En France, avant la réforme de la T2A, les hôpitaux publics étaient au régime de la dotation globale tandis que les hôpitaux privés tarifaient à la prestation, dans le cadre d'objectifs quantifiés nationaux. Dès 2004, la réforme s'applique aux deux secteurs, même si les modalités diffèrent.

Le financement est différent aussi entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés commerciaux en Espagne et en Italie.

Mais le financement est identique en Belgique, au Luxembourg, en Allemagne ou aux Pays-Bas.

LES BONI ET LES DÉFICITS

Les boni que réalise éventuellement un hôpital peuvent être conservés par celui-ci: en Belgique, en France (à partir de 2004), au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Italie, en Suède, en Grande-Bretagne, en Suisse (hôpitaux privés), aux USA.

Les déficits sont à charge de l'hôpital en Belgique (hôpitaux privés), en France (à partir de 2004), au Luxembourg, aux Pays-Bas, en Suède, en Grande-Bretagne, en Suisse (hôpitaux privés) et aux USA.

Une possibilité de prise en charge du déficit existe en Belgique (hôpitaux publics), en France (hôpitaux publics avant 2004), en Italie (hôpitaux publics), en Suisse (hôpitaux publics) et au Québec.

DES INCITATIFS À LA QUALITÉ?

Très peu de systèmes de financement intègrent un incitatif à la qualité des soins et des prestations. C'est un peu le cas en Belgique dont les hôpitaux reçoivent un financement pour le médecin hygiéniste et l'infirmière en hygiène hospitalière, mais c'est évidemment un montant marginal par rapport au budget total de l'hôpital.

Seul le Luxembourg a un incitatif clair et structuré: 2% de prime si l'hôpital participe à des programmes de qualité. C'est également le cas en Suède (2%) mais la situation est moins claire.

LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

Il y a toujours une subvention publique sauf pour les hôpitaux privés à caractère lucratif (cf. Espagne, Italie, France) et sauf aux Pays-Bas (où l'hôpital récupère l'amortissement et les intérêts dans le budget de fonctionnement: serait-ce la solution pour la Belgique?).

Elle provient rarement de l'Etat (comme au Luxembourg et au Québec), plutôt des régions (les régions en Belgique ou en Italie, les cantons en Suisse, les Länder en Allemagne, les comtés au Danemark...) ou parfois des collectivités locales.

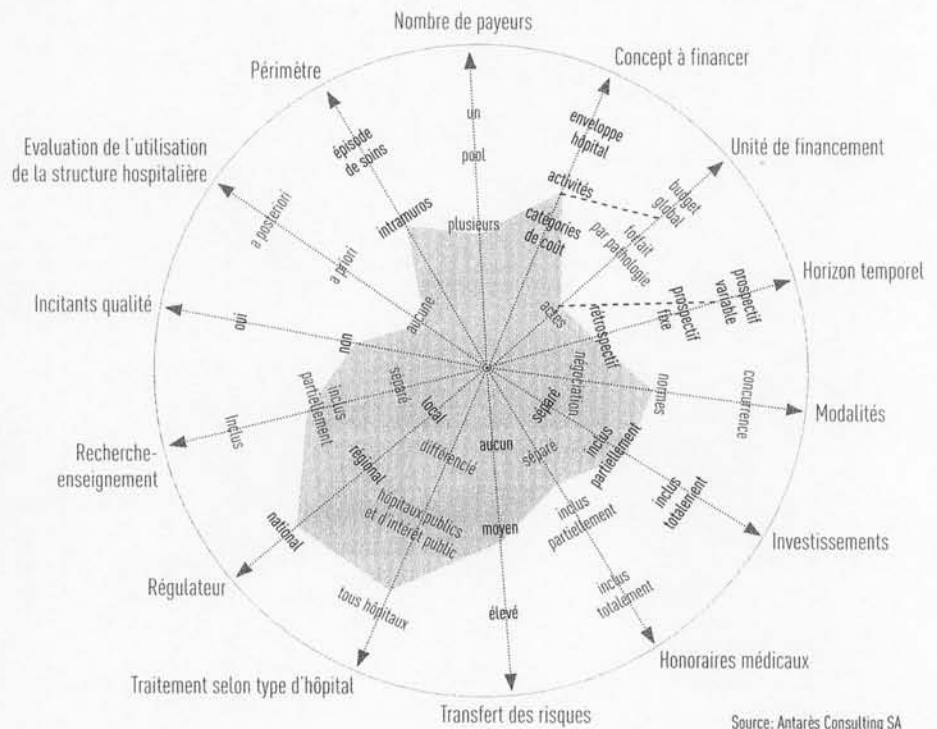
La subvention peut être partielle, le financement étant mixte: l'Etat + l'hôpital lui-même.

