

LE FINANCEMENT DES HOPITAUX EN EUROPE

DIVERSITES ET CONVERGENCES

G. DURANT

4 mars 2004



ACCES AUX SOINS DE SANTE

Source de Financement

Assurances sociales

majoritairement + ETAT
(Modèle BISMARCK)

BELGIQUE

FRANCE

LUXEMBOURG

PAYS-BAS

} jusqu'à un certain

ALLEMAGNE

} niveau de revenus.

Au-delà : assurances
privées

Service national de santé

(Modèle BEVERIDGE)

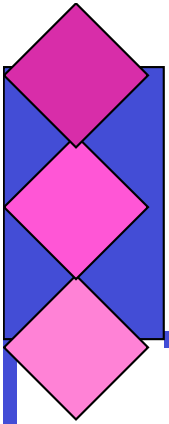
- Financement par l'impôt -

SUEDE

DANEMARK

GRANDE BRETAGNE

QUEBEC



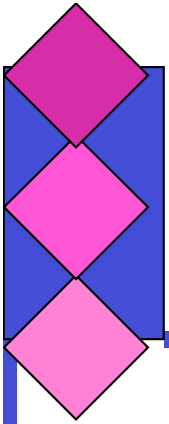
Systemes mixtes

ESPAGNE {impôt (75%) +
sécurité sociale (5%)
+ assurances pour soins
dans le secteur privé}

ITALIE {impôt (40%) + cotisations sociales
(60%) + assurances pour soins privés}

SUISSE (assurances obligatoires
auprès des compagnies
d'assurance + subventions
publiques)

USA (*assurances non obligatoires auprès
d'assurances + programmes publics
MEDICARE et MEDICAID*)



POPULATION COUVERTE

100%	BELGIQUE	ALLEMAGNE
	FRANCE	DANEMARK
	PAYS-BAS	GRANDE-BRETAGNE
90 à 100%	LUXEMBOURG	
	ESPAGNE	
	ITALIE	
85%	<i>USA</i>	

PART DU FINANCEMENT PUBLIC DANS
LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

de 70% (*Espagne*) à 92% (*Luxembourg*)



TYPOLOGIE DES SYSTEMES DE FINANCEMENT DES HOPITAUX

I. Le fonctionnement

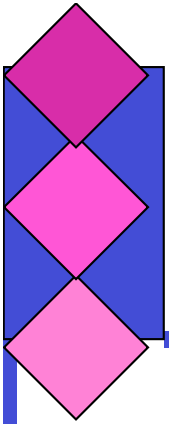
1. Un ou plusieurs payeurs
2. A l'acte ou au forfait / avec prestations médicales incluses ou séparées
3. Système rétrospectif ou prospectif
4. Fondé sur l'activité ou la structure
5. Ressources négociées ou fixées sur base de normes



TYPOLOGIE DES SYSTEMES DE FINANCEMENT (suite)

6. Egalité ou non de traitement entre hôpitaux publics et hôpitaux privés
7. Quid des bonus réalisés ou des déficits ?
8. Responsabilisation des acteurs
9. Incitatifs à la qualité

II. Les investissements



1. UN OU PLUSIEURS PAYEURS

1.1. UN PAYEUR principalement

(central ou régional ou collectivité locale)

Budget global liquidé
en une ou plusieurs fois

ETAT ou
SECURITE SOCIALE

H

Etat central

Régions ou
Agences régionales
déconcentrées

Collectivités locales

/

GRANDE-BRETAGNE

FINLANDE

FRANCE (ARH)

ITALIE (hôm. publics et

ITALIE (hôm. autonomes)

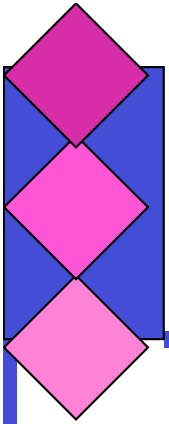
privés sous contrat)

ESPAGNE (hôm. publics et privés
sous contrat)

