

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 .



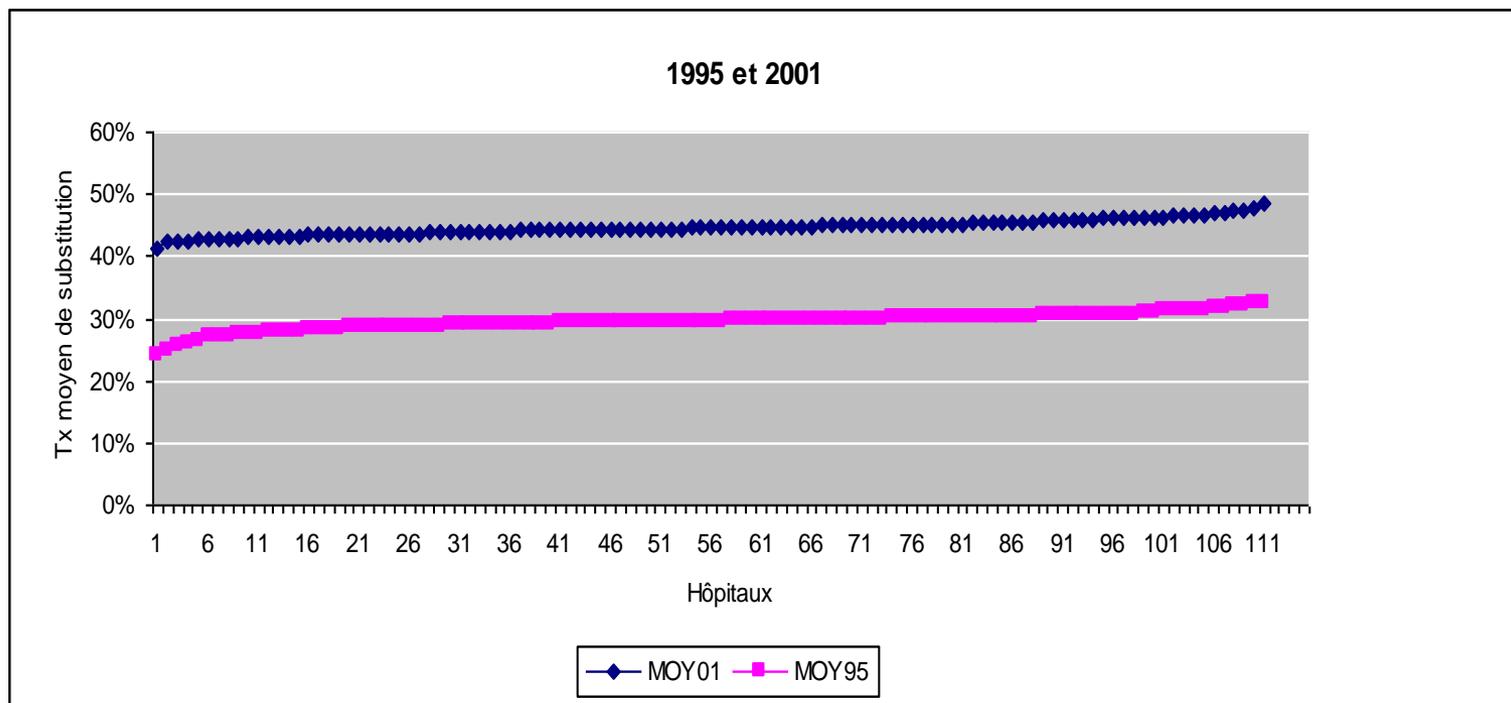
Le TLDd est dépendant de deux effets:

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

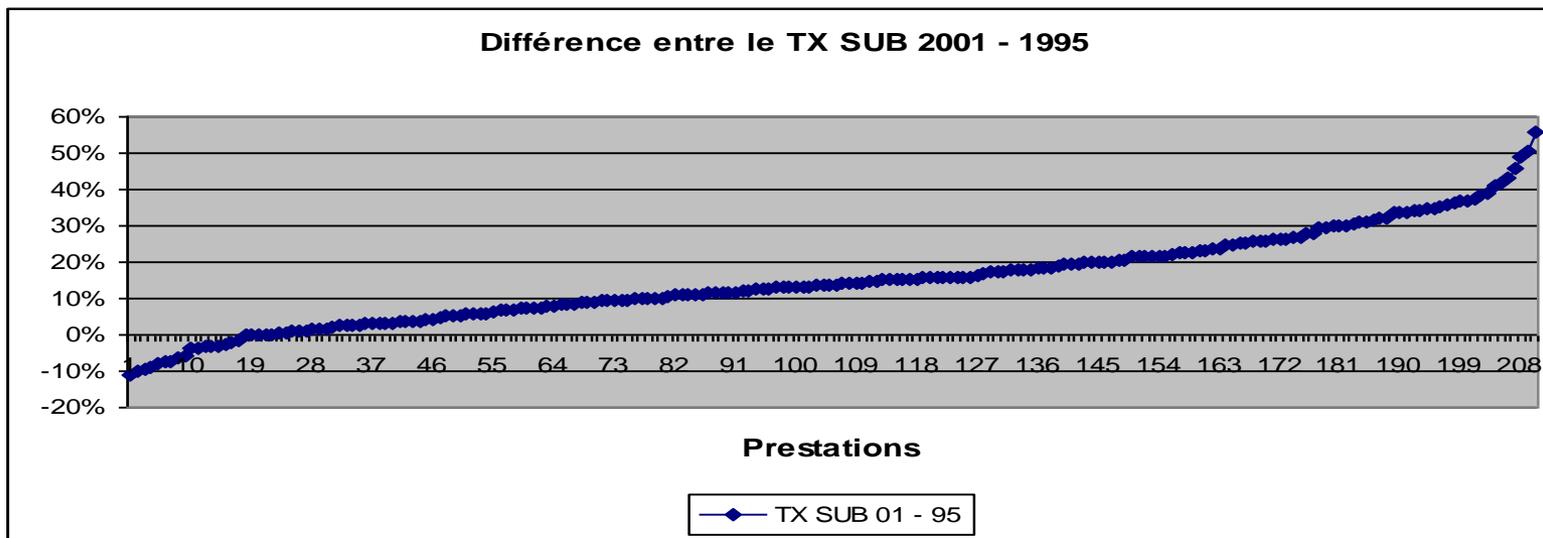


2- Effet de performance

- Augmentation du taux de substitution moyen par hôpital



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



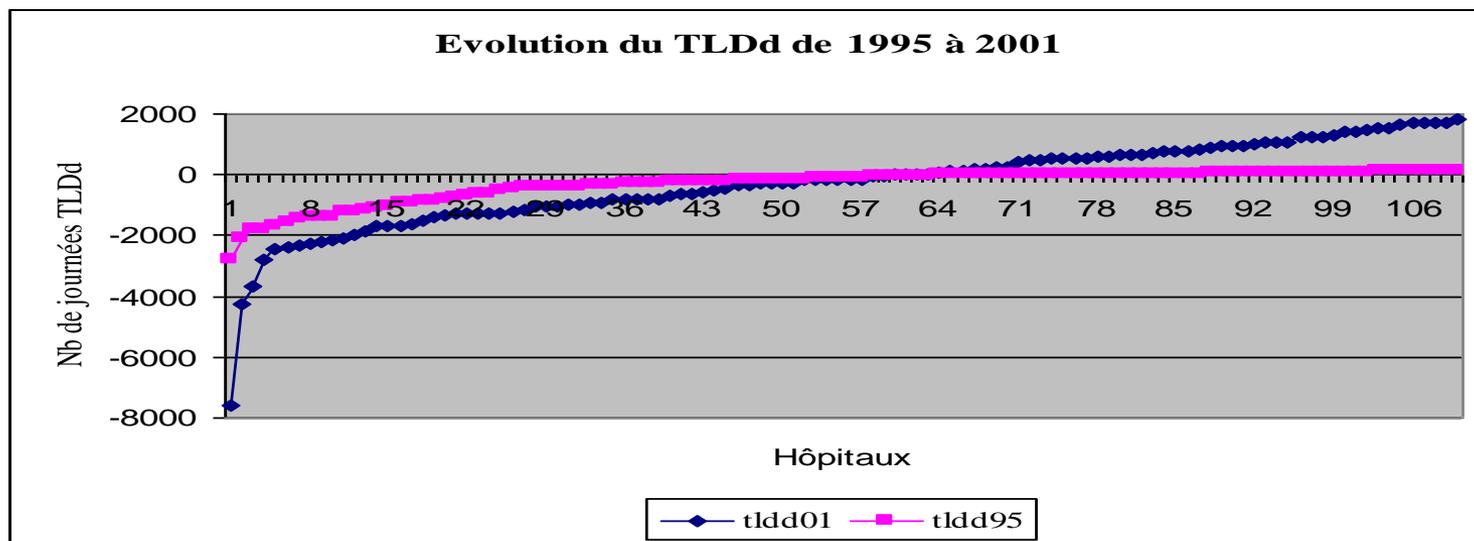
Différence négative

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 :

