

FEVRIER
2019

Mise en place du nouveau financement des soins à basse variabilité : que disent les chiffres ?

FOCUS

Contexte

Ce 1^{er} janvier est entré en vigueur le nouveau système de financement des soins à basse variabilité. Celui-ci instaure des forfaits pour une série de pathologies dites à basse variabilité, variabilité qui a été mesurée entre hôpitaux et au sein même d'un hôpital sur base du coût moyen d'un séjour. Actuellement, ce forfait ne couvre que la partie « honoraires » du séjour, avec quelques exceptions qui peuvent toujours être facturées à l'acte (certains honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale, certains honoraires de surveillance, etc.). A l'avenir, il est envisagé d'inclure aussi les médicaments, les frais de séjour, ainsi que la totalité des différents financements actuels dans ces « montants globaux prospectifs ».

Cinquante-sept groupes de patients sont ainsi définis sur base d'un DRG, un niveau de sévérité, le type d'hospitalisation (classique ou de jour), des codes de nomenclature et de diagnostic principaux nécessaires et des codes de nomenclature et de diagnostic (principal et secondaire) d'exclusion. Parmi ceux-ci on retrouve les accouchements, les prothèses de hanche et de genou, la libération du canal carpien, les gastroplasties et bien d'autres pathologies. Pour certains groupes de patients,

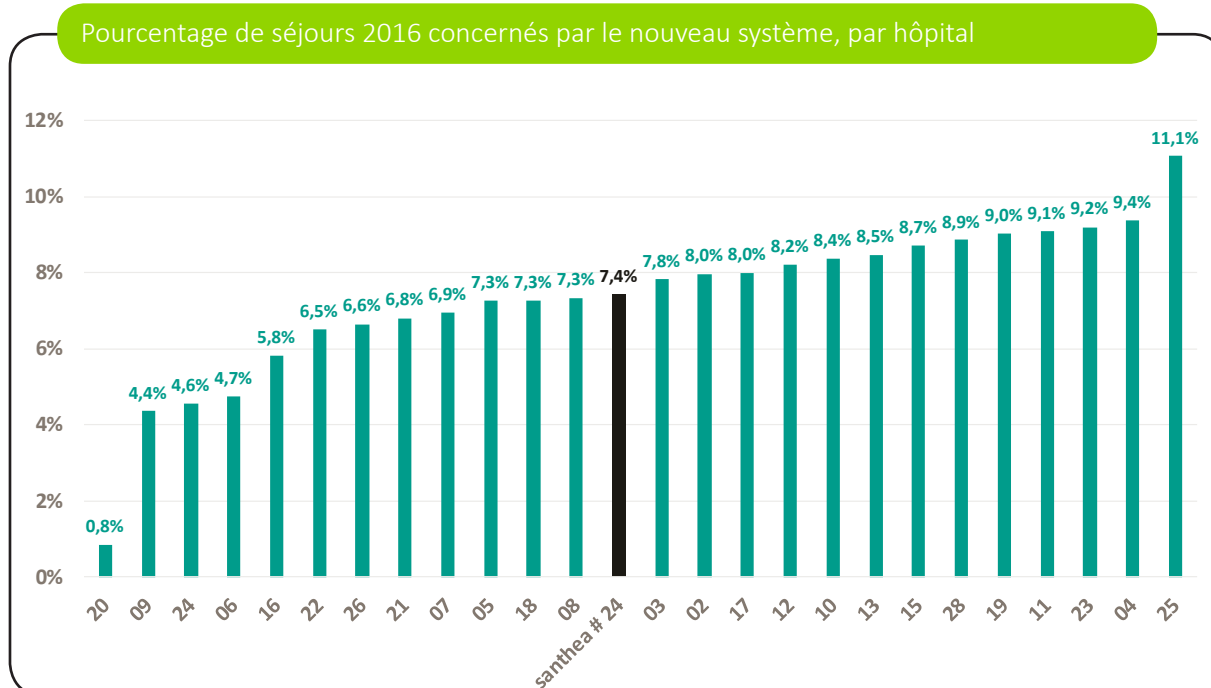
comme par exemple celui concernant les amygdalectomies, un même forfait sera octroyé que le patient soit traité en hospitalisation classique ou de jour.