Il y a donc une grande diversité dans les modèles de financement. Un groupe d'experts de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé en a fait une synthèse au cours d'un séminaire tenu à l'hôpital Son Llatzer à Palma de Majorque en avril 2005. La plupart des critères que nous avons analysés se retrouvent dans la grille, quelques-uns sont rajoutés. Par combinaison des variantes, il y a des milliers de possibilités.

La situation de chaque pays pourrait ainsi être visualisée graphiquement,

de manière à permettre des comparaisons faciles. Ainsi ci-dessous le cas de la Belgique:

tes: rémunération des médecins incluse ou non, activités externes couvertes par le budget ou non), de



UNE GRANDE VARIÉTÉ MAIS AUSSI DES CONVERGENCES

La diversité des modèles de financement hospitalier est moindre que l'émergence de grandes tendances communes. Une convergence évidente se fait en faveur de systèmes:

- prospectifs, constitués de budgets calculés et connus *ex ante*, sur base soit de prévisions annuelles, soit de normes et de standards;
- à caractère forfaitaire, qu'il s'agisse d'un budget global (avec des varian-

forfaits par pathologie ou encore de systèmes mixtes d'enveloppe(s) et d'autres modes de rémunération (cas typique de la Belgique);

- fixés sur base de critères déterminant les besoins financiers objectifs des hôpitaux: activité (dispensée réellement ou planifiée), normes (de personnel, d'activité, de temps opératoires...).

EN FAVEUR DE L'EFFICIENCE

«Prospectif» et «forfaitaire» sont deux caractéristiques tendant à responsabiliser les acteurs en prônant l'efficacité par une utilisation optimale des ressources. En matière de soins médicaux, ont émergé les itinéraires cliniques, l'evidence based medicine, les guidelines, le case-management, etc. En matière administrative, la forfaitarisation induit une dynamique favorable. En Belgique, la forfaitarisation de la couverture des charges financières de l'hôpital a considérablement accru la performance de la gestion de la trésorerie et des débiteurs.

Les systèmes forfaitaires présentent cependant des risques qu'il faut savoir prévenir:

MODÈLES DE FINANCEMENT HOSPITALIER			
Grille ALASS Son Llatzer			
Nombre de payeurs	un	un pool	plusieurs
Concept à financer	des catégories de coût	des activités	une enveloppe
Unité de financement	budget	actes	pathologies (forfait)
Horizon	rétrospectif	prospectif fixe	prospectif variable
Modalités	négociation	normes	concurrence
Investissements	séparé	inclus	partiellement inclus
Transfert des risques	aucun	moyen	élevé
Honoraires médicaux	séparé	inclus	inclus partiellement
Traitement selon type d'hôpital	différencié	hôpitaux publics et d'intérêt public	tous hôpitaux
Régulateur	national	régional	local
Recherche-enseignement	séparé	inclus	inclus partiellement
Incitants qualité	oui	non	
Evaluation de l'utilisation de la structure hospitalière	a priori	a posteriori	aucune
Périmètre	intramuros	épisode de soins	

- >>> → la sous-consommation de soins, qui nécessite de développer des mécanismes d'incitation et de contrôle de la qualité des soins;
- la sélection des (malades à) risques, associée en particulier à un système de forfaits par DRG, sauf si les forfaits sont très exactement calculés et continuellement adaptés à l'évolution des prix de revient et des technologies, ce qui est illusoire;
- le transfert des charges vers l'extramuros et l'ambulatoire, ce qui plaide en faveur du financement de l'épisode de soins plutôt que de chaque composante distinctement.

■ EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ

La qualité d'un système de financement s'apprécie notamment par l'équité qu'il assure dans l'allocation des ressources entre les hôpitaux.

Le critère le plus fréquent des besoins financiers objectifs des hôpitaux est l'activité: l'hôpital est financé en fonction de ce qu'il fait et non de ce qu'il est, en quelque sorte «l'argent suit le patient».

Cette activité est essentiellement mesurée par les DRG, l'utilisation de la mesure aux fins de financement étant différente de pays à pays, comme il en ressort du tableau ci-dessous:

Les DRG ne sont pas pour autant la panacée universelle.

Il faut d'abord s'assurer que les admissions qui font l'objet du financement sont bien opportunes (ou

«pertinentes») et qu'aucune ingénierie ne se met en place pour transférer sans raison médicale le patient au cours de son séjour vers un autre établissement hospitalier (= autre admission = 2^e financement) ou pour provoquer des réadmissions par interruption du séjour au sein du même hôpital (financement également de deux admissions).

Il faut que les données issues des enregistrements médicaux soient fiables, contrôlables et contrôlées et que toute manipulation frauduleuse soit assortie de sanctions.

Les diagnostics doivent être complétés par un critère de sévérité des cas, ce qu'a fait la Belgique en imposant les APR-DRG (all patients refined DRG). Si la technique n'est pas parfaite, elle est plus objective que la simple déclaration de l'établissement du type «pas de complication», «complication mineure» ou «complication majeure».

Il faut enfin éviter que les DRG déterminent à 100 % le budget de l'hôpital car d'autres facteurs interviennent. Ainsi la Belgique a-t-elle introduit d'autres paramètres tels le Résumé infirmier

“ L'hôpital est financé en fonction de ce qu'il fait et non de ce qu'il est, l'argent suit en quelque sorte le patient ”

minimum, la durée de séjour, ou encore le taux d'hospitalisation de jour,... Dans quasi tous les pays, il existe un financement additionnel pour les missions d'enseignement et de recherche, qui va de 10 à 25% du budget total des recettes de l'hôpital, selon les pays: par ex. 13% en France, 20% en Italie, 25% en Suisse et aux Pays-Bas, un peu moins de 10% en Belgique.

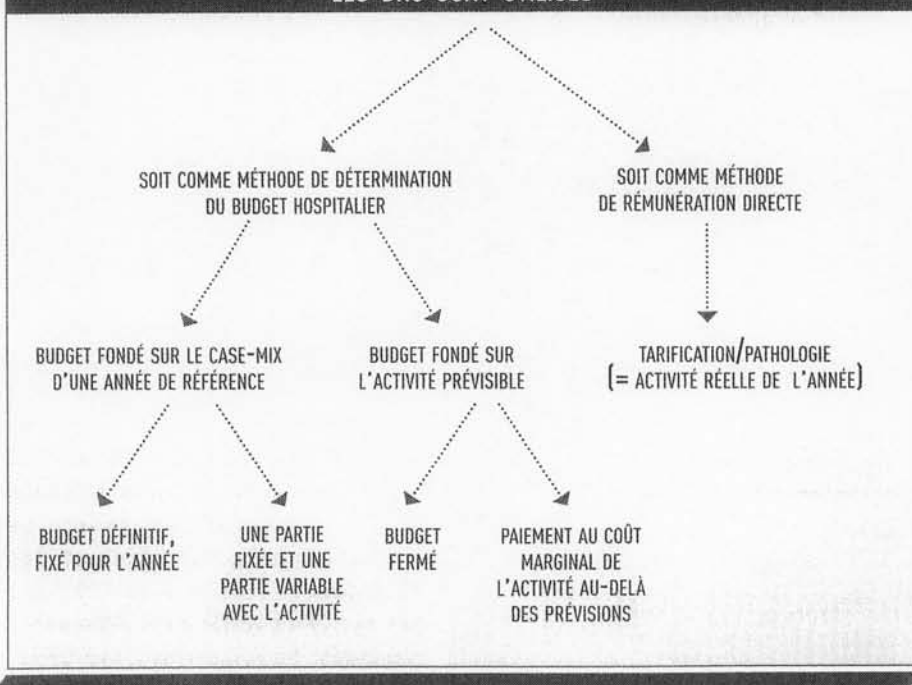
Les urgences donnent souvent lieu à un financement séparé (comme en France, au titre de «mission d'intérêt général») ou en Angleterre (10% de plus pour le non-électif). En Allemagne il y a 71 remboursements additionnels. En Grande-Bretagne, la radiothérapie, la dialyse, les unités de soins intensifs coronaires, les transplantations, les médicaments chers, les brûlés graves sont exclus d'un financement par DRG. Au Portugal le DRG n'est qu'une base pour négocier. En Suède et aux Pays-Bas, le DRG n'intervient que pour 50% dans le financement; cette part est réduite à 10% au Danemark. En Espagne enfin il y a 22 paramètres de structure qui s'additionnent à celui de la pathologie.

