

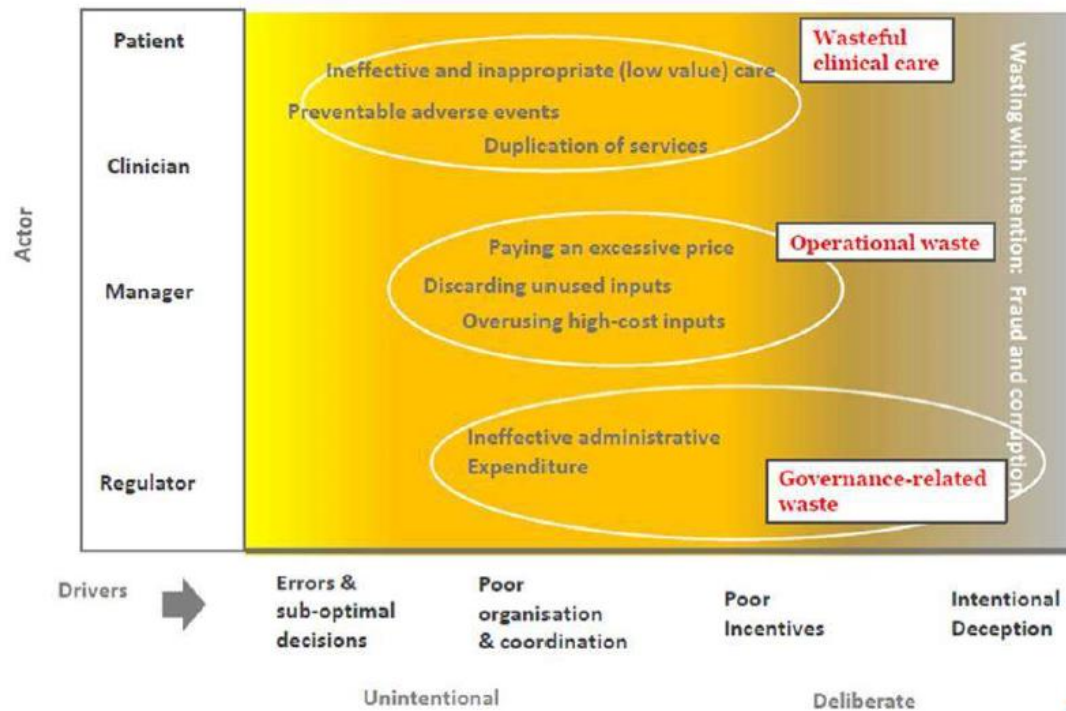
The background is a light blue gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across the surface. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

# RÉFORME DE LA NOMENCLATURE

BSAR – APSAR 2021

DR. G.BERGIERS

## C'EST QUOI SOINS EFFICACES





Congrès APSAR en 2013

Dr J.Jaucot

## 102535 PRÉOPÉRATOIRE ?

- BUDGET DE 1.600.000 €
- 1 CONSULTATION / 10 ANESTHÉSIES



# « Voir un anesthésiste avant une opération devrait être obligatoire »

ENTRETIEN

Le professeur Maurice Lamy a dirigé le service anesthésie-réanimation du CHU de Liège de 1977 à 2008, dont il est toujours membre du comité d'éthique.



**Dans les cas où il n'y a pas de consultation préopératoire avec un anesthésiste, les risques encourus par le patient sont-ils importants ?**

*Ils peuvent l'être, bien sûr ! La prise de médicaments pour le cœur, pour les poumons, pour le diabète, les anticoagulants, nécessite que l'on adapte les doses d'anesthésiants, voire d'en exclure certains. La mauvaise connaissance précise des pathologies et des*

*traitements par l'anesthésiste avant l'opération peut gravement mettre en péril la survie du patient. Globalement, une anesthésie, qu'elle soit générale ou locale, est quelque chose de très maîtrisé, aujourd'hui. C'est moins dangereux que de prendre sa voiture, pour peu qu'on soit entre les mains de bons médecins et que le suivi soit optimal. Quels que soient le type d'intervention et le type de patient, le fait que l'anesthésiste le voie dans les jours, et encore mieux dans les semaines, précédant l'opération est une garantie de qualité de prise en charge et de sécurité maximale.*

**Faut-il rendre obligatoire la consultation d'un anesthésiste avant une opération ?**

*C'est une pratique essentielle, qui devrait être obligatoire, oui. Une fois que l'intervention chirurgicale est décidée, le patient commence à avoir l'angoisse de l'anesthésie. La question du suivi est donc très importante. Les patients qui ont l'occasion de rencontrer l'anesthésiste quelques jours ou quelques heures avant l'intervention sont vraiment mis en confiance.*

**Pourquoi n'est-ce pas le cas en Belgique, contrairement à la France ?**

*Il y a quelques années, l'Inami a rendu obligatoire la consultation pré-anesthésique pour les opérations en hôpital de jour, qui sont désormais remboursées. C'est une excellente chose. Mais elle n'a pas accepté de le faire pour les autres interventions,*

*qui restent malgré tout les plus nombreuses. C'est stupide.*

**Faut-il étendre ces consultations à toutes les interventions ?**

*L'Inami ferait des économies à le décider, oui. Parce que la morbidité per- et postopératoire diminuerait. J'ai insufflé cette politique au début des années 2000, au CHU de Liège, et mon successeur la poursuit. C'est extrêmement lourd, parce que cela demande des moyens importants en termes de personnel et administratifs. Mais il est aberrant que cette prise en charge ne soit pas obligatoire dans tous les hôpitaux. Et remboursée.*

**Cette prise en charge doit concerner également l'après-opération ?**

*Beaucoup d'articles scientifiques montrent que la mortalité et la morbidité liées à une intervention chirurgicale sont davantage la conséquence d'une mauvaise prise en charge postopératoire qu'à l'opération elle-même ! On est donc arrivé à une situation où la maîtrise des opérations chirurgicales est au top, mais le postopératoire ne l'est pas. Souvent, ce sont les chirurgiens qui s'en occupent. Ce n'est pas qu'ils sont incompetents, loin de là, mais il faut gérer les perfusions et les médications que le patient va recevoir durant les heures et les jours qui suivent l'intervention. Ce suivi postopératoire par des anesthésistes devrait aussi être obligatoire. ■*

Propos recueillis par  
CORENTIN DI PRIMA

SFAR 2013 : La consultation pré-anesthésique est une **obligation** réglementaire française qui nous est enviée par de nombreux professionnels à l'étranger.

