

1



EVOLUTION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR DANS LE BUDGET DES MOYENS FINANCIERS DES HOPITAUX



*S. Ouraghi
SPF Santé publique
Comptabilité des hôpitaux*

- ✓ AVANT 2002 – A.R. du 02 août 1986
PRIX DE JOURNEE – DJP/DJN - TLDd

- ✓ APRES 2002 – A.R. du 25 avril 2002
BUDGET DES MOYENS FINANCIERS – ACTIVITE JUSTIFIEE

- ✓ NOUVELLES INITIATIVES – SOUS-PARTIE B4 – B9
HOSPITALISATION DE JOUR GERIATRIQUE



3 Avant 2002 – A.R. du 02 août 1986 – TLDd

Hospitalisation de jour -----→ 1994

Le but =

- ≠ le financement de l'hospitalisation de jour
- de substituer l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour
- + un indicateur en durée de séjour au niveau prix de journée
- **redistribution** de budget entre les hôpitaux – l'excédent positif paye l'excédent négatif.

TLDd = excédent positif ou négatif en jours d'hospitalisation



TLDD

- ✓ Un taux de substitution (DR) d'une intervention i en HCL par HJ =
 $\frac{\text{nombre d'interventions } i \text{ réalisées en ambulatoires}}{\text{le nombre d'interventions } i \text{ réalisées en total}}$
- ✓ Aux niveaux: national (DRN) et hôpital (DR)
- ✓ Seules **213 interventions** pour lesquelles on imputait un maxiforfait ou un superforfait ont été retenues pour ce calcul.
- ✓ Introduction du **facteur G** et de **la notion de durée de séjour de remplacement**: X (0,5 – 1 – 1,25 ou 1,50)



$$\text{TLD}_{id} = \sum_{j=1}^{s+m} [(N_{\text{amb}_{ij}} + N_{\text{hosp}_{ij}}) * (DRN_j - DR_{ij}) * g * DSR_j]$$

L'excédent (positif ou négatif) pour une prestation i se calculait donc en multipliant le nombre total d'interventions i par la différence entre le taux de substitution national et le taux de substitution de l'hôpital, par la durée de séjour et par le facteur g .