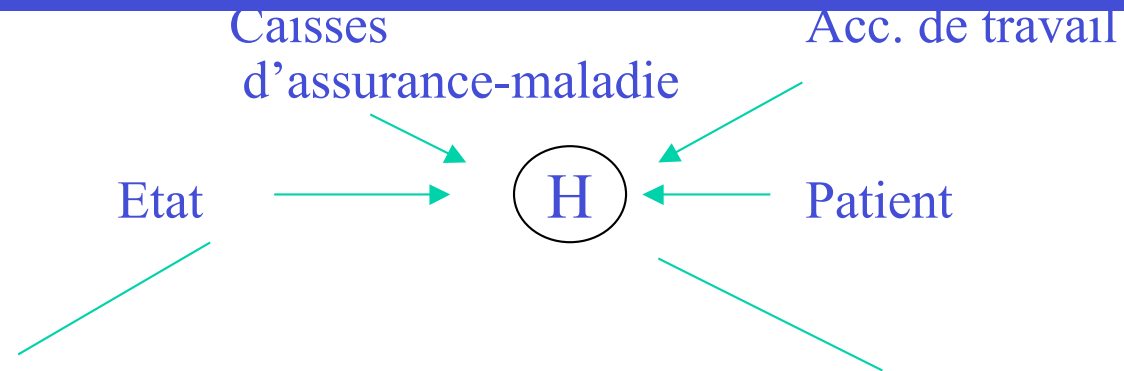
DANEMARK (comtés)

SUEDE

QUEBEC (régies)



1.2. PLUSIEURS PAYEURS



BUDGET GLOBAL réparti
entre les payeurs par des unités
de liquidation du budget (l'admission,
la capitation, la journée d'hospitalisation, etc...)

LUXEMBOURG

ALLEMAGNE

PAYS-BAS

BELGIQUE partiellement (BMF)

**PAYEMENT A LA PRESEN-
TATION OU PAR CAS**

(l'acte médical, l'admission, le DRG, ...)

BELGIQUE partiellement

SUISSE partiellement

HOP. Privés ESPAGNOLS

HOP. Privés ITALIENS

USA



2. L'UNITE DE FINANCEMENT



A LA PRESTATION

(liaison stricte aux activités effectuées)

HOP. PRIVES ESPAGNOLS

ITALIENS

FRANCAIS (avant 2004)

SYSTEME MIXTE

- BELGIQUE

- un budget des moyens financiers
- un financement à l'acte pour les prestations médicales (sauf des forfaits dans certaines disciplines)

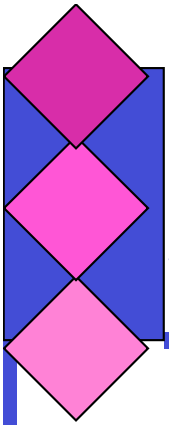
- SUISSE = mélange de subventions (50%) et de tarification à la prestation (50%)