Le bénéfice médico-économique de la consultation pré-anesthésique **à distance** de l'acte est important : réduction des examens complémentaires, des consultations spécialisées, des déprogrammations opératoires, etc.

**L'information** due au patient et inscrit dans la loi du 2 mars 2004 renforce l'importance de la consultation avant une anesthésie.

La **qualité de la tenue du dossier d'anesthésie** est retenue comme un indicateur qualité pertinent par la HAS. Son évaluation est désormais obligatoire dans les établissements de santé.

Les capacités de **mémorisation** immédiate des patients sont limitées et ceci doit être pris en compte lors de la délivrance de l'information.

Les conditions de l'information du patient sont définies par la loi du 4 mars 2002. Elles reposent prioritairement sur **l'entretien médecin-patient** mais la remise de fiches d'information à partir des documents de la SFAR est un complément important.

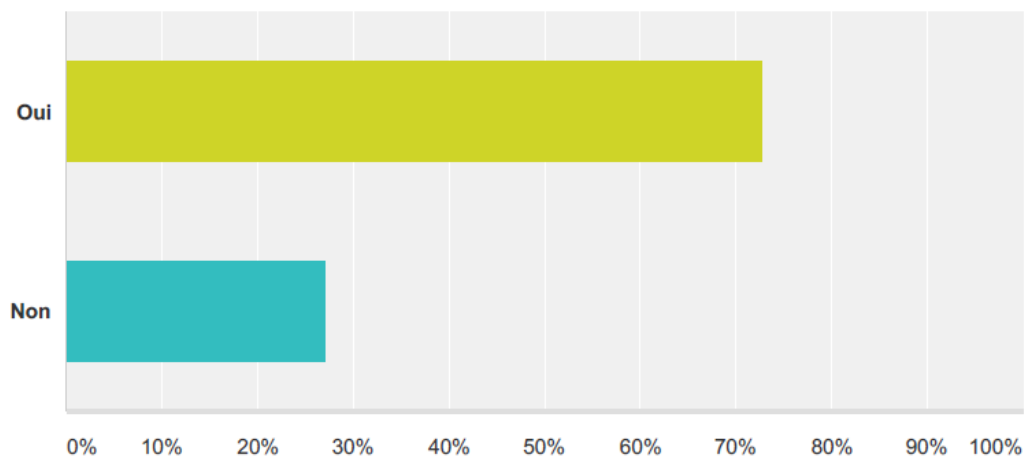
L'utilisation de **nouveaux médias** en complément de l'entretien oral pourrait améliorer la qualité de l'information. Le développement de supports inter-actifs d'information (CD-Rom) devrait être favorisé.

Les consultations **délocalisées** sont possibles mais doivent se conformer aux conditions définies par la SFAR et se dérouler préférentiellement dans le cadre d'un réseau institutionnel.



**Q16 Estimez-vous qu'une consultation préopératoire obligatoire pour chaque anesthésie électorale soit médicalement nécessaire ? (indépendamment de toute considération légale)**

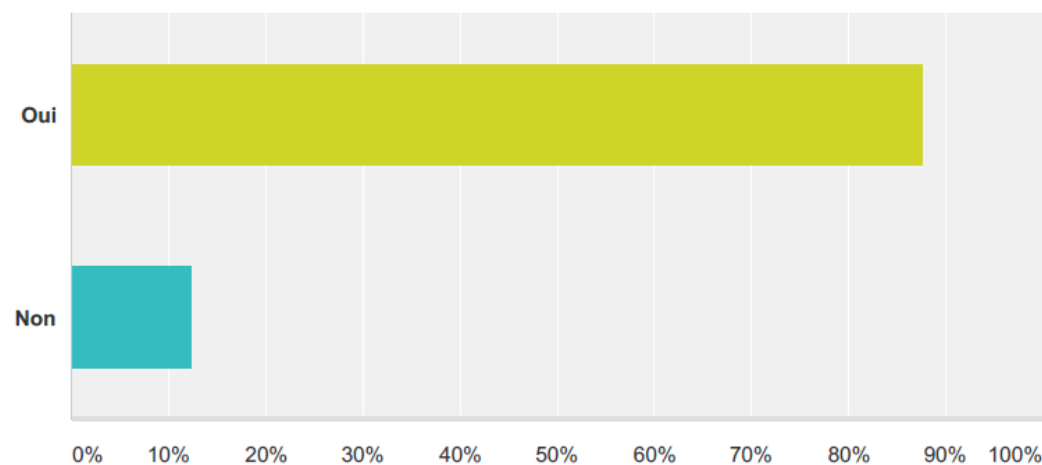
Answered: 170 Skipped: 2



Answer Choices	Responses	
Oui	72.94%	124
Non	27.06%	46
<b>Total</b>		<b>170</b>

**Q21 Souhaitez-vous prendre en charge personnellement ces tâches préopératoires supplémentaires dans votre pratique médicale quotidienne si ces tâches impliquent des honoraires supplémentaires au budget existant pour l'anesthésiologie ?**