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



15 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



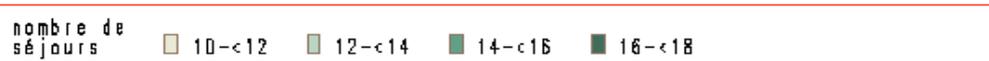
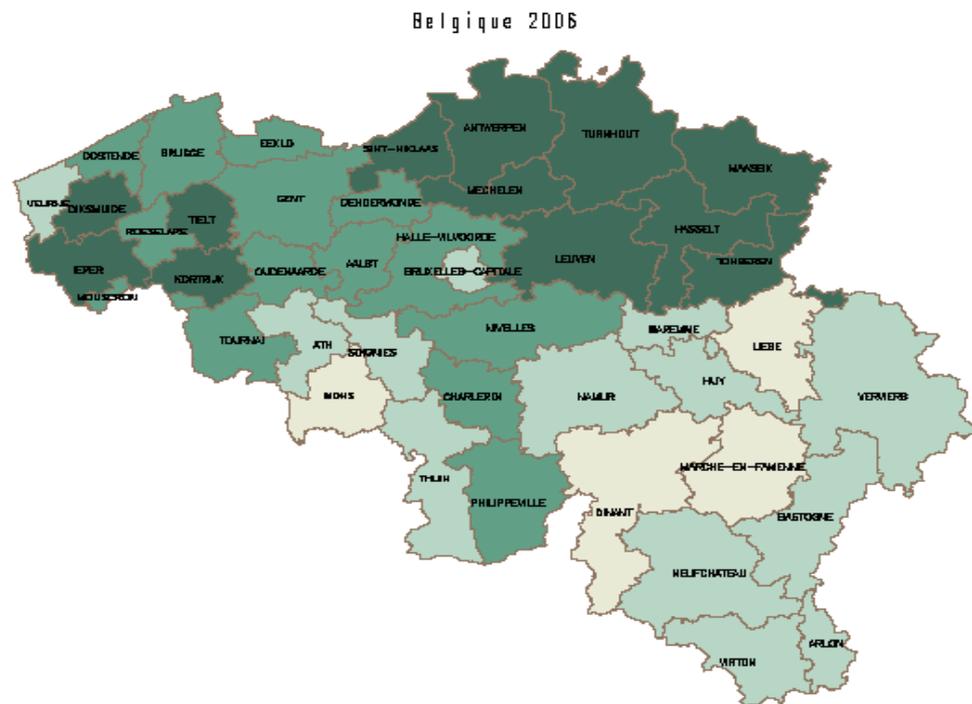
Le nombre de lits justifiés en hospitalisation de jour est dépendant:

✓ 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 TRAITÉES?
- ✓ CULTURE HOSPITALIERE?
- ✓ CULTURE DE LA POPULATION TRAITÉE?

