

Etude du KCE 282 Et maintenant?...



Dr Jean-Luc Demeere

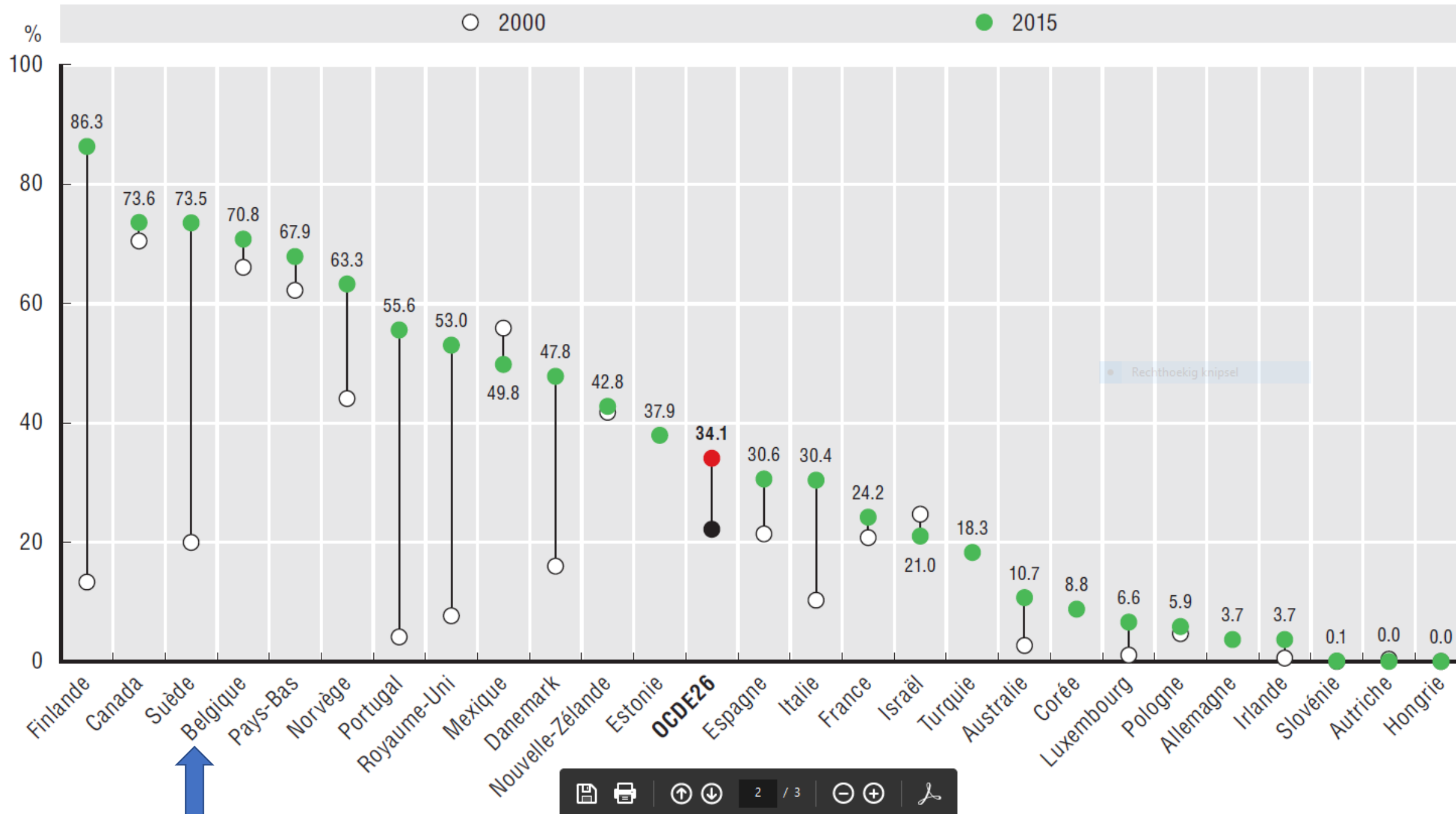
BAAS

15 février 2019

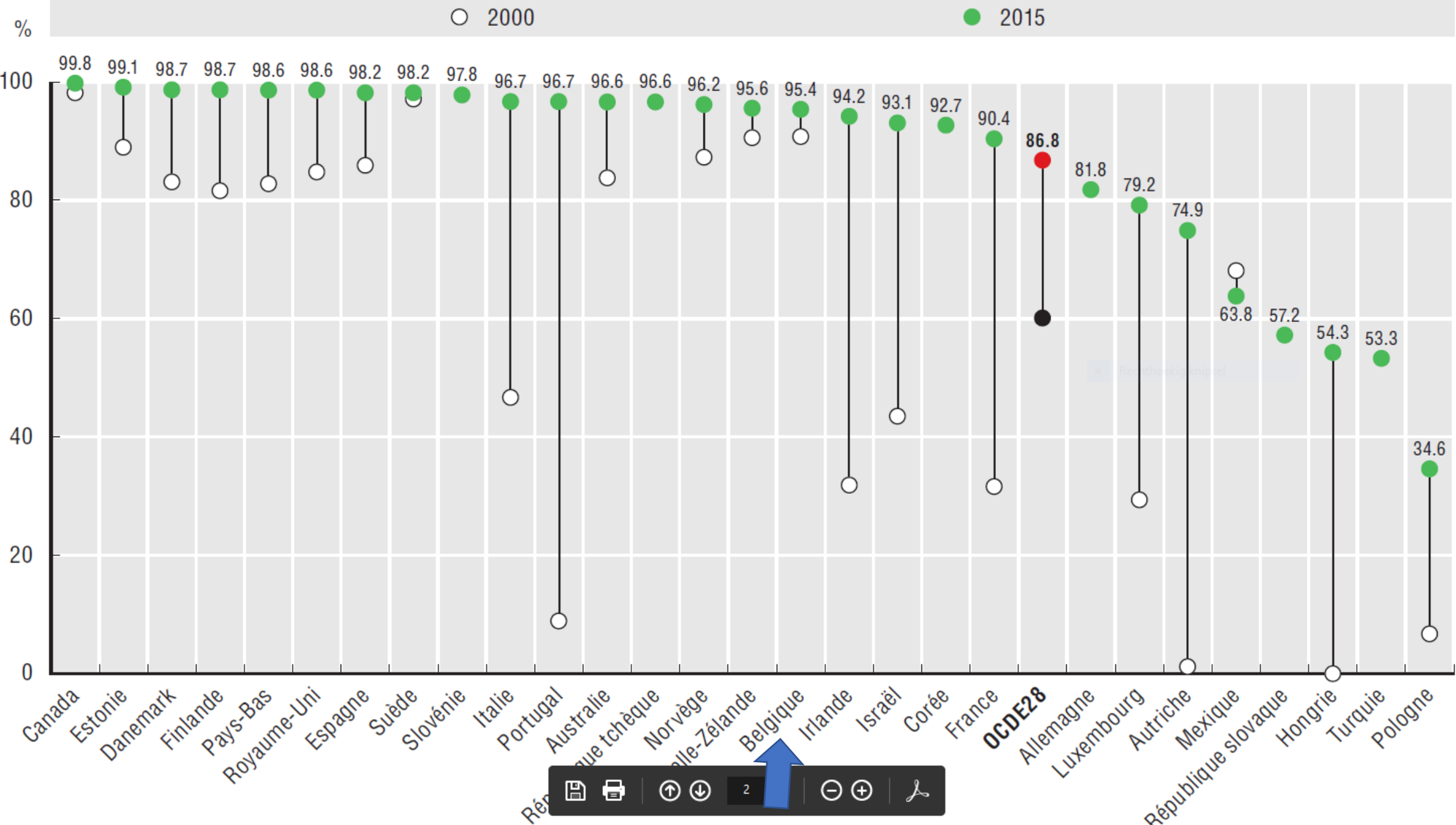
Rapport du KCE 282



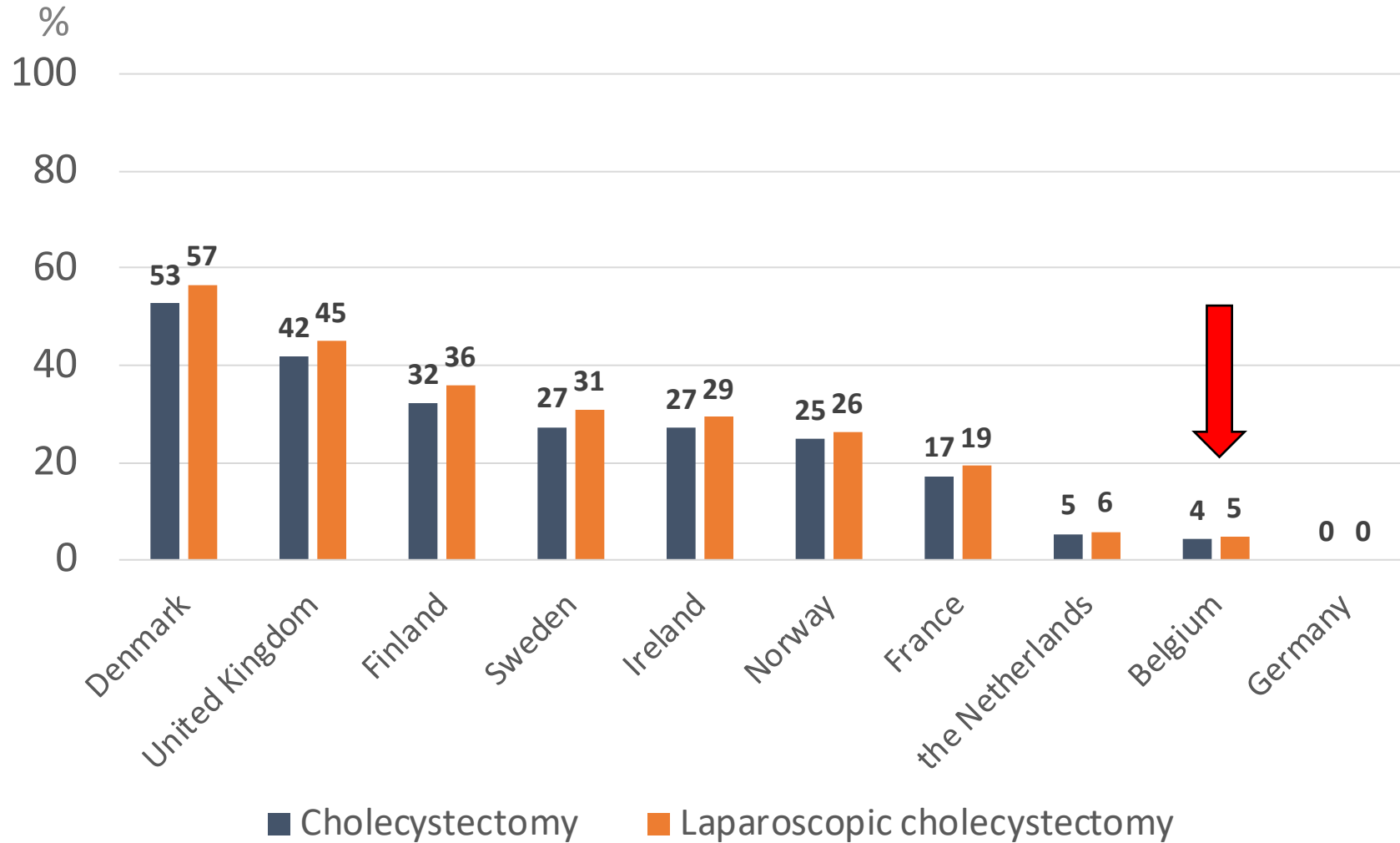
Graphique 9.23. **Amygdalectomies effectuées en chirurgie de jour, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)**



Graphique 9.22. Opérations de la cataracte effectuées en chirurgie de jour, 2000 et 2015 (ou année la plus proche)



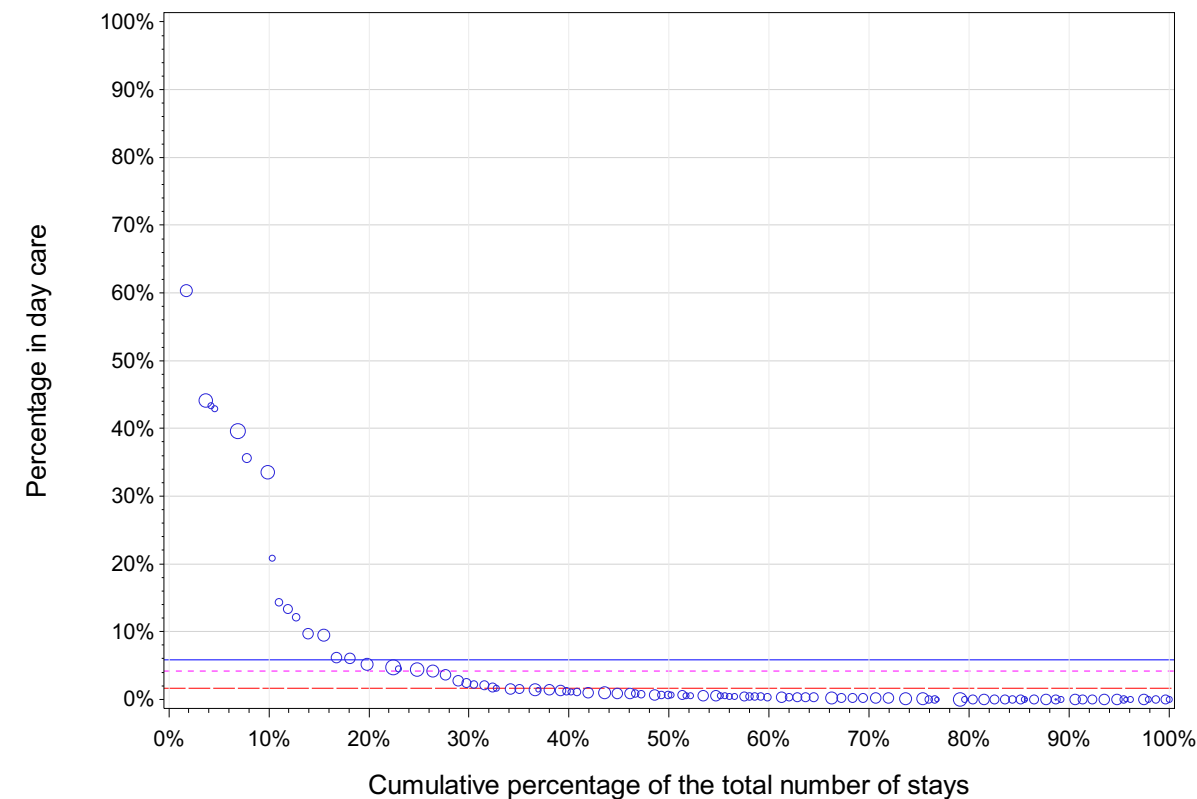
(Laparoscopic) cholecystectomy – international perspective



Belgium: data for 2013 (i.e. most recent data); the Netherlands: data for 2010 (i.e. most recent data).