Answered: 171 Skipped: 1

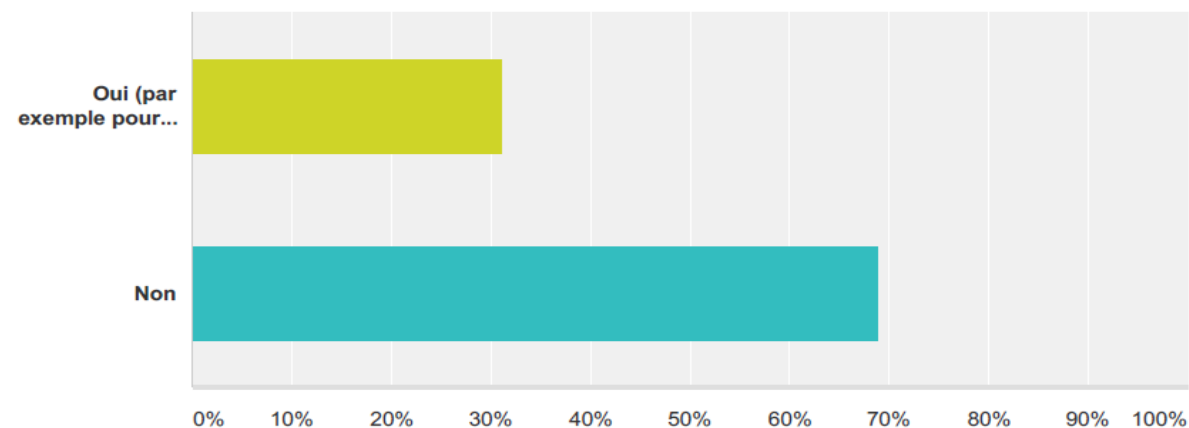


Answer Choices	Responses	
Oui	87.72%	150
Non	12.28%	21
<b>Total</b>		<b>171</b>



### Q17 Cette consultation préopératoire ne devrait-elle être obligatoire que pour certaines classes ASA ou interventions chirurgicales ?

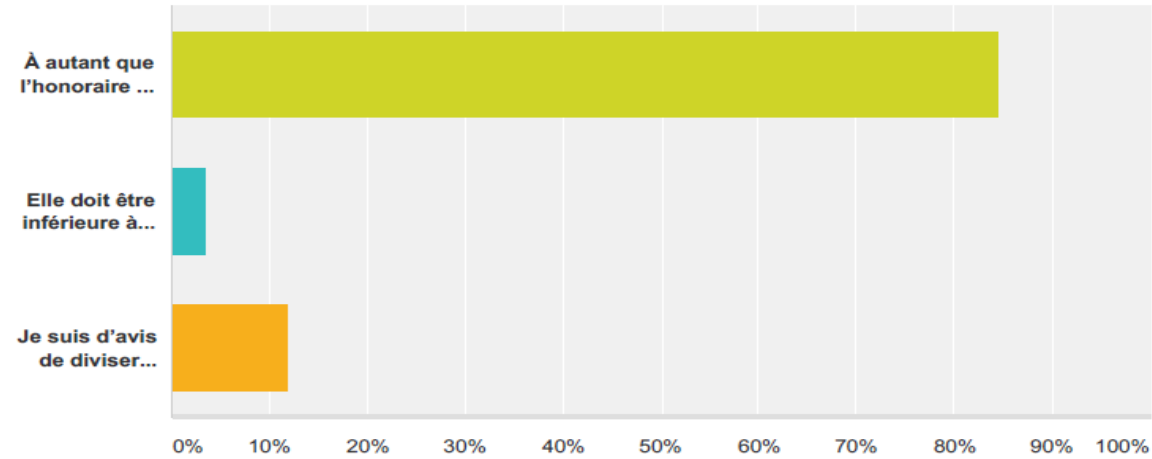
Answered: 170 Skipped: 2



Answer Choices	Responses	
Oui (par exemple pour les ASA 3, 4 et pas pour les ASA 1, 2)	31.18%	53
Non	68.82%	117
<b>Total</b>		<b>170</b>

## Q22 À combien doit s'élever l'indemnisation si une consultation préopératoire est obligatoire ?

Answered: 169 Skipped: 3



Answer Choices	Responses
À autant que l'honoraire de consultation des chirurgiens	84.62% 143
Elle doit être inférieure à l'honoraire de consultation des chirurgiens	3.55% 6
Je suis d'avis de diviser l'honoraire peropératoire en deux parties : préopératoire et peropératoire (aucun revenu supplémentaire pour le préopératoire) (voir plus bas pour la division avec le postopératoire)	11.83% 20
<b>Total</b>	<b>169</b>

Omschrijving	Budget in €
Huidige nomenclatuur (2019)	2.758.104
DGEC foutieve attestering	500.000
Medicomut akkoord 2021	6.000.000
Totaal	9.000.000
Remgeld bijdrage patiënt	9.000.000
TOTAAL	18.000.000

## RÉUNIONS RÉFORME DE LA NOMENCLATURE : LES CONSULTATIONS

- 1. DISTINCTION PREMIÈRE CONSULTATION / CONSULTATION COMPLEXE .  
CRITÈRES DE COMPLEXITÉ : AGES EXTRÊMES , ASA 3 , INTERVENTIONS MAJEURES ,.....
- 2. COLLABORATION INTERDISCIPLINAIRE : RÉUNIONS – CONSULTATIONS
- 3. PAIEMENTS GROUPÉS