DES FORFAITS PAR

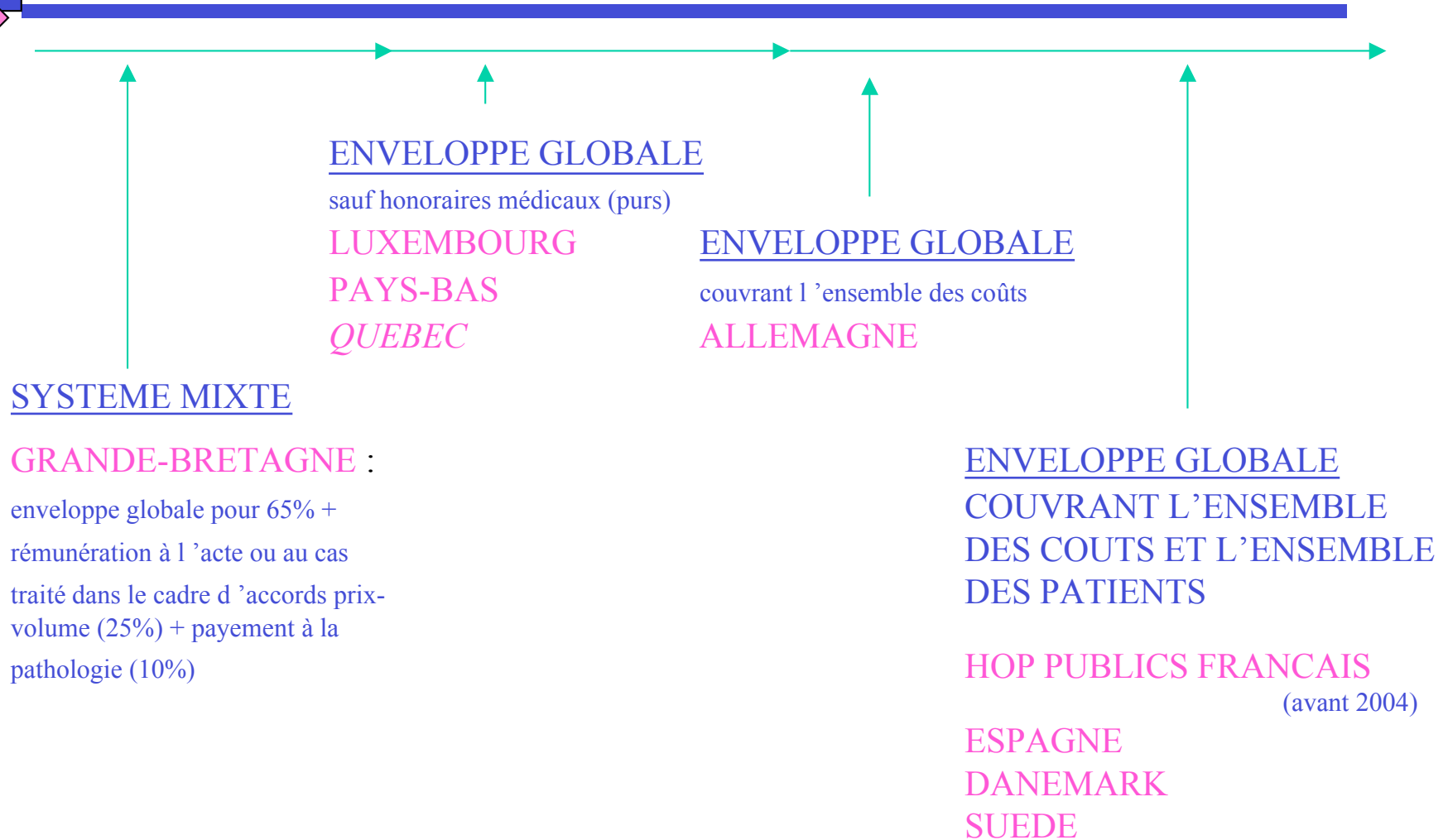
PATHOLOGIE

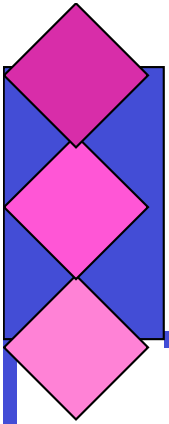
FRANCE (à partir de 2004)

USA (sauf honoraires purs)



2. L'UNITE DE FINANCEMENT (suite)





3. RETROSPECTIF OU PROSPECTIF

REMBOURSEMENT SUR BASE DES COUTS REELS CONSTATES

- BELGIQUE partiellement
 - internat et grosses réparations
 - facturation à l'acte
 - remb. des médicaments utilisés
- HOP. PRIVES ESPAGNOLS ET ITALIENS
- SUISSE pour la partie hors subventions publiques

OU

BASE HISTORIQUE POUR LE BUDGET GLOBAL

FRANCE (mais ajustements par les points ISA et en fonction de contrats d'objectifs et de moyens)

QUEBEC (avec ajustements à la marge)

