

Le financement de la Biologie Clinique

To forfait or not to forfait ?

Dr. L. Boon-falleur – C.H. Jolimont



De quoi parlons-nous ?

- Comment modifier la nomenclature ?
- Historique du financement
- La forfaitarisation
- Comment s'y préparer ?

Modification de la nomenclature

- Le parcours du combattant...

1. Professionnels (Prestataires de soins, Universités, Firmes de diagnostic, Associations professionnelles, ...)
2. Groupe de travail « Biologie Clinique » du CTM
3. **Conseil Technique Médical (CTM)**
4. **Commission Nationale Médico-Mutualiste**
5. **Commission du contrôle budgétaire**
6. **Comité de l'assurance**
7. **Conseil Général de l'INAMI**
8. Ministre des Affaires Sociales
9. Signature Royale
10. Publication au Moniteur
11. Date d'entrée en application

2 à 5 ans ...
ou jamais ?



Le Conseil technique Médical



- Mission

- Formule des propositions de modifications de la nomenclature des prestations de soins de santé et de règles interprétatives.

- Composition

- Président (docteur en médecine, membre du Comité de gestion du Service des soins de santé)
- **7** membres effectifs et 7 membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les **facultés de médecine** des universités de Belgique, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant
- **11** membres effectifs et de 11 membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les **organisations professionnelles représentatives du corps médical**
- **9** membres effectifs et 9 membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les **organismes assureurs**; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant

- Groupes de travail

La Commission Nationale Médico-Mutualiste



- Mission

- Conclut des accords entre les médecins et les organismes assureurs portant notamment sur le niveau des honoraires et les conditions de l'engagement

- Composition

- **6** membres effectifs et 6 membres suppléants, **médecins généralistes**, (désignés) par les organisations représentatives du corps médical, (...)
- **6** membres effectifs et 6 membres suppléants, **médecins spécialistes**, (désignés) par les organisations représentatives du corps médical, (...);
- **12** membres effectifs et de douze membres suppléants, (désignés) par les **organismes assureurs** (...). Pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chacun ayant droit au moins à un mandat de membre effectif, et à un mandat de membre suppléant.

La Commission de Contrôle Budgétaire



- La Commission de contrôle budgétaire fait rapport sur la gestion du secteur de l'assurance soins de santé, ainsi que sur les recettes et les dépenses, sur l'évolution et sur les prévisions en la matière ; elle propose des mesures d'économie à appliquer à certains secteurs en vue de respecter la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé.
-
- Dans la commission siègent des représentants des employeurs et des travailleurs indépendants, des travailleurs salariés, des O.A., des **dispensateurs de soins** et du ministre des Affaires sociales, ainsi qu'un conseiller budgétaire et financier qui préside la Commission.

Le Comité de l'assurance



- Le Comité de l'assurance soins de santé (Comité de l'assurance) assume les tâches plus directement liées aux dispensateurs et aux prestations de soins. Il est composé d'un nombre égal de représentants des **O.A. (21)** et des **dispensateurs de soins (21)**. Les représentants des partenaires sociaux y siègent avec voix consultative.
- Le Comité de l'assurance :
 - transmet sur base des estimations techniques une proposition globale au Conseil général qui respecte la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé
 - décide de la transmission des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé et peut, sous certaines conditions, y apporter des adaptations
 - approuve les accords et les conventions, sous réserve de la décision du Conseil général sur leur compatibilité budgétaire
 - conclut des conventions avec des centres de rééducation fonctionnelle.
 - est compétent pour formuler des règles interprétatives de la nomenclature et en fixer la date d'entrée en vigueur
 - dispose d'une compétence en matière de réglementation.



