

Remarques structurelles et méthodologiques émises par les hôpitaux à l'encontre des montants de référence (janvier 2010)

A l'occasion de la première application des montants de référence (septembre 2009), l'INAMI a reçu plusieurs courriers des hôpitaux faisant part de critiques sur le système. Nous avons également reçu les analyses réalisées par la fédération Santhea (3 rapports en 2009).

L'objectif de ce rapport est de synthétiser ces remarques.

I. Les programmes de soins cardiaques

Certains hôpitaux [7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]¹ font remarquer que les institutions qui disposent d'un programme de soins cardiaque, principalement B, B1 isolé ou E sont pénalisées à travers certains APR-DRG comme l'APR-DRG 190 « Affection circulatoire avec infarctus » car les dépenses de ces hôpitaux sont comparées avec des montants de référence calculés sur l'ensemble des hôpitaux, qu'ils disposent ou pas d'un programme de soins cardiaque.

Certains hôpitaux [13, 14] affirment ainsi que « si on éliminait les montants facturés en relation avec ces actes du programme de soins (B1 ou E), les montants facturés pour tel ou tel APR-DRG (190 par exemple) n'auraient plus dépassés les montants de référence et cet APR-DRG aurait cessé d'être pénalisant».

Il faut toutefois noter qu'en faisant cela, ils comparent des dépenses qui ne comprennent pas certaines prestations avec des montants de référence qui comprennent toujours ces prestations. La comparaison est donc inadéquate.

Par ailleurs, l'étude de Santhea [2009b] démontre qu'une scission de l'APR-DRG 190 en deux « sous-APR » selon que l'hôpital dispose ou pas de l'agrément du programme B ferait passer le nombre d'hôpitaux sélectionnés pour l'étape 2 (remboursement) de 14 à 13 (sur un échantillon de 26).

II. Les prestations de physiothérapie

Plusieurs hôpitaux [1, 2, 3, 6, 8, 10, 16, 17] se demandent pourquoi les prestations de l'article 22 ne sont exclues des montants de référence qu'à partir de 2009 et pas à partir de 2006. Les hôpitaux qui disposent d'un centre agréé de revalidation [3] semblent particulièrement pénalisés.

¹ Les nombres entre [] renvoient à la liste des hôpitaux fournies à la fin du document.

La réponse de l'INAMI à ces hôpitaux est restée invariablement identique à savoir que le **système 2006**, qui inclut les prestations de physiothérapie, a été **introduit par la loi du 27 décembre 2005** et repris sans modification technique dans la loi portant dispositions diverses en matière de santé du 19 décembre 2008 (M.B. du 31/12/2008). En effet, pour assurer une sécurité juridique, il est apparu **non adéquat** de rétroagir fin 2008 sur des séjours de 2006 à 2008 et de **changer rétroactivement « les règles du jeu »**. Les nouvelles règles pour la physiothérapie s'appliquent donc pour le futur, à partir des séjours 2009.

Les simulations réalisées par Santhea [2009c] démontrent qu'en retirant dès à présent les prestations de physiothérapie des montants de référence, la situation d'une majorité des hôpitaux de leur échantillon se dégraderait alors que pour les autres la situation s'améliorerait. Lors de l'étape 2, 11 hôpitaux de l'échantillon au lieu de 12 devraient rembourser.

III. Les séjours mixtes « Aigu+SP »

Certains hôpitaux [1, 4 16] estiment qu'il est illogique de comparer, pour un même APR-DRG, des séjours mixtes « aigus+SP » au sein du même hôpital avec des séjours uniquement aigu. Les hôpitaux qui transfèrent leurs patients dans un autre hôpital pour la partie « SP » sont avantagés dans la comparaison.