- ✓ DEMANDE UNE ANALYSES MULTIDIMENSIONNELLES

.....



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

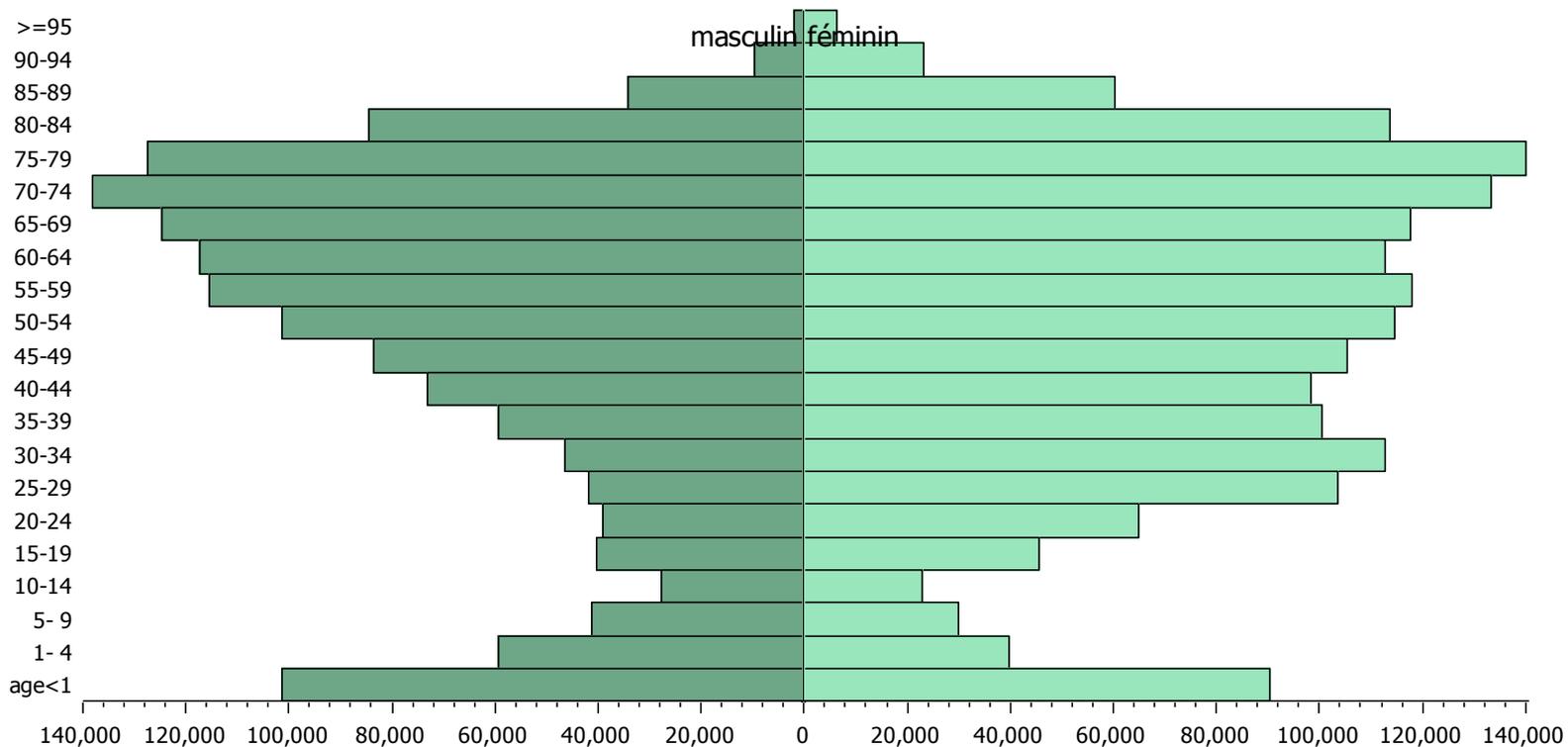


Figure I.2 : Distribution par âge et par sexe - RCM 2006