Source: OECD 2016 health database

Laparoscopic cholecystectomy



Online survey: 20% of experts no DS

Horizontal (long) dashed line drawn at P75: 1.7 %

Horizontal dashed line drawn at weighted P75: 4.2 %

Horizontal line drawn at National %: 5.9 %

Number of hospitals with 0% in Day care: 31

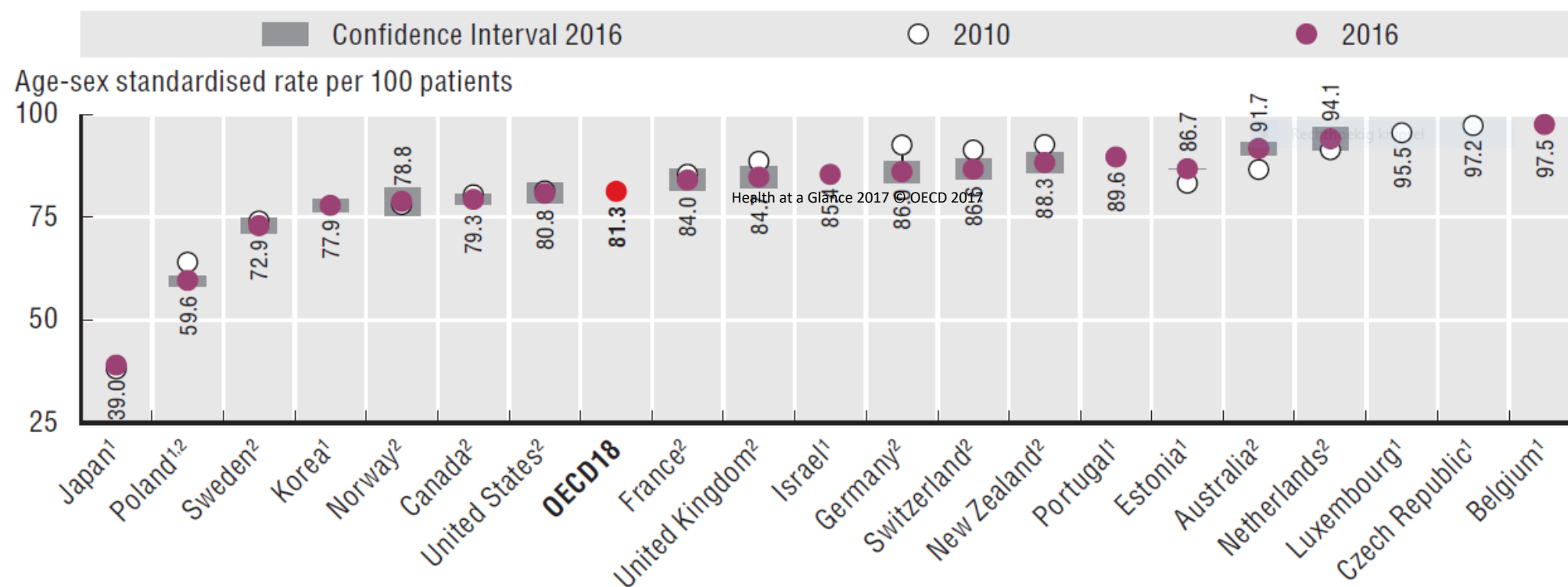
	Hosp.	Inpat.	DS	Total	% DS	Min % DS	Max % DS
All	104	41432	2590	44022	5.9%	0.0%	60.3%
All10	104	41432	2590	44022	5.9%	0.0%	60.3%
P95 %D	6	1884	1562	3446	45.3%	35.6%	60.3%
P75 %D	26	11763	2467	14230	17.3%	1.7%	60.3%
P50 %D	52	21687	2566	24253	10.6%	0.5%	60.3%

