

Les honoraires professionnels médicaux dans le cadre du plan de réforme du financement hospitalier de 2015

Study of the medical professional fees within the framework of the Belgian hospital financing reform plan adopted in 2015.

LECLERCQ P.¹, MARESCHAL B.², MARTINS D.¹, BARDIAUX S.¹, VAN DEN BULCKE J.¹ et PIRSON M.¹

¹Ecole de Santé publique, Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences infirmières, Université libre de Bruxelles (ULB)

²Ecole de Santé publique, Solvay Brussels School of Economics & Management, Université libre de Bruxelles (ULB)

RÉSUMÉ

La décision d'entreprendre une réforme du financement des hôpitaux belges a été officiellement annoncée en 2015 par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Cette décision succède à des années d'hésitation et de réflexion dont l'article synthétise les principales étapes.

L'étude est consacrée aux travaux destinés à préparer la réforme du financement de l'activité médicale (honoraires professionnels et frais de fonctionnement). Dans cet article, on décrit la méthodologie développée pour créer des échelles de valeurs mesurant l'intensité de la charge du travail médical (EVR ICTML). A l'issue des travaux, un modèle d'EVR ICTM a pu être créé pour chacune des 17 spécialités médicales étudiées. En répartissant les montants remboursés par l'assurance maladie sur les prestations à l'aide des EVR ICTM, on a obtenu des nouvelles propositions de tarifs que l'on peut comparer aux tarifs de la nomenclature actuelle. Cette technique devrait permettre d'aboutir à une meilleure équité entre rétributions des praticiens d'une même discipline. L'étude a également montré qu'il est possible d'obtenir la participation d'un grand nombre de spécialistes grâce à l'utilisation de questionnaires électroniques. On a observé une grande homogénéité des réponses et une adhésion aux paramètres proposés (durée, complexité et risque).

La principale conclusion est qu'il est nécessaire d'entreprendre une réforme structurelle de l'ensemble de la nomenclature des soins de santé en parallèle avec la réforme du financement des hôpitaux. Cette étude a contribué à cette décision : la réforme de la classification belge des actes médicaux a débuté en juin 2019.

Rev Med Brux 2021 ; 42 :

Doi : 10.30637/2021.20-087

ABSTRACT

The decision to undertake a reform of the Belgian hospitals financing was officially announced in 2015 by the Minister of Social Affairs and Public Health. This decision follows years of hesitation and reflection. Main stages are summarised in this article.

The study is dedicated to the intended work to prepare the reform of the medical activity financing (professional fees and operating costs). This article describes the methodology developed to create value scales that measure the intensity of medical workload (RVUS MW). At the end of the work, a RVUS MW model was created for each of the 17 medical specialties analysed. By distributing the amounts reimbursed by health insurance on the medical procedures using the RVUS MW, new tariff proposals that can be compared to the tariffs of the current nomenclature were obtained. This technique is expected to achieve a better equity in the remuneration between physicians of the same discipline. The study also showed that it is possible to obtain the participation of many specialists using electronic questionnaires. A high degree of homogeneity in the responses and adherence to the proposed parameters (duration, complexity and risk) were observed.

The main conclusion is that it is necessary to undertake a structural reform of the whole health care nomenclature in parallel with the reform of hospital financing. This study contributed to this decision: the reform of the Belgian classification of medical acts started in June 2019.

Rev Med Brux 2021 ; 42 :

Doi : 10.30637/2021.20-087

Key words: Financing, hospitals, fees, medical, Belgium

CONTEXTE

Après plusieurs années d'hésitation et de réflexions, le Gouvernement belge a décidé d'entreprendre une réforme du financement des hôpitaux.

Les années d'hésitation et de réflexion

Caractéristiques du système de financement hospitalier belge

C'est un système mixte où interviennent différentes sources de financementⁱ :

(a) les prestations médicales sont tarifées à l'acte. La biologie et l'imagerie sont cependant partiellement forfaitarisées. Sauf exceptions, le tarif couvre de manière globale la rétribution médicale et les frais de fonctionnement. Les médecins et les gestionnaires doivent négocier une répartition des honoraires provenant des actes médicaux pour déterminer la part attribuée à la rétribution des médecins (rétrocession) ;

(b) les spécialités pharmaceutiques sont tarifées à l'unité (25 % des remboursements) mais 75 % du remboursement sont financés sous forme d'un forfait influencé par les pathologies prises en charge dans l'hôpital. Les molécules très onéreuses sont remboursées à l'unité. En règle générale les dispositifs médicaux implantables sont tarifés à l'unité ;

(c) le BMF (budget des moyens financiers) assure le financement du personnel soignant et paramédical, des produits médicaux courants, des équipements lourds, des charges administratives et hôtelières et des infrastructures pour les soins délivrés en hospitalisation classique et de jour (ainsi que pour certains actes médicaux).

Le système suscite différentes critiques

Au fil des années, les différentes adaptations ont alourdi la gestion d'un système déjà très complexe. Cette complexification a entraîné un manque de transparence qui contribue à décrédibiliser l'ensemble du financement. Les négociations médecins-gestionnaires sont de plus en plus tendues lorsque les ressources du BMF sont limitées (les honoraires jouant, selon les syndicats médicaux, le rôle de variable d'ajustement). En règle générale, le système actuel pousse les gestionnaires et les médecins à se concentrer sur la progression du chiffre d'affaires en augmentant l'activité.

Initiatives et recommandations

De nombreux forfaits ont été instaurés tant au niveau des actes médicaux que des produits pharmaceutiques. A bien y regarder, le BMF n'est qu'un agrégat de forfaits. Il s'agit cependant d'un ensemble très disparate et très fragmentaire. Ce système est encore fort éloigné du concept d'un forfait prospectif destiné à couvrir l'ensemble des ressources mobilisées pour la prise en charge globale de chacune des pathologies qui justifient l'hospitalisation des patients.

Même si des initiatives ont été entreprises dès le début des années 2000 pour explorer la possibilité d'instaurer en Belgique un financement basé sur le coût de la prise en charge des pathologies^{2,3}, il a fallu attendre

usqu'en 2010 pour que le KCE^{i,4} se prononce pour une réforme du système de financement. Il a encore fallu trois ans pour que le gouvernement belge décide de s'engager dans cette voie et deux années supplémentaires pour que la Ministre des Affaires sociales présente un projet de politique générale visant à mettre en œuvre cette réforme.