UNE INCITATION À LA PERFORMANCE DANS LA GESTION

De ce panorama forcément synthétique d'une quinzaine de pays, on retiendra en particulier ce qui suit:

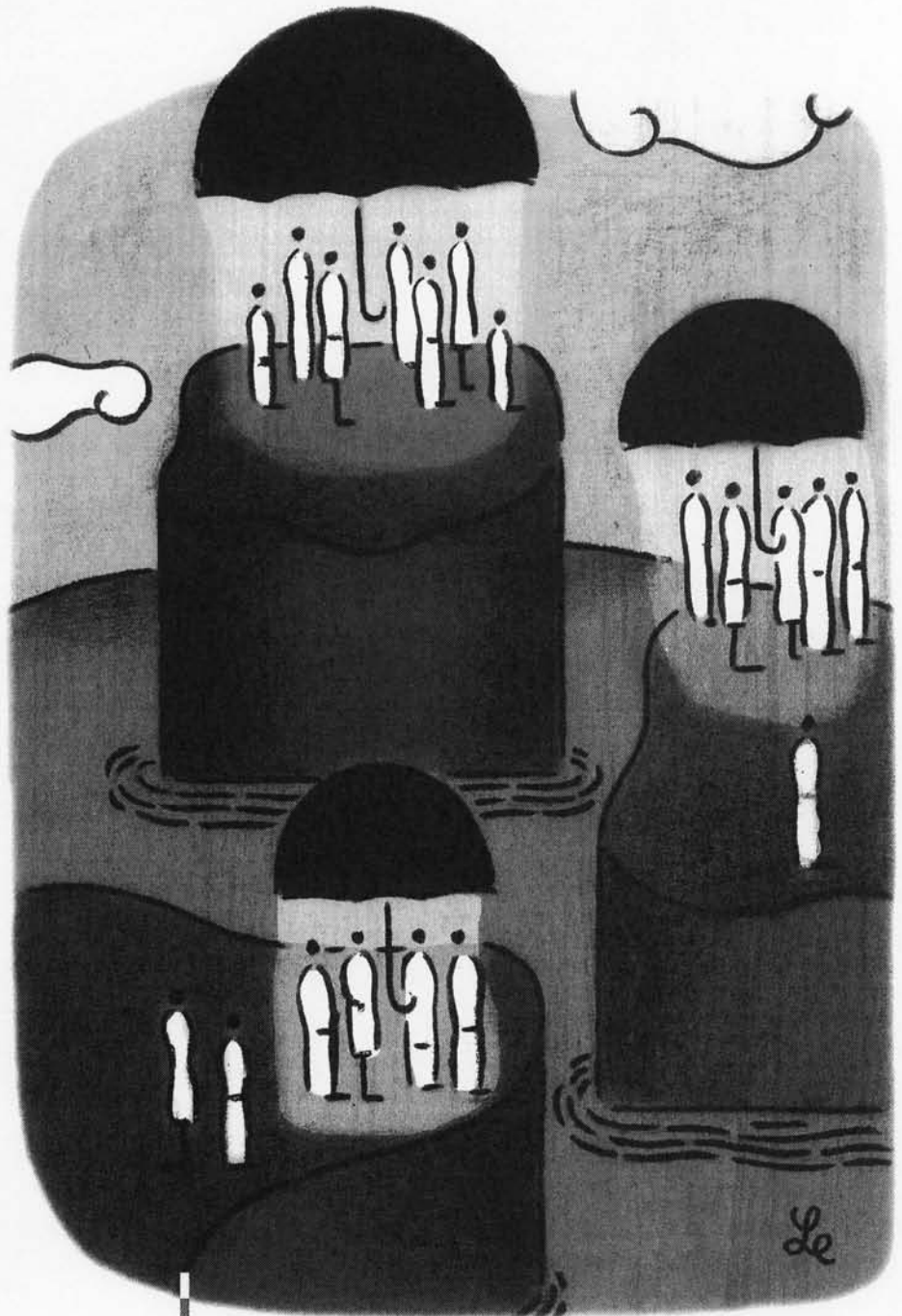
- partout, le financement des hôpitaux fait l'objet d'une régulation par les pouvoirs publics en vue d'assurer la maîtrise des coûts;
- si la quote-part personnelle des patients s'est généralement accrue, le financement public reste largement majoritaire;
- les règles sont complexes, et changeantes;