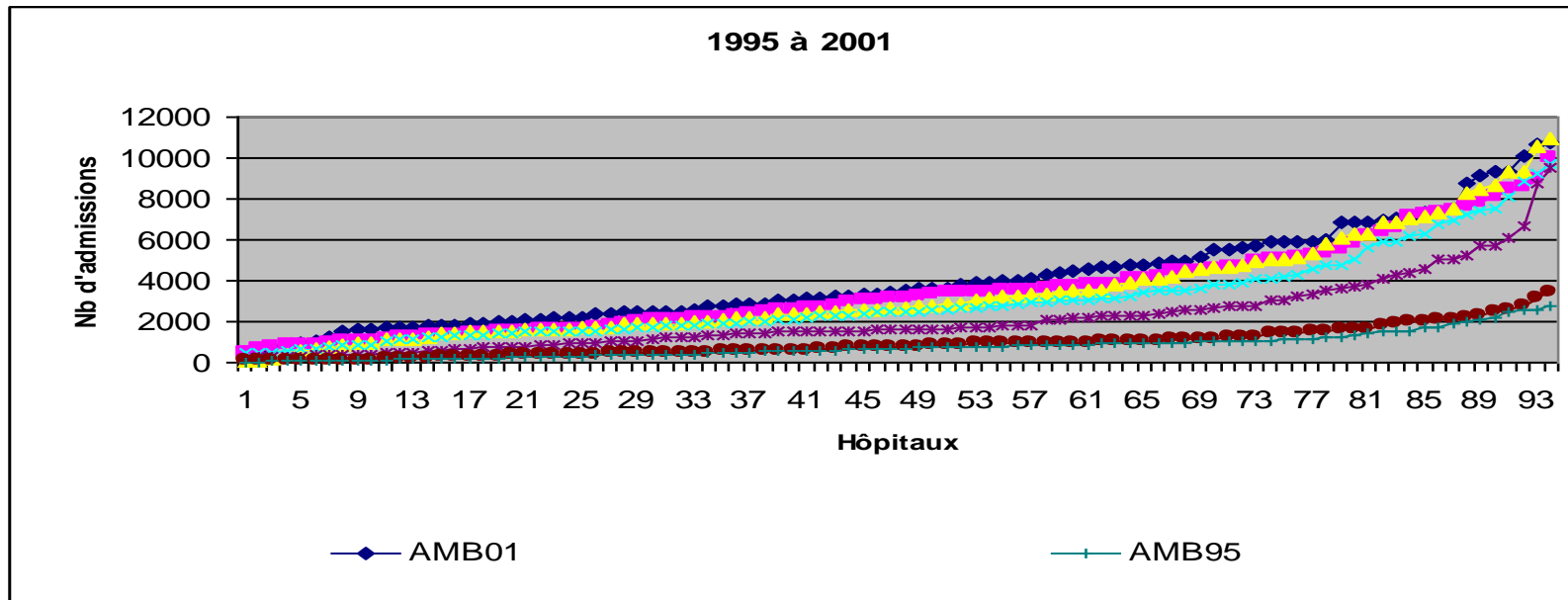


Le TLDd est dépendant de deux effets:

- ✓ un **effet de masse** : + d'admissions en hospitalisation de jour
- ✓ un **effet de performance** : augmentation du taux de substitution national par prestation



7 1- Effet de masse – Evolution du nombre d'admissions par hôpital.