**ET L'ANESTHÉSIE ?**

# HISTORIQUE

## AVANT LES ANNÉES 50 : AUMÔNE CHIRURGICALE 10 %

LES PATIENTS ÉTAIENT SOUVENT RÉTICENTS À PAYER UN ANESTHÉSISTE, CAR L'IMPORTANCE D'UNE ANESTHÉSIE RÉALISÉE PAR DES PROFESSIONNELS N'ÉTAIT PAS ENCORE SUFFISAMMENT CONNUE DU GRAND PUBLIC. LES ANESTHÉSISTES DÉPENDAIENT GÉNÉRALEMENT DE LA BONNE VOLONTÉ DE LEURS COLLÈGUES CHIRURGIENS POUR LEUR SALAIRE. EN GÉNÉRAL, LE CHIRURGIEN DONNAIT 10% DE SES HONORAIRES À L'ANESTHÉSISTE. CEPENDANT, CETTE SITUATION EST DEVENUE INTENABLE. IL Y AVAIT UNE CONVICTION CROISSANTE QUE L'ANESTHÉSIE ÉTAIT DEVENUE UNE SPÉCIALITÉ INDISPENSABLE. AU DÉBUT, SEULES LA CHIRURGIE ABDOMINALE ET LES INTERVENTIONS SUR LES EXTRÉMITÉS ÉTAIENT POSSIBLES. GRÂCE AUX PROGRÈS DE L'ANESTHÉSIE, LA CHIRURGIE THORACIQUE ET INTRACRÂNIENNE EST DEVENUE POSSIBLE. EN OUTRE, L'ÉTAT POSTOPÉRATOIRE DU PATIENT ÉTAIT ÉGALEMENT BIEN MEILLEUR GRÂCE À UNE ANESTHÉSIE BIEN MENÉE. L'INAMI A DONC DÉCIDÉ LE 2 MARS 1951 D'INCLURE L'ANESTHÉSIE DANS LA NOMENCLATURE. LES HONORAIRES ONT ÉTÉ FIXÉS À 30% DES HONORAIRES DU CHIRURGIEN.

1951 : 30% DE L'ACTE CHIRURGICAL

1963 : ACCORD MÉDICO-MUT : UNE NOMENCLATURE PROPRE LIEE A L'ACTE CHIRURGICAL

- PAS DE REMBOURSEMENT SI < K 120
- CODE D'URGENCE
- PÉRI OBSTÉTRICALE

1986 : + 10 % SAFETY FIRST ET COMPENSATION DE L'INTERDICTION DES ANESTHÉSIES  
SIMULTANÉES .

2019 : BASSE VARIABILITÉ

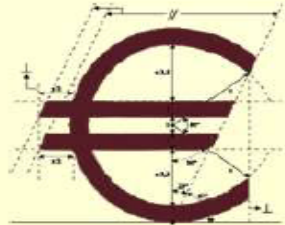
## EN FRANCE....

- LES POINTS PRINCIPAUX À RETENIR POUR LE CODAGE DES GESTES D'ANESTHÉSIE :
- POUR UN LIBELLÉ D'ACTE DONNÉ, IL EXISTE UNE SEULE MANIÈRE DE CODER L'ANESTHÉSIE, FIXÉE PAR LA CCAM ET CONSIGNÉE DANS DES TABLES, PERMETTANT UN CONTRÔLE .
- LES RÈGLES D'EMPLOI DU CODE D'UNE ANESTHÉSIE HABITUELLE SUIVENT CELLES DES AUTRES CODES « ACTIVITÉ » D'UN ACTE DONNÉ : CODAGE DES ACTES MULTIPLES, DE L'ÉCHEC... S'EN DISTINGUENT SEULEMENT LES CODES SUPPLÉMENTAIRES D'« EXTENSION DOCUMENTAIRE » ET DE « MODIFICATEUR », SPÉCIFIQUES DE L'ACTIVITÉ D'ANESTHÉSIE : AGE , URGENCE ,.....PRÉSENCE PERMANENTE DE L'ANESTHÉSISTE .
- GESTES COMPLÉMENTAIRES : INTUBATION SOUS FIBROSCOPIE , TRANSFUSION MASSIVE .



## EN SUISSE...

- SYSTÈME ENCORE PLUS FIDÈLE À LA RÉALITÉ....QUI TIENT COMPTE
  1. DE L'ACTE ANESTHÉSIQUE DE BASE
  2. DE LA DIFFICULTE ET DU TEMPS
  3. DE LA CLASSE D'INTERVENTION ET DU RISQUE
  4. MOINS DE 7 ANS ET PLUS DE 70 ANS
  5. TECHNIQUES UTILISEES ET MOYENS TECHNIQUES MIS EN ŒUVRE : CELL SAVER , ECHO,....



# Budgetary Approaches



1. Per diem (traditional)
2. Pay-for-Performance Budgeting  
(= Fee for Service)
3. Pathology & Care Based Financing (apr-DRG)
4. Prospective Payment Budgeting (PPB) -> forfait
5. Payment per Episode
6. Global (site-based) budgeting
7. Outcome-Focused or Quality Based Budgeting



En collaboration avec :



service public fédéral  
SANTÉ PUBLIQUE,  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

## Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé INAMI

PRESENTATION AUX PARTENAIRES  
25/09/2019

# INAMI : REVISION DE LA NOMENCLATURE

## LES DIFFÉRENTES PHASES DU PROJET

- **PHASE 1 : RESTRUCTURER ET ADAPTER LE LIBELLÉ DES PRESTATIONS**
  - ANALYSE DU BESOIN DE RESTRUCTURATION ET DE STANDARDISATION
  - STANDARDISATION SELON UNE LOGIQUE TRIAXIALE OU ADAPTÉE À LA CATÉGORIE DE NOMENCLATURE CONCERNÉE
  - CLASSIFICATION ICHI (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEALTH INTERVENTIONS ) OU INTERNATIONALE ADAPTÉE
  - TRANSFERT MÉTHODOLOGIQUE POUR MAINTENIR ET DÉVELOPPER LES PRESTATIONS EN UNE NOMENCLATURE RESTANT COHÉRENTE.
- **PHASE 2 : DÉTERMINER LE RAPPORT EXISTANT ENTRE LES DIFFÉRENTES PRESTATIONS SUR LA BASE DE CRITÈRES OBJECTIFS (PARTIE PROFESSIONNELLE DES HONORAIRES)**
  - CONSTRUCTION D'UNE ÉCHELLE DE VALEUR DE LA PART PROFESSIONNELLE SELON DIFFÉRENTS INDICATEURS.
- **PHASE 3 : ÉVALUER LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT NÉCESSAIRES À LA MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS DE SANTÉ**
  - DÉTERMINATION DES FRAIS DE FONCTIONNEMENTS EN LIEN AVEC LES PRESTATIONS AFIN, AU SEIN DE LA NOMENCLATURE, D'ISOLER CEUX-CI DE LA PART PROFESSIONNELLE.