Présentation du projet

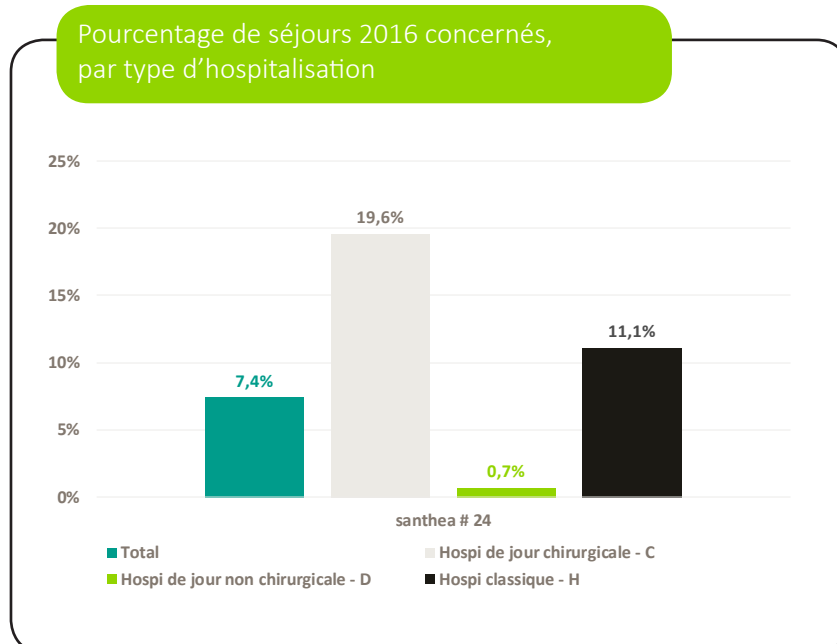
Pour préparer la mise en place de ce nouveau financement, les différents hôpitaux du pays ont reçu des simulations individuelles de l'INAMI dans lesquelles la facturation à l'acte passée était comparée à la valeur des forfaits. Les premières datent d'octobre 2017 et étaient basées sur les chiffres 2012, 2013 et 2014 (ICD9 – version 28 du grouper). Depuis, il y a eu celles de mai 2018, basées sur l'année 2014 « recodée » en ICD10 et finalement, celles de novembre dernier, basées sur les RHM 2016 (ICD10 – version 34 du grouper). Nous avons récolté l'ensemble de ces données auprès de nos hôpitaux concernés par le nouveau système (= échantillon de 27 institutions) et injecté l'ensemble dans le datawarehouse. Nous avons, en parallèle, mis à jour la table de la Nomenclature pour pouvoir faire des liens entre ce qui est octroyé dans le forfait et ce qui est prévu à l'acte, code par code. Les graphiques qui suivent sont issus des dernières simulations.

Résultats

► Le nouveau système concerne généralement moins de 10% des séjours



Le pourcentage de séjours concernés est calculé en rapportant les séjours 2016 repris dans le cluster basse variabilité sur le nombre de séjours 2016 dans le RHM (uniquement pour les types de séjour H, C et D¹). En moyenne au niveau de santhea², ce pourcentage est de 7,4%. Cependant, celui-ci varie en fonction du type de séjour, comme on l'observe dans le graphique ci-contre.