La décision et le plan d'action

Un système de forfaits à la pathologie dans lesquels les actes médicaux ont un statut particulier

Le projet a été présenté en 2015⁵. Il prévoit différentes actions qui, selon la ministre des Affaires Sociales, constituent un ensemble interdépendantⁱⁱ. Le volet réforme du financement hospitalier prévoit :

- que des systèmes différents de financement coexisteront selon qu'il s'agit de patients ambulants consultant dans la « polyclinique » hospitalière (paiement à l'acte) ou de patients hospitalisés. Ces derniers sont distribués dans des APR DRGⁱⁱⁱ qui joueront un rôle important dans le mode de financement ;
- que les APR DRG seront distribués dans trois « clusters » : basse variabilité, moyenne variabilité et haute variabilité.
- que le financement des APR DRG faisant partie du « cluster » basse variabilité sera assuré par un forfait global couvrant à la fois les montants financés antérieurement par le BMF, les produits pharmaceutiques et les actes médicaux. « *Le prix est fixé d'avance et il est indépendant du processus de soins réel pour le patient individuellement. S'il faut dispenser davantage de soins par patient que ce qui est prévu normalement, le risque est assumé par l'hôpital* »^{iv}.

En fait, il s'agit de deux forfaits car la Ministre, soucieuse de respecter le principe selon lequel les honoraires appartiennent aux médecins, maintient ces honoraires hors du forfait destiné aux gestionnaires. Ces forfaits seront calculés à partir des tarifs actuels et non à partir des coûts réels issus d'un échantillon d'hôpitaux (ce qui est cité comme une possibilité mais à une date indéterminée) ;

que le financement des clusters à moyenne et haute variabilité devra faire l'objet d'études ultérieures. La majorité des dépenses hospitalières restera donc financée pendant plusieurs années selon les règles présentées ci-dessus.

Un plan progressif

Pour ce qui concerne le cluster « basse variabilité », diverses étapes étaient prévues selon le calendrier suivant :

i KCE (*Kenniscentrum* - Centre d'Expertise) : le KCE est un centre de recherches qui rend des avis scientifiques sur des sujets relatifs aux soins de santé. Son statut de parastatal lui garantit une indépendance vis-à-vis des pouvoirs subsidiaires, qui sont essentiellement les autorités fédérales.

ii Les principales actions de l'approche sont : l'obligation de grouper les hôpitaux en réseaux, une réforme structurelle de la nomenclature des soins de santé, une réforme du financement des hôpitaux, une meilleure coordination des tâches entre médecins et paramédicaux.

iii APR DRG : *All Patient Refined Diagnosis Related Groups*, version V34.

iv Les caractères en italique sont des citations directes de la Ministre dans son projet politique⁵.

(a) A partir de janvier 2017, le plan prévoyait la mise en place d'une première phase visant à établir un système prospectif forfaitaire pour les honoraires (forfait médical).

« Les médecins ne sont plus payés pour leurs prestations prises séparément mais ils reçoivent un montant forfaitaire pour l'ensemble des prestations médicales indépendamment des soins réellement dispensés » ;

(b) A partir de 2018, les séjours des APR DRG « basse variabilité » devaient faire l'objet d'un second financement forfaitaire (forfait hôpital) couvrant à la fois les produits pharmaceutiques et le personnel soignant ainsi que les produits médicaux dispensés dans les unités de soins (soit +/- 45 % du BMF) ;

(c) A une date indéterminée, les honoraires prospectifs mis en place lors de la phase 1 « pourront être subdivisés en une 'partie professionnelle', qui englobe les indemnités pour le travail du médecin et une partie 'frais de fonctionnement' qui comprend l'indemnité pour l'emploi de personnel, l'utilisation de l'infrastructure et du matériel pour pouvoir réaliser des prestations médicales. Selon les pistes retenues pour la révision de la nomenclature, la partie 'frais de fonctionnement' sera éventuellement intégrée dans le forfait hôpital ».

La mise en œuvre du plan de réforme

Différentes études ont été commandées par la ministre en vue de préparer la réforme projetée.

Déterminer les forfaits à basse variabilité (2016-2017)

La Ministre a demandé au KCE et à l'INAMI^v de déterminer les groupes de patients qui feront partie du cluster dit « à basse variabilité ».

Ces travaux ont abouti à 57 groupes de patients (GPS) constituant le cluster « basse variabilité ». Un groupe de patients peut parfois contenir 2 APR DRG et un APR DRG peut se voir classer dans 2 groupes de patients différents.

Les forfaits d'honoraires médicaux (2017-2019)

A partir de janvier 2019, les honoraires médicaux des 57 GPS ont été forfaitarisés. Les médecins et les hôpitaux négocient comme par le passé les rétrocessions mais la répartition des honoraires forfaitaires rétrocedés entre les médecins prestataires représente un nouveau défi pour le corps médical.

Transformer la partie B2 du BMF en forfaits par pathologie (2016-2017)

L'étude confiée à l'Universitair Ziekenhuis Leuven (UZL) visait à analyser la composante principale du BMF (partie B2 comprenant le financement du personnel soignant des unités de soins et les produits médicaux courants) en se basant sur les données d'une vingtaine d'hôpitaux. L'objectif était de proposer une méthodologie pour permettre la liquidation de ce budget sous forme de forfaits en fonction des pathologies ou des GPS pris en charge dans les hôpitaux.

L'étude et ses conclusions ont été remises à la ministre en janvier 2018. Une décision politique sur le devenir

de cette étude devra être prise par le nouveau ministre (Frank Vandenbroucke) nommé en octobre 2020.

Déterminer la part de frais de fonctionnement dans les honoraires médicaux (2016-2017)

Après avoir réuni dans des forfaits les honoraires médicaux des actes prestés pour les patients des GPS, la ministre envisageait la scission de ces forfaits en deux parties dans une étape ultérieure (voir ci-dessus le plan progressif - point c). Pour vérifier la faisabilité de cette opération, le Département de Recherche en Economie de la Santé de l'Université libre De Bruxelles (DESULB^{vi}) a été chargé de « proposer des méthodologies pour déterminer les frais de fonctionnement et pour élaborer des échelles de valeurs relatives (EVR) permettant le financement des coûts professionnels (HP) et des frais de fonctionnement (FF) des actes médicaux ».

En janvier 2018, les résultats accompagnés de recommandations ont été transmis à la ministre⁶. Ces résultats ont suscité l'intérêt de l'INAMI qui a demandé au DESULB de proposer un plan de réforme structurelle de la nomenclature belge des soins de santé (NSS Vo). En juin 2019, le DESULB a été chargé par l'INAMI de mettre en œuvre ce plan de réforme.