Le Conseil général

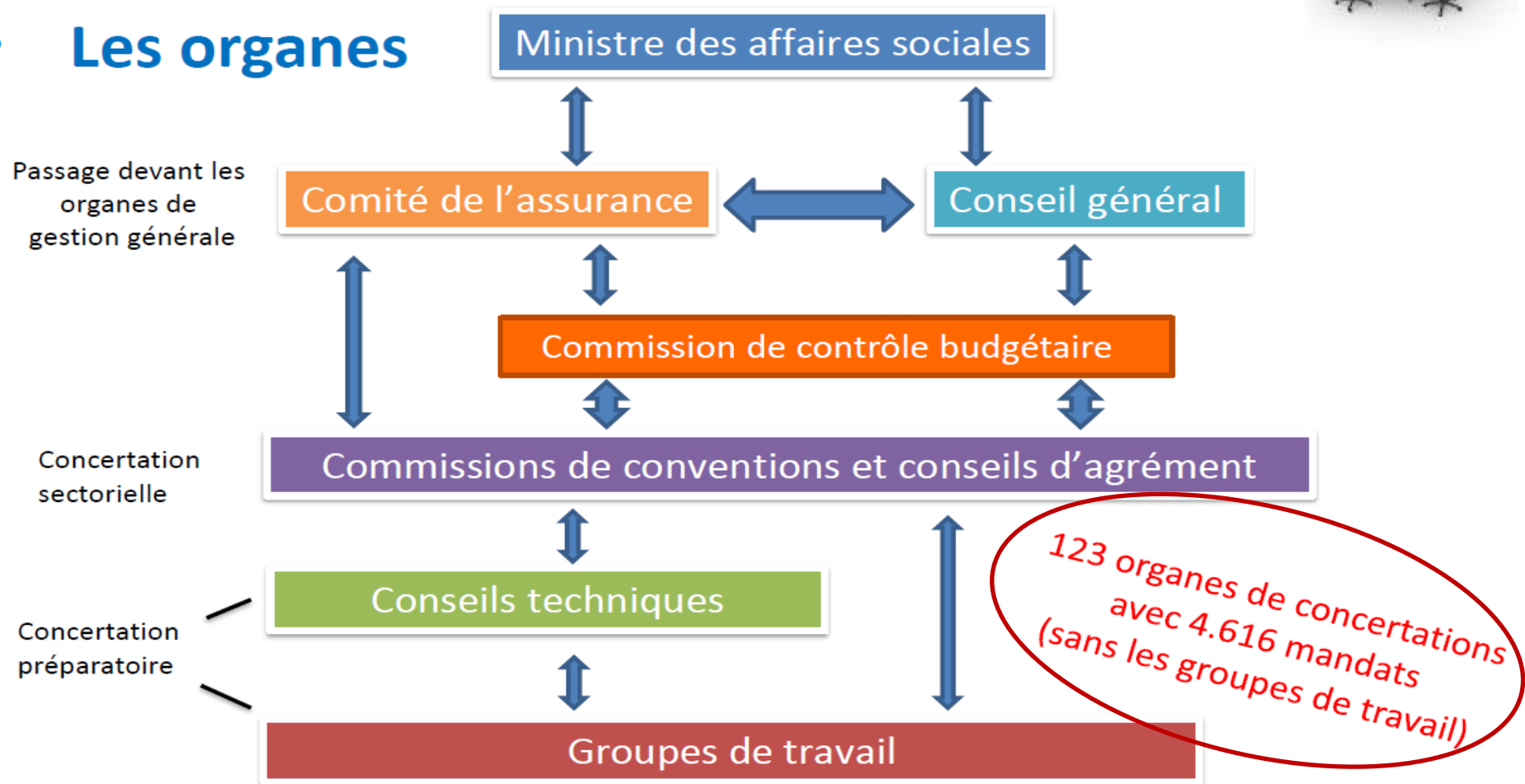


- Le Conseil général de l'assurance soins de santé détermine notamment les orientations de politique générale en matière de soins de santé.
- Le Conseil :
 - approuve, sur base de la proposition du Comité de l'assurance, l'objectif budgétaire global des prestations de santé, ainsi que les objectifs annuels partiels
 - veille à l'équilibre financier de l'assurance soins de santé, prend, si nécessaire, des mesures de correction budgétaire, établit le budget et arrête les comptes de l'assurance soins de santé
 - transmet annuellement au gouvernement un rapport concernant l'application uniforme de la législation relative aux soins de santé dans tout le pays.
- Y siègent les représentants de ceux qui assurent le financement de l'assurance, à savoir
 - **3** représentants du **gouvernement**
 - **5** pour les **employeurs** et les **travailleurs indépendants**
 - **5** pour les **travailleurs salariés**
 - **5** pour les organismes assureurs (**O.A.**)
- Les représentants des dispensateurs de soins n'ont qu'une voix consultative au sein de ce Conseil.

Ils sont nombreux...



• Les organes



Source : Cindy Meira de Oliveira - 24 novembre 2014 (COOPAMI)