High national day-care rates with outliers – some examples

Procedure	# Stays (all)	# Day-surgery stays	% Day surgery	Min % day surgery	Max % day surgery	P25 (%)	P75 (%)
Carpal tunnel release	92 526	90 606	97.9	42.9	100.0	97.0	99.1
Lithotripsy	36 626	35 180	96.1	0.0	99.4	92.7	97.4
Lens extraction with insertion of an intraocular lens prosthesis	336 763	321 764	95.5	53.3	100.0	94.0	99.6
Blepharoptosis repair	5 893	5 585	94.8	63.6	100.0	92.3	100.0
Arthroscopic meniscectomy	113 946	106 847	93.8	51.3	99.4	91.2	95.8
Endometrial biopsy/aspiration with hysteroscopy	23 168	21 647	93.4	30.2	100.0	88.4	96.5
Tonsillectomy with adenoidectomy	41 828	37 133	88.8	2.7	100.0	86.3	96.3
Uni- or bilateral orchidopexy	6 973	5 867	84.1	16.0	100.0	78.9	96.0

Patient experience with ambulatory care

6.1. Doctor spending enough time with patient in consultation, 2010 and 2016 (or nearest year)



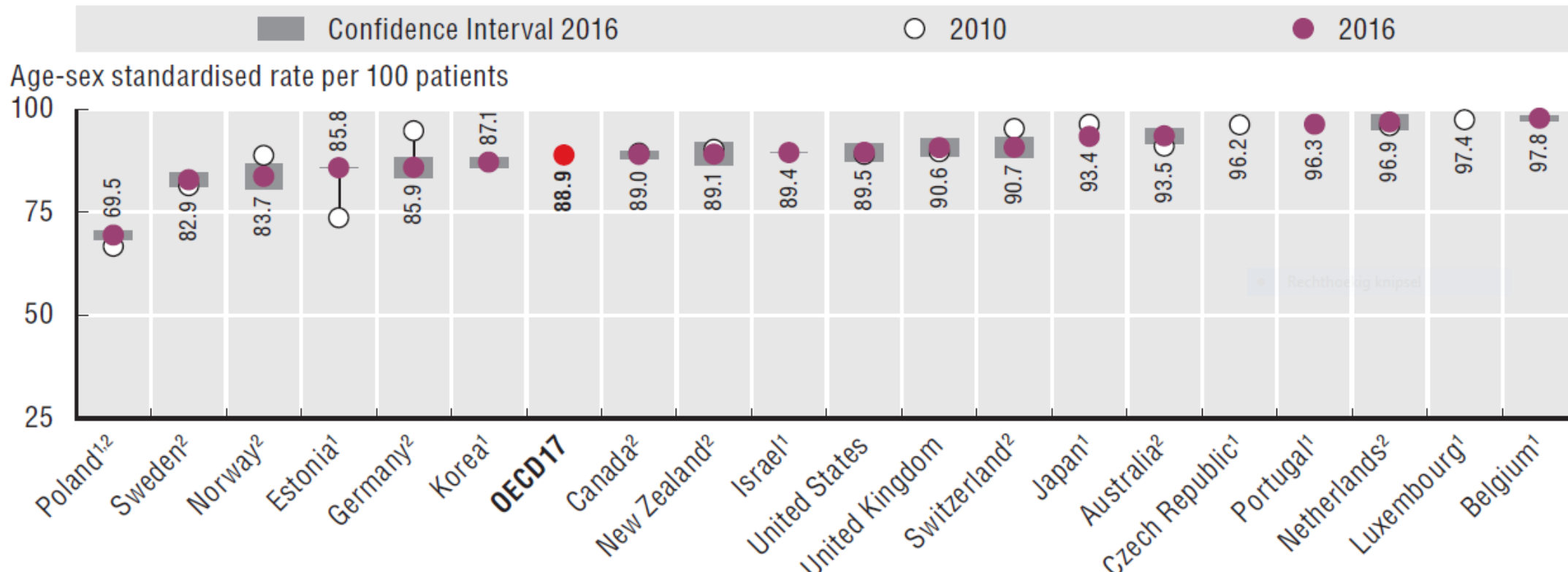
6. QUALITY AND OUTCOMES OF CARE

Patient experience with ambulatory care

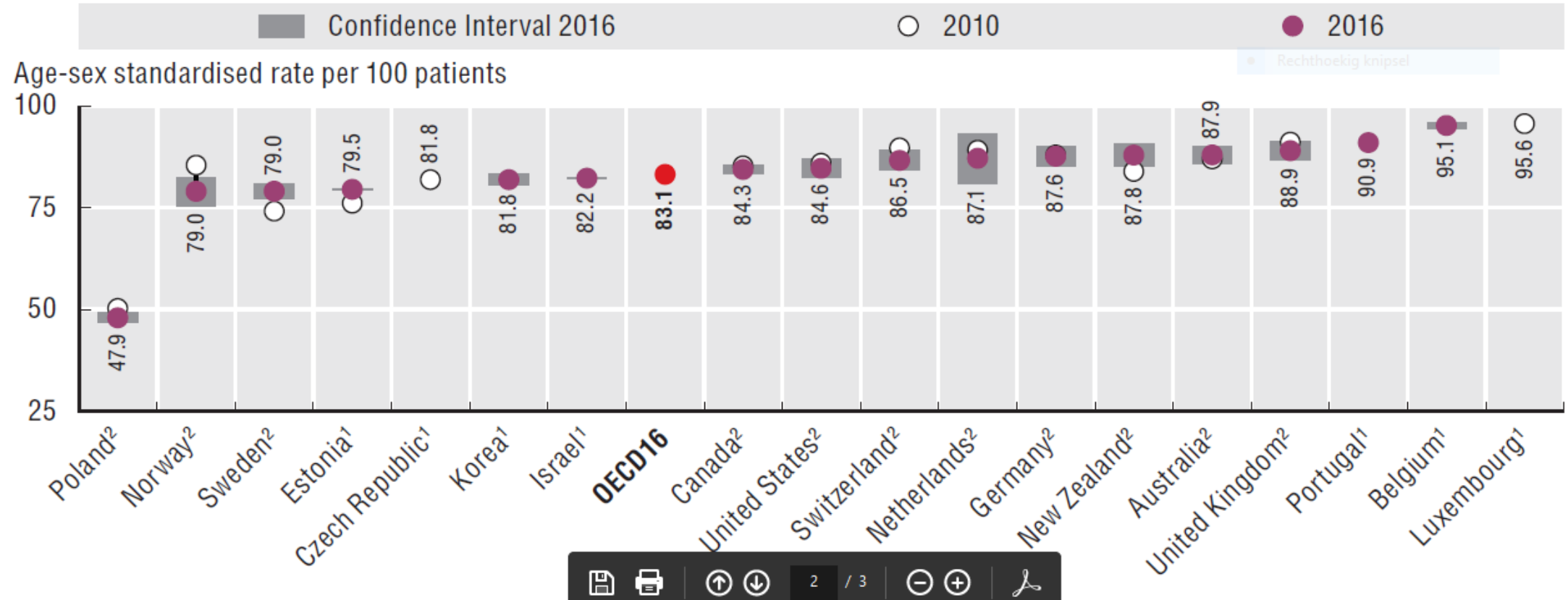
Health at a Glance 2017 © OECD 2017

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933603355>

6.2. Doctor providing easy-to-understand explanations, 2010 and 2016 (or nearest year)



6.3. Doctor involving patient in decisions about care and treatment, 2010 and 2016 (or nearest year)



Pourquoi le virage ambulatoire tarde-t-il?