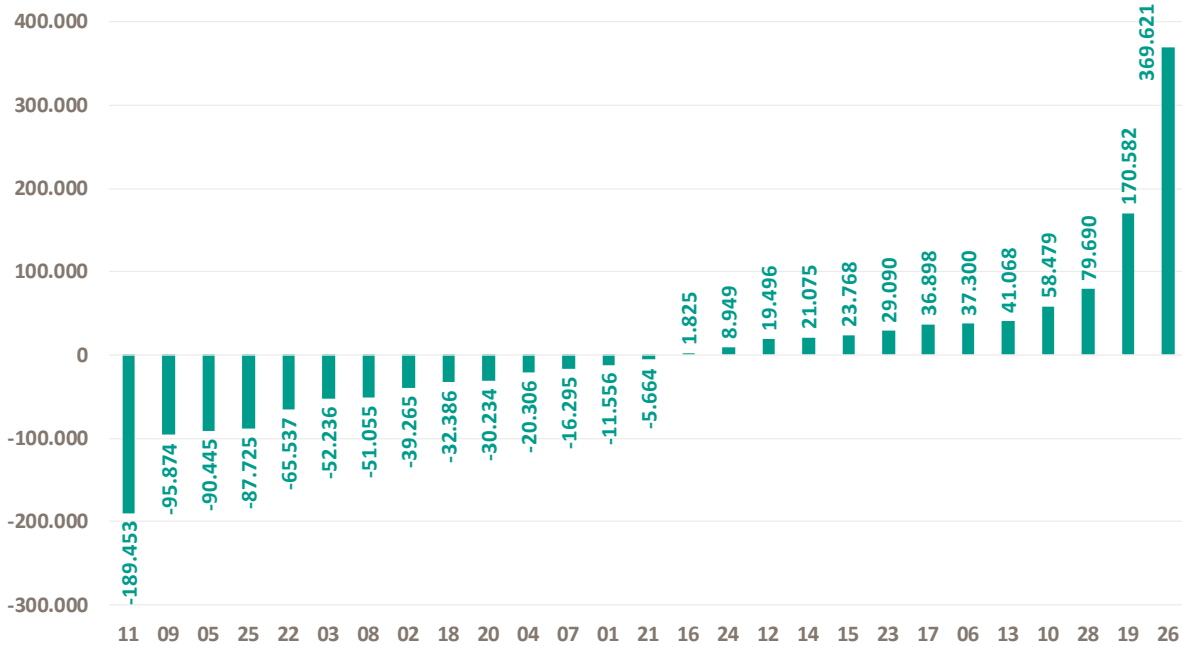
► Le gain ou la perte dû au nouveau système varie fortement d'une institution à l'autre

Lorsqu'on compare les nouveaux forfaits qui auraient pu être facturés aux dépenses 2016, on constate au niveau de santhea dans son ensemble, une différence positive de plus de 100.000 euros. Ce qui n'était pas le cas dans les simulations précédentes. Mais ce gain n'est pas observé dans toutes les institutions de l'échantillon comme on peut le voir dans le graphique suivant. Il y a 14 institutions qui affichent un résultat négatif.

1 H = hospitalisation classique, C = hospitalisation de jour chirurgicale et D = hospitalisation de jour non chirurgicale.

2 L'échantillon santhea est réduit pour ce constat étant donné que nous ne disposons pas des données RHM pour l'ensemble des 27 institutions concernées par le nouveau système.

Différence estimée pour l'année 2016, par hôpital



Les plus grosses pertes se situent au niveau des accouchements

Différence estimée pour l'année 2016, par APR-DRG



Lorsqu'on ventile cette différence par DRG, on constate que l'échantillon santhea affiche les plus mauvais résultats dans les DRG 540 et 560. Dans le bas du classement, on retrouve aussi l'implantation d'un pacemaker et la cathétérisation cardiaque.

Lorsqu'on rapporte ces différences au niveau du séjour par groupe de patients (voir tableau ci-dessous), on constate que la perte moyenne est plus importante pour le DRG 171. Celle-ci s'explique par une dépense moyenne des hôpitaux santhea plus importante que ce qui est prévu dans le montant global prospectif notamment en réanimation et en médecine interne (en particulier pour le code « Mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) »).