Contraintes

- Enveloppe fermée
 - Récupération via forfaits l'année suivante

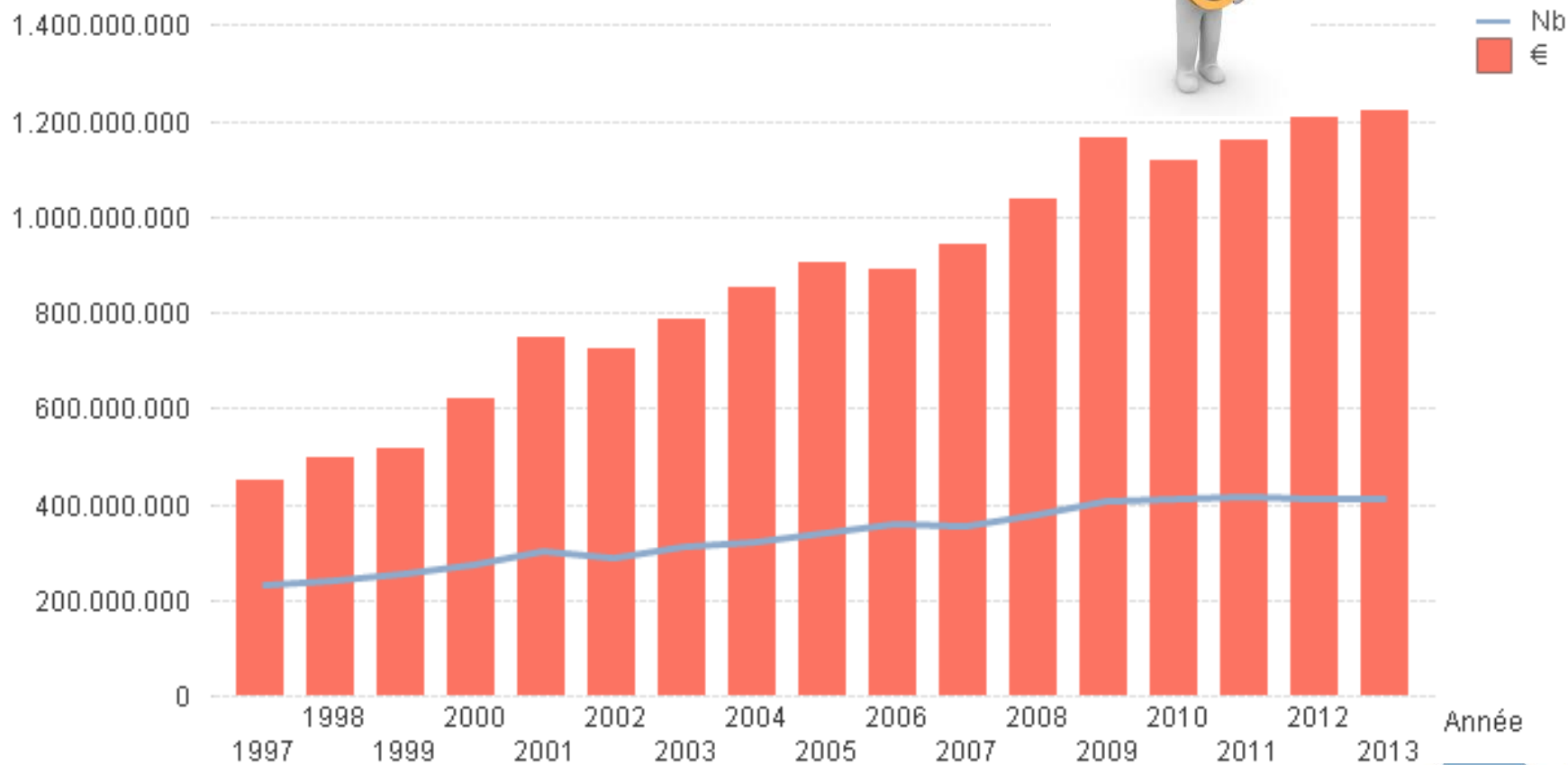
De quoi parlons-nous ?

- Comment modifier la nomenclature ?
- Historique du financement
- La forfaitarisation
- Comment s'y préparer ?

Dépenses : évolution 1997-2013

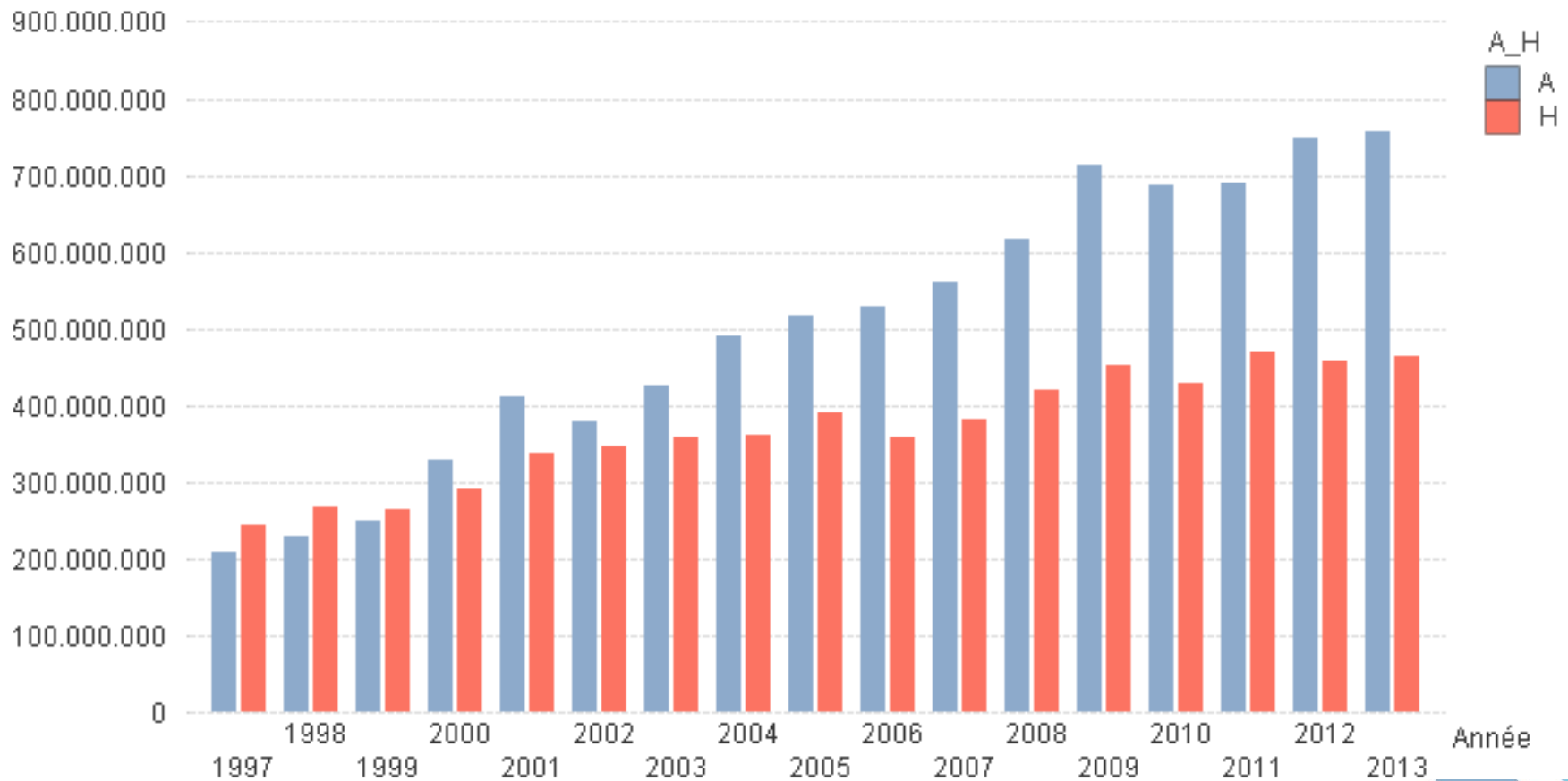
(Biologie Clinique - hors Anapath, Génétique)

