

Question écrite n° 4-6346

de **Dimitri Fourny (cdH)** du 23 décembre 2009

à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale

Hôpitaux - Montants de référence - Évolution du système - Élargissement à d'autres opérations - Dépassements des montants - Différences régionales

Chronologie

23/12/2009 Envoi question (*Fin du délai de réponse: 25/1/2010*)

17/2/2010 Réponse

Requalification de : demande d'explications [4-1272](#)

Question n° 4-6346 du 23 décembre 2009 : (Question posée en français)

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) vient de publier les résultats d'une analyse sur la première application des montants de référence sur la base des données hospitalières 2006. Le dispositif dit du montant de référence a été finalisé en 2002 par le ministre des Affaires sociales de l'époque, Frank Vandebroucke. Ce système a pour objectif d'éliminer les différences de pratiques médicales à pathologie égale entre les hôpitaux. L'idée est d'aller vers une standardisation, une harmonisation des pratiques des prestataires médicaux dans les hôpitaux pour des pathologies médicales ou chirurgicales « relativement courantes et de sévérité faible ».

Chaque hôpital rembourse les dépenses qu'il a engendrées pour une série d'opérations courantes (ablation des amygdales, appendicectomie, etc.) quand ces dépenses dépassent la moyenne nationale de 10 %. Le mécanisme est relativement complexe, car il faut pouvoir tenir compte de la sévérité des pathologies et des complications éventuelles qui alourdissent forcément le coût du traitement.

Cent vingt-cinq hôpitaux ont été évalués pour ces montants de référence sur la base de trente-quatre types d'opérations courantes (ablation des amygdales, appendicectomie, ...). Parmi ceux-ci trente-quatre présentent une facture générale supérieure au montant de référence. Le montant moyen à rembourser par hôpital s'élève, en effet, à 175 958 euros. En moyenne, les trente-quatre hôpitaux épinglés rembourseront 42 % des dépenses qu'elles avaient générées.

L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) a poussé plus loin l'analyse en examinant si le type même d'hôpital pouvait expliquer des différences de consommation médicale. L'étude montre que ni la taille de l'établissement ni son statut privé ou public n'influencent les tendances.

Par contre le montant moyen à rembourser en Flandre est nettement plus élevé que dans les deux autres régions. Alors que, s'il y a, en proportion, davantage d'hôpitaux bruxellois et wallons parmi les « surconsommateurs », les dépassements sont moins importants qu'en Flandre. Le podium des hôpitaux les plus dépensiers est d'ailleurs occupé par trois établissements flamands, qui doivent chacun rembourser un montant supérieur à 320 millions d'euros.

- Ce système des montants de référence est-il appelé à être récurrent ?
- Si oui, quelles évolutions espérez-vous pour les années à venir ?
- Le système va-t-il s'élargir à d'autres types d'opérations courantes ?
- Comment peut-on expliquer les différences régionales entre hôpitaux d'une part, en termes de nombre d'hôpitaux concernés et d'autre part, en termes de montants de dépassement ?
- Cette répartition régionale peut-elle s'expliquer notamment, en termes de besoins différenciés des patients ?

Réponse reçue le 17 février 2010 :

Je vous confirme que ce système sera appliqué chaque année. L'article 56ter de la loi AMI ne prévoit pas de terme à ce système.

Bien que le système des montants de référence soit connu depuis 2002 et qu'il ait été accompagné de plusieurs *feed-backs* préventifs, nous nous attendons, pour les séjours 2007 et 2008, à un remboursement d'un montant similaire à celui calculé pour 2006. Par contre, à partir des séjours 2009, la nouvelle méthodologie prévoit une communication préalable de montants de référence

pré-calculés qui devraient permettre aux hôpitaux de prendre les mesures correctrices éventuelles afin d'éviter des sanctions financières futures. Par conséquent, les récupérations pourraient être moins importantes à partir des séjours 2009. L'ampleur des récupérations futures dépendra de la capacité des hôpitaux à corriger leurs comportements.

Les évolutions futures, proposées par la Structure Multipartite, sont déjà reprises dans l'article 56ter de la loi AMI. Elles concernent principalement une possible extension à l'hôpital de jour, l'intégration des prestations ambulatoires dans les 30 jours qui précèdent l'admission, l'exclusion de la physiothérapie pour 5 APR-DRG, la communication aux hôpitaux de montants de référence pré-calculés ou encore l'application de seuils qui permettent d'éviter de trop grandes fluctuations des montants de référence. Des évolutions plus techniques sont également prévues comme le remplacement, dans l'étape 2, de la médiane par la moyenne lorsque la médiane est nulle.

Actuellement, aucun élargissement vers d'autres pathologies n'est planifié. Toutefois, l'article 56ter §10 prévoit qu'afin de tenir compte des évolutions dans la pratique médicale et dans les différences de pratiques, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Structure multipartite adapter les prestations et les groupes APR - DRG.

Comme vous l'avez déjà signalé, nos premières analyses ont permis de mettre en évidence que ni la région, ni la taille, ni le statut public ou privé, ni le caractère universitaire ne sont des facteurs explicatifs de la sélection et donc du remboursement de la part des hôpitaux. Par conséquent, à ce stade, seule la consommation des hôpitaux explique leur sélection et les montants à rembourser.

À l'occasion de la première application des montants de référence, certains hôpitaux nous ont fait part de remarques méthodologiques qui feront l'objet d'analyses complémentaires de la part de la Structure Multipartite. Ces analyses complémentaires seront notamment l'occasion de vérifier si l'assurabilité du patient (ordinaire par rapport au préférentiel), et donc dans une certaine mesure ses besoins, influence le résultat du calcul et si les hôpitaux dont le taux de patients BIM est supérieur à la moyenne nationale sont pénalisés ou pas.