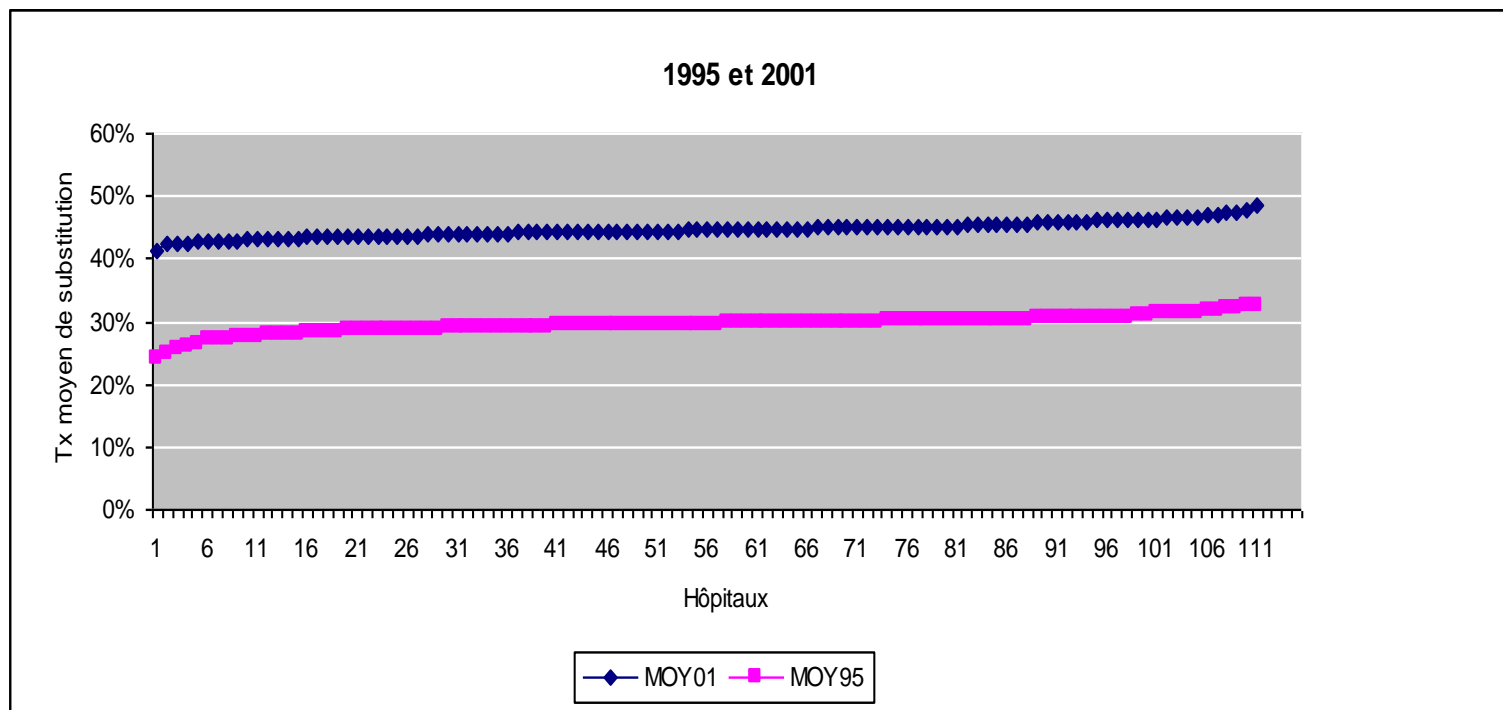


	2001 (RCM98)	2000 (RCM97)	1999 (RCM96)	1998 (RCM95)	1997 (RCM94)	1996 (RCM93)	1995 (RCM92)
TOTAL	380.880	328.785	323.840	285.845	201.861	87.320	74.870