Biologie Clinique



Dépenses : Ambulants - Hospitalisés

Montants



Historique des modifications majeures

- < 1988 remboursement à l'acte intégral
- 1989 hospitalisés: 25% à l'acte, 75% forfait
- 1992 ambulants: 57.5% à l'acte, 42.5% forfait
 profils médecins prescripteurs
- 1995 **règles diagnostiques**
- 2000 hospitalisés
 disparition forfait urgence
 augmentation forfaits admission
 ambulants
 25% à l'acte, 75% forfait
- 2009 **montants de référence** (annoncés depuis 2002)
- 2016 rééquilibrage ambulants - hospitalisés (début ?)
- 2017,8,... forfaitarisation plus poussée ?



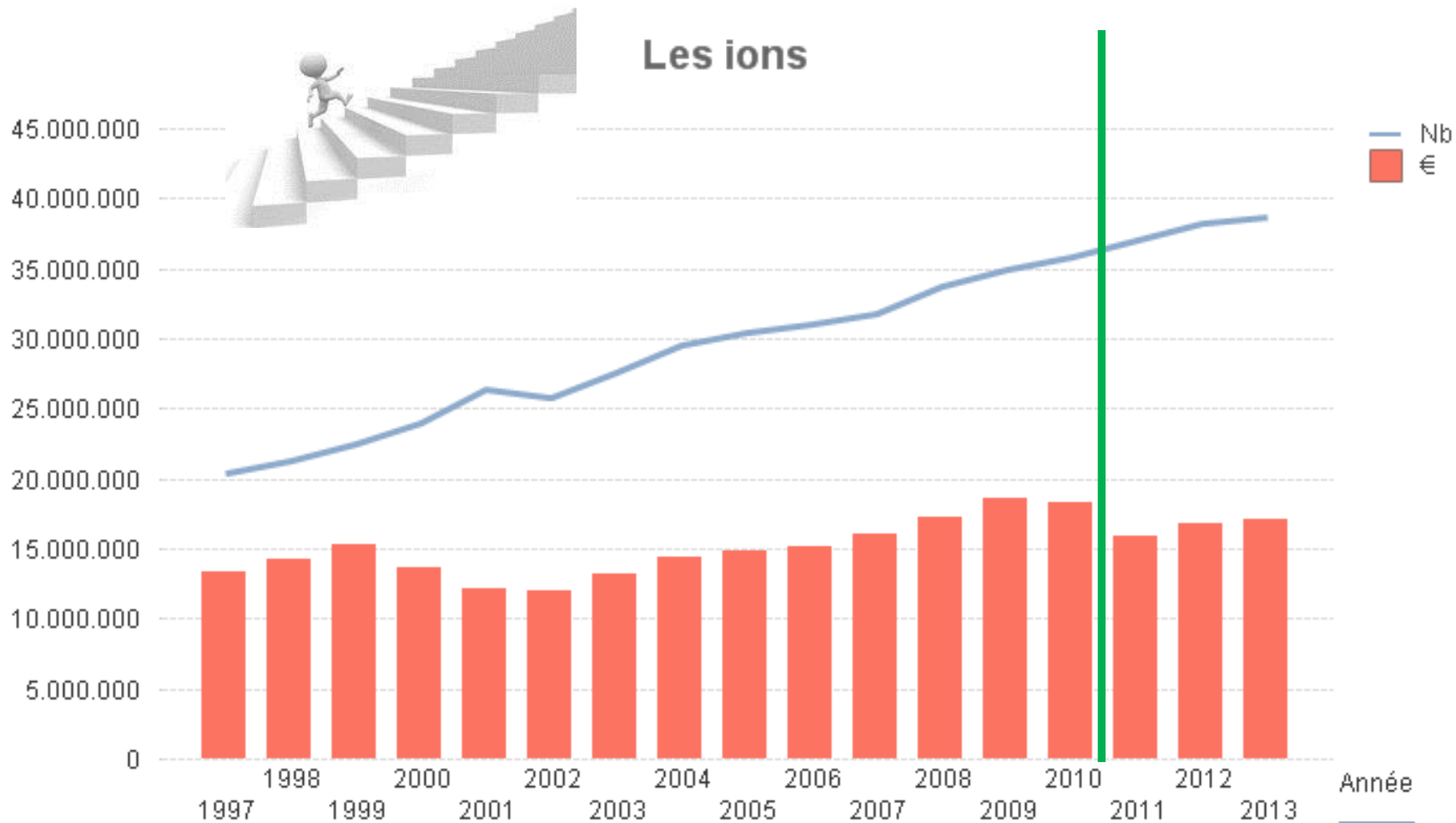
Deux modes d'action classiques



- Diminution du remboursement
 - Forfaits
 - Diminution de la valeur du B
 - Diminution du poids en B
 - Regroupement d'analyses
- Diminution du volume d'activité
 - Règles diagnostiques
 - Profils prescripteurs
 - Montants de référence