L'étude réalisée par le DESULB (problématique des honoraires médicaux dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, rapport du 18 janvier 2018) constitue donc une étape dans le cadre de l'évolution du financement de l'activité médicale en Belgique.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE « HONORAIRES PROFESSIONNELS MÉDICAUX » (2016 - 2017)

Seuls les actes techniques médico-chirurgicaux qui concernent les patients regroupés dans les 57 GPS « basse variabilité » (voir ci-dessus : La mise en œuvre du plan de réforme) sont concernés.

A l'origine le Ministère souhaitait seulement que, pour ces actes, on sépare les honoraires professionnels de frais de fonctionnement liés à l'activité médicale. Comme les tarifs ne sont pas négociés à partir de paramètres objectifs, on ne dispose d'aucune base pour effectuer la scission souhaitée.

Les responsables académiques de l'étude ont obtenu une reformulation de l'objectif concernant les honoraires professionnels : « pour un échantillon diversifié et représentatif de l'activité médicale concernant les GPS, élaboration d'échelles de valeurs relatives (EVR) intra disciplinaires permettant d'imputer, de manière équitable, des budgets destinés à rétribuer les médecins de chaque discipline ». L'autorité publique doit fixer ces budgets en fonction de ses moyens et de sa politique.

vi DESULB : dans le cadre de cette communication, le Centre de Recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences infirmières (CR1) et le Centre universitaire de Gestion, Economie et Droit appliqués aux Institutions de Soins et de Santé (GEDIS asbl) forment un ensemble opérationnel appelé 'Département d'Economie de la Santé' (DESULB).

v INAMI : Institut national d'Assurance Maladie Invalidité.

- Le système de financement hospitalier belge (financement à l'acte, budget des moyens financiers) est complexe et obsolète.
- Une réforme du financement prévoyant l'introduction progressive de forfaits par pathologie a été engagée en 2015.
- La Ministre a choisi de débiter cette réforme par des forfaits limités aux honoraires médicaux, sujet qui concerne plutôt la nomenclature des prestations de santé. Cette stratégie est originale mais ne contribue pas à clarifier le financement hospitalier.
- Cette décision a néanmoins été l'occasion d'entamer des études destinées à séparer les différentes composantes des honoraires médicaux (partie professionnelle et partie frais de fonctionnement).

MÉTHODOLOGIES

Choix des actes techniques médicaux et chirurgicaux

Le KCE a identifié les APR DRG qui correspondaient au cluster « basse variabilité »⁷. En classant les actes médicaux de ces APR DRG par discipline et en appliquant une méthode de Pareto, 355 actes techniques médico-chirurgicaux ont été identifiés. Ils constituent un échantillon limité mais représentatif de l'activité médicale du cluster « basse variabilité ».

Lors des réunions de l'équipe de recherche avec les experts médicaux de chaque discipline pour déterminer et valider les paramètres permettant de construire les EVR (voir le paragraphe concernant la préparation des questionnaires), il n'a pas été possible de s'en tenir strictement aux libellés de la nomenclature actuelle. En effet, les experts ont fait remarquer que l'intensité de la charge du travail médical (ou les frais de fonctionnement) de certains actes chirurgicaux dépendaient, notamment, de la voie d'abord choisie ce dont la nomenclature actuelle ne rendait généralement pas compte. Pour éviter un blocage de l'étude, certains actes ont été dédoublés ou détriplés. La liste finale concerne 382 actes qui couvrent 19 disciplines médicales et chirurgicales.

En croisant les actes de l'échantillon avec ceux qui peuvent être extraits des GPS, on a pu constater que ces actes couvrent en moyenne 79 % du chiffre d'affaires relatif aux actes qu'on est susceptible de retrouver dans les GPS (médiane 74 % : min : 52 %, max : 92 %).

Paramètres, scores et échelles de valeurs relatives (EVR)

En 1982, Berman⁸ utilisait déjà une méthode de poids pondérés (*Weighted Procedure Rate Method*) pour attribuer à chaque prestation d'un laboratoire de biologie clinique un poids basé sur la consommation relative de ressources nécessitées par la production de la prestation.

Depuis les travaux de Hsiao⁹, les EVR intra ou interdisciplinaires médicales sont élaborées à partir de scores mesurant l'intensité du travail médical. Les EVR utilisées couramment par l'équipe du DESULB pour imputer les coûts des médecins sur les actes qu'ils réalisent

sont construites selon les mêmes principes^{10,11}. Les scores intègrent les trois paramètres caractérisant la charge du travail des médecins selon Birdsall¹².

Chaque paramètre doit être défini avec précision (il peut varier selon la spécialité médicale^{vi}) et il faut s'assurer que les médecins qui doivent fournir les informations relatives à ces paramètres ont bien compris la signification de ceux-ci.

Durée

C'est le temps médecin nécessaire pour la réalisation complète de l'examen. Il comprend notamment les manipulations des équipements si le médecin participe à la réalisation proprement dite de l'examen, le travail de lecture et d'interprétation, le travail de staff à l'occasion de cet examen et tout autre travail qui a consommé de la ressource médecin pour mener l'examen à son terme.

Complexité

C'est l'estimation de la formation et de l'expérience jugée nécessaire pour la réalisation de l'acte médical (par exemple, faut-il une longue pratique, des stages spécialisés avant d'être capable d'exécuter et d'interpréter correctement l'examen ?). La complexité est estimée en points sur une échelle comportant 5 notations entre 1 (le moins complexe) et 5 (le plus complexe).

Risque

La réalisation de l'intervention/examen ou l'interprétation des résultats d'un examen peuvent comporter des risques importants pour le patient. Ces risques génèrent du stress chez le praticien. Dans la littérature, ce stress doit être pris en considération dans l'évaluation du poids relatif à attribuer à chaque acte médical au sein de sa discipline. Le risque est estimé en points sur une échelle comportant 5 notations entre 1 (le moins complexe) et 5 (le plus complexe).

Enregistrement des données permettant la quantification des paramètres médicaux

Afin d'offrir au plus grand nombre possible de médecins spécialistes l'occasion de communiquer leurs estimations relatives à ces paramètres, l'équipe de recherche a décidé d'utiliser des questionnaires électroniques. Ceux-ci ont été mis au point pour chaque spécialité puis diffusés avec l'aide des sociétés médicales. Les enregistrements ont été analysés par les chercheurs. Les synthèses de ces analyses ont été présentées et discutées par des experts de chaque discipline médicale qui ont procédé aux arbitrages nécessaires. Ces mêmes experts ont ensuite participé directement à l'opération convertissant les valeurs moyennes des différents paramètres en un score unique par acte médical. L'ensemble des scores de chaque spécialité constitue l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives de l'intensité de la charge du travail médical.