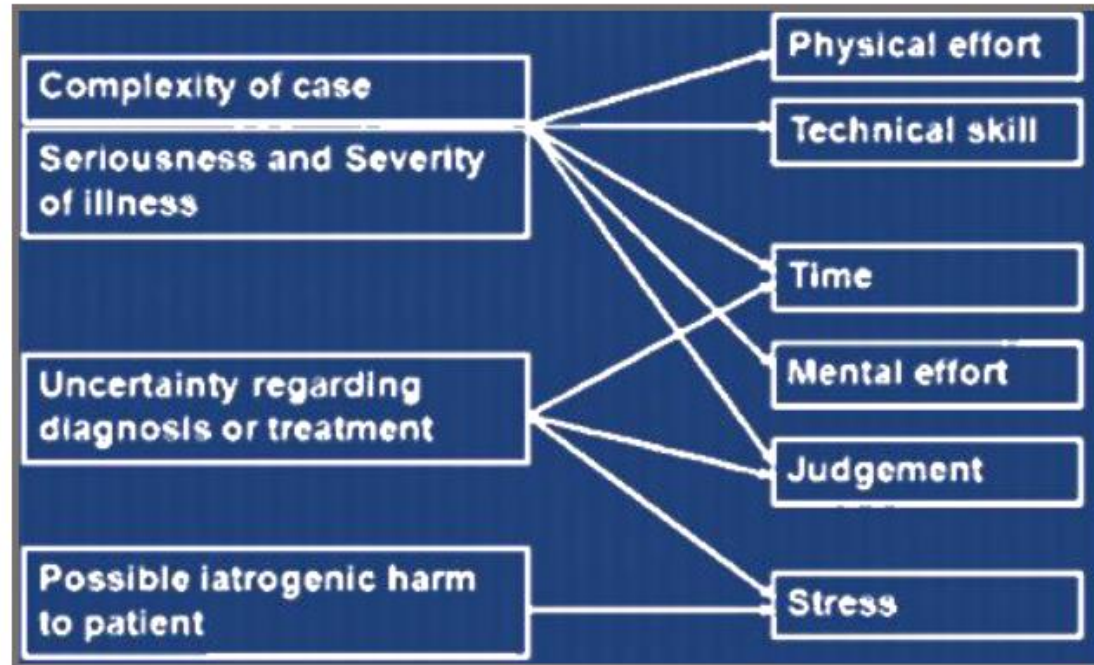




## 1. CONTEXTE GENERAL DE LA REFORME

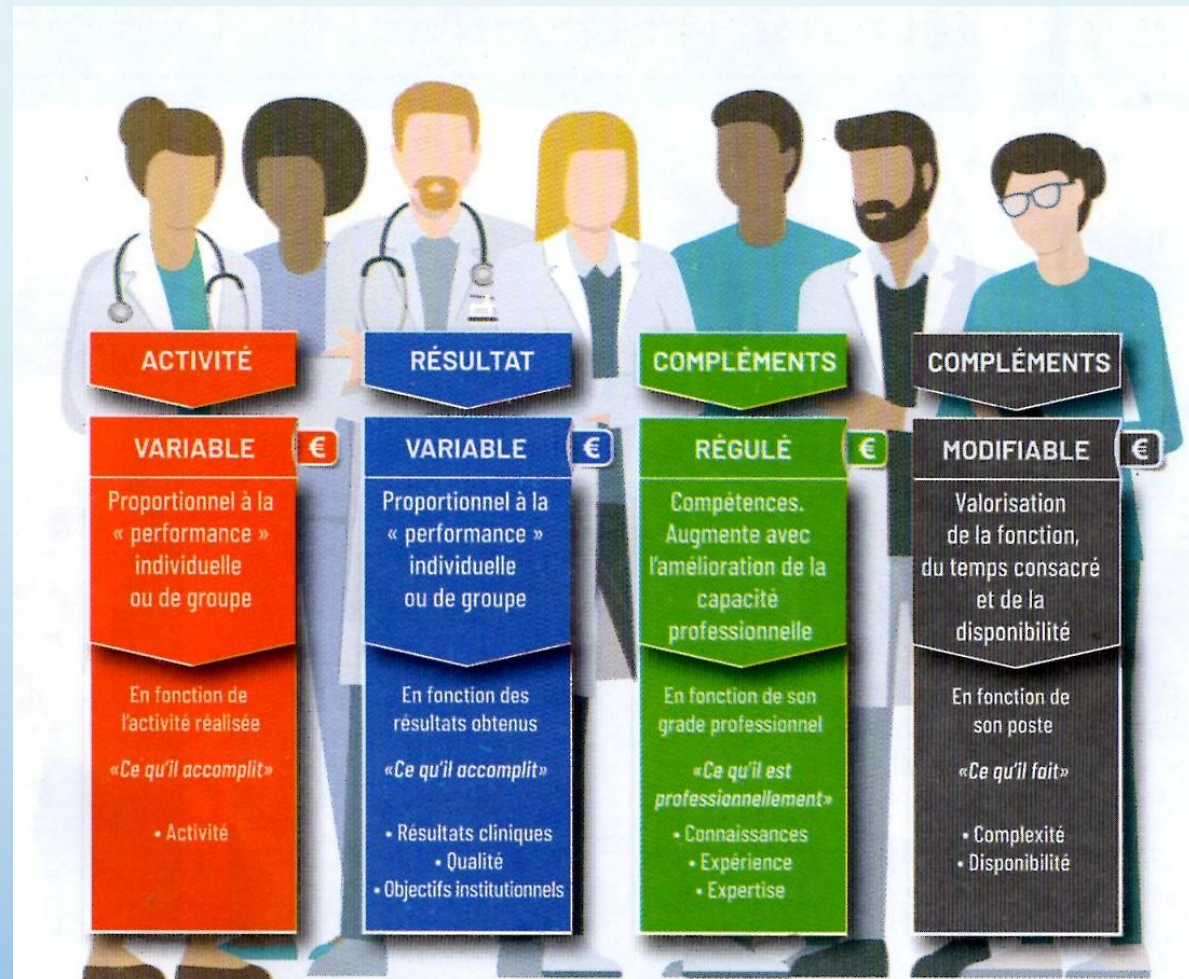
- Les professeurs Annemans, Pirson et Leclercq ont été invités à présenter, à la **Medicomut du 2 octobre 2017**, leurs réflexions concernant les principes et la méthodologie d'une éventuelle réévaluation de la nomenclature. Les deux présentations étaient complémentaires.
- De la présentation du professeur Annemans, il ressort que les **7 principes suivants peuvent contribuer à une amélioration de la nomenclature actuelle** :
  1. Revalorisation de l'activité de consultation
  2. Revenu de référence équitable
  3. Division de la rémunération pour le médecin en :
    - Une composante « non tangible » : efforts.
    - Une composante tangible : coûts associés.
  4. Rémunération pour des tâches en matière de coordination et de communication.
  5. Incitants pour fournir des prestations de qualité et réduction des incitants à une demande d'offre induite.
  6. Transparence et sécurité tarifaire pour le patient.
  7. Une réforme budgétairement neutre, compte tenu de la croissance réelle de 1,5 % et de l'approche sur le gaspillage.
- La présentation des professeurs Pirson et Leclercq, développait un ensemble de techniques pour standardiser les libellés de la nomenclature et déterminer des tarifs professionnels médicaux basés sur des critères semi quantitatifs permettant de mesurer l'intensité de la charge du travail médical.