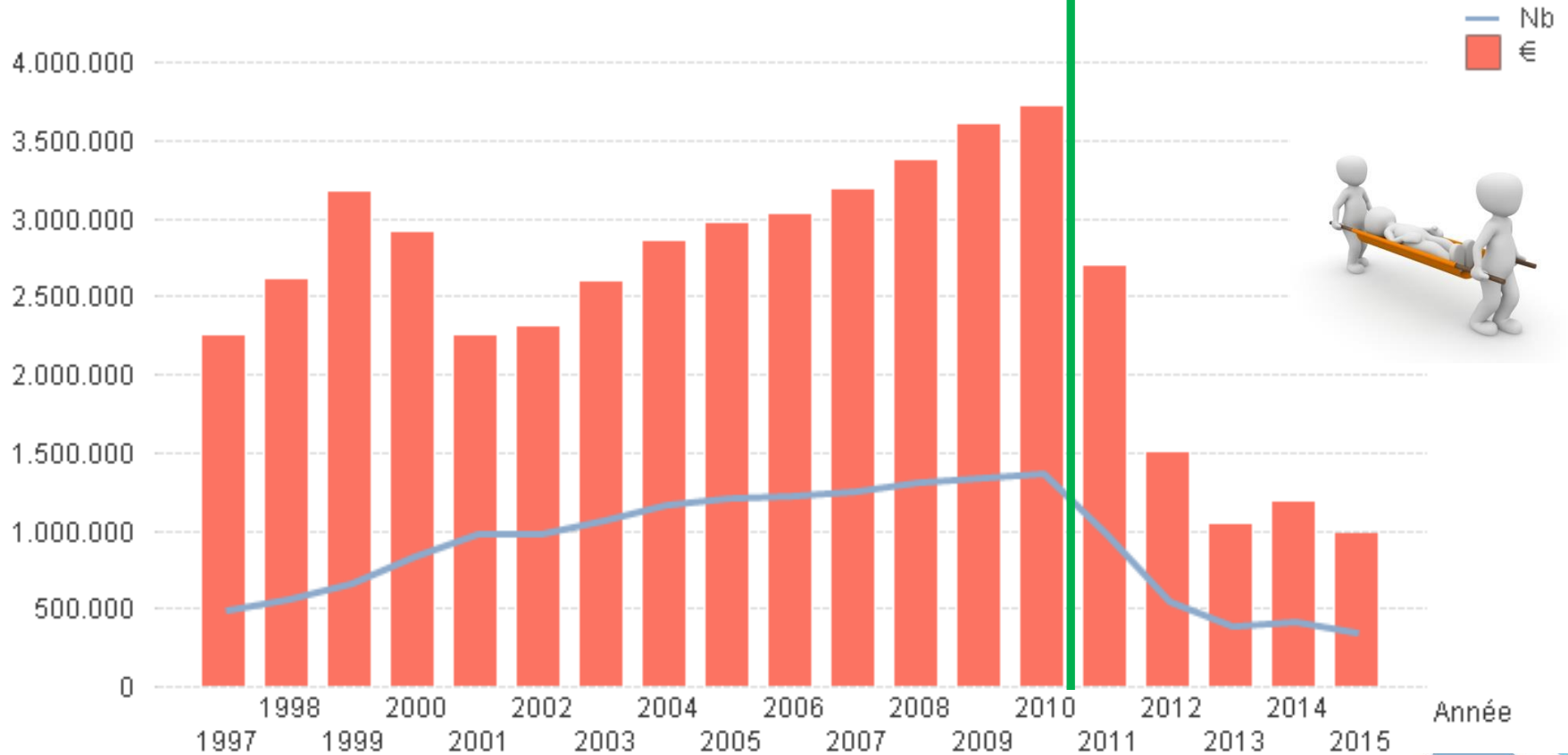
Effet de diminutions de remboursement

Les ions



Effet de règles diagnostiques

P.S.A.



Principes de remboursement : Patients « hospitalisés »

- Montants à l'acte
 - #B x valeur B x 0.25
- Par admission
 - forfait 591091/591102
 - forfait
 - 591135/591146 si condition d'encadrement par ≥ 2 biologistes
 - 591113/591124 si condition d'encadrement par ≥ 3 biologistes
 - 591076/591080 si condition d'encadrement par ≥ 4 biologistes
 - forfait si biologiste accrédité (591603)
 - **Attention : diminués si réadmission endéans les 10 jours dans le même hôpital...**
- Par journée d'entretien (592001)
 - honoraire forfaitaire x # journées
 - déterminé hôpital par hôpital



Principes de remboursement : Patient ambulants

- Montants à l'acte
 - #B x valeur B x 0.25

- Forfaits

-	<u>honoraires</u>
- B < 700	20,31
- 700 <= B < 1750	32,87
- 1750 <= B < 3500	37,22
- 3500 <= B	39,40

De quoi parlons-nous ?