- 1. Raisons médicales
 - Complications
 - Types de patients (Morbidité)
- 2. Raisons hospitalières et organisationnelles
 - Structure hospitalière
 - Intégration dans la chirurgie hospitalière
 - Organisation hospitalière
 - Horaire d'ouverture des chirurgies de jour
 - Gestion des urgences
 - Listes d'attente en chirurgie de jour
 - Programmation des interventions dans un seul quartier opératoire
- • 3. Raisons culturelles
 - Habitude
 - Écoles de médecine (guidelines)
- 4. Raisons sociologique
 - Age et solitude
 - Confort du patient
 - Absence de structure d'accueil
- 5. Outsetting et son organisation
 - Structure de première ligne
 - Infirmier
 - Kinés
 - Médecin généraliste
- • 6. Barrière financières
 - Financement défavorable de la chirurgie de jour



Barrières médicales

- 1. Traditions des teams de soignants
 - Enseignement de la médecine
 - Spécialisation par apprentissage sur le terrain (Fabricanto faber faecit)
- 2. Absence de guidelines
 - Choix des techniques non invasives
 - Anesthésie et le confort du patient
 - Analgésie postopératoire: per os
- 3. Résistance au changement
 - Organisation du travail du médecin spécialiste
 - Prise en charge extra-hospitalière
- 4. Peur du changement et la responsabilité des soignants
 - Management des complications et la médecine “défensive”

Barrières financières

- 1. Complexité du système: séjour approprié en hôpital de jour
 - Liste A : soins à donner de préférence en ambulatoire
 - Paiement du séjour en fonction de forfaits
 - Forfait à l'admission
 - Forfait par jour
 - Si hospitalisation de jour: 0,81 du financement hospitalier à l'activité.
- 2. Séjour hospitalier inapproprié (liste B)
 - Liste B : 7 APRDRG forfaitarisés
 - 24 interventions chirurgicales et 4 médicales
 - Critères additionnels de LOS, âge, SOI
- 3. Soins à basse variabilité: honoraires des médecins
 - All in
 - Descriptif par code de nomenclature
 - Honoraire de coordination
 - Honoraire de surveillance



3.4 Critical appraisal of the payment system for day surgery

3.4.1 List A

A static and restrictive system that is not sufficiently evidence-based

The definition of the realised day-care stays is considered to be too static and too restrictive. Indeed, the list of nomenclature codes at the basis of List A is determined by pre-existing lists that have been abolished. Although medical technology is rapidly evolving, the initial selection of interventions on List A for day-care surgery has hardly been adapted since 2002, except with the reform in 2007.¹³ Moreover, a number of nomenclature codes for orthopaedics that are on List A are no longer reimbursed since 2014.

In the same way, the criteria for an invasive surgical procedure are defined in a Royal Decree (21 February 1997, modified by the Royal Decree of 18 November 1998) that was abrogated in 2006. This definition limits an invasive surgical procedure to a procedure involving a prophylactic preoperative antibiotic therapy. Therefore, procedures for which no antibiotics are used or for which they are not only used for preoperative purposes but also as part of the therapy, are excluded.

Day-care stays with procedures not on List A are financially not rewarding

For day-care stays on List A, hospitals are allotted a justified length of stay of 0.81 days, which increases the number of points and hence their share of the national hospital budget (BFM). They are also entitled to a lump sum per admission and per diem. However, for procedures not on List A (except for those surgical procedures entitling hospitals to one of the Group 1-7 lump sum amounts) hospitals are entitled only to the Maxi lump sum for the general anaesthesia, which is lower than the sum of the lump sum per admission and per diem and the justified length of stay of 0.81 days for most hospitals.

3.4.2 Inappropriate inpatient stays

The selection of procedures on List B (medical APR-DRGs) is partially based on the same criteria as List A (former Maxi lump sum, Super lump sum, or lump sums A to D and involving an invasive surgical procedure), hence the same criticisms apply.

In addition, one major criticism addressed to the definition of inappropriate inpatient stays is that the list of APR-DRGs has hardly been updated since its introduction. Therefore, the measure did not help to stimulate a shift towards more day surgery.¹³ Initially 32 APR-DRGs (29 surgical and 3 medical) were included. In 2015, 9 APR-DRGs were removed and 4 added, leading to a new list of 27 APR-DRGs (24 surgical and 3 medical) (article 22 of the Royal decree of 8 January 2015).⁵⁴ In reality, this modification represented only minor changes and was justified by the transition from version 15 to version 28 of the Patient Classification System to classify patient stays into APR-DRGs.

3.4.3 Shared responsibilities between RIZIV – INAMI and FOD – SPF hamper coherent policymaking

The amount of the lump sums and the corresponding nominative lists are determined by the National Commission of Sickness Funds and Hospitals, whereas the physician fees are negotiated in the National Commission of Sickness Funds and Providers, the so-called “Medico-Mut” (see Box 5). Both commissions operate within the healthcare department of RIZIV – INAMI. Within the FOD – SPF, the financing department of the Federal Council for Hospital Facilities gives advice to the minister on matters related to the hospital budget. Although there are initiatives to join efforts, the dual system itself results in a fragmentation of efforts and a multiplication of commissions. In KCE Report 229 a detailed analysis of the macro-level governance can be found.¹⁴

4. NOMENCLATURE CODES USED TO DEFINE REALISED DAY-CARE STAYS (LIST A)

Nomenclature codes included in List A					
220231	246595	256513	275553	280571	300311
220275	246610	256653	275656	280674	310354
220290	246632	256815	275671	280711	310376
220312	246654	256830	275693	280755	310391
220334	246676	256852	275715	280792	310413
221152	246772	257390	275752	284911	310575
228152	246831	257434	275811	285235	310715
229176	246912	257876	275833	285390	310774
230613	246934	257891	275855	285670	310796
232013	247575	257994	275951	285692	310811
232035	247590	258090	276275	285972	310855
235174	247612	258112	276334	287431	310951
238114	247634	258156	276356	287453	310973
238173	247656	258171	276371	287475	310995
238195	250176	258635	276452	287490	311312
238210	250191	258650	276474	287512	311334
241091	250213	258731	276496	287534	311452
241150	251274	260315	276511	287696	311835
241312	251311	260470	276555	287711	311990
241872	251370	260676	276636	287755	312314
241916	251650	260691	276776	287792	312410
241931	253153	260735	276931	287814	312432
244193	253234	260794	277034	287836	317214
244311	253256	260853	277093	291992	350512
244436	253551	260875	277152	292014	353253
244473	253573	260890	277211	292633	354056
244495	254752	260912	277233	292795	354351
244554	254774	260934	277270	292810	431056
244635	254796	260956	277476	292854	431071
245534	254811	261214	277616	293016	431513
245571	255172	261236	277631	293274	432191
245630	255194	262216	278390	293296	432213
245733	255231	262231	278832	293311	432316

Liste A



14

Day surgery in Belgium

KCE Report 282S

245755	255253	275015	279451	293370	432434
245814	255695	275096	279473	294210	432692
245851	255894	275111	279495	294232	475996
245873	256115	275133	280055	294475	
246094	256130	275236	280070	294674	
246212	256174	275251	280092	294711	
246514	256314	275494	280136	300252	
246551	256336	275516	280151	300274	
246573	256491	275531	280534	300296	

The interested reader can find the procedures corresponding with the nomenclature codes on <http://www.riziv.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/NomenSoft.aspx#.WKNHQmf2bIU>.

Source: Article 9 of the Royal Decree of 12 October 2015.³

5. APR-DRGS USED TO DEFINE INAPPROPRIATE INPATIENT STAYS

Surgical and medical APR-DRGs used in the definition of inappropriate inpatient stays

026	Other nervous system & related procedures
073	Eye procedures except orbital
093	Sinus & mastoid procedures
097	Tonsil & adenoid procedures
098	Other ear, nose, mouth & throat procedures
114	<i>Dental & oral diseases & injuries</i>
115	<i>Other ear, nose, mouth, throat & cranial/facial diagnoses</i>
180	Other circulatory system procedures
226	Anal procedures
313	Knee & lower leg procedures except foot
314	Foot & toe procedures
315	Shoulder, upper arm & forearm procedures
316	Hand & wrist procedures
317	Tendon, muscle & other soft tissue procedures
320	Other musculoskeletal system & connective tissue procedures
361	Skin graft for skin & subcutaneous tissue diagnoses
364	Other skin, subcutaneous tissue & related procedures
446	Urethral & transurethral procedures
483	Testes & scrotal procedures
484	Other male reproductive system & related procedures
501	<i>Male reproductive system diagnoses except malignancy</i>
513	Uterine & adnexa procedures for non-malignancy except leiomyoma
517	Dilation & curettage for non-obstetric diagnoses
518	Other female reproductive system & related procedures
519	Uterine & adnexa procedures for leiomyoma
544	D&C, aspiration curettage or hysterotomy for obstetric diagnoses
850	Procedure with diagnosis of rehabilitation, after care or other contact with health care

Source: Article 22 (10°) of the Royal Decree of 8 January 2015⁴; APR-DRGs 114, 115 and 501 (indicated in italic) are medical APR-DRGs.