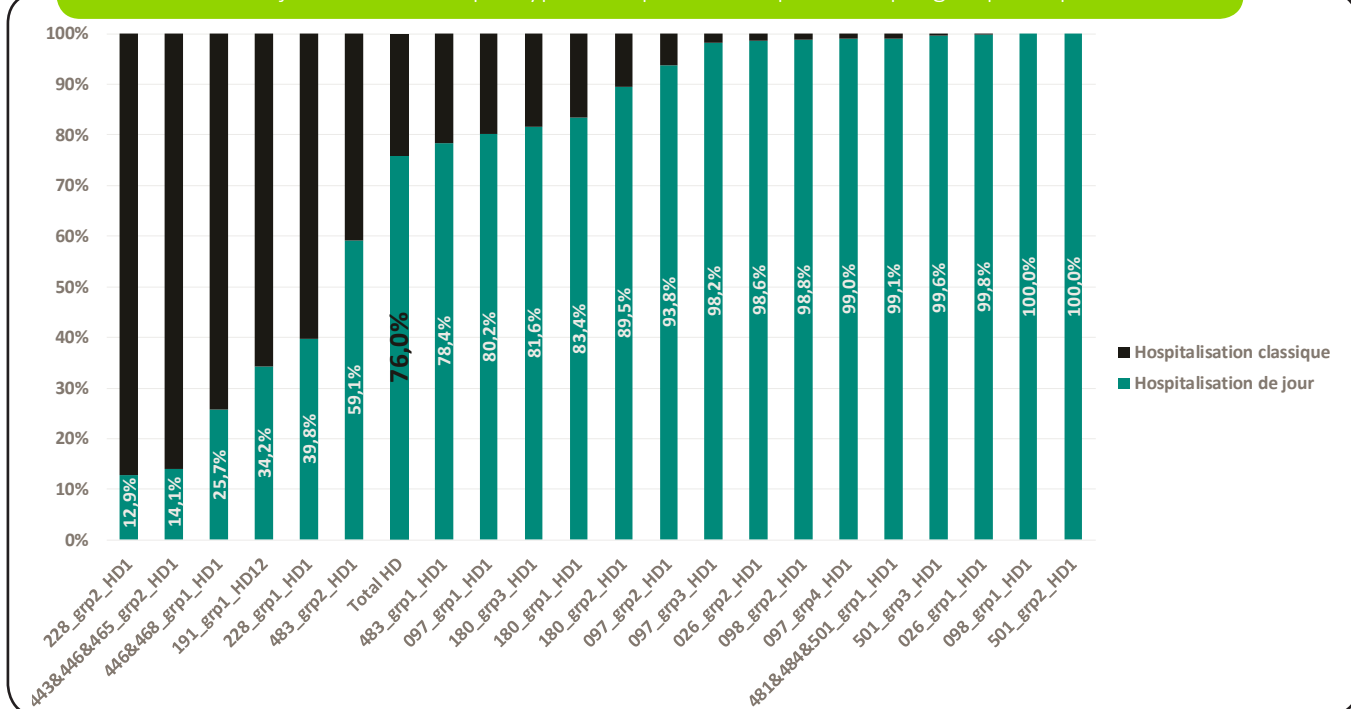
Différence estimée par séjour pour quelques groupes de patients

Groupe de patients	Différence	Nbr de séjours	Différence par séjour
560_grp1_H1	-65.415	4.032	-16
560_grp2_H1	-146.563	9.456	-15
540_grp1_H1	-143.440	2.986	-48
191_grp1_HD12	-105.708	2.514	-42
171_grp1_H12	-32.259	308	-105
171_grp2_H12	-50.646	540	-94

► L'hospitalisation de jour est prépondérante dans les groupes de patients «mixtes»

Lorsqu'on ne considère que les groupes de patients incluant l'hospitalisation de jour (groupes étiquetés « HD » - « H » pour hospitalisation classique et « D » pour hospitalisation de jour), on observe que l'hospitalisation de jour représente en moyenne 76% des séjours concernés. Ce pourcentage monte à presque 100% pour les vasectomies (DRG 501), la pose de drains (DRG 098) et la libération du canal carpien (DRG 026). Puisque le forfait facturable est identique dans les deux cas de figure, l'hôpital aura peut-être tendance à recourir davantage à l'hospitalisation de jour pour traiter les pathologies liées aux groupes de patients pour lesquels ce pourcentage est encore petit comme dans le cas, par exemple, du traitement chirurgical des hernies ou du traitement endoscopique des calculs urinaires.

Ventilation des séjours concernés par type d'hospitalisation pour chaque groupe de patients «HD»



Conclusion

Ce focus met en lumière le fait que la mise en place des montants globaux prospectifs entraînera des pertes financières pour certains de nos hôpitaux. Ce système de forfaits va, comme celui des montants de référence, sanctionner les hôpitaux qui consomment plus que la médiane nationale, et ce sans tenir compte des spécificités individuelles. Il faudra veiller dans le futur à ce que l'instauration d'un tel système n'entraîne pas une diminution du recours à certains actes utiles et donc une perte de qualité. Aussi, il est important de continuer à facturer correctement (même à zéro) tout ce qui a été presté pour éviter une diminution des forfaits dans les années à venir.