## 2° Componenten voor remuneratie medische prestaties:



## Resource Based Relative Value Score

(Harvard 1985)



Source: rapport Antares, Absym, ABDH

La rémunération variable des médecins doit se construire sur un socle et reposer sur d'autres variables qu'uniquement les actes.



# La réforme de la nomenclature INAMI est-elle nécessaire?

Prof. Ass. M. Pirson  
Chef de service

La réponse est oui...

- Que ce soit dans le système actuel.
- Que ce soit dans un système forfaitaire par pathologie.



## Utilité d'une bonne nomenclature dans le cadre du all in

- La question fondamentale: faut-il ou non intégrer les honoraires médicaux au sein des forfaits?
- Si oui: la totalité ou uniquement le coût de la pratique
- >>> nécessité de scinder l'honoraire brut en deux >>> réforme de la nomenclature.



# PRESTATIONS D'ANESTHÉSIE EN BELGIQUE

## PROPOSITION D'UNE AUTRE MÉTHODE DE RÉMUNÉRATION

DR MAURICE LIPSZYC  
SOINS DE SANTÉ – DIRECTION MÉDICALE  
JANVIER 2013

### • RÉSUMÉ

DANS CE CHAPITRE, 3 NOUVEAUX CONCEPTS SONT PROPOSÉS :

1. UNE NOUVELLE MÉTHODE DE RÉMUNÉRATION DES PRESTATIONS D'ANESTHÉSIE ;
2. LA CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE POUR TOUS (AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS ET RÉDUCTION DES COÛTS DES COMPLICATIONS) ;
3. LA VISITE POSTOPÉRATOIRE ATTESTABLE AUSSI PAR LES MAR.

#### 1. NOUVELLE MÉTHODE DE RÉMUNÉRATION

A. LE CALCUL DES RÉMUNÉRATIONS PROPOSÉ POUR LES PRESTATIONS D'ANESTHÉSIE EST BASÉ SUR LES TRAVAUX DU PROFESSEUR W. HSIAO DE LA HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH.

B. LE CONCEPT QUI SOUTIEND LE MODÈLE DE CALCUL EST LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL QUI EST FONCTION DE:

- LA DURÉE DE L'ANESTHÉSIE ET DE LA SURVEILLANCE POST OPÉRATOIRE,
- LA GESTION DES IMPLICATIONS DE LA CHIRURGIE SUR L'ÉTAT DU PATIENT,
- LA GESTION DES COMORBIDITÉS (MALADIES) DU PATIENT.

C. AFIN DE CONSERVER LE PRINCIPE DES HONORAIRES "PURS", LES COÛTS NÉCESSAIRES À L'EXÉCUTION DE LA PRESTATION SONT EXCLUS DU CALCUL DE LA RÉMUNÉRATION.

D. LA FORMULE DU CALCUL DE LA RÉMUNÉRATION POUR CHACUNE DES PRESTATIONS EST LA SUIVANTE ET EST COMPOSÉE DE 2 ÉQUATIONS :

**I. RÉMUNÉRATIONS = UNITE-MONÉTAIRES X FC**

**II. UNITE-MONÉTAIRES = (N X UNITÉS-DE-TEMPS X URGENCE) + HONORAIRES COMPLÉMENTAIRES + SURVEILLANCE USPA**

#### 2. CONSULTATION PRÉANESTHÉSIQUE POUR TOUS

A. LE MAR EST UN GESTIONNAIRE DE RISQUE.

B. LA PRÉVENTION DES COMPLICATIONS PÉRIOPÉRATOIRES COMMENCENT LORS DES CONSULTATIONS PRÉOPÉRATOIRES.

C. ARGUMENTAIRE PRÉSENTÉ PAGE 53 ET SUIVANTES

EN 2011, LES 1710 MÉDECINS-SPÉCIALISTES EN ANESTHÉSIE ONT PERÇU UNE RÉMUNÉRATION HORAIRE MOYENNE ESTIMÉE, SELON LES MÉTHODES, **ENTRE 80 ET 110 € PAR HEURE.**

## Honoraires d'anesthésie

- Liés aux honoraires chirurgicaux
- Actes chirurgicaux bien rémunérés ou réévalués >>> croissance parfois non justifiée des honoraires d'anesthésie
- Actes chirurgicaux anciens ou obsolètes >>> sous-évaluées/dévaluées >>> diminution sur honoraires d'anesthésie.