IV. Les agréments pour les services NIC et MIC

Certains établissements [12, 15, 16] ou encore le rapport Santhea [2009c] estiment que les hôpitaux qui disposent d'un service NIC et MIC sont pénalisées à travers les APR-DRG 450 (« accouchements par césarienne ») et 560 (« accouchements par voie vaginale ») du fait notamment de la présence d'un pédiatre lors de l'accouchement et des prestations exigées dans le cadre de la reconnaissance de ces services.

De plus, selon un de ces hôpitaux [16], le suivi pédiatrique pendant l'hospitalisation est un gage de qualité et l'implication des pédiatres est primordiale dans le cadre de l'allaitement maternel. Par ailleurs, ce même hôpital [16] estime que « *quelques séances de kiné durant le séjour de la maman après l'accouchement reste raisonnable et de bonne pratique médicale* ». Il s'étonne d'ailleurs de rencontrer des hôpitaux avec peu ou pas de prestations de kinés.

V. Les remarques strictement liées à la méthode

A. La médiane nulle

Certains hôpitaux [6, 11, 17, 18] s'étonnent que lorsque la médiane est nulle lors de la seconde étape elle soit conservée pour calculer le remboursement alors qu'à partir des séjours 2009 elle sera remplacée par la moyenne.

Comme le note le rapport Santhea [2009c], le remplacement des médianes nulles par une valeur supérieure, en l'occurrence la moyenne, fera fort logiquement diminuer les remboursements.

B. L'utilisation de la médiane dans l'étape 2

Quelques hôpitaux [6, 10] estiment incorrect que la médiane ait été choisie comme seuil de remboursement pour la fixation des montants à rembourser (étape 2) alors que lors de la sélection des hôpitaux (étape 1) c'est la moyenne plus 10% qui a été retenue. L'hôpital [10] ainsi que le rapport Santhea [2009c] estime que de ce fait il n'y a **pas de lien entre l'ampleur du dépassement** des montants de référence (étape 1) **et le remboursement** (étape 2).

Il faut noter qu'il s'agit d'une conséquence connue et souhaitée de la méthodologie. La méthodologie choisie ne tient en effet plus compte des « bons résultats » dans la seconde étape et remplace la moyenne par la médiane (généralement plus basse).

Pour rappel, cette méthodologie en deux étapes a été instaurée fin 2005 et est applicable à partir des séjours 2006. Cette réforme se basait principalement sur l'étude du KCE qui montrait les faiblesses du système mis en place fin 2002 (Evaluation des montants de référence KCE reports vol.17 B 2005). Le but de cette réforme était de mieux cibler les pratiques divergentes (moins d'hôpitaux sélectionnés) mais de sanctionner plus lourdement (montants à rembourser plus importants). L'utilisation de la médiane permet de rencontrer ce second objectif puisque la dépense médiane est généralement plus basse que la dépense moyenne et donc le dépassement constaté des dépenses réelles est plus important.

VI. Divers

- ❖ Deux hôpitaux [12, 16] signalent que lorsque le patient est BIM, les montants mis à charge de l'INAMI sont plus élevés que pour les autres patients avec « intervention ordinaire ». Or, ces hôpitaux accueillent un taux de patients BIM plus élevés que la moyenne nationale et s'estiment de ce fait pénalisés. Dans le même ordre d'idée, quelques hôpitaux [8, 18] ou le rapport Santhea [2009c] estiment que les caractéristiques de patientèle (l'âge des patients, suivi régulier par un généraliste,...) engendre des coûts supplémentaires et devraient être prises en compte.
- ❖ Le rapport Santhea [2009c] illustre que, lors de la première étape, les hôpitaux peuvent avoir des résultats qui démontrent un comportement « sur-consommateur » dans certains groupes de prestations et « sous-consommateurs » dans les autres groupes et être quand même sélectionnés pour la seconde étape. Lors de cette seconde étape, les hôpitaux sont pénalisés pour le(s) groupe(s) de prestations pour le(s)quels ils étaient « sous-consommateur » dans l'étape 1.

Il faut encore noter qu'il s'agit ici aussi d'une conséquence de la méthodologie qui ne tient plus compte des « bons résultats » lors de la seconde étape (voir également le dernier § du point V.B).