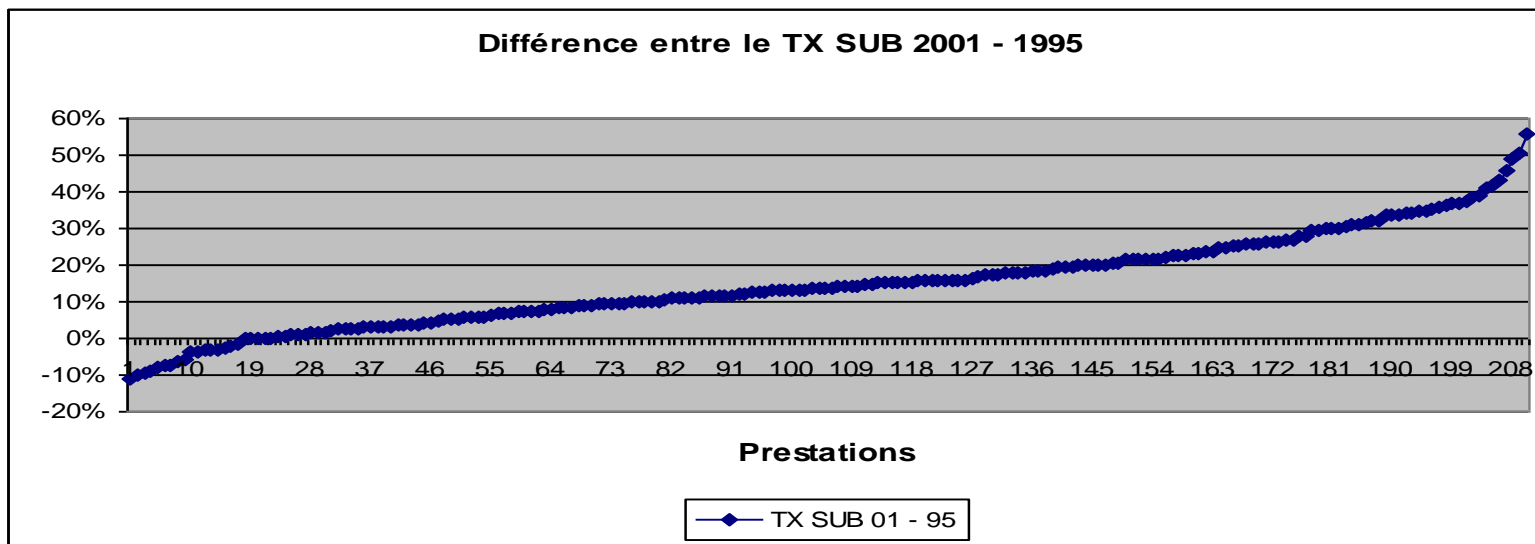


2- Effet de performance

– Augmentation du taux de substitution moyen par hôpital



9 2- Effet de performance – Evolution du Taux de substitution par prestation



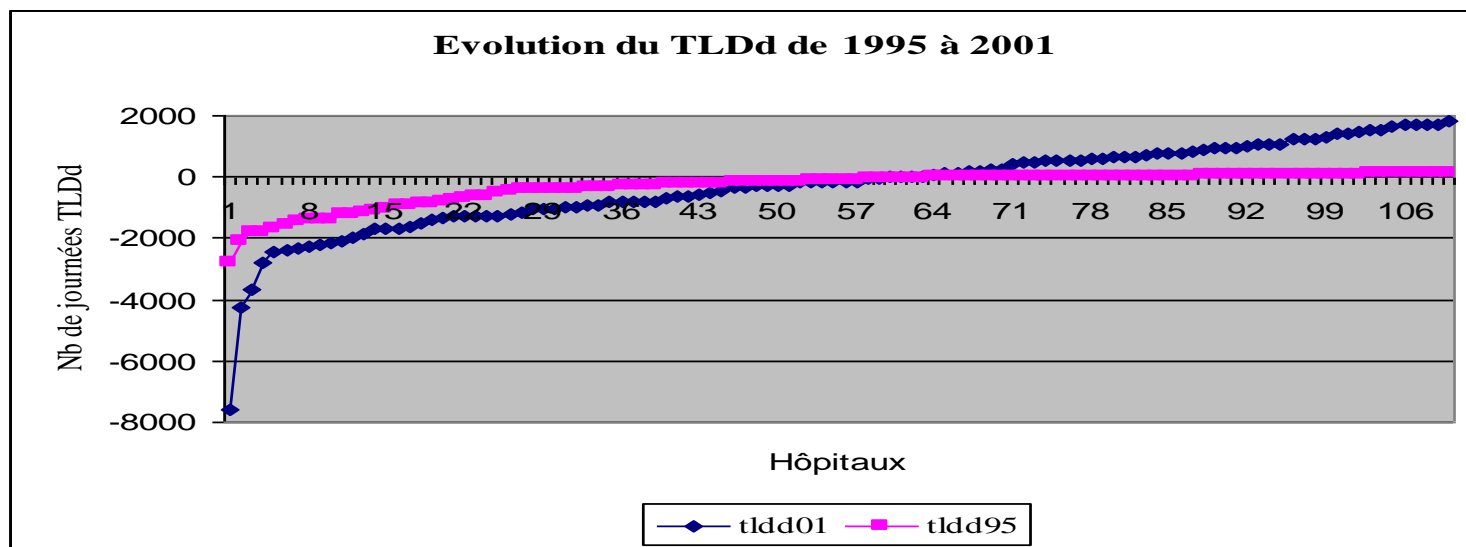
Différence négative

Prestation du **chapitre V** = Amputation de doigts, trépanation d'un os de la main ou suture de tendon de la main

Différence positive

Prestation du **chapitre V** = Code de stomatologie (revu en 2004) et la chirurgie intraoculaire

10 3- TLDD = Effets de masse + Evolution Tx de substitution



	BONI – TLDD négatif	MALI – TLDD positif
1995	- 39.129,8 jours	+ 2.089,17 jours
2001	- 74.922,2 jours	+ 42.376,05 jours



Après 2002 – A.R. du 25 avril 2002 – Activité justifiée

1- Classique

- ✓ Activité relative aux séjours.
- ✓ A l'aide des admissions par pathologie (APR-DRG/SOI/Lf)
- ✓ A l'aide de la durée normalisée par pathologie traitée
- ✓ Détermination d'un nombre de lits d'hospitalisation classiques

2- JOUR CHIRURGICALE + SEJOURS INAPPROPRIES

- ✓ Financer l'hospitalisation de jour chirurgicale
- ✓ Liste A et B
- ✓ Listing de prestations INAMI
- ✓ Exploitation des données RCM



La liste A – HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE

- ✓ Prestations donnant droit à un **maxi, super, A, B, C ou D** forfaits
- ✓ Intervention **chirurgicale sanglante** (AR prophylaxie antibiotique en chirurgie)
- ✓ Le nombre de prestations **≥ 60%** du nombre total des prestations ambulatoires réalisées
- ✓ le RCM de la **dernière année** d'enregistrement est utilisé.
- ✓ **Tout les séjours de jour** du RCM contenant au minimum un code de nomenclature INAMI de la liste A enregistré sont retenus comme hospitalisation de jour réalisée.