## Réforme de la nomenclature: quel est l'état d'avancement du grand chantier?

□ Du le Journal du Medecin du 29/04/2021 28/04/21 à 18:00 Mise à jour à 10:07



**Vincent Claes**

Rédacteur en chef journal du Médecin

Trois équipes travaillent actuellement à la grande réforme de la nomenclature des prestations de santé. "Un travail titanesque", comme le déclarait récemment Jo De Cock, l'administrateur délégué de l'Inami dans notre journal. Les professeurs Leclercq et Pirson (Ecole de santé publique de l'ULB: CR1ESPULB et GEDIS asbl) viennent de remettre une offre à l'Inami pour réaliser une tarification des honoraires et des frais de fonctionnement. Explications.



Pr Pirson: "Les libellés de la nomenclature actuelle sont imprécis et ne permettent pas d'isoler facilement les frais de fonctionnement, entre autres parce que la technique opératoire n'est pas indiquée clairement." © Getty Images

*"Le projet de réforme de la nomenclature poursuit plusieurs objectifs. Le principal est de réfléchir à une tarification plus équilibrée de l'activité médicale. L'idée est de disposer à terme d'une classification permettant d'isoler clairement le tarif qui doit financer les frais de fonctionnement et le tarif qui doit aller dans la poche des médecins", rappelle le Pr Magali Pirson. "Une meilleure classification des actes permet également de faire de la planification, des études épidémiologiques et médico-économiques, de réaliser des comparaisons avec des études internationales... Actuellement, nous ne pouvons pas comparer la nomenclature belge à d'autres systèmes étrangers."*



scientifiques. Il faut dès lors éplucher la littérature pour trouver les paramètres qui entrent en ligne de compte: la durée de l'acte, sa complexité, le niveau de formation nécessaire du médecin, les risques associés... Des experts doivent ensuite attribuer des valeurs à ces paramètres. Ces experts doivent être représentatifs de tout le pays et des différents types de pratique hospitalière. Il faudra se baser sur des moyennes. Ce travail est considérable et nous comptons nous associer avec une équipe néerlandophone pour le mener à bonne fin",

Quand l'ensemble des libellés seront validés par l'Inami, il faudra y associer des tarifs justifiés. "Il faudra créer des échelles de valeurs relatives, puis déterminer les valeurs en euros pour chacune des nouvelles prestations. Ce travail devrait prendre trois ou quatre ans", commente le Pr Leclercq.

portera pas. Il faut être conscient que cette opération peut provoquer des changements importants, à la hausse ou à la baisse, au niveau des revenus des médecins et des hôpitaux."

# LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX ET DE L'ACTIVITÉ MÉDICALE

PANORAMA INTERNATIONAL ET PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES

un financement quelles que soient les dépenses réelles de l'hôpital, de même qu'un paiement en fonction de l'**activité**, mesurée par la technique des groupes homogènes de malades, encore dits des DRG (*diagnosis related groups*) – groupes cliniquement similaires et consommant des ressources identiques. Dans les comparaisons internationales, le financement à l'acte est marginal et considéré comme inflationniste, et la méthode du budget global est de plus en plus délaissée.

Mais les systèmes de financement par pathologie connaissent eux aussi une grande **disparité** quant (par exemple):

- à la constitution des classifications médico-économiques: propres à un pays ou importées;
- au nombre de groupes de malades considérés;
- à la méthodologie de détermination des coûts. À l'instar d'une expérience belge, parmi d'autres, de détermination des coûts réels par pathologie, ou d'une étude universitaire pour le compte de la ministre de la Santé sur les frais de fonctionnement des actes médicaux, la démarche doit être rigoureuse et il faut procéder par étapes successives;
- à la fixation des tarifs, correspondant aux coûts réels ou contraints par un budget, ou encore comportant un côté incitatif ou désincitatif;
- aux degrés de sévérité des pathologies;
- aux exclusions;
- aux *outliers*;
- au plafonnement, national ou régional.

Les **points positifs** du paiement par pathologie sont nombreux et les quelques craintes, comme une possible sélection de patients, la manipulation du codage, les sorties trop précoces, ou encore une augmentation des réadmissions ne se sont pas révélées fondées. Il n'a pas été démontré non plus une altération de la qualité ou une

réduction de l'accessibilité aux soins. L'opacité du système comme sa complexité sont cependant souvent cités comme **défauts**. Certains estiment par ailleurs, sans la remettre en question, que la méthode du financement par DRG est trop portée sur l'économique, peu adaptée aux malades chroniques, et prend insuffisamment en compte la qualité et la pertinence des soins. **Le système doit évoluer** vers un financement fondé sur la **valeur** du soin pour encourager des pratiques considérées comme efficaces, pertinentes et de bonne qualité. Le financement de la qualité, fondé le plus souvent sur des indicateurs de processus de soins et de résultats, a pris place dans de nombreux pays. Et pour certaines pathologies, il faut viser un paiement non plus pour le seul séjour hospitalier, mais pour un épisode de soins incluant l'amont et l'aval de l'hospitalisation (paiements groupés ou *bundled payments*), si pas pour une période plus longue encore, c'est-à-dire un financement à la capitation, encore dit par patient inscrit ou pour une population.

Par ailleurs, **aucun système de financement ne suffit à lui seul**. Dans la majorité des cas, les systèmes sont mixtes, composés de paiements par DRG, à la prestation et de dotations forfaitaires spécifiques additionnelles pour les unités très spécialisées, l'amélioration de la qualité des soins, la conformité aux meilleures pratiques ou encore l'incitation à des soins plus intégrés.