- ❖ Un hôpital [15] signale que ses patients de l'APR-DRG 024 (« Interventions vasculaires extra crâniennes ») sont des patients pour lesquels des interventions sur les carotides sont réalisées dans le cadre de pathologies neurologiques lourdes et neurochirurgicales pour lesquelles les mises au point sont également lourdes.
- ❖ Cet hôpital [16] estime que l'utilisation de la moyenne en lieu et place de la médiane ajoute un biais dans la mesure des montants de référence. Il ajoute par ailleurs que la moyenne n'est pas nécessairement le reflet de la bonne pratique médicale.
- ❖ Un hôpital [18] estime que les modalités de prise en charge d'une même pathologie au sein d'hôpitaux différents dépendent de l'infrastructure, de l'équipement et du personnel disponible ainsi que de l'existence ou non de programmes de soin spécifiques pour cette pathologie et qu'il est naturel, qu'au sein d'un même hôpital, certaines pathologies soient prises en charge de manière plus efficaces que d'autres et que donc le système des montants de référence n'est acceptable que s'il est global.
- ❖ Le rapport Santhea [2009c] estime que prendre en compte dans les montants de référence des APR-DRG faisant partie des séjours classiques inappropriés constitue une « double peine ».

- ❖ Un hôpital [17] estime que la prestation 473841 (« Cholangiowirsungographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens ») est une prestation thérapeutique et pas technique et se demande pourquoi cette prestation a été maintenue dans l'article 20.
- ❖ Un hôpital chronique [9] estime qu'il n'a pas été tenu compte de la spécificité de ses patients (antécédents importants, cas plus lourds, ...).
- ❖ Un hôpital [10] prétend que certains hôpitaux exécutent des prestations dans le service d'urgence (pendant le séjour ou en ambulatoire) et que ces prestations échappent aux calculs des montants de référence.
- ❖ Un hôpital [10] estime que les prestations préopératoires réalisées en ambulatoire par certains hôpitaux donnent une image fautive de la situation et un autre [11] estime que ne pas prendre en considération l'hôpital de jour le pénalise fortement pour certains APR-DRG.
- ❖ Un hôpital [10] fait remarquer que les APR-DRGs 190 (AFFECTIONS CIRCULATOIRES AVEC INFARCTUS), 263 (« CHOLECYSTECTOMIE LAPAROSCOPIQUE ») et 225 (« APPENDECTOMIE ») regroupent deux populations différentes.

VII. Liste des références

- [1] Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye (Seraing)
- [2] AZ Oudenaarde (Oudenaarde)
- [3] AZ Sint-Elisabeth (Zottegem)
- [4] AZ Zusters van Barmhartigheid (Ronse)
- [5] AZ Sint-rembert (Tornhout)
- [6] Clinique Saint-Pierre (Ottignies)
- [7] UZ Gent (Gent)
- [8] Algemeen Stedelijk Ziekenhuis (Aalst)
- [9] Centre de Traumatologie et de Réadaptation (Bruxelles)
- [10] Sint-Andries (Tielt)
- [11] AZ Groeninge (Kortrijk)
- [12] Hôpitaux Iris Sud (Bruxelles)
- [13] RHMS (baudour)
- [14] Hartcentrum (Hasselt)
- [15] Erasme (Bruxelles)
- [16] Brugmann (Bruxelles)
- [17] AZ Alma
- [18] Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (Tournai)

[Santhea 2009a] « Analyse des montants de référence. Année 2006, Rapport établi sur base des « feed-backs » transmis lors de la session d'information INAMI du 3 février 2009 », juin 2009

[Santhea 2009b] « Analyse des montants de référence. Année 2006, Rapport complémentaire », juin 2009

[Santhea 2009c] « Analyse des montants de référence. Année 2006, Notification INAMI du 17 septembre 2009 », décembre 2009