⁷ Exemple : la durée du travail médical du radiologue correspond au temps nécessaire pour dicter le protocole de l'examen sauf quand il réalise l'acte lui-même (ex : échographie). Le travail de certains chirurgiens (plasticiens) peut débiter en dehors de la salle d'opération, etc.

La préparation des questionnaires

Chaque questionnaire regroupait les actes médicaux d'une des 17^{viii} spécialités médicales étudiées. En moyenne un questionnaire comportait 31 actes (le questionnaire le plus important comportait 65 actes).

Afin de faciliter le travail des médecins destinataires des questionnaires, des valeurs ont été proposées pour chaque paramètre de chaque acte. Ces propositions étaient formulées par des petits groupes d'experts désignés par les sociétés savantes. Les valeurs

proposées pour la durée, la complexité et le risque étaient simplement indicatives.

Les questionnaires transmis aux médecins permettaient, pour chaque acte médical, d'approuver les propositions ou de les modifier sur base de leur propre expérience. En cas de désaccord avec les propositions, le médecin était invité à sélectionner dans de petits menus déroulants les valeurs qu'il souhaitait attribuer. Il était également possible d'indiquer qu'on ne se considérait pas compétent pour évaluer tel ou tel acte médical (figure 1).

viii La biologie et l'anesthésiologie ne se prêtaient pas à cette technique.

Figure 1

XXXX

code INAMI	Description	Durée	Complexité	Risque	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
		En minutes	De 1 à 5	De 1 à 5			
ENDOSCOPIE							
260271 – 260282	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme (260271 260282)	15'	1	1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
260293 – 260304	Cystoscopie avec cathétérisme des uretères (260293 260304)	20'	2	1	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
260315 – 260326	Cystoscopie avec fulguration (260315 260326)	30'	2	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
260330 – 260341	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique, chez la femme (260330 260341)	15'	1	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
262356 – 262360	Urétroscopie ou urétéroréno-scopie diagnostique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale (262356 262360)	45'	2	2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
262371 – 262382	Urétroscopie ou urétéroréno-scopie thérapeutique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement de la lithiase, d'abcès, de lésions ou sténose (262371 262382)	60'	3	3	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BLOC OPERATOIRE							
260094 – 260105	Intervention chirurgicale pour hydronéphrose par plastique du bassinet (260094 260105)	180'	3	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
260411 – 260422	Cystectomie totale, avec anastomose urétéro-intestinale, en un même temps (260411 260422)	300'	4	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
260433 – 260444	Cystectomie totale avec remplacement vésical par greffon intestinal (260433 260444)	300'	4	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
260470 – 260481	Résection endoscopique du col de la vessie ou de valves urétrales postérieures, y compris la cystoscopie (260470 260481)	30'	2	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

La diffusion des questionnaires

Avec l'aide du groupement belge des spécialistes (GBS-VBS) et de différentes sociétés savantes, une très large diffusion des questionnaires a été possible. Tout médecin qui le souhaitait a donc pu participer à l'étude. Pour vérifier la représentativité des répondants, chacun de ceux-ci devait répondre à un petit questionnaire anonyme.

Extraction et validation des réponses fournies par les médecins

L'analyse des enregistrements de chaque spécialité a été soumise à un groupe d'experts afin de valider les valeurs des paramètres résultant de l'enquête. Les réponses étaient considérées comme hétérogènes pour un acte donné si le coefficient de variation des durées enregistrées était de plus de 0,30 ou lorsque moins de 80 % des répondants avaient opté pour un même niveau de complexité ou de risque. Dans ce cas, les experts étaient invités à arbitrer de manière consensuelle les discordances observées. A l'issue de cette validation, tout acte était doté d'une durée, d'un niveau de complexité et d'un niveau de risque représentatif de la

perception des répondants à l'étude.

Calcul des scores d'intensité de la charge du travail médical

Pour chaque acte (A_i , $i=1, \dots, n$) de chaque spécialité, un score global relatif GS_i est obtenu en introduisant deux valeurs de référence :

- Le score minimum GS_{min} correspond à un acte d'une durée de 60 minutes et de complexité et risque minimaux (niveau 1) ;
- Le score maximum GS_{max} correspond à un acte d'une durée de 60 minutes et de complexité et risque maximaux (niveau 5).

Un modèle multiplicatif est utilisé afin de pouvoir contrôler les interactions entre les facteurs et permettre une relation de proportionnalité entre durée et score :

$$GS_i = D_i^\beta \times GS_{min} \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{C_i - 1}{4}\right)^\alpha\right)^w \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{R_i - 1}{4}\right)^\alpha\right)^{1-w}$$

Avec :

$$\Delta_{rel} = \frac{GS_{max} - GS_{min}}{GS_{min}}$$

Ce modèle dépend de 3 paramètres :

w détermine le poids relatif du facteur complexité par rapport au facteur risque : pour $w = 0,5$ les deux facteurs influent de façon identique le score global. Le paramètre w peut être ajusté en fonction des avis des experts pour donner plus ou moins d'importance au facteur complexité par rapport au facteur risque.

- α permet de contrôler la linéarité de l'effet des facteurs complexité et risque ;
- β permet de contrôler l'impact de la durée de l'acte sur le score global. Ce paramètre peut être ajusté par les experts en fonction de l'impact souhaité de la durée sur le score global ;
- Cette méthode a été expliquée aux experts de chaque spécialité. Ces experts ont ensuite discuté entre eux de la fixation des paramètres GSmin et GSmax ainsi que les valeur w et β ;
- L'échelle de valeurs relatives de l'intensité de la charge du travail médical (EVR ICTM) était alors calculée et affichée directement afin que les experts constatent et valident le résultat des travaux.

RÉSULTATS

L'étude visait à fournir des Echelles de Valeurs relatives de l'Intensité de la Charge du Travail médical (EVR ICTM) par spécialité permettant de répartir de manière équitable les montants d'honoraires professionnels attribués à ces différentes disciplines médicales en fonction des actes réalisés. Les résultats de l'étude ont été présentés sous forme de tableaux pour chacune des spécialités étudiées.

Éléments quantitatifs en relation avec le déroulement de l'étude

Trois questions semblent présenter un intérêt à la fois pour l'interprétation des résultats actuels et dans l'hypothèse de la répétition ultérieure d'un type d'étude similaire à des fins d'actualisation.