Nous plaçons cependant pour un système qui reste relativement **simple et lisible**, que ce soit pour la fixation des tarifs ou pour l'établissement des dotations forfaitaires. Et **stable** dans le temps, car des changements très nombreux rendent la gestion de l'hôpital trop incertaine. Il est également souhaitable que chaque pays apprenne des succès et des échecs des autres.

Enfin, le coût d'un séjour inclut généralement (mais pas toujours) celui des actes médicaux diagnostiques et thérapeutiques: leurs frais de fonctionnement, mais aussi la prestation médicale proprement dite (l'honoraire professionnel médical). Il est essentiel de disposer d'une **excellente nomenclature des activités médicale**, à constituer (en l'absence d'une nomenclature préexistante), à tenir à

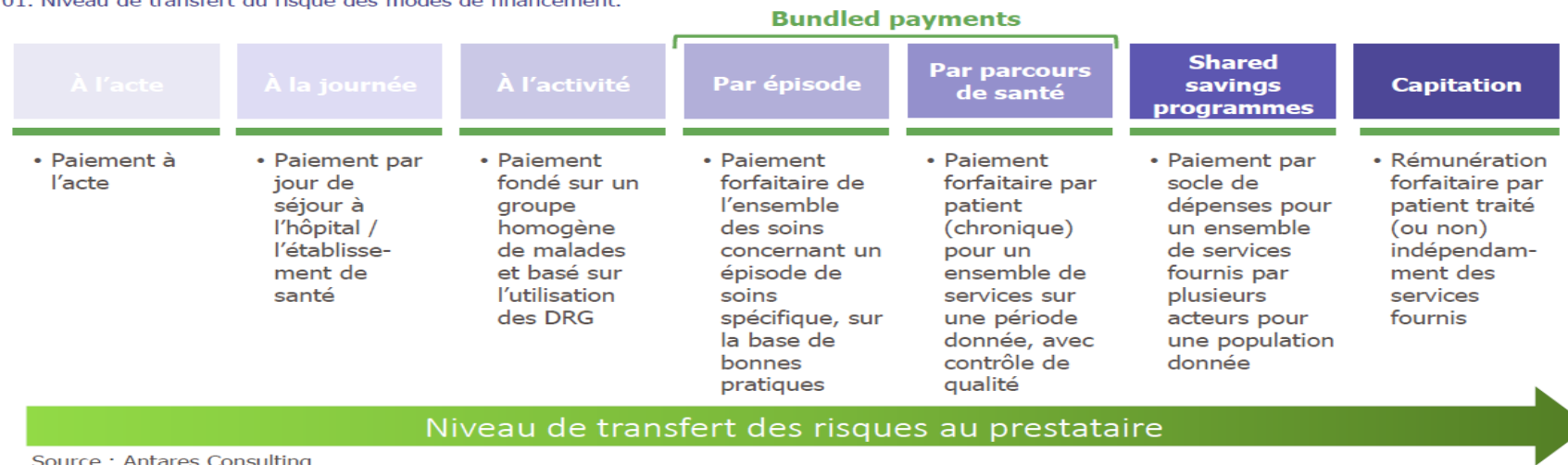
# ETUDE ANTARES 2021

Les nouvelles formes de financement, au-delà du système DRG ou à l'activité, continuent d'augmenter le niveau de transfert de risques vers les prestataires.

Il existe d'autres possibilités de rembourser les prestataires de soins qui diffèrent d'un remboursement à l'acte traditionnel. Deux de ces possibilités sont le paiement de type « bundled payments » et la capitation avec un mode de rémunération regroupé différent. Les DRG se concentrent uniquement sur la partie hospitalisation, alors que le « bundled payments » s'ouvre sur l'amont et l'aval dans son financement.

Le regroupement crée des incitations vertueuses à la coordination de l'ensemble des acteurs de santé et à la mise en place d'une offre avec une orientation clairement « Patient-Centered Care ». Dans ce cadre, les fournisseurs de soins doivent se coordonner concernant toutes les étapes de la prise en charge du patient, ce qui conduit à une meilleure efficacité du système, une réduction des coûts et une amélioration de la qualité, notamment à travers une réduction des taux de complications, de ré-hospitalisation et d'admission en urgence. Selon le niveau de maturité, ces modes de financement favorisent également l'intégration des stratégies de prévention. Ces évolutions des modes de financement se caractérisent en outre par un transfert des risques aux prestataires.

Figure 01. Niveau de transfert du risque des modes de financement.



Source : Antares Consulting



## ET NOUS QUE VOULONS-NOUS ?

- HONORAIRE = CHIRURGIE X 0,8
- SAUF : \* CODES ANESTHESIE  $\leq$  K51: CHIRURGIE=ANESTHESIE .  
STOP DES ANESTHÉSIES À 50 € !!!!!
  - \* AGES EXTRÊMES 0 – 6 MOIS SOUVENT 2 ANESTHÉSISTES : + 0,5
  - 6 MOIS – 2 ANS : + 0,3
  - 2 ANS – 5 ANS : + 0,2
  - > 85 ANS : + 0,2
- PREOP : DISTINCTION CONSULTATION AMBULATOIRE ( 48 H ) ET HOSPITALISATION CLASSIQUE ( 8 JRS )
- ANALGESIE POST OP : CODE POUR MISE EN PLACE PERI OU BLOC
- CODE POUR PERMANENCE INTRAHOSPITALIERE : POST OP , ASSISTANTS , URGENCES ....



## **AUTRES SOLUTIONS ?**

ASA.....

MONITORING.....ABUS , PREUVE DE FORMATION ADÉQUATE , PREUVE MATÉRIEL UTILISÉ.....

TEMPS .....

ICD 10.....À POSTERIORI

**KEEP IT SIMPLE.....**