BUDGET BASE SUR

DES PREVISIONS

ANNUELLES

LUXEMBOURG

ALLEMAGNE

SUEDE

DANEMARK

ESPAGNE

DES NORMES

ET DES STANDARDS

ITALIE

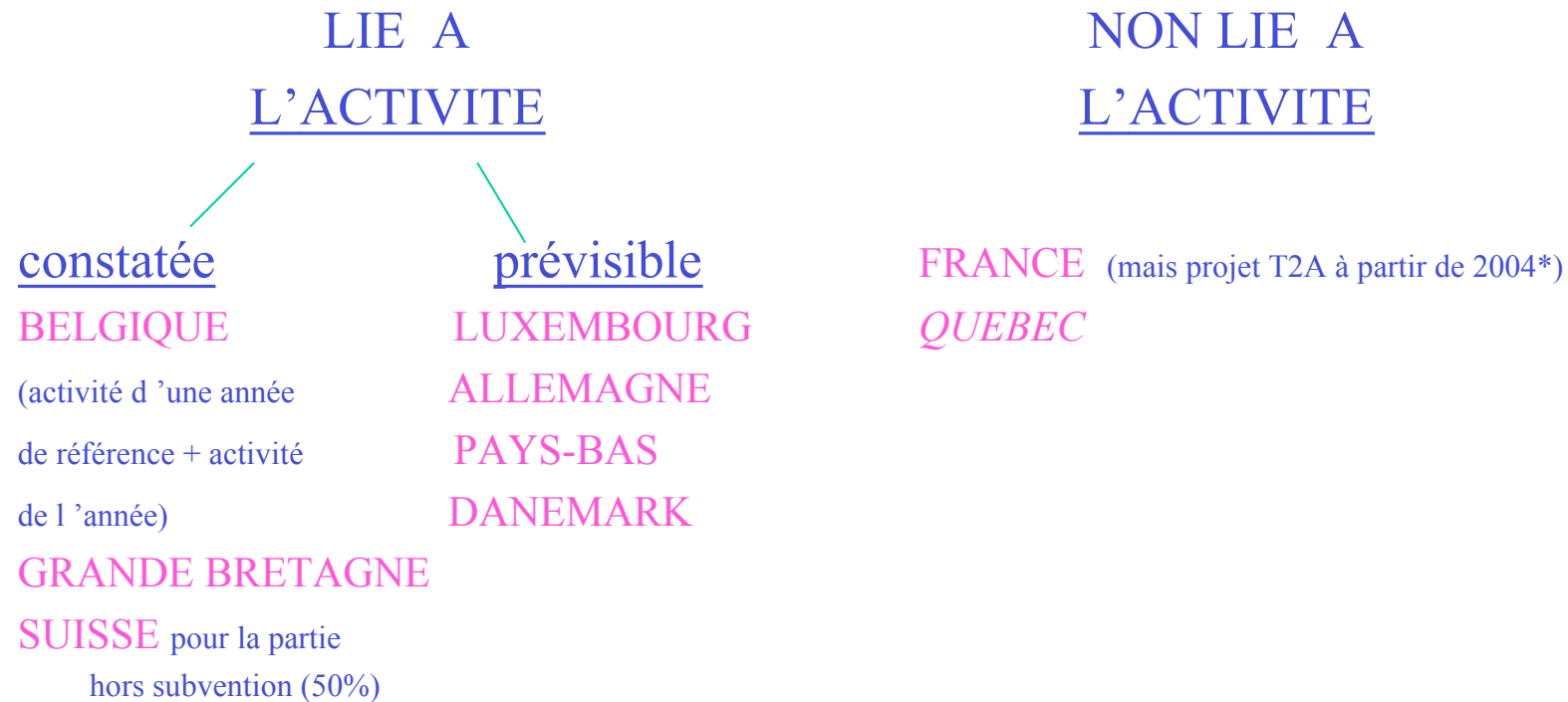
SUISSE pour la subvention
publique

BELGIQUE

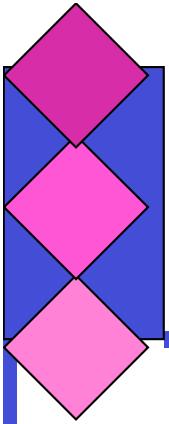
partiellement (le BMF)



4. UN FINANCEMENT LIE A L'ACTIVITE ?



* de 2004 à 2014 : système mixte de financement par hôpital (dotation globale) et selon la nature et le volume de l'activité réalisée (tarifs par séjour + tarifs par prestation pour malades externes). La part de budget global va diminuer progressivement.
En sus : forfait annuel pour financer les coûts fixes d'une activité (les urgences) ou des missions d'intérêt général (enseignement - recherche).



LES PARAMETRES D'ACTIVITE

→ les prestations médicales :

BELGIQUE

HOP. PRIVES ESPAGNOLS et ITALIENS

SUISSE hors subventions publiques

→ les **DRG** en

BELGIQUE (APR-DRG) pour BMF - Biologie - Honor. de référence

DANEMARK } version nordique des DRG

SUEDE (dans certains comtés) }

HOP. PUBLICS ESPAGNE (AP-DRG)

HOP. PUBLICS ITALIE

GRANDE BRETAGNE

USA

Projets d'utilisation

ALLEMAGNE : progressivement de 2003 à 2007 (DRG australiens)

SUISSE : AP-DRG à partir de 2005

FRANCE : progressivement de 2004 à 2006 (GHS : Groupes Homogènes de Séjours)

N'utilisent pas les DRG

LUXEMBOURG

GRECE



5. RESSOURCES NEGOCIEES OU FIXEES SUR BASE DE NORMES

NEGOCIATION

- **FRANCE** : contrats d'objectifs et de moyens pour une partie du budget global
- **LUXEMBOURG** : budget prévisionnel négocié en fonction de l'activité et du type de patients (PRN)
- **ITALIE** : négociation avec les Régions sur base des coût historiques et des prévisions d'activité
- **DANEMARK** : budget global fondé sur les DRG et sur base d'objectifs d'activité négociés
- **PAYS-BAS** : négociation entre les hôpitaux et les assurances sur le volume des soins médicaux
- **GRANDE BRETAGNE** : compétition entre hôpitaux pour des contrats de soins prix-volume avec les Autorités de leur région ou d'autres régions. Les GP fundholder achètent aussi des soins aux hôpitaux
- **USA** : *contrats avec les HMO - IPAS - PPO (managed care)*