6. NOMENCLATURE CODES USED TO DEFINE INAPPROPRIATE INPATIENT STAYS (LIST B)

Nomenclature codes used in the definition of inappropriate inpatient stays (List B)				
220231 - 220242	250176 - 250180	260691 - 260702	286215 - 286226	293274 - 293285
220275 - 220286	250191 - 250202	260735 - 260746	286230 - 286241	293311 - 293322
220290 - 220301	251274 - 251285	260794 - 260805	286252 - 286263	293370 - 293381
220312 - 220323	251370 - 251381	260890 - 260901	286296 - 286300	294210 - 294221
220334 - 220345	253234 - 253245	260912 - 260923	287350 - 287361	294232 - 294243
221152 - 221163	253551 - 253562	260934 - 260945	287372 - 287383	294615 - 294626
230613 - 230624	253573 - 253584	260956 - 260960	287431 - 287442	294674 - 294685
232013 - 232024	253654 - 253665	261214 - 261225	287453 - 287464	294711 - 294722
232035 - 232046	254752 - 254763	261236 - 261240	287475 - 287486	300252 - 300263
238114 - 238125	254774 - 254785	262231 - 262242	287490 - 287501	300274 - 300285
238151 - 238162	254796 - 254800	280055 - 280066	287512 - 287523	300296 - 300300
238173 - 238184	254811 - 254822	280070 - 280081	287534 - 287545	300311 - 300322
238195 - 238206	255172 - 255183	280092 - 280103	287556 - 287560	300333 - 300344
238210 - 238221	255194 - 255205	280136 - 280140	287571 - 287582	310354 - 310365
241150 - 241161	255231 - 255242	280151 - 280162	287696 - 287700	310376 - 310380
244311 - 244322	255253 - 255264	280195 - 280206	287711 - 287722	310391 - 310402
244436 - 244440	255695 - 255706	280534 - 280545	287755 - 287766	310413 - 310424
244473 - 244484	255754 - 255765	280571 - 280582	287792 - 287803	310575 - 310586
244495 - 244506	255894 - 255905	280674 - 280685	287814 - 287825	310715 - 310726
244576 - 244580	256115 - 256126	280711 - 280722	287836 - 287840	310774 - 310785
244591 - 244602	256130 - 256141	280755 - 280766	288094 - 288105	310855 - 310866
244635 - 244646	256174 - 256185	280792 - 280803	288116 - 288120	310951 - 310962
245114 - 245125	256314 - 256325	284572 - 284583	291410 - 291421	310973 - 310984
245534 - 245545	256336 - 256340	284911 - 284922	291970 - 291981	310995 - 311006
245571 - 245582	256491 - 256502	285095 - 285106	291992 - 292003	311312 - 311323
245630 - 245641	256513 - 256524	285110 - 285121	292014 - 292025	311334 - 311345

3.5 Remuneration of medical specialists

Physicians are **mainly paid fee-for-service**. Health insurance pays for medical services on the basis of a fee schedule, called “nomenclature” (see Box 5, which is a summary of the detailed information in Chapter 9 in KCE Report 229¹⁴).

However, also some **lump sum fees** exist. The medical activities for **laboratory tests** for inpatient stays and stays in day surgery are reimbursed as follows:

- A lump sum fee per admission which is determined at the national level and consists of a basic lump sum and an additional lump sum depending on certain characteristics of the clinical laboratory of the hospital (e.g. the number of staff, guarantee of continuity). The basic lump sum (nomenclature code 519091) equals € 34.20 in 2017, the additional lump sums, depending on certain characteristics of the clinical laboratory are € 53.58 (code 591076) or € 47.03 (code 591113) or € 25.65 (code 591135).
- A lump sum fee per day which is hospital-specific and partially depends on case-mix data (only for inpatient stays).
- A fee-for service component which has been reduced to 25% of its original value since the introduction of the (per admission and per diem) lump sums.

The lump sum fees per admission and per diem are both independent of whether or not tests were performed and of the number of those tests. The lump sum fees per admission can be charged for all procedures on List A or for which a Maxi lump sum can be charged as well as for procedures on a limitative list of 64 codes for which a Group 1 to 7 lump sum can be charged. This limitation is judged to impede a consistent evolution of (non-surgical) day-care activities in hospitals.⁵²

For all stays during which a surgical procedure is performed for which at least one nomenclature code is included in a limitative list of 71 codes, a **coordination fee** (for the head of the day-surgery department) and a **surveillance fee** can be charged (both € 16.36 in 2017).^{56, 57} The majority of these 71 codes are on List A, some are on the nominative lists for a Group

1 to 7 lump sum, one code is on List B and for one code a Maxi lump sum can be charged if the procedure is performed under general anaesthesia.

Box 5 – The remuneration system of medical specialists

The nomenclature

Medical and paramedical services covered by compulsory health insurance are listed in a fee schedule, called “nomenclature”, which lists almost 9 000 unique covered services. The list of reimbursable codes contains for each item the professional qualification needed to be eligible for reimbursement, a code-number, a description of the item, a key letter according to the medical specialty, a coefficient and application rules. The coefficient gives for each procedure the relative value compared to other procedures with the same key letter. Multiplying the coefficient by the value of the key letter determines the amount of payment to the provider concerned (i.e. the fee).

Official tariffs negotiated in the “Medico-Mut”

Rechtshoekig knipsel

The type of reimbursable benefits and their amounts (total fee and reimbursement) are determined through a process of negotiations with the various parties involved within RIZIV – INAMI, all within pre-set budgetary limits. The National Commission of Sickness Funds and Providers, the so-called “Medico-Mut” negotiates on the tariffs, and more specifically, on the value of the key letter. The negotiated fee or “convention tariff” is settled in agreements (for physicians and dentists) and conventions (for other healthcare providers).

3.6 Patient cost sharing: co-payments and supplements

The cost of a hospital stay, whether inpatient or not, is partly paid by patients. Various forms of patient cost sharing are implemented in the Belgian system of compulsory health insurance: co-payments (a flat rate per item or service), coinsurance (a percentage of the cost of the service) and supplements. The amount of patient cost sharing mainly depends on the type of hospital stay.

Financial barriers: complex payment system

Procedure included in List A	Procedure included in Group 1 to 7 lump sum nominative lists	Procedure not included in List A nor on the group 1 to 7 lump sum nominative lists
Hospital		
LOS of 0.81 justified days (C-bed; varies between hospitals)	Lump sum Group 1 to 7	Maxi lump sum in case of general anaesthesia
Amount per admission (varies between hospitals)	/	/
Amount per day (varies between hospitals)	/	/
Physicians		
Fee for service for surgeons and anaesthetists		
Lump sum fee per admission for clinical biology		
Coordination fee (€ 16.36) if procedure is on limitative list of 71 procedures		
Surveillance fee (€ 16.36) if procedure is on limitative list of 71 procedures		

Financial barriers: complex payment system

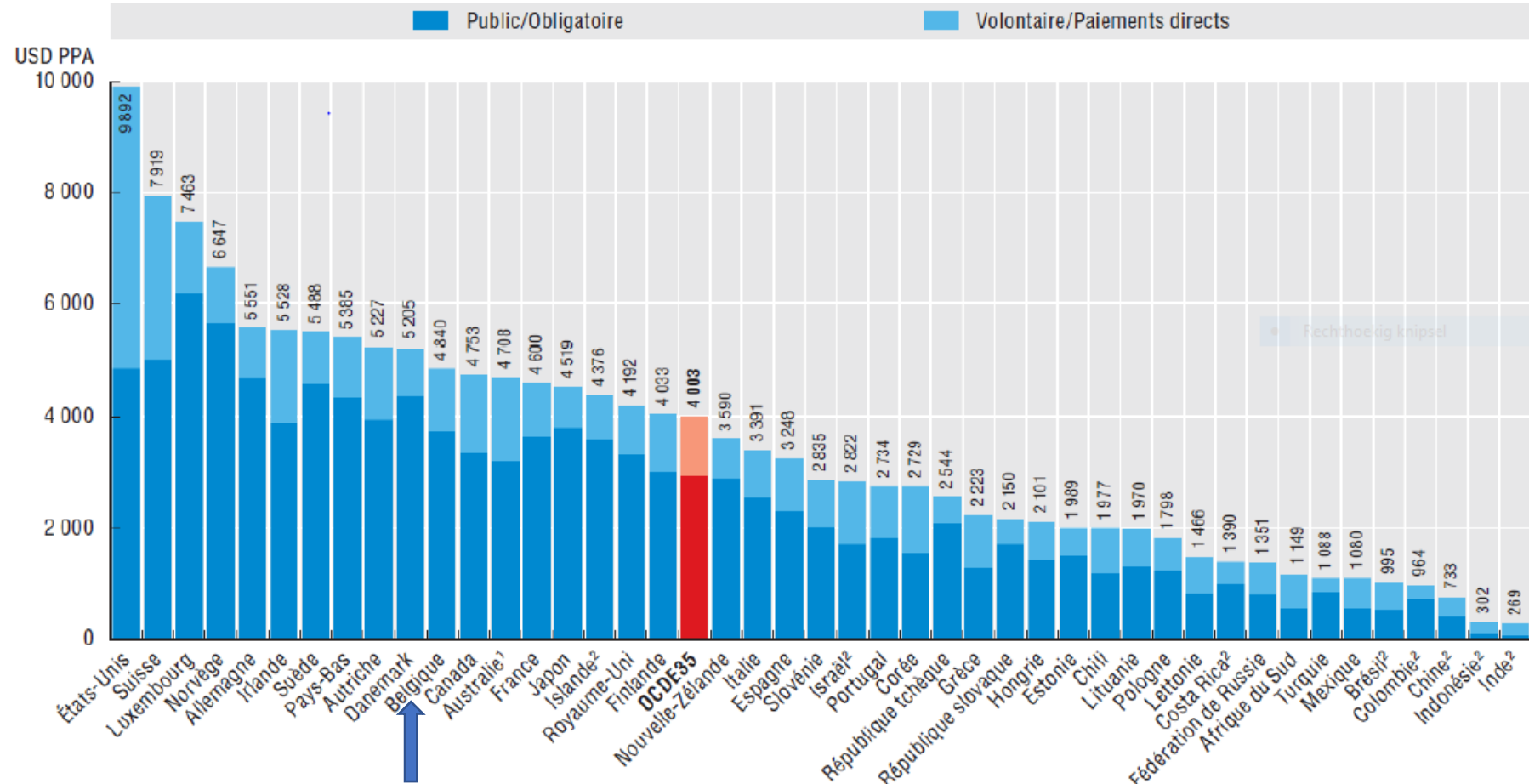
Procedure included in List A	Procedure included in Group 1 to 7 lump sum nominative lists	Procedure not included in List A nor on the group 1 to 7 lump sum nominative lists
Tonsillectomy with adenoidectomy (child) (256491/502; K50)	Tonsillectomy with or without adenoidectomy (adult) (256535/546; K100; group 7)	
	Repair of a bilateral inguinal hernia (241894/905; N325; group 6)	Repair of a unilateral inguinal hernia (241872/883; N200)
Anal fissurectomy with sphincterotomy (244473/484; N125)	Anal fissurectomy (244510/521; N90; group 6)	
Cataract surgery (e.g. 246606/595; N425)		
		Cholecystectomy (242454/465, N350 ; 242476/480, N400)
Excision of a tendon sheath (280534/545; N100)	Incision of a tendon sheath (280512/523; N75; group 5) Exploration of a tendon (280556/560; N75; group 6)	