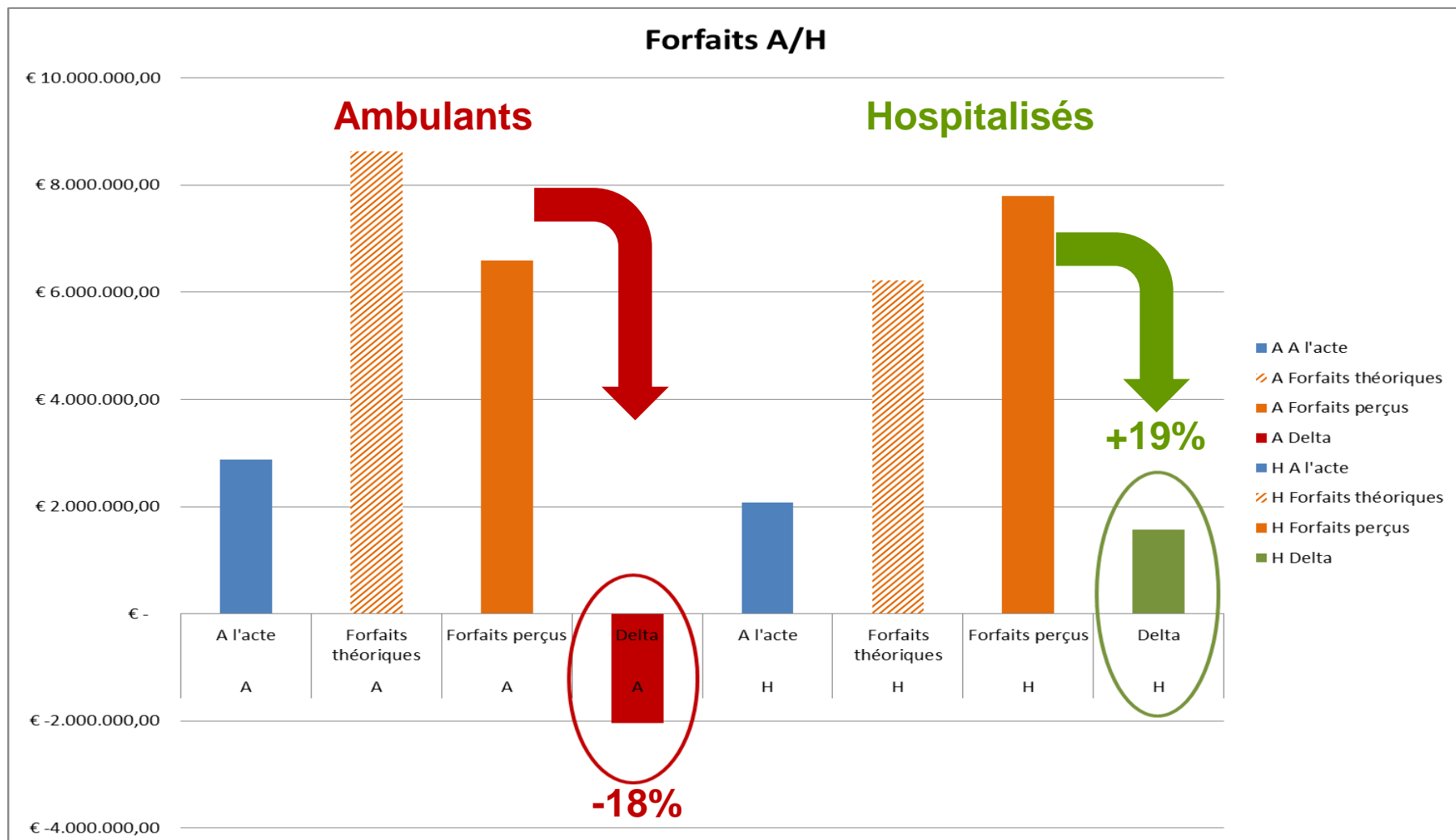
- Comment modifier la nomenclature ?
- Historique du financement
- **La forfaitarisation**
- Comment s'y préparer ?

La forfaitarisation, c'est quoi ?

- Forfaitarisation « à l'acte »
 - Système actuel pour les ambulants
- Forfaitarisation « à l'évènement »
 - Système actuel pour les hospitalisés
- Forfaitarisation « à la pathologie »
 - Utilisée pour le financement hospitalier (lits justifiés)
 - Ebauchée via les montants de référence
 - Limitée aux hospitalisés (sauf conventions – diabète, ...)

Forfaits « 75% » ?

(un labo « au hasard »)



Effet des forfaits « Hospitalisés »

En 1997, si on compare les recettes que l'hôpital aurait reçues si on avait continué à facturer les actes prestés à 100% et les recettes effectivement reçues sur base d'une facturation à 25% et du forfait, on observe que plus de 80% des hôpitaux bénéficient d'un bonus suite à la politique de forfaitarisation. Les quatre hôpitaux universitaires se retrouvent parmi ces 80% d'hôpitaux bénéficiaires. En outre, plus de 50% des hôpitaux perçoivent des recettes supérieures de plus de 30%, certains allant même jusqu'à toucher des recettes supérieures de 90%.

Ces chiffres suggèrent qu'il est vraisemblable que **la politique de forfaitarisation de la biologie clinique a incité les hôpitaux à consommer moins d'actes de biologie clinique**, ce qui était le but poursuivi par la réforme dans un contexte de forte surconsommation.