La liste B – SEJOURS CLASSIQUES INAPPROPRIES

- ✓ Les séjours classiques qui auraient pu être réalisés en hospitalisation de jour.
- ✓ Prestations donnant droit à un **maxi, super, A, B, C ou D** forfaits
- ✓ Intervention **chirurgicale sanglante** (AR prophylaxie antibiotique en chirurgie)
- ✓ Le **taux de substitution** entre l'hospitalisation classique et le jour de **$\geq 10\%$**

- ✓ Liste de 32 DRG = 29 DRG chirurgicaux + 3 médicaux

- ✓ Listing de critères (32 DRGs, hop class, DS \leq 3jours, SOI= 1, MOI = 1,)



14 Lits justifiés de jour :

Nb de lits de jour par hôpital + Nb de lits faux classique :

$$\{(nbjour * 0.81)/(365 * 0.8)\} + \{(nbfaux * 0.81)/(365 * 0.8)\}$$



Evolution de l'activité justifiée

	TOTAL	JOUR	LFAUX
2002 (RCM 2000)	45.730	882	217
2003 (RCM 2001)	45.724	960	234
2004 (RCM 2001/2 – 2002/1)	44.644	989	200
2005 (RCM 2002/2 – 2003/1)	42.391	1055	179
2006 (RCM 2003/2 – 2004/1)	41.857	1091	154
2007 (RCM 2004/2 – 2005/1)	40.110	1147	142
2008 (RCM 2005/2 – 2006/1)	39.129	1186	99
DIF 2008 - 2002	- 14,43%	+ 34,47%	- 54,38%



16 **Sous-partie B2 – Services cliniques**

Les lits justifiés de jour sont pris en compte dans le calcul du financement de base. Pas de points complémentaires.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
BASE	60.199	59.743	51.179	57.027	54.340	53.846
- CADRE	1.530	1.509	1.452	1.451	1.368	1.355
- Lits classiques	57.509	57.044	54.497	54.325	51.697	51.203
- JOUR	1.160	1.190	1.230	1.251	1.275	1.288
- BUDGET JOUR	50.212.680 €	50.649.375 €	52.705.881 €	52.223.340 €	53.165.630 €	52.309.040 €



17 Sous-partie B1– Services communs



Intégration au 01/07/2007:

- ✓ des admissions des CF 182 et 320
- ✓ des journées des CF 182 et 320
- ✓ des mètres carrés des CF 182 et 320
- ✓ du nombre ETP administratifs des CF 182 et 320