NORMES

- **BELGIQUE** : normes de personnel, durée de séjour, taux d'hospitalisation de jour, DRG, RIM, ICS, temps standard, divers forfaits,...
- **ESPAGNE** : DRG et paramètres de structure
- **FRANCE** (à partir de 2004) : forfaits par DRG
- **ALLEMAGNE** (à partir de 2003) : budget sur base des DRG d'une période de référence
- **USA** : *forfaits par DRG*

BASE HISTORIQUE

QUEBEC



6. HOPITAUX PUBLICS (et privés sous contrat) versus HOPITAUX PRIVÉS

Financement IDENTIQUE

BELGIQUE

FRANCE à partir de 2004*

LUXEMBOURG

ALLEMAGNE

PAYS-BAS

Financement DIFFERENT

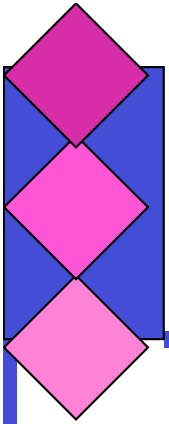
FRANCE jusqu'à 2004

- hôpitaux publics : dotation globale
- hôpitaux privés : tarification à la prestation mais objectifs quantifiés nationaux

ESPAGNE

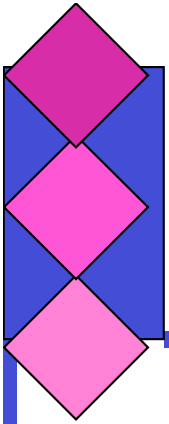
ITALIE

* applicable aux 2 secteurs, mais avec des modalités différentes



7. LES BONI ET LES DEFICITS

BONI conservés par l'hôpital DEFICITS à charge de l'hôpital DEFICITS remboursés



8. RESPONSABILITE DES ACTEURS

- ⇒ dans les pays où les déficits sont à charge de l'hôpital
- ⇒ dans les pays avec budget global ou des forfaits par DRG
- ⇒ dans les pays où les dépassements de budget font l'objet d'un remboursement par l'hôpital

dépassements
de budget national

BELGIQUE - BMF

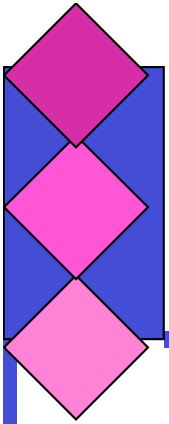
- BIOLOGIE
- HONORAIRES DE
REFERENCE

FRANCE hôp. privés : objectifs
quantifiés nationaux

dépassements
du budget de l'hôpital

(activité réelle > activité prévue)

?



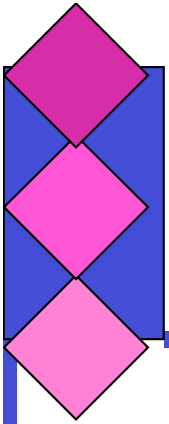
9. DES INCITATIFS A LA QUALITE ?

- oui par un financement de la structure
ex : **BELGIQUE** : infirmière et médecin hygiéniste
(= incitatif marginal par rapport au budget total de l'hôpital)
- possiblement dans les pays où le budget se négocie avec les payeurs, en particulier dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens (**FRANCE**).
- Seul le **LUXEMBOURG** a un incitatif clair et structuré : 2% de prime si l'hôpital participe à des programmes de qualité



GRANDE VARIETE mais aussi des CONVERGENCES en faveur de systèmes

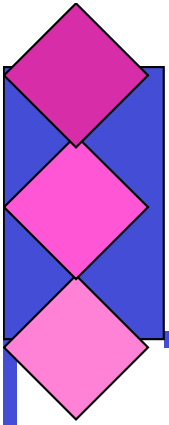
- PROSPECTIFS càd calculés et connus *ex ante*
 - sur base
 - de prévisions annuelles
 - de normes et de standards
- à caractère FORFAITAIRE
 - un budget global avec des variantes
(médecins inclus ou non, activités externes incluses ou non)
 - des forfaits par pathologie
 - des systèmes mixtes d 'enveloppe(s) et d 'autres modes de rémunérations
- fixés sur base de CRITERES déterminant les BESOINS FINANCIERS
OBJECTIFS des hôpitaux
 - normes (de personnel, d 'activité, de temps opératoires, ...)
 - l 'activité dispensée