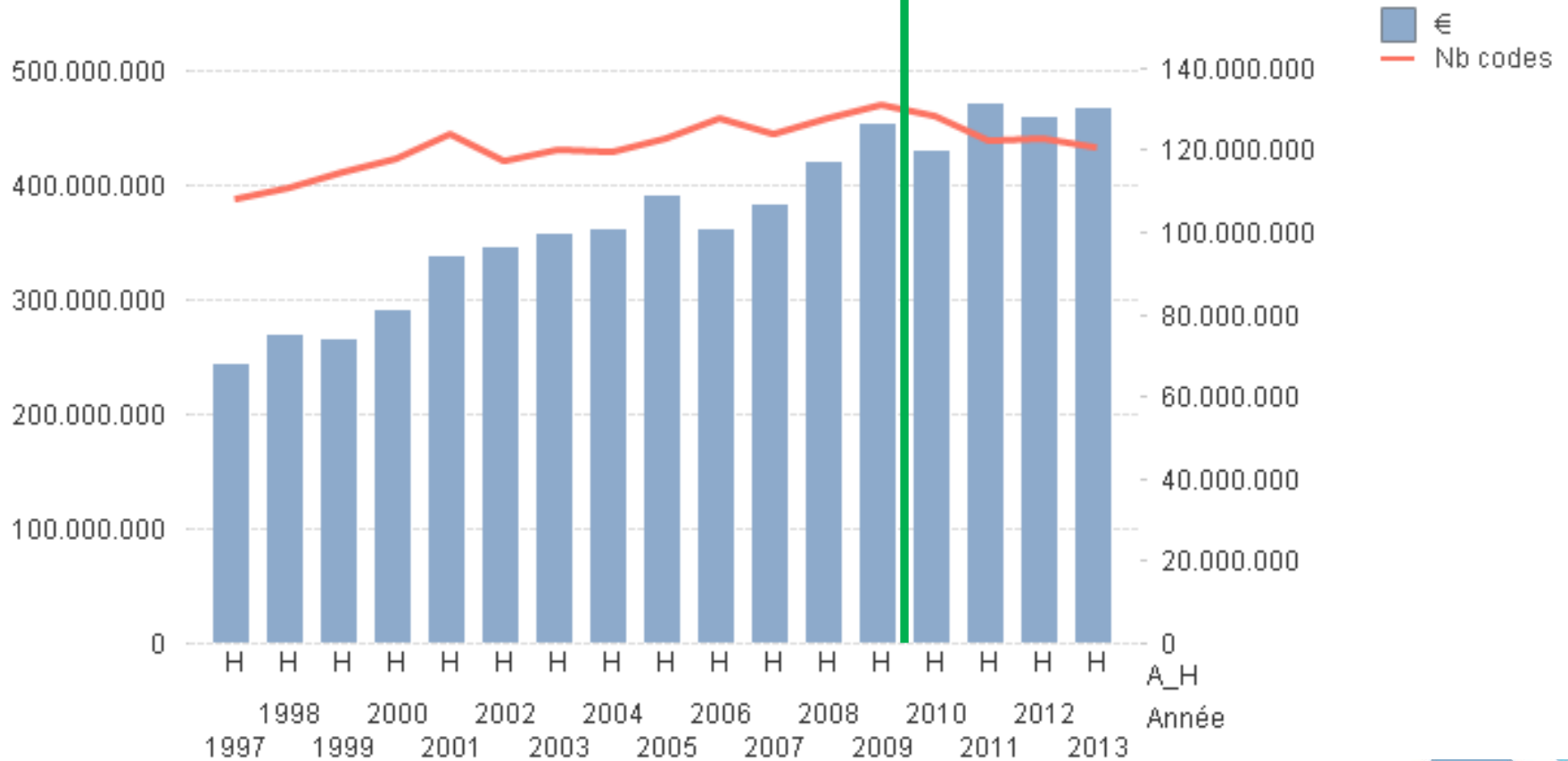
Montants de référence

- « Forfait » rétrospectif et « remboursatoire[©] »...
(typiquement belge)
 - Moyennes nationales par pathologie/sévérité
 - Si dépassement : remboursement



Effet des montants de référence ?

Hospitalisés



Remarques à propos des montants de référence

Le système des montants de référence, en excluant les cas de sévérité 3 et 4, élimine 8,29% des séjours relatifs aux 28 groupes de pathologie de référence; ces séjours éliminés représentent 21,29% de l'ensemble des montants de radiologie, de biologie clinique et de médecine interne relatifs aux 28 groupes visés par le projet.

Ces montants, relativement importants, échappent donc à la forfaitarisation, ce qui pourrait constituer un **incitant au surcodage** du niveau de sévérité, dans la mesure où les séjours de sévérité 3 et 4 resteraient pour le moment remboursés à l'acte.



Quels effets ?

- Pour la première fois, les gestionnaires d'hôpitaux sont devenus sensibles à la réduction de consommation de Biologie Clinique pour les patients hospitalisés ...
- Ce système va inspirer la suite de la forfaitarisation du financement hospitalier



Modification de l'équilibre financier A/H



Tarifs ; médecins - biologie clinique ; 01-04-2016

Suite à la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 21 décembre 2015, une économie globale de 40 millions d'euros est prévue dans le secteur de la biologie clinique. L'économie est réalisée en diminuant la valeur de la lettre-clé de 11,20% des prestations de biologie clinique des articles 3, 18, 24 à partir du 1^{er} avril 2016.