Intégration d'un budget de **27.964.207** euros



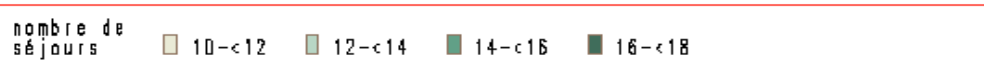
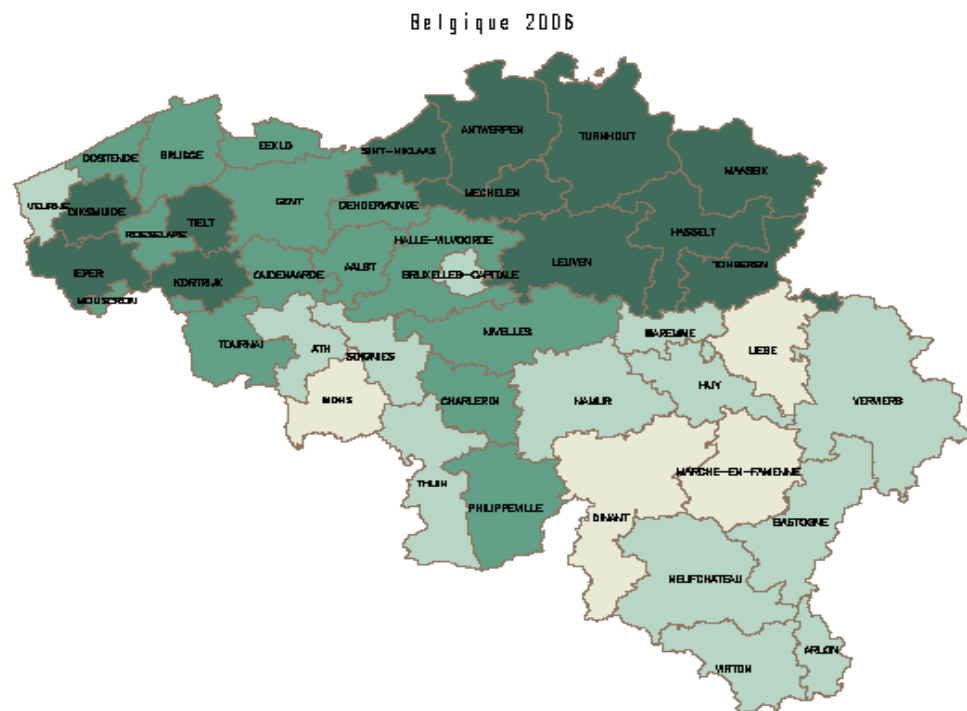
Le nombre de lits justifiés en hospitalisation de jour est dépendant:

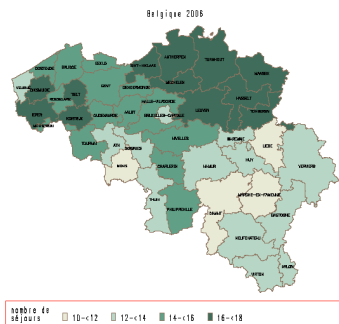
✓ d'un effet de masse : nombre d'admissions pour les codes de la liste A

✓ 882 lits à 1186 lits----- 317.829 à 476.636 séjours



19 Cartographie du % HJ chirurgicale / HC chirurgicale





- ✓ CONCLUSIONS?
- ✓ DIFFERENCES ?
- ✓ DIFFERENCES DE PATHOLOGIES TRAITEES?
- ✓ CULTURE HOSPITALIERE?
- ✓ CULTURE DE LA POPULATION TRAITEE?

- ✓ DEMANDE UNE ANALYSES MULTIDIMENTIONNELLES

.....



3- NOUVELLES INITIATIVES: HJG

INTEGRATION dans BMF au 01/07/2007 du programme de soins gériatriques

✓ **A.R. du 29 janvier 2007 – NORMES**

En application depuis le 1er septembre 2007 (à l'exception de certains articles) pour les hôpitaux qui souhaitent obtenir l'agrément.