Participation des spécialistes médicaux

Les questionnaires électroniques ont été envoyés à plus de 6.000 spécialistes. Le taux moyen de réponses, toutes spécialités confondues a été de 11 % (minimum 8 % pour les cardiologues, maximum 22 % pour les chirurgiens cardiaques). Les répondants étaient expérimentés (pratique de > 10 ans pour 83 %), en majorité des indépendants (77 %) et le plus souvent des hommes (90 %). 57 % des spécialistes travaillaient en Flandre, 27 % en Wallonie et 16 % à Bruxelles. 71 % exerçaient leurs activités dans des hôpitaux généraux (47 % institutions privées et 52 % institutions publiques) tandis que 29 % pratiquaient dans des hôpitaux académiques. En se basant sur les résultats d'autres enquêtes organisées à leur initiative, les organisations médicales ont jugé suffisamment représentative la participation des spécialistes à cette étude.

Homogénéité des réponses aux questionnaires électroniques

Dans la majorité des spécialités, les réponses ont été remarquablement homogènes. En moyenne, les ex-

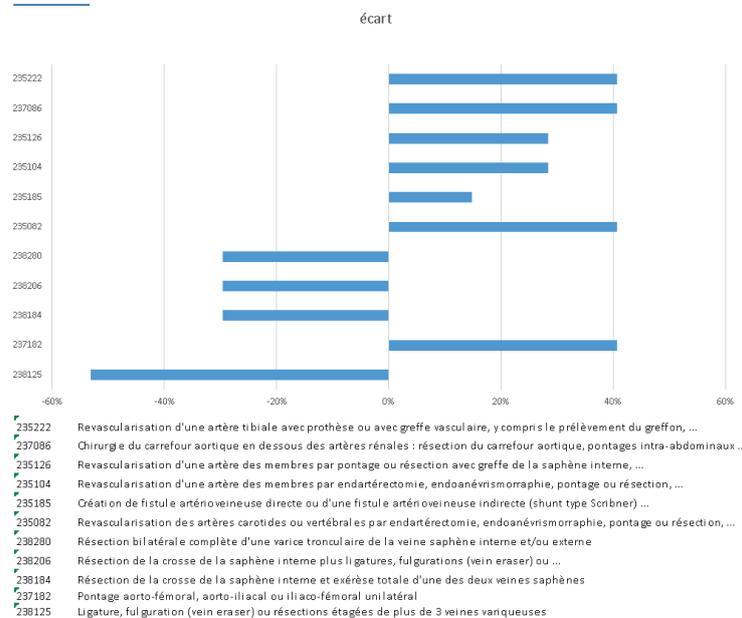
perts n'ont constaté une hétérogénéité que pour 3 % des actes pour le paramètre « durée » (notamment les neurochirurgiens et les orthopédistes), pour 2 % des actes pour le paramètre « complexité » et pour 6 % des actes pour le paramètre « risque » (notamment les radiologues et les ophtalmologues).

Importance des paramètres complexité et risque par rapport au paramètre durée

Parmi les techniques permettant de procéder à cette évaluation, on peut choisir de répartir un même montant d'honoraire à l'aide de deux échelles dont une intègre les paramètres « Complexité et Risque » et l'autre pas (le seul paramètre pris en compte est la Durée). En procédant de cette manière, on peut observer les écarts entre les deux échelles. Par exemple au sein d'une discipline comme la chirurgie vasculaire, les écarts fluctuent entre - 53 % pour la prestation « Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de plus de 3 veines variqueuses » à + 41 % pour la prestation « Chirurgie du carrefour aortique en dessous des artères rénales ... » (graphique 1).

Graphique 1

xxxxx



Si une minute de chirurgie vasculaire est rémunérée en moyenne à 2,66 €, chaque minute pondérée par la complexité et le risque consacrée à la réalisation d'une ligature, fulguration... ne serait plus rémunérée qu'à raison de 1,25 € tandis que chaque minute pondérée par la complexité et le risque consacrée à une chirurgie du carrefour aortique... donnerait lieu à une rémunération de 3,75 €.

Toutes spécialités confondues, l'ampleur moyenne des écarts (en valeur absolue) est de 24 %. Certaines disciplines comme la cardiologie ou l'ORL sont plus impactées (écart absolu moyen 40 % et plus) que d'autres comme la gynécologie ou l'orthopédie (écart absolu moyen moins de 20 %)

Ces analyses confirment les enseignements de la littérature. Si on veut correctement rétribuer les actes médi-

caux, il est nécessaire de pondérer la durée consacrée à leur réalisation par d'autres paramètres représentatifs de l'intensité du travail médical.

Echelles de valeurs relatives du travail médical (EVR ICTM) et financement de l'activité professionnelle des spécialistes

Echelles de valeurs relatives de l'intensité de la charge du travail médical

Pour chaque discipline médicale étudiée, les scores d'intensité du travail médical sont présentés sous forme d'une échelle de valeurs relatives (EVR ICTM). Un fragment de l'échelle de gynécologie est présenté ci-dessous à titre d'exemple (tableau 1)

Tableau 1

XXXXX

Code ambulatoire	Code hospitalisation	LIBELLE	SCORE
431351	431362	Hystérectomie totale élargie, avec lymphadénectomie pelvienne	763,06
432456	432460	Résection complète de l'endomètre, y compris l'hystéroscopie et le curetage	134,97
432390	432401	Hystéroscopie diagnostique avec ou sans biopsie ou cytologie, avec protocole	58,49
432294	432305	Conisation du col utérin	43,43
431314	431325	Hystérectomie totale par voie vaginale	180,75
432574	432585	Salpingotomie ou salpingectomie partielle en cas de grossesse tubaire avec confirmation anatomopathologique	160,76
432596	432600	Kystectomie ovarienne avec ou sans ovarioplastie avec confirmation anatomopathologique	193,90
432434	432445	Aspiration folliculaire par ponction sous contrôle échographique ou par laparoscopie	59,92
432751	432762	Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire par l'apposition transvaginale d'un treillis sous-urétral en matériel synthétique	71,79
227636	227640	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne	171,28
227695	227706	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne avec évitement axillaire	293,43
227850	227861	Résection complète d'une lésion bénigne du sein	92,03
Etc	Etc	Etc	Etc

Comparaison entre remboursement « actuel » du travail professionnel et remboursement basé sur les échelles de valeurs relatives représentatives de l'intensité du travail médical

Pour chaque acte médical d'une spécialité, on connaît le montant du remboursement actuellement financé par l'INAMI (CA U INAMI) ainsi que le volume des actes prestés. A partir de ces données, on peut calculer le montant remboursé pour chaque spécialité. En utilisant les EVR ICTM, on peut calculer un honoraire professionnel « représentatif de l'intensité de l'activité médicale » (CA U SCORE). L'hypothèse est acceptable pour les actes chirurgicaux ; elle doit être nuancée pour les actes médicaux.