Contexte belge

- 1. Réforme du financement des hôpitaux: loi du 19 juillet 2018
 - Rapport MAHA
- 2. Réforme de la qualité des pratiques médicales (A.R. 78) : projet
 - Anxiolyse et anesthésie
 - Pratiques chirurgicales en milieu hospitalier
- 3. Réseaux hospitaliers: projet
 - Réseaux géographiques (400.000 à 500.000 hts)
 - Hôpital locorégional
 - Hôpital de référence

Les dépenses de santé dans l'OCDE sont de 4 000 USD par personne en moyenne (ajustés du pouvoir d'achat). Les États-Unis ont dépensé plus de 10 000 USD par personne

Dépenses de santé par habitant, 2016



Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

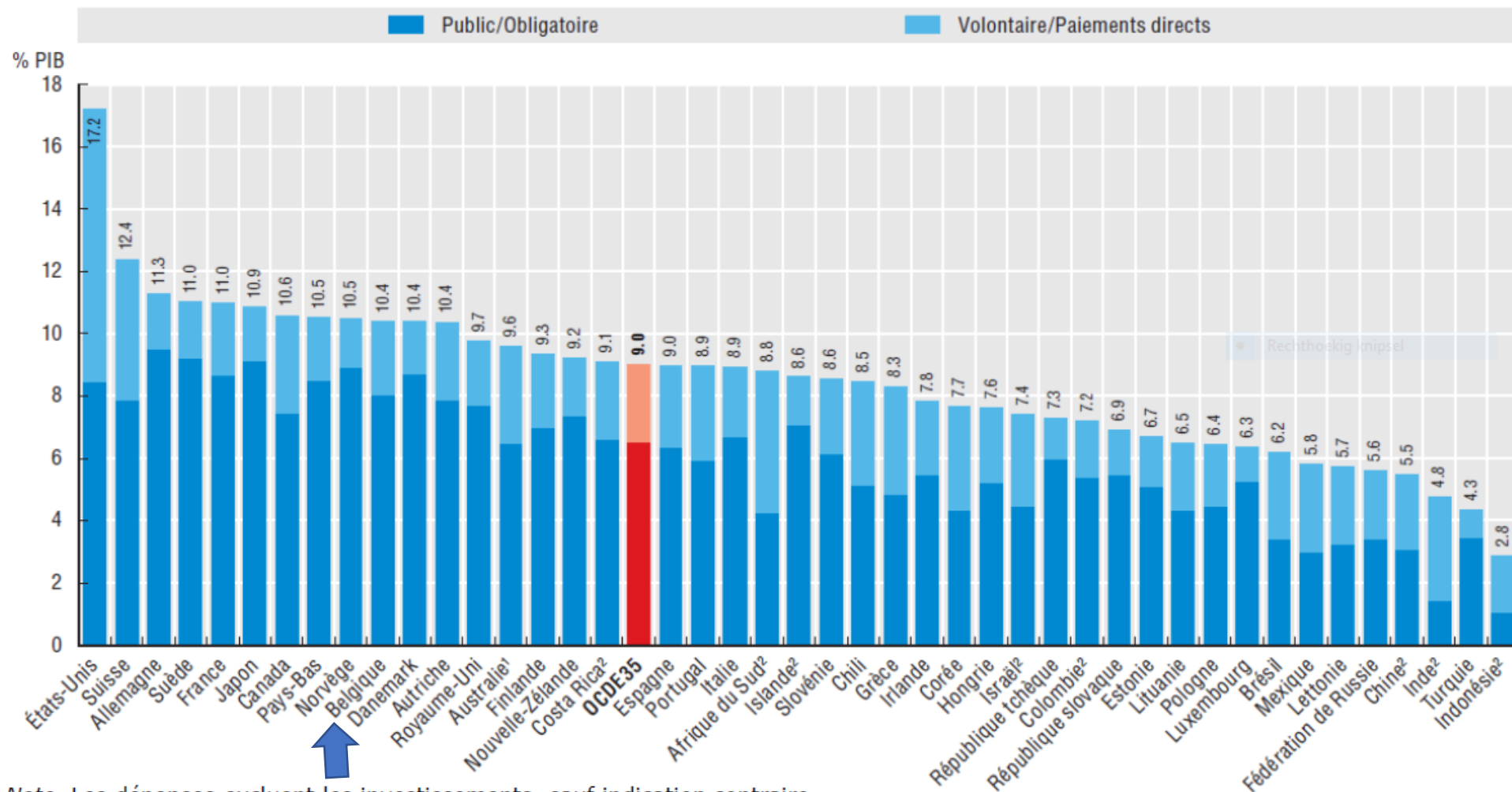
1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses des services d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.

2. Inclut les investissements.

Source : Panorama de la santé 2017 (données extraites de Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales).

Les dépenses de santé s'établissent à 9 % du PIB en moyenne dans l'OCDE, variant de 4.3 % en Turquie à 17.2 % aux États-Unis

Dépenses de santé en pourcentage du PIB, 2016



Note : Les dépenses excluent les investissements, sauf indication contraire.

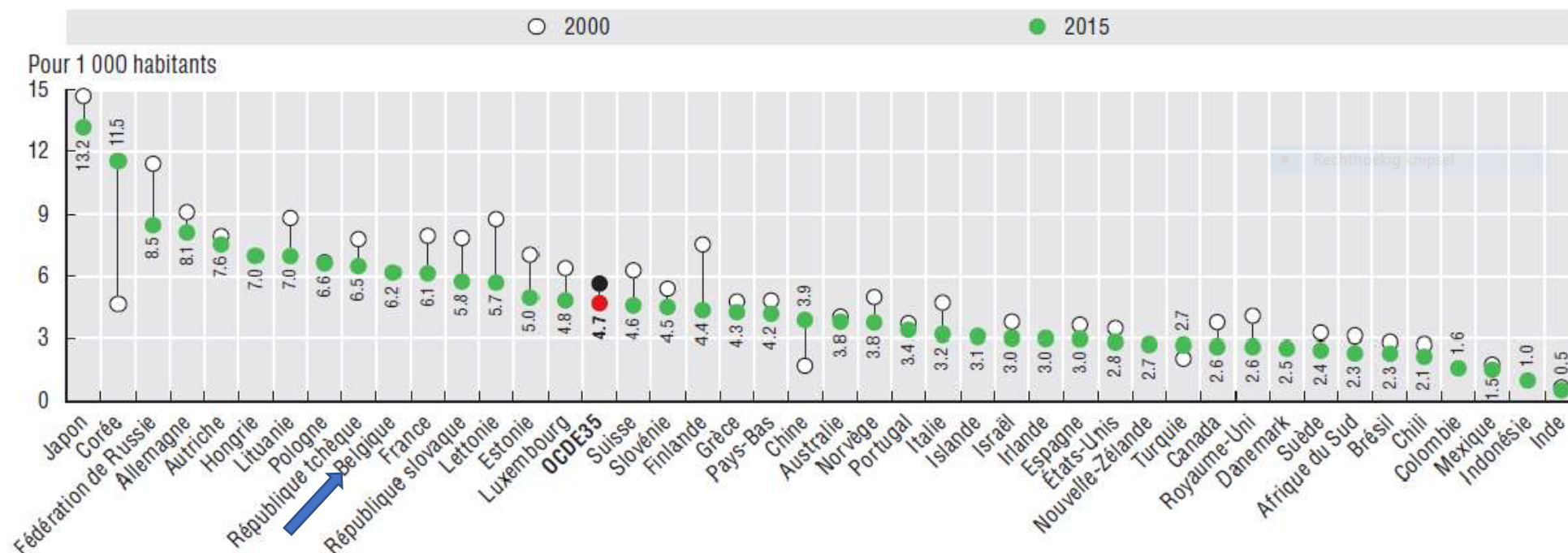
1. Les estimations des dépenses australiennes excluent toutes les dépenses des services d'aide sociale au titre des établissements de soins aux personnes âgées.