→ **PAS ENCORE OBLIGATOIRE!**



CONSTAT: Vieillesse de la population – RCM 2006

Nombre de séjours hospitaliers RCM 2006

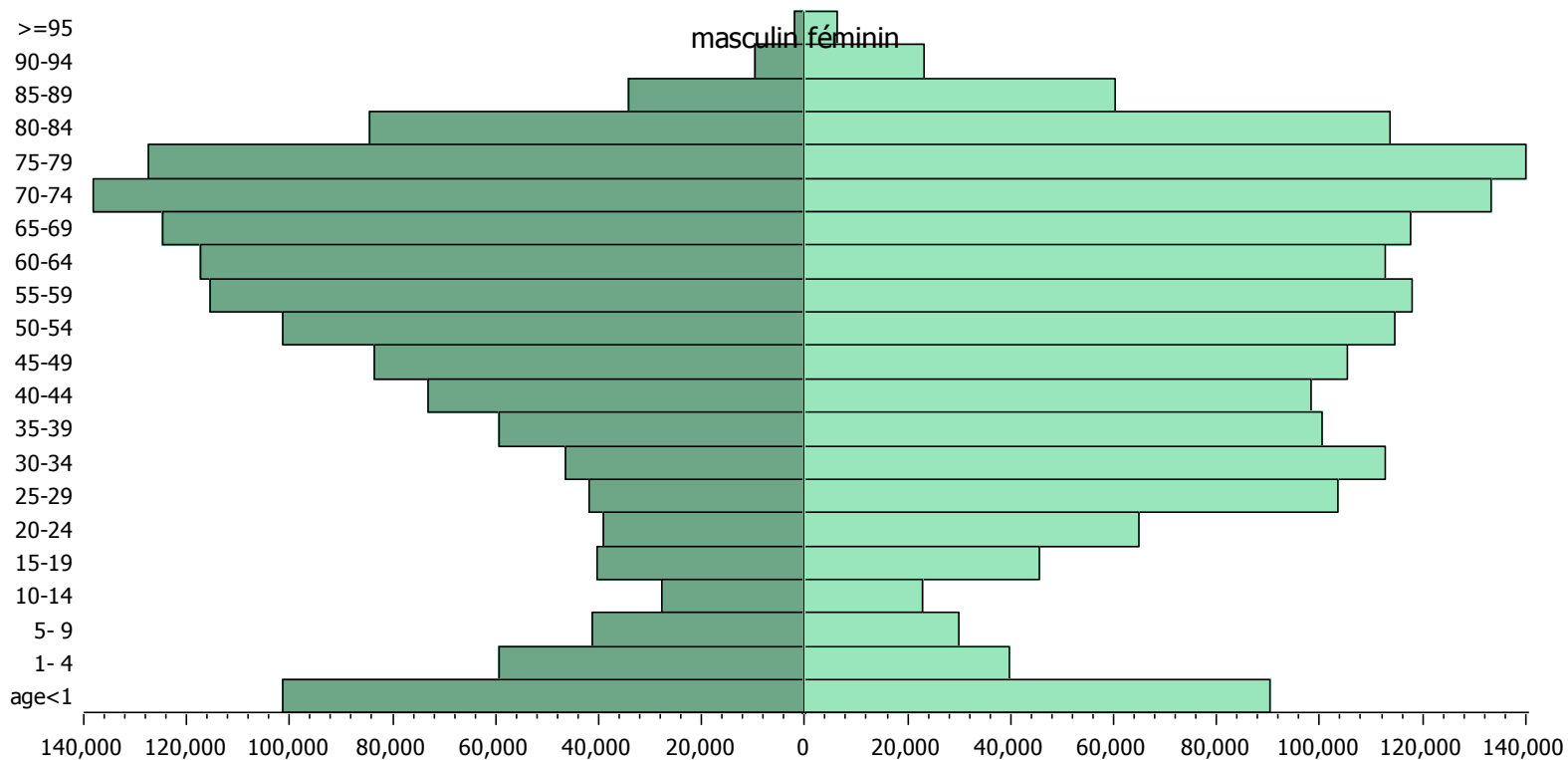


Figure I.2 : Distribution par âge et par sexe - RCM 2006



LE PROGRAMME DE SOINS POUR LE PATIENT GERIATRIQUE

COMPOSANTES:

1. LE SERVICE G
2. LA CONSULTATION G.
3. L'HOPITAL DE J. GERIATRIQUE
4. LA LIAISON INTERNE
5. LA LIAISON EXTERNE



CONSTAT: Vieillesse de la population – HJ - LISTE A

24

Nombre de séjours hospitaliers de jour RCM 2006 - liste A

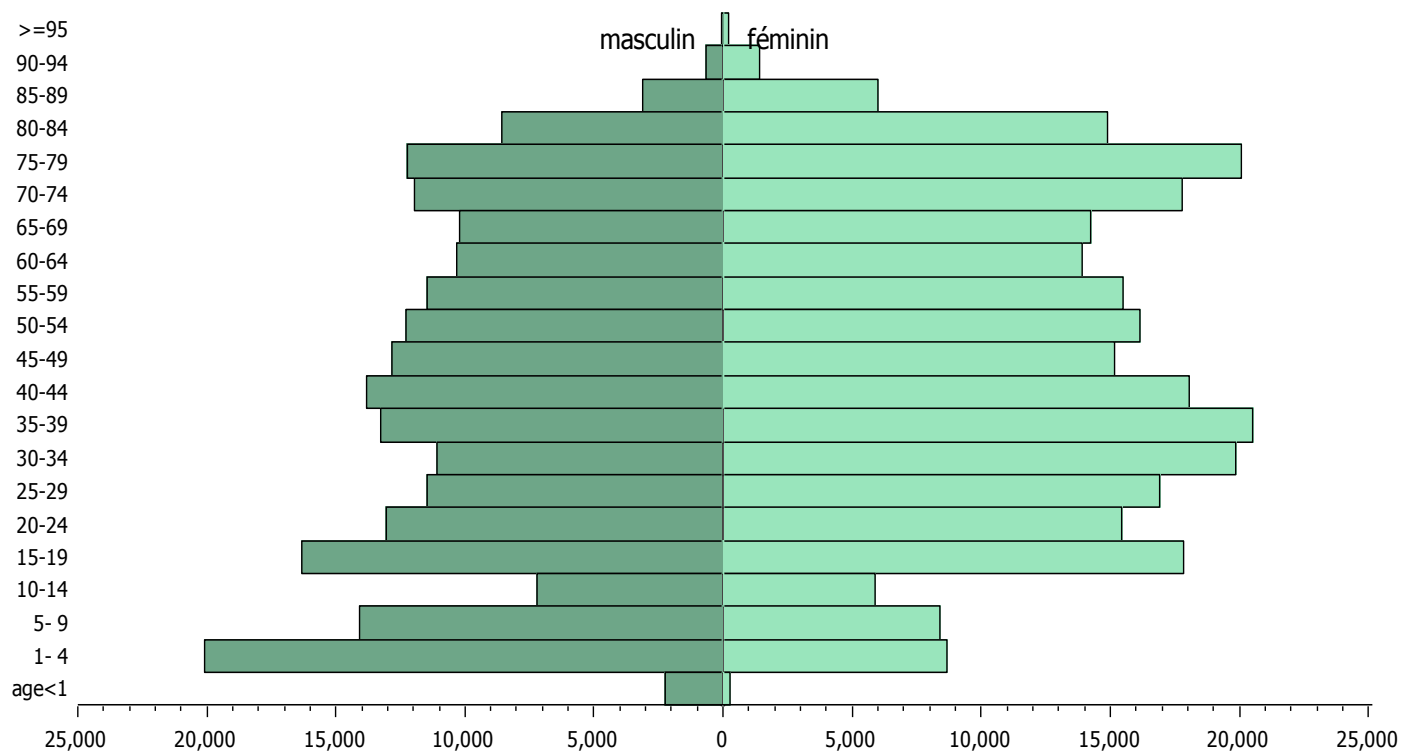


Figure I.2 : Distribution par âge et par sexe - RCM 2006



OBJECTIFS:

- ✓ EVITER Hospitalisation Classique
- ✓ ECOURTER la durée de l'hospitalisation
- ✓ ACTIVITE diagnostique (bilan cognitif, chutes, mobilité...)



SOUS-PARTIE B4 et B9

26

EN SOUS-PARTIE B4 =

- 1 ETP PARAMEDICAL
- SERVICES COMMUNS



EN SOUS-PARTIE B9 = ACCORDS SOCIAUX

- 2 ETP INFIRMIERS

Personnel (3 ETP): 137.643,3 €

Services communs: 121.312,96 €

= 258.956,26 € / HOP/ jaar



BUDGET TOTAL



EN SOUS-PARTIE B4
PARAMEDICAUX ET SERVICES COMMUNS = 80 HOPITAUX

➤ 3.762.242 euros + 10.074.927 euros

EN SOUS-PARTIE B9
ACCORDS SOCIAUX - INFIRMIERS – 80 HOPITAUX

➤ 7.616.246 euros



CONCLUSIONS

Le budget

= un incitant, une amorce (avant 2002) à la mise en place d'une nouvelle activité hospitalière

= de +/- 80 millions d'euro pour l'hospitalisation de jour chirurgicale

= de +/- 21 millions d'euro pour l'hospitalisation de jour gériatrique