Dix-sept tableaux rendent compte des différences entre les deux échelles (EVR INAMI et EVR SCORE). Ils sont accompagnés de graphiques dont un exemple est présenté (graphique 2).

Dix-sept tableaux rendent compte des différences entre les deux échelles (EVR INAMI et EVR SCORE). Ils sont accompagnés de graphiques dont un exemple est présenté (graphique 2).

Graphique 2

XXXXX



Si on se base sur une échelle de valeur relative justifiée par des paramètres validés par un grand nombre de spécialistes d'une discipline, la répartition de la même masse globale d'honoraires professionnels sur les actes pourrait permettre un rééquilibrage de ceux-ci. Cette technique devrait permettre une meilleure équité entre rétributions des praticiens d'une même discipline.

- La méthodologie repose sur une sélection d'actes représentatifs dans chacune des 17 spécialités étudiées, d'un choix de paramètres adéquats pour mesurer l'intensité du travail médical, de l'utilisation de questionnaires électroniques pour enregistrer les scores attribués par un large panel de spécialistes et d'une formule originale permettant d'agrèger des données objectives (durées) et semi-subjectives (complexité et risque) ;
- Le taux de participation des spécialistes a été relativement élevé et permet de légitimer les résultats ;
- L'homogénéité des réponses tant au niveau des durées qu'à celui des complexités et des risques a limité le recours aux arbitrages par des experts a posteriori ;
- Pour rendre correctement compte de l'intensité de la charge du travail médical, la durée de réalisation de l'acte doit être pondérée par des paramètres tels que la complexité et le risque dont l'appréciation est évidemment plus subjective ;
- L'utilisation des échelles de valeurs relatives développées pour les 17 spécialités étudiées a permis d'obtenir des tarifs pondérés par l'intensité du travail médical. Ces tarifs peuvent être comparés avec les tarifs actuel de la nomenclature. Pour de nombreuses prestations de chaque spécialité la différence est importante.

DISCUSSION

Le cadre dans lequel s'insère la présente étude est un sujet de perplexité et d'inquiétude

Après de nombreux pays occidentaux, la Belgique s'engage dans la voie d'un financement forfaitaire à la pathologie.

La ministre disposait de plusieurs études du KCE¹³⁻¹⁵. Des universitaires ont publié des articles assortis de recommandations¹⁶⁻¹⁸. Une littérature internationale fouillée et abondante a été consacrée à la matière¹⁹⁻²³.

La ministre aborde le problème avec la volonté d'innover :

- elle veut grouper les pathologies selon le degré de variabilité médico-économique et charge le KCE de donner des contours à ce concept théorique⁷ ;
- elle veut isoler la forfaitarisation des pathologies à faible variabilité du reste du financement et réaliser ainsi une première étape irréversible dans la voie de la forfaitarisation ;
- elle invente de nouveaux agrégats médico-économiques : les GPS qui remplacent les APR DRG pour ce financement ;
- elle scinde les tarifs « basse variabilité » en deux forfaits. Elle instaurera d'abord des forfaits d'actes médicaux par GPS (2019). Ultérieurement (à une date encore inconnue) des forfaits regroupant d'autres éléments de financement (personnel soignant et produits pharmaceutiques) devraient être instaurés (par GPS ? par APR DRG ?) ;
- elle n'envisage pas (avant plusieurs années) de baser le calcul des forfaits sur les coûts réels d'un échantillon d'hôpitaux. Elle préfère « détricoter^{ix} » le système de financement actuel pour le réattribuer aux hôpitaux sous forme de forfaits ;
- elle maintient les charges hôtelières et administratives hors des forfaits.

ix Le terme néerlandais utilisé par la Ministre est très explicite : « *ontrafeling* ». Il ne s'agit pas tant de changer le contenu du financement que d'en modifier les modalités de liquidation.

AMBU	HOSPI	LIBELLE
260890	260901	Orchidopexie simple
260794	260805	Ligature d'un canal déférent
260934	260945	Circoncision
260271	260282	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme
260293	260304	Cystoscopie avec cathétérisme des urètres
262371	262382	Urétroscopie ou urétéroréno-scopie thérapeutique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement de la lithiase, d'abcès, de lésions ou sténose
260094	260105	Intervention chirurgicale pour hydronéphrose par plastique du bassinet
260632	260643	Prostatectomie
261671	261682	Néphrectomie totale radicale ou partielle pour tumeur y compris une éventuelle lymphadénectomie
261553	261564	Réséction endoscopique de la prostate, y compris la cystoscopie
260875	260886	Réséction ou retournement de la vaginale
262334	262345	Cystectomie radicale avec constitution d'une néo-vessie entérique ou entérocolique anastomosée au moignon urétral avec ou sans anus de protection
260956	260960	Urétrotomie externe ou interne
261391	261402	Cure totale d'une tumeur vésicale par réséction endoscopique y compris la cystoscopie (ne peut être portée en compte qu'une fois par an)
260912	260923	Orchidopexie double
261796	261800	Prostatectomie totale, y compris l'exérèse du bloc vésiculaire avec suture uréthro-vésicale
260433	260444	Cystectomie totale avec remplacement vésical par greffon intestinal

Nombreux sont les acteurs de terrain qui redoutent un système plus complexe, plus parcellaire et encore plus désordonné que ce qu'ils gèrent actuellement.

La toute première phase (forfaits d'honoraires) annoncée pour 2017 a été reportée à plusieurs reprises pour devenir réalité au 1^{er} janvier 2019. Aucun calendrier connu n'a été annoncé pour d'autres étapes.

La réforme de la nomenclature des soins de santé, envisagée dans le plan initial de 2015, aurait dû accompagner voire précéder la réforme du financement hospitalier. Elle a été différée jusqu'en juin 2019.

Les incertitudes politiques qui entourent les soins de santé (enjeu d'une compétition entre entités fédérées et état fédéral) compliquent un projet qui n'a de chance d'aboutir que s'il s'échelonne sur une durée réduite.

Peut-être, à l'instar de ce qui a été réalisé dans d'autres pays voisins, aurait-il été souhaitable de mettre, préalablement, en place les outils dont la maîtrise apparaît indispensable pour assurer le succès d'un système de financement forfaitaire à la pathologie : une comptabilité analytique réellement uniforme et adaptée à un calcul de coût par pathologie, une nomenclature des procédures médicales standardisée et rationalisée, une informatique hospitalière efficiente et régulée.