2. Inclut les investissements.

Source : Panorama de la santé 2017 (données extraites de *Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017* ; Base de données de l'OMS sur les dépenses de santé mondiales).

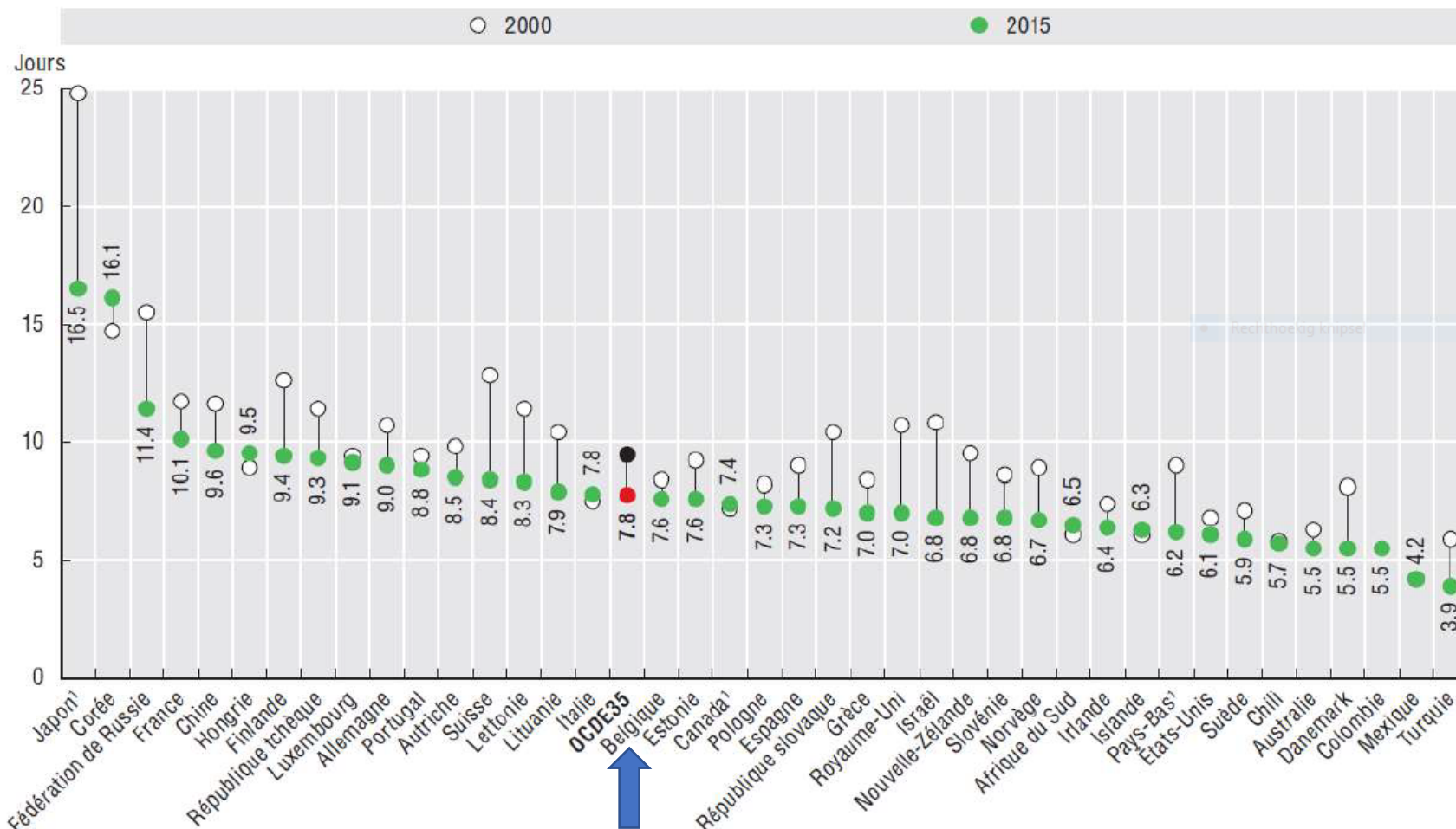
Le nombre de lits d'hôpital par habitant a diminué dans tous les pays de l'OCDE (à l'exception de la Corée et de la Turquie), en raison de la baisse des taux d'hospitalisation et de l'augmentation de la chirurgie ambulatoire

Lits d'hôpital



La durée moyenne de séjour à l'hôpital a également diminué dans la majorité des pays de l'OCDE, reflétant peut-être des gains d'efficacité

Durée moyenne de séjour à l'hôpital



1. Les données correspondent à la durée moyenne de séjour en soins curatifs (aigus) (d'où une sous-estimation). Au Japon, la durée moyenne de séjour pour l'ensemble des hospitalisations était de 29 jours en 2015 (contre 39 jours en 2000).

Source : Panorama de la santé 2017.

Volonté de la ministre

In Belgium there is still room for reducing the number of inpatient stays and the transition towards day care, provided that sufficient after-hospital care is available.

[Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering - Plan d'approche réforme hopitaux, 2015]

Belgian Law: *Only patients who have at home someone at their disposal for care and supervision during the first 24 hours after surgery, can be treated in a day-care setting.*

- If patients have no one available, they are **admitted for at least one night**;
- Similarly: growing number of **elderly**, of whom many have no or no fit caregiver.

Coût des hopitaux étude MAHA, publication de De Tijd

(05/11/2018 pour la Flandre)

- 1. Marge bénéficiaire des hôpitaux
 - 0,2% ou 29 mio / 14.510 mio pour un chiffre d'affaire de +2,7%
 - Flandre : 61 mio
 - Bruxelles et Wallonie: -32 mio
- 2. Hôpitaux dans le rouge: 24/92 pas assez de cash pour les dettes à court terme
- 3. Investissements continuent mais diminuent
 - Bilan, Actifs immobilisés : +600 mio (5.8%) ou 10,721 mio ou 55,1% dont 54% immobilisations corporelles
 - Terrains et constructions : 8.006 mio soit +12,4% (=75% de l'actif immobilisé)
 - Matériel médical: 824 mio +5,5%
 - Matériel non médical: 569 mio +6,3%
 - Actifs immobilisés en cours: 1,195 mio: - 387 mio ou -24,5%
 - Actifs circulants : -31,8 mio ou -0,4%
 - Liquidités et placements: 2,657 mio soit -92 mio ou -3,4%

Coût des hopitaux étude MAHA, publication de De Tijd

(05/11/2018 pour la Flandre)

2017	lits	entités	% total lits
Flandre	25 386	51	57%
Wallonie	14 471	34	33%
BXL	4 460	7	10%
H.G.	44 317	92	100%

- **DEFICIT STRUCTUREL de 360 mio**

- Wallonie: - 32 mio

- Problème des statutaires, des coûts de gestion, productivité et les pensions (CPAS)
- Moins d'hôpitaux avec services lourds

- Flandre: 61 mio de bénéfice (0,7%)

- 16/51 pertes (11 en 2016)
- 17 plus grands hôpitaux: gain 1,4%
- 17 plus petits hôpitaux: gain 0,02% ← effet de taille
- Autres hôpitaux: gain 0,9%

- Personnel financé par lit :

17 plus grands hôpitaux : 24 ← effet de taille
17 plus petits hôpitaux: 21

Coût des hopitaux étude MAHA, publication de De Tijd

(05/11/2018 pour la Flandre)

- 4. Passif:
 - Dettes à long terme: 6,531 mio soit + 132 mio ou + 2,1%
 - Dettes financières : 6,194
 - Dettes à court terme: 5,102 mio soit + 193 mio ou + 3,9
 - Dettes courantes: 2,653 mio + 141 mio ou + 5,6%
 - **DETTES augmentent en 7.149 mio + 0,9% et diminuent en % de 36,6 à 35,9 soit de -1,9% (chiffre d'affaire + 2,7)**
- 5. Fonds propres: 6,859: +172 mio ou + 2,6%
 - Capital 1,086 ou + 45 mio soit + 4,3 %
 - Réserves: 1,593 + 26 mio ou + 1,6%
 - Résultat reporté: 1.593 mio + 1,6% ou 26 mio
 - Subsidies: 2,328 ou - 0,1% ou 3 mio
- 6. Honoraires médicaux 5,941 mio (+ 2,1%) moins la ristourne des honoraires de 3,689 mio (+ 2,6%) = **PRELEVEMENT de 2,252 mio ou 38%**
 - BMF: 5,296 mio (- 25 mio ou -0,5%)
 - Médecins: 2,252 mio
 - Pharma: 2,493 mio (+11,1%)



Médecins/BMF+ médecins: +/- 29,8%

Coût des hopitaux étude MAHA, publication de De Tijd

(05/11/2018 pour la Flandre)

- HOSPITALISATION:

- Nombre d'admissions : 1 476 000 ou - 0,7%
- Admissions en ambulatoire : 494 ou - 1,2%.
- Nombre de journées d'hospitalisation 10,299 ou - 2,4%

- Durée de séjour: de 7,1 à 6,9 (- 1,8)
- Durée de séjour en C et D: de 4,9 à 4,7 (- 3,3%)
- Durée de séjour en gériatrie: de 20,7 à 20,2 (- 2,5)

- Indices de lits:

• CD	51%	←	CHIRURGIE AMBULATOIRE
• G	16%		Hôpital gériatrique
• SP	10%		
• Psy	08%		
• M	06%	←	Diminution des durées de séjour et fermeture de maternités
• E	05%	←	Fermeture et concentration des services (CAVE OP et présence péd)
• Divers	04%		

Coût des hopitaux étude MAHA, publication de De Tijd (05/11/2018 pour la Flandre)

Conclusions :

1. Diminution du bénéfice : **Résultat courant passe 96 mio à 29 mio soit -70,1% ou de 0,7% à 0,2% du CA et résultat de l'exercice de 254 mio à 130 mio soit de 1,9 à 0,9% du CA**
2. **Actifs immobilisés**
3. **Augmentation du coût salarial des ETP de 3,7% à 5,867 mio, du coût par ETP de 4,8% à 66 500 et du nbre d'ETP de 3,9% à 92.163.** (Indice santé de 2%)
3. Fin de croissance des subsides d'investissements et régionalisation du financement des infrastructures
4. **39 (30) hôpitaux sont en nég pour le résultat courant et 19 (13) pour le résultat d'exercice.**
5. **24 (16) hôpitaux ont un cash flow insuffisant pour rembourser les dettes de l'année.**
6. Financement à l'activité et la diminution des durées de séjour vont diminuer les revenus du BMF et des honoraires
7. Diminution du nombre d'admission en hospitalier (0,7%) et en ambulatoire (1,2%): **diminution d'activité**
8. **Investissements nouveaux:** informatisation du DPI, double facturation des soins à basse variabilité
9. Restructuration organisationnelle et **réseaux de soins**

France

Target setting

- MoH: national target of **66.2%** for day surgery in 2020 (=maximum 12 hours without overnight stay); regional differences
- Mainly determined on a statistical basis with limited input from clinical experts
- At hospital level: multiyear contracts negotiated between hospitals and ARS (*Agence Régionale de Santé*)

Instruments

- **Single tariff** (proportion of activity inpatient – day care as weights) for low severity stays, taking current national day-care rate into account
$$T_S = T_I(1 - w) + T_{DC}w$$
- Abolishment of reduced payments for short-stay outliers
- **Prior approval procedure** (“mise sous accord préalable”, MSAP) to perform surgery in an inpatient setting (targets hospitals with low day-surgery rates)

Proposals

1. Support DS through **financial incentives** and the abolition of DS discouraging rules
2. Improve and support **organisation and logistics**
3. Provide clinical **guidelines** & support the development of **care pathways**
4. **Inform** all parties involved
5. Set up a **monitoring & auditing** system

Bruxelles, le 13 février 2018

A Madame Maggie De Block
Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Madame la Ministre,

L'étude 282 du KCE constate que la chirurgie ambulatoire ne connaît pas en Belgique le même développement que dans la majorité des pays de l'Union Européenne. Pour le KCE, les causes sont multiples, comme : les barrières institutionnelles dans nos hôpitaux, les barrières liées à l'architecture de nos institutions de soins, les résistances aux changements du corps médical, les barrières liées à l'accueil par la première ligne, les barrières liées aux patients, à la vieillesse et à la solitude dans nos cités ou dans notre société. A tous ces facteurs structurels et organisationnels, s'ajoute une barrière financière favorisant l'hospitalisation classique.

Les anesthésistes, société professionnelle et scientifique, (APSAR et SBAR), et la société de chirurgie ambulatoire (BAAS), s'engagent à faire lever les barrières liées aux professions médicales des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs, mais aussi des infirmières à domicile et des médecins traitants. Ils s'engagent à définir des guidelines, à proposer des structures de soins, à éduquer les patients à la pratique ambulatoire et à promouvoir la pratique de la chirurgie ambulatoire.

Les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens restent sans réponse à la question venant des gestionnaires, concernant l'efficacité. Le financement des hôpitaux reste un frein au développement de l'ambulatoire. Pour beaucoup d'interventions chirurgicales, l'ambulatoire provoque une perte financière pour l'hôpital. Sans un meilleur financement, voire des avantages financiers, le développement de l'ambulatoire sera retardé et restera une source de tension et de conflit entre les médecins et les gestionnaires.

La BAAS, l'APSAR, la SBAR, vous demandent de favoriser le financement de la chirurgie ambulatoire et de les aider à promouvoir la chirurgie ambulatoire. Dans le concept des IPU (integrated practice unit), l'organisation de l'ambulatoire créera un bénéfice pour l'hôpital, le système des soins et surtout pour le patient.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos salutations respectueuses.



Pr Dr Marc Van de Velde
Président SBAR-BVAR



Dr Kenneth Coenye
Président BAAS



Dr Jean-Luc Demeere
Président APSAR-GBS

KCE Recommendations

- **New global list of elective surgical procedures** which can safely be performed in day surgery
 - Contains also
 - Preferred **treatment option** (outpatient, day surgery, inpatient stay of one night or two nights)
 - Achievable **substitution levels**
 - Compiled by an **advisory board**, in collaboration with working groups for each specialty
 - **International data** taken into account
 - **Reviewed annually** and, where necessary, revised:
 - To add or remove procedures from the list (e.g. developments in treatment options)
 - To remedy registration and coding issues (e.g. vague nomenclature)

Feedback system:

- Provide hospitals and specialists with DS rates, compared to peers (**benchmarking**)
- **Quality parameters** (e.g. unplanned readmission, unplanned inpatient admission, emergency department visits) to **monitor the quality and safety** and to adjust where necessary
- This information can also be made publicly available.

Financial incentive for procedures on the list
consistent with other planned reforms of the hospital payment
system

For elective procedures (SOI 1 and 2) included in the **low
variability cluster**:

- A single amount per admission (regardless admission type)
- as a weighted average of the real costs per inpatient and per day-surgery admission
 - weights: based on the current and desired DS and inpatient %
 - same amount for SOI 1 and 2?

WETSONTWERP

FILIP,

KONING DER BELGEN,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,
ONZE GROET.

Op de voordracht van de minister van Volksgezondheid,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

De minister van Volksgezondheid is ermee belast in onze naam bij de Kamer van volksvertegenwoordigers het ontwerp van wet in te dienen waarvan de tekst hierna volgt:

PROJET DE LOI

PHILIPPE,

ROI DES BELGES,

À tous, présents et à venir,
SALUT.

Sur la proposition de la ministre de la Santé publique,

NOUS AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

La ministre de la Santé publique est chargée de présenter en notre nom à la Chambre des représentants le projet de loi dont la teneur suit:

Prestation à risque: anesthésie EN HÔPITAL

4° risicovolle verstrekking: een invasieve, chirurgische of medische verstrekking inzake gezondheidszorg met diagnostisch, therapeutisch of esthetisch doel, waarbij een van de volgende zaken van toepassing zijn:

a) de verstrekking wordt noodzakelijkerwijze uitgevoerd onder algemene anesthesie, locoregionale anesthesie of diepe sedatie;

b) de verstrekking vereist een verlengd medisch of verpleegkundig toezicht van verschillende uren nadat de verstrekking beëindigd is;

c) de verstrekking gebeurt onder lokale tumescentie anesthesie;

5° anxiolyse: het met het oog op een verstrekking van gezondheidszorg enteraal of parenteraal toedienen van geneesmiddelen met als doel een angstreactie te voorkomen zonder dat er sprake is van een invloed op de cardiorespiratoire of hemodynamische functie en waarbij het effect spontaan reversibel is;

4° prestation à risque: une prestation invasive, chirurgicale ou médicale relative à des soins de santé à but diagnostique, thérapeutique ou esthétique, lors de laquelle l'un des éléments suivants est d'application:

a) la prestation est nécessairement réalisée sous anesthésie générale, anesthésie locorégionale ou sédation profonde;

* Rechthoekig knipsel

b) la prestation nécessite une surveillance médicale ou infirmière prolongée de plusieurs heures après la fin de la prestation;

c) la prestation s'effectue sous anesthésie locale par tumescence;

5° anxiolyse: l'administration entérale ou parentérale de médicaments en vue d'une prestation de soins de santé dans le but de prévenir une réaction anxieuse sans qu'il soit question d'une incidence sur la fonction cardiorespiratoire ou hémodynamique et où l'effet est spontanément réversible;

CONCLUSION

- 1. L'argent est le nerf de la guerre
 - Budget de l'hôpital versus chirurgie de jour
 - AUTRE FINANCEMENT
 - Incentive (ou sanction?) pour la chirurgie de jour
- 2. Nouvelle culture de soins
 - Médecins et infirmiers
 - Guidelines
- 3. Nouveau processus de soins
 - Pré-per et postopératoire
 - Rôle de la première ligne
- 4. Volonté de changement

SINON

