

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 31 janvier 2019

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FEDERAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf.: CFEH/D/ 490-2 (*)

**Avis du CFEH concernant l'utilisation du modèle « NRG-neuw » dans le BMF au 1er
juillet 2019**

Au nom du président,
Peter Degadt



Le secrétaire,
Pedro Facon

(*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 31/01/2019 et entériné par le Bureau ce même jour

Cet avis a été rédigé par un groupe de travail ad hoc composé de membres du CFEH.

Le CFEH a pris connaissance du modèle NRGnew et de son implémentation dans le financement. Le Conseil n'a pas d'objection de fond quant à la construction technique du modèle et à l'utilisation du modèle dans le BFM. De plus, le Conseil apprécie le fait qu'une validation clinique approfondie du modèle a été effectuée par des experts infirmiers sur le terrain et estime que le modèle représente une nette amélioration par rapport à l'ancien modèle NRG. Enfin, il souligne que l'outil de feedback dynamique doit être pleinement soutenu, élargi et largement publicisé afin que les infirmières reçoivent des feedback pertinents sur leur activité. Afin de rendre l'outil de feedback encore plus tangible et pour pouvoir mieux l'évaluer, il est nécessaire que l'outil soit optimisé et adapté en permanence aux besoins des utilisateurs (par exemple, visualisation au niveau du patient et du séjour).

Le CFEH est d'accord avec votre proposition d'introduire ce modèle NRG adapté, stable et pertinent sur le plan clinique dans le BFM de juillet 2019, pour lequel l'enregistrement du DI-RHM a déjà été adapté à la mise à jour des directives d'enregistrement de la version 2.0 du manuel de codage.

Néanmoins, le Conseil souhaite attirer l'attention sur un certain nombre de points à améliorer dans le futur :

- 1) Les points temps-compétence sont actuellement calculés sur base des résultats de l'étude Delphi. Il est nécessaire d'effectuer une mise à jour de cette étude afin d'obtenir une pondération plus récente de la charge de soins. En effet, le type de soins infirmiers et le contenu de ces soins a évolué au cours des dernières années. Étant donné que cette composante « temps-compétence » est essentielle à la détermination de la lourdeur des soins, cette mise à jour doit être réalisée avant (ou éventuellement conjointement à) l'étude approfondie du système de répartition des points supplémentaires (cf. point 2).
- 2) La méthodologie décrite à l'article 46 de l'arrêté royal du 25 avril 2001 relatif au mode de financement des « soins intensifs » doit être minutieusement étudiée et, en fonction des résultats de cette étude, être éventuellement retravaillée. Une étude scientifique, qui examine spécifiquement ce qu'un patient en soins intensifs coûte exactement à un hôpital et comment les différences de coûts entre les patients et les services sont réparties entre les hôpitaux, est souhaitable. De cette manière, il sera possible d'estimer correctement quels coûts sont liés à un séjour « intensif » à l'hôpital - et comment le financement devrait en tenir compte. Sur la base de cette méthodologie, il faut examiner les alternatives existantes pour financer les différences de sévérité des soins, au sein des intensifs. Pour ce faire, une étude critique portant à la fois sur le système de répartition (ex. déciles, parts de marché ou d'autres critères) et les paramètres (ex. NRG, Nomenclature, NPERCIZ, ...) inclus dans le financement est nécessaire.

- 3) La qualité du financement basé sur les données infirmières dépend de la mise en œuvre d'une méthode d'audit national bien étayée et exhaustive, fondée sur des critères définis sans ambiguïté. Le Conseil propose d'élargir les E-audits et, à plus long terme, d'affiner la méthode d'audit et de mettre au point une politique de sanctions appropriée, encourageant les hôpitaux fautifs à améliorer leurs enregistrements et à rentrer leurs données à temps.
- 4) Enfin, le Conseil tient à souligner que les résultats du modèle NRG (à l'aide de l'outil de feedback dynamique associé) peuvent initialement être utilisés comme un instrument de politique pour les hôpitaux (dans toutes les unités de soins) et les organes législatifs. Il est impératif que les hôpitaux disposent des données de feedback les plus récentes le plus rapidement possible s'ils souhaitent l'utiliser comme instrument politique et qu'ils ne doivent pas attendre que le dernier hôpital ait soumis ses données. Un compteur indiquant combien d'hôpitaux ont déjà été inclus dans le feedback peut donner une indication de la représentativité.

Le CFEH demande également de perfectionner l'outil de rétroaction dynamique en étroite collaboration avec le secteur.

En second lieu, le modèle NRG est utilisé dans le financement BFM (cf. avis actuel). Le CFEH plaide pour une évaluation, une validation et, le cas échéant, une amélioration du système de financement NRG dans les années à venir. Actuellement, le modèle NRG n'est utilisé que pour le financement supplémentaire des lits CDE et pour les soins intensifs.

Dans le contexte de la réforme future du financement de hôpitaux, il convient d'examiner si l'utilisation de l'enregistrement DI-RHM peut être étendue dans le financement (par exemple, G, M, Sp, Bru, N, n*, hôpital de jour...). Comme indiqué dans un précédent avis du Conseil (Avis CFEH / D / 453-5 du 23 mars 2017), un rôle central et plus large pourrait être donné au DI-RHM dans le financement hospitalier, pour caractériser le patient du point de vue de sa lourdeur spécifique de prise en charge en soins infirmiers, au-delà de sa pathologie.