La problématique des honoraires médicaux ne peut être dissociée d'une réforme du financement hospitalier

En Belgique, certains principes sont régulièrement rappelés : (a) les honoraires médicaux sont la propriété des médecins, (b) les honoraires ne se limitent pas à la rétribution du médecin mais financent également le coût des frais de fonctionnement, (c) au niveau des hôpitaux, une négociation entre gestionnaire et corps médical doit donc statuer sur la scission de ces honoraires (une partie du tarif revenant au gestionnaire pour couvrir les frais de fonctionnement, l'autre restant acquise aux médecins à titre de rétribution). De nombreuses exceptions à ces principes ont progressivement été introduites contribuant à augmenter la complexité d'un système déjà très peu transparent.

En décidant, pour les 57 pathologies à basse variabilité, de réunir les honoraires des actes médicaux effectués dans un forfait, la Ministre transforme une annonce politique en une première réalisation même si celle-ci est très limitée et sans grand impact sur le financement hospitalier. Elle base les forfaits sur les tarifs actuels des actes mais limite la quantité de ceux-ci à la moyenne des pratiques hospitalières (qui dépend, *in fine*, des comportements médicaux).

D'une part, on peut se demander si le système sera effectivement généralisé à la majorité des autres pathologies prises en charge par les hôpitaux et d'autre part, on comprend que les médecins adhèrent sans trop de difficulté à un système qui, dans l'ensemble ne remet pas en cause les principes auxquels ils sont attachés.

Probablement consciente que la problématique des honoraires médicaux ne peut se limiter à une initiative aussi partielle, la ministre avait d'emblée imaginé qu'une scission plus radicale des honoraires pourrait être envisagée. Elle espérait qu'il serait possible d'isoler dans les tarifs actuels une partie « tarif frais de

fonctionnement » et une partie « tarif honoraires professionnels ».

Le cadre de l'étude comportait plusieurs ambiguïtés qui ont été immédiatement soulignées :

(a) il fallait calculer des tarifs de frais de fonctionnement en s'appuyant sur des charges justifiées afin de pouvoirs scinder les honoraires sur cette base. Procéder de cette manière suscite automatiquement une question fondamentale : que se passerait-il si, après soustraction des tarifs justifiés des frais de fonctionnement, la partie destinée à rétribuer les honoraires professionnels était réduite à un montant dérisoire, voire inexistant ? De technique, le problème devenait rapidement politique ;

(b) La ministre déclarait « *que l'étude envisagée concernait le 'chantier financement des hôpitaux' indépendamment du 'chantier révision de la nomenclature'* ». Simultanément, elle ajoutait que « *les honoraires ne pourront être subdivisés en une 'partie professionnelle' et une 'partie frais de fonctionnement' qu'au moment où le thème de politique 'révision de la nomenclature' de l'accord gouvernemental sera développé* ».

La proposition a donc été un compromis : l'étude calculerait aussi correctement que possible le coût des frais de fonctionnement des actes sélectionnés et élaborerait sur cette base, des échelles de valeurs relatives par spécialité. Parallèlement, un travail similaire serait effectué pour la charge du travail médical qui devrait être à la base des honoraires professionnels. L'autorité politique devait, pour sa part, fixer les enveloppes budgétaires (honoraires médicaux et frais de fonctionnement) à répartir en fonction des échelles de valeurs relatives proposées. Ces enveloppes budgétaires n'ont pas été communiquées à l'équipe de recherche. Celle-ci a réalisé des simulations en s'appuyant sur différentes hypothèses qui ont été discutées dans le rapport remis à la ministre.

Les échelles de valeurs relatives de l'intensité de la charge du travail médical sont propres à chaque spécialité. Ce sont des échelles intra-disciplinaires dont l'utilisation impose des budgets spécifiques par discipline médicale. L'intérêt d'une échelle inter-disciplinaire^{24,25} a été évoqué mais écarté du périmètre de l'étude.

Spécificités propres à certaines disciplines médicales

Les méthodologies présentées ci-dessus ont été appliquées à l'ensemble des spécialités médicales. Certaines particularités inhérentes à telle ou telle discipline ont nécessité des approches spécifiques (par exemple : anesthésiologie²⁶, biologie clinique²⁷, chirurgie orthopédique).

Financement des hôpitaux et honoraires médicaux

Depuis la conclusion, en 2018, des études qui font l'objet du présent article, les sujets d'inquiétude décrits en début de discussion demeurent et même se multiplient. Le nouveau Ministre des Affaires sociales, l'INAMI et les hôpitaux sont confrontés à une crise sanitaire (COVID 19) sans précédent. Face aux difficultés des hôpitaux, la priorité a été au renforcement et à la revalori-

sation de l'encadrement infirmier, à la prise en charge de dépenses exceptionnelles et à celle des manques à gagner (réduction des activités programmées et du suivi habituel des patients en traitement) liés à l'épidémie. Une centaine de prestations nouvelles et temporaires ont complété la nomenclature (surveillance en soins intensifs, test de dépistage COVID, rééducation des patients COVID). Le développement des prestations (avis, consultations, concertations) sans contact physique (par téléphone ou par vidéo) a été officialisé et est remboursé.

En juin 2019, l'INAMI a donné le coup d'envoi d'une réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé. Le récent accord national médico-mutualiste 2021 affirme que cette réforme est cruciale pour le financement des hôpitaux et insiste pour qu'on aboutisse au plus vite à la scission des honoraires actuels en une partie professionnelle et une partie frais de fonctionnement lié à l'exécution des prestations médicales.

Les études réalisées entre 2016 et 2018 par le Département d'Economie de la Santé de l'ULB sont donc plus que jamais d'actualité. Elles servent de base au plan cadre de réforme de la nomenclature dont la réalisation s'étendra sur plusieurs années.

- *Un changement de méthode pour assurer le financement des hôpitaux a été proposé par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique en 2015. A l'instar de ce qui se pratique dans de nombreux pays, un système de forfait par pathologie est choisi.*
- *Curieusement, alors qu'on aurait pu s'attendre à un forfait couvrant l'ensemble des charges d'un séjour (ex : hôpitaux publics français, hôpitaux allemands) ou couvrant toutes les charges hors honoraires (ex : hôpitaux américains, hôpitaux privés à but lucratif français), le choix a été de forfaitiser les honoraires pour les séjours les plus homogènes (dits « à basse variabilité »).*
- *On devrait d'ailleurs plutôt parler de pseudo forfait puisqu'il s'agit surtout d'un « empilement » de prestations (basé sur la médiane de celles qui sont réalisées par catégorie de séjour). Au sein des hôpitaux, les médecins répartissent généralement les forfaits en se basant sur les prestations réellement réalisées qui sont toujours enregistrées puisqu'elles sont à la base des calculs des forfaits.*
- *Cette initiative de la Ministre a surtout eu pour effet de centrer l'attention sur la nomenclature des prestations médicales. En définitive, c'est l'Institut national d'Assurance Maladie Invalidité qui a tiré le principal enseignement de cette expérience en décidant d'entamer une réforme structurelle de la nomenclature qui a débuté en juin 2019 (durée de 4 à 5 ans).*

CONCLUSION

Des honoraires médicaux intégrant à la fois la rémunération du médecin et le financement de frais de fonctionnement liés à la réalisation de l'acte médical sont une des spécificités de la nomenclature belge.