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

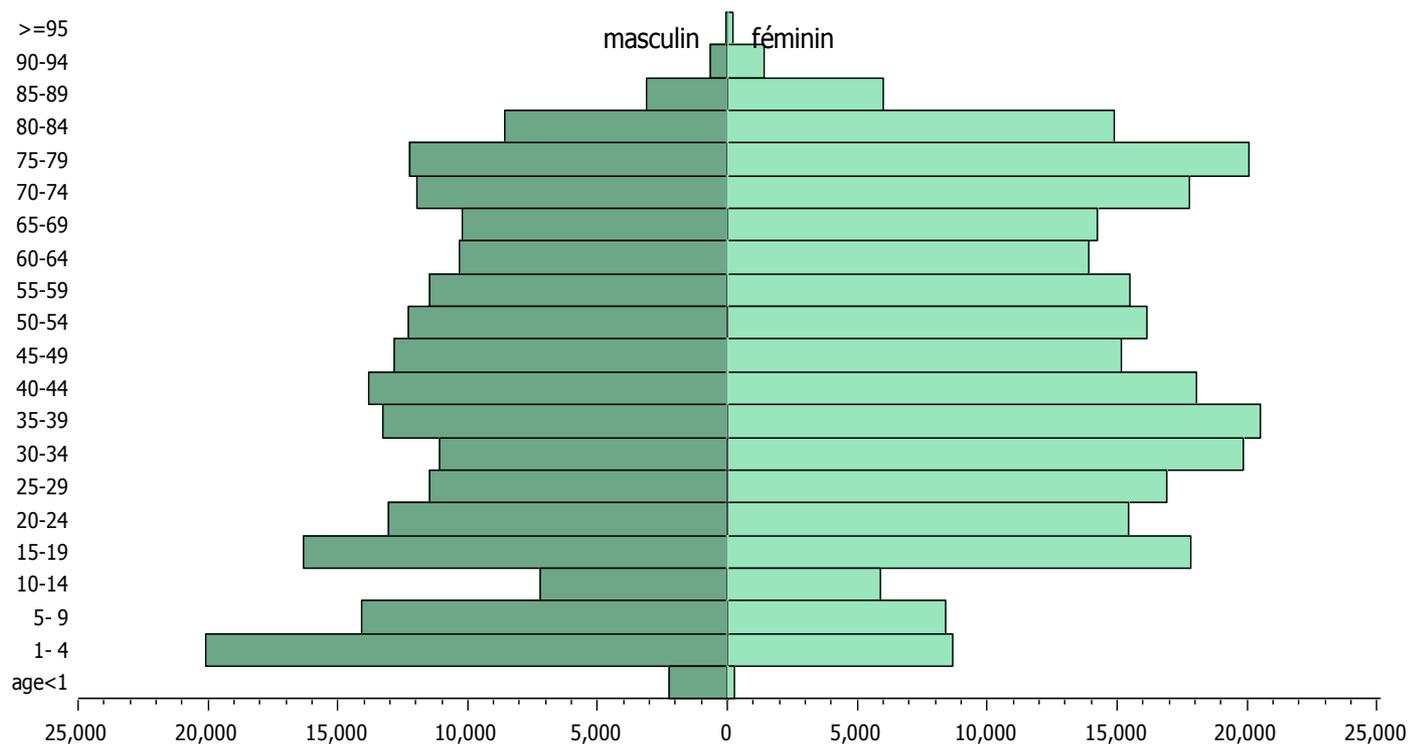


Figure I.2 : Distribution par âge et par sexe - RCM 2006



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