« PROSPECTIF » et « FORFAITAIRE » sont 2 caractéristiques tendant à responsabiliser les acteurs en prônant l'EFFICIENCE par une utilisation optimale des ressources

Exemple :

- en matière de soins médicaux :
 - critical pathways (itinéraires cliniques)
 - evidence based medicine, guidelines, RMO, ...
 - case management
- en matière administrative : la forfaitarisation, en Belgique, de la couverture des charges financières de l'hôpital a considérablement accru la performance de la gestion de la trésorerie et des débiteurs

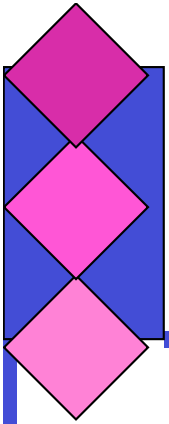


Les RISQUES des systèmes forfaitaires sont :

- la SOUS-CONSOMMATION de SOINS :
nécessite de développer des mécanismes d'incitation et de contrôle de la qualité des soins

- les TRANSFERTS de CHARGES vers l'extra-muros et l'ambulatoire

LA FACON DONT LES BUDGETS SONT
ETABLIS EST CAPITALE



L'EQUITE dans l'allocation des ressources

Le critère le plus fréquent des besoins financiers objectifs des hôpitaux est l'ACTIVITE : on finance l'hôpital en fonction de ce qu'il fait et non de ce qu'il est.

Elle est essentiellement mesurée par les DRG



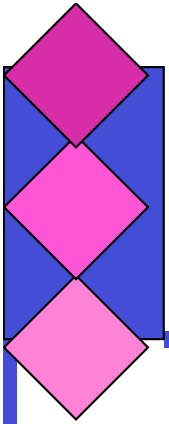


DRG

- données fiables, contrôlables et contrôlées
- compléter les diagnostics par un critère de SEVERITE de cas (APR-DRG en Belgique)

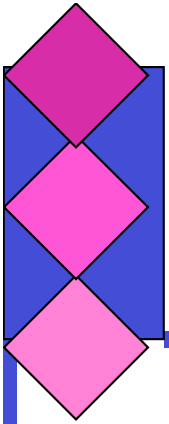
Peu d'informations sur

- la pertinence des soins
- l'opportunité des admissions



Les DRG ne déterminent que rarement à 100% le budget de l'hôpital

- cfr **BELGIQUE** : autres critères en sus (RIM, durée de séjour, taux d'hospitalisation de jour, ...)
- cfr **FRANCE** (< 2004) : financement séparé pour les urgences et les missions d'intérêt général dans l'enseignement et la recherche
- cfr **ESPAGNE** : 22 paramètres de structure
- cfr **PAYS-BAS** : le DRG intervient pour 51%



Quasi partout, le financement des hôpitaux fait l 'objet d 'une REGULATION par les pouvoirs publics en vue d 'assurer la MAITRISE DES COUTS

- Les règles sont COMPLEXES, et changeantes
- Les paramètres sont NOMBREUX
- L'ACTIVITE prédomine sur la structure. Elle est souvent NORMEE
- Un système est rarement pur : il est souvent MIXTE
- Les acteurs doivent intégrer la CONTRAINTE FINANCIERE
- Le QUALITATIF doit être mieux considéré
 - incitatifs à la qualité ?
 - pertinence des soins ?
 - obligations de résultats ?
 - le préventif ? Financer la santé ou l'hôpital ?



II. LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS

- il y a toujours une SUBVENTION PUBLIQUE sauf pour les hôpitaux privés à caractère lucratif (cfr Espagne, Italie, France) et sauf aux Pays-Bas (où l'hôpital récupère l'amortissement et les intérêts dans le budget de fonctionnement)
- elle provient rarement de l'Etat (comme au Luxembourg)
mais des REGIONS (les régions en Belgique ou en Italie, les cantons en Suisse, les LAND en Allemagne, les comtés au Danemark, ...)
ou parfois des collectivités locales
- la subvention est parfois PARTIELLE, le financement étant mixte :
l'Etat + l'hôpital lui-même