Dans l'Accord 2016-2017, une revalorisation de 20 millions d'euros est prévue pour la biologie clinique.

Les valeurs des lettres-clés des honoraires forfaitaires par admission sont révalorisées de 7,73% (page 19).

- On diminue pour tout le monde
- ...et on compense (en partie) pour les hôpitaux via les forfaits

Un labo « au hasard »

- Ambulants : **-3,65%**
- Hospitalisés : **-0,66%**
- Total : **-2,12%**

Quel est le « problème » ?

- Les laboratoires sont extrêmement rentables par rapport à d'autres « entreprises » si on prend en compte la marge « opérationnelle » :
 - Revenus : honoraires et forfaits
 - Charges « réelles » :
 - Personnel
 - Locaux
 - Réactifs et consommables
 - Contrats (entretien, ...)
 - Amortissements
 - Biologistes
 - ...

Où vont les « bénéfices » ?

- Labos hospitaliers
 - Ils financent « le reste de l'hôpital »
- Labos indépendants
 - Ils financent les actionnaires
- Les pouvoirs publics tentent d'affecter les dépenses de soins de santé ... aux soins de santé.



Et demain ?

- La tendance devrait se poursuivre : il se murmure que la prochaine cible serait les forfaits ambulants...
- Si la forfaitarisation par pathologie se poursuit dans le domaine « H », cela va déconnecter encore plus les modes de remboursement « A » et « H » ... et faciliter les économies en « A ».

Tendances actuelles pour le financement des hôpitaux

- Forfaitarisation accrue (par pathologie) :
plan réforme « De Block »
 - 3 clusters
 - Soins à basse variabilité – forfait complet
 - Soins à moyenne variabilité – forfait partiel
 - Soins complexes, non standardisables
 - Financement sur base activité années précédentes
 - Financement via programmes de soins



Soins à basse variabilité

- **Système des montants de référence étendu**
 - Phase 1 : pour les pathologies et les honoraires des montants de référence actuels, montant prospectif (2017 ?)
 - Phase 2 : extension (2018 ?)
 - à d'autres pathologies
 - à tous les honoraires
 - Phase 3 : financement fixe par hospitalisation (BMF, ...)
 - Phase 4 : dissociation honoraires en partie « professionnelle » (médecins) et « fonctionnement » (hôpital)
 - Phase 5 : financement de « réseau »
 - Groupe d'hôpitaux qui collaborent
 - Autres structures de soins

Soins à moyenne variabilité

- Simplification BMF
- Intégration BMF, hôpital de jour et médicaments
- Dissociation honoraires en partie « professionnelle » (médecins) et « fonctionnement » (hôpital)
- Financement de « réseau »
 - Groupe d'hôpitaux qui collaborent
 - Autres structures de soins

Soins à haute variabilité : deux options

- Budget spécifique réparti entre les hôpitaux sur base de leur activité « haute variabilité » antérieure

ou

- Programmes de soins réservés à quelques hôpitaux

Quels effets pour les laboratoires ?

???

- Pour les soins à « basse variabilité », le financement de la biologie clinique n'est plus individualisé au sein de l'hôpital
- Dans le cadre du financement « de réseau », des actes « ambulants » sont compris dans ce système de financement : « estompement » de la frontière A/H ?
 - Qui les réalise ?
 - Qui les finance ?

De quoi parlons-nous ?

- Comment modifier la nomenclature ?
- Historique du financement
- La forfaitarisation
- Comment s'y préparer ?

Forfaitarisation : pour ou contre ?

- Financement « à l'acte »
 - Avantages
 - Responsabilisation prestataire
 - Idéalement, financement proportionnel à la lourdeur de l'acte
 - Stimulation innovation
 - Statistiques
 - Désavantages
 - Risque surconsommation
 - Charges administratives et complexité des règles
 - Rôle des O.A.
 - Influence du lobbying (décision de nomenclature)
 - Peu d'incitants à la collaboration multidisciplinaire

Forfaitarisation : pour ou contre ?

- Financement forfaitaire
 - Avantages
 - Maîtrise du budget
 - Simplification administrative et contrôle
 - Responsabilisation des acteurs
 - Désavantages
 - Sous-consommation potentielle
 - Report actes hors de la filière forfaitaire (hospi -> ambu p. ex.)
 - Sélection des patients
 - Surcodage (forfait par pathologie)
 - Absence de statistiques précises
- Ce type de financement devrait être lié à une culture d'évaluation de la qualité



Comment s'adapter ?

- Réévaluer et discuter les besoins de prescription d'analyses
 - Rôle de conseil du biologiste
- Amélioration de la rentabilité
 - Regroupements/partenariats de laboratoires
 - Ambulants (en cours +++)
 - Hospitalisés (en cours)
 - Facilité par le POCT
 - Calcul coûts réels
 - Modèle « Total Cost of Ownership »

Gontard P. et al, Healthcare Management 2015 n°2

Conclusions



- To forfait or not to forfait : c'est déjà en marche
- La forfaitarisation devrait être principalement basée
 - Sur la pathologie
 - Sur des trajets de soins
- La question n'est pas de savoir si on est pour ou contre, mais comment on va s'adapter à ce changement de paradigme
- La frontière ambulat/hospitalisé va devenir moins nette