La partie des honoraires « globaux » rétrocédée par les médecins au gestionnaire ne couvre plus des charges spécifiquement identifiées. Il s'agit de pourcentages négociés sur une base historique et revue au fil des années en fonction de la santé financière des hôpitaux et du charisme des interlocuteurs.

Il ne faut donc pas tenter de séparer les honoraires actuels en honoraires professionnels (HP) et en frais de fonctionnement (FF) à partir des tarifs de la nomenclature en application aujourd'hui. Cette réalisation se heurterait aux obstacles méthodologiques décrits dans la discussion et engendrerait plus de difficultés que de profits.

L'étude faisant l'objet du présent article a expérimenté, sur une large échelle, des méthodologies permettant l'élaboration d'échelles de valeurs relatives mesurant l'intensité de la charge du travail médical pour la majorité des spécialités.

De nombreuses questions restent ouvertes : par exemple la détermination des budgets à allouer à la rétribution des spécialistes des différentes disciplines, la discussion portant sur l'intérêt de l'intégration des échelles intra-disciplinaires dans une échelle inter-disciplinaire unique ou encore la manière d'intégrer les actes de consultation ou assimilés aux actes techniques médico-chirurgicaux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Durant G. Le financement des hôpitaux en Belgique : Situation au 1^{er} octobre 2013, Bruxelles, Kluwer, 2013.
2. Pirson M, Leclercq P. Comparaison du coût de la prise en charge de l'infarctus du myocarde entre trois établissements hospitaliers. *Journal d'économie médicale*. 2005;23(7-8):439-55.
3. Pirson M, Martins D, Jackson T, Dramaix M, Leclercq P. Prospective casemix-based funding, analysis and financial impact of cost outliers in all-patient refined diagnosis related groups in three Belgian general hospitals. *Eur J Health Econ*. 2006;7(1):55-65.
4. Van De Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G *et al*. Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement « all-in » par pathologie. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 121B. D/2010/10.273/02.
5. De Block M. Plan d'approche : réforme du financement des hôpitaux. 2015. Disponible sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/plan_approche_financement_hopitaux.pdf
6. Leclercq P, Pirson M. Réforme du financement des hôpitaux : "Identification des frais de fonctionnement (FF) en lien avec les honoraires des médecins" (contrat entre la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et l'Ecole de Santé Publique de l'ULB. 2016-2017). Rapport, 18 janvier 2018.
7. Devriese S, Van de Voorde C. Clustering des groupes de pathologies selon les similarités de séjours hospitaliers – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2016. KCE Reports 270B. D/2016/10.273/61.
8. Berman HJ, Weeks LE. The Financial Management of Hospitals. Fifth edition. Chicago: Health Administration Press. 1982:231-58.
9. Hsiao WC, Braun P, Kelly NL, Becker ER. Results, potential effects, and implementation issues of the Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA*. 1988;260(16):2429-38.
10. Pirson M, Leclercq P. Un projet pilote d'évaluation des coûts par pathologie, le projet PACHA ; PACHA, proefproject voor kostenanalyse per patologie. *Healthcare Executive*. 2014;78:12-4.
11. Leclercq P, Pirson M. Evaluation du coût des actes d'imagerie médicale ; Evaluatie van de kosten van beeldvormingsonderzoeken (kosten, financiering, benchmarking). *Healthcare Executive*. 2014;79:1-6.
12. Birdsall M, Trivedi V. Productivity-Based Relative Value Units for Radiology Procedures. *Journal of Medical Systems*. 1983;7(6):555-65.
13. Van de Sande S, Swartenbroekx N, Van de Voorde C *et al*. Évolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la réglementation - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Reports 192Bs. D/2012/10.273/93.
14. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. Étude des soins hospitaliers dans cinq pays – Synthèse. Health Services Research (HSR) d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2013. KCE Reports 207Bs. D/2013/10.273/.
15. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R. Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 229Bs. D/2014/10.273/66.
16. Annemans L. De prijs van uw gezondheid: is onze gezondheidszorg in gevaar? Leuven: Lannoo Campus. 2014.
17. Hsiao WC, Braun P, Kelly NL, Becker ER. Results, potential effects, and implementation issues of the Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA*. 1988;260(16):2429-38.
18. Durant G. Quel modèle de financement pour les hôpitaux connaissons nous demain? *hospitals.be* 2010;8(2):7-10.
19. Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Häkkinen U, Kobel C *et al*. Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals? *BMJ*. 2013;346:f3197.
20. Zeynep O. Implementation of DRG payment in France: Issues and recent developments. *Health policy*. 2014;117:146-50.
21. Klein-Hitpaß U, Scheller-Kreinsen D. Policy trends and reforms in the German DRG-based hospital payment system. *Health Policy*. 2015;119:252-57.
22. Porter ME, Kaplan RS. How should we pay for health care. *Harvard Bus. Sch*. 2015;26.
23. Averill RF, Goldfield NI, Hughes JS, Eisenhandler J, Vertrees JC. Developing a prospective payment system based on episodes of care. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(3):241-51.
24. Hsiao WC, Braun P, Dunn D, Becker ER. Resource-based relative values. An overview. *JAMA*. 1988;260(16):2347-53.
25. CCAM tome 2, 2000, CNAMTS, PERNNS.
26. Leclercq P, Lipszyc M, Martins D, Forget P, Van Obbergh L, Jaucot J *et al*. Proposition de modernisation de la tarification des actes d'anesthésiologie réalisés au bloc opératoire en Belgique. *Anesth Reanim*. 2018;4:241-46.
27. Beastall GH. Adding value to laboratory medicine: a professional responsibility. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine* 2013;51(1):221-7.

Travail reçu le 3 novembre 2020 ; accepté dans sa version définitive le 27 janvier 2021.

CORRESPONDANCE :

P. LECLERCQ
Ecole de Santé publique - CR1
Campus Erasme - CP 592
Route de Lennik, 612 - 1070 Bruxelles
E-mail : pleclerc@ulb.ac.be