LES DRG SONT UTILISÉS



- >>> → les paramètres considérés sont nombreux mais le DRG en est un des principaux et l'activité prédomine sur la structure. Cette activité est souvent normée;
- un système est rarement pur: il est souvent mixte;
- les systèmes forfaitaires sont la règle générale, sous des formes très diverses;
- hôpitaux publics et hôpitaux privés sont le plus souvent mis sur le même pied;
- les acteurs (l'hôpital, les prestataires, les patients) sont responsabilisés et doivent intégrer la contrainte financière;
- le qualitatif est insuffisamment considéré. Les systèmes de financement ne rémunèrent pas le choix que fait un hôpital en faveur de la qualité ni ne comportent des incitatifs à développer celle-ci. Le préventif est négligé, l'accent n'est pas mis sur le résultat final des actions de soins et l'évaluation de la pertinence de celles-ci mérite d'être développée.

Il n'y aura jamais un modèle standard et unique de financement qui s'applique indistinctement à chaque pays car l'organisation hospitalière est essentiellement dépendante de l'histoire d'un pays, de sa culture et de son régime administratif. Mais les «tendances lourdes» sont claires. La principale est l'incitation à la performance dans la gestion (administrative et de soins) afin que les ressources, nécessairement limitées, soient utilisées le plus judicieusement possible. >



Toute la population est couverte en Belgique, en France, aux Pays-Bas, en Allemagne, au Danemark et en Grande-Bretagne. Le taux varie de 90 à 100% au Luxembourg, en Italie et en Espagne.

VERGELIJKENDE INTERNATIONALE ANALYSE VAN ZIEKENHUISFINANCIERING

Een vergelijkende internationale analyse van de financiering van de exploitatiekosten van ziekenhuizen brengt enkele grote verschillen tussen landen aan het licht inzake het aantal betalende, het gewicht dat wordt toegekend aan de DRG-parameter, de al dan niet integratie van de medische erelonen, forfaitarisering (gedeeltelijk of totaal, per pathologie of globaal) en vastlegging van de middelen op basis van normen en standaarden of na onderhandeling tussen de partijen. Toch vertonen systemen die:

- voor het overgrote deel gefinancierd worden met overheidsgeld;

- prospectief zijn en vooraf berekend worden;
 - een forfaitair karakter hebben;
 - gebonden zijn aan de (geplande of waargenomen) activiteit;
- meer gelijkenissen dan verschillen. Ze leiden tot een responsabilisering van de actoren omdat ze doeltreffendheid nastreven en een rechtvaardige middelentoewijzing tussen de ziekenhuizen. België onderscheidt zich door zijn samengesteld systeem in verschillende opzichten van de andere landen, wat laat vermoeden dat er nog andere hervormingen op til zijn...