

**Analyses complémentaires demandées par le Groupe de travail de la
Multipartite dans le cadre de l'évaluation de la première application du
système des montants de référence
(mars 2010)**

Suite à la réunion du GT de la Multipartite du 19 janvier 2010, les membres ont analysé les remarques des hôpitaux et souhaité des analyses complémentaires sur les questions soulevées. Cette note contient les résultats de ces analyses.

Il faut souligner que les **données 2007** qui sont parfois utilisées dans ce rapport ne sont **pas définitives**. En effet, au moment des analyses, un hôpital n'avait pas encore communiqué ses données RCM. Cela ne devrait toutefois pas impacter les conclusions qui seront tirées dans ce rapport.

I. Les programmes de soins cardiaques

A. Remarques initiales des hôpitaux

Certains hôpitaux ont fait 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.

Pour rappel, l'étude de Santhea sur un échantillon de 26 hôpitaux démontre que 13 des 14 hôpitaux qui devaient initialement rembourser devront encore rembourser suite à la scission de l'APR-DRG 190 en deux « sous-APR » selon que l'hôpital dispose ou pas de l'agrément du programme B.

B. Analyses réalisées

En théorie, l'agrément d'un programme de soins cardiaque B ou B1 ne devrait pas pénaliser les hôpitaux dans le cadre des montants de référence pour l'APR-DRG 190 (« Affection circulatoire avec infarctus »). En effet, on ne devrait avoir que deux cas de figure :

- ❖ Soit l'hôpital dispose d'un agrément B ou B1 et est donc capable de traiter le patient dans le cadre de l'APR-DRG 190 ;
- ❖ Soit l'hôpital ne dispose pas de l'agrément et peut donc parfois être amené à envoyer son patient dans un autre hôpital pendant quelques

heures pour réaliser un examen pour lequel il ne dispose pas de l'agrément (par exemple une coronarographie) ;

Dans les deux cas, l'examen (angiographie, coronarographie) est **repris dans les données de facturation (SHA) de l'hôpital où le patient a séjourné**, que l'hôpital dispose ou pas de l'agrément B ou B1. Par conséquent, le calcul des moyennes nationales par APR-DRG pour l'ensemble des hôpitaux ne doit pas mener à des pénalisations pour certains hôpitaux.

Nous avons analysé les résultats obtenus par l'ensemble des hôpitaux, dont les 42 hôpitaux disposant d'un agrément B ou B1 en 2006 (source : SPF Santé Publique), pour l'APR-DRG 190.

Le tableau I.1 donne le nombre d'hôpitaux « sur » et « sous » consommateurs par APR-DRG/niveau de sévérité ainsi que le montant de la différence positive ou négative entre les dépenses réelles et les dépenses de référence. Pour rappel, un montant négatif signifie que les dépenses réelles sont inférieures aux dépenses de référence.

APR-DRG/ Niveau de sévérité	Nbre hôpitaux « sur - consommateurs »	Nbre d'hôpitaux « sous- consommateurs »	Min	Max
190/1	47	61	- 16.253 €	10.389 €
190/2	50	60	- 64.703 €	26.924 €

Tableau I.1

Le tableau I.2 détaille un peu les résultats globaux en précisant le nombre d'hôpitaux « pénalisés » sur les deux niveaux de sévérité, sur un des deux niveaux de sévérité ou le nombre d'hôpitaux qui n'est pas pénalisés sur cet APR-DRG 190. Le nombre d'hôpitaux disposant d'un programme B ou B1 est également précisé ainsi que le montant total des différences entre dépenses réelles et dépenses de référence.

	Nombre d'hôpitaux	Total des différences
« Surconsommateurs » dans les 2 niveaux de sévérité	38 dont 32 hôpitaux B ou B1	377.678 €
« Surconsommateurs » dans 1 niveau de sévérité	21 dont 4 hôpitaux B ou B1	-120.030 €
Jamais « surconsommateurs »	51 dont 6 hôpitaux B ou B1	-1.297.948 €

Tableau I.2

La réflexion initiale (c'est-à-dire que disposer d'un agrément et réaliser certains actes que d'autres hôpitaux ne peuvent pas réaliser ne doit pas mener à une

pénalisation) et les résultats des tableaux I.1 et I.2 nous a amené à pousser plus loin l'analyse.

Nous avons en effet ventilé l'ensemble des séjours de l'APR-DRG 190 (sévérité 1 et 2) en fonction du « **parcours** » du patient. En l'occurrence nous avons défini 4 types de séjours :

- ❖ « **Domicile => hôpital (APR 190) => domicile** » : le patient était à son domicile (ou assimilé : MRS, hôpital psychiatrique,...) avant son séjour à l'hôpital et y retourne après son séjour (« séjour **complet** ») ;
- ❖ « **Domicile => hôpital (APR 190) => transfert autre hôpital** » : le patient était à son domicile (ou assimilé : MRS, hôpital psychiatrique,...) avant son séjour à l'hôpital mais est ensuite transféré dans un autre hôpital (séjour de type « **A** ») ;
- ❖ « **Hôpital => hôpital (APR 190) => transfert autre hôpital** » : le patient séjournait dans un premier hôpital avant son séjour dans un autre hôpital et est ensuite transféré de nouveau dans un hôpital (séjour de type « **B** ») ;
- ❖ « **Hôpital => hôpital (APR 190) => domicile** » : le patient séjournait dans un premier hôpital avant son séjour dans un autre hôpital et retourne ensuite à son domicile (séjour de type « **C** ») ;

Le tableau I.3 donne la ventilation du nombre total de séjours en fonction des 4 scénarios proposés ci-dessus. **On constate que moins de 50% des séjours en APR-DRG 190 sont des séjours « complets » au sein du même hôpital.**

Type de séjour	inliers	%
Complet	2.644	46%
A	1.728	30%
B	247	4%
C	1.189	20%
Total	5.808	100%

Tableau I.3

Toutefois, le pourcentage des différents types de séjours varient très fortement d'hôpital à hôpital et peut être mis en relation avec le résultat de chaque hôpital (différence entre dépenses réelles et dépenses de référence) sur l'APR-DRG 190.

Si on observe les résultats sur cet APR-DRG 190 des hôpitaux qui ont un pourcentage de **séjours « complets » très élevés** (tableau I.4), nous constatons que leurs résultats sont toujours « **surconsommateurs** » (dépenses réelles supérieures aux dépenses de référence). Il est intéressant de noter que l'on retrouve des hôpitaux avec et sans agrément B ou B1.

On observe également que deux hôpitaux (85 et 83) peuvent avoir des pourcentages identiques de séjours « complets » (92%) mais obtiennent des résultats sensiblement différents (2.378 EUR et 11.221 EUR).

Hop anonym	Agrément?	% complet	Somme des différences
Hop 87		97%	4.880 €
Hop 96		96%	5.195 €
Hop 65		96%	3.079 €
Hop 70	B1	93%	9.554 €
Hop 66	B	92%	8.993 €
Hop 85	B	92%	2.378 €
Hop 83	B	92%	11.221 €
Hop 81	B	92%	4.067 €
Hop 74	B	92%	6.158 €
Hop 100	B1	91%	17.848 €

Tableau I.4

Le même exercice peut être réalisé sur les hôpitaux qui ont un pourcentage de séjours « A + C » très élevé (tableau I.5). A l'inverse de ce que l'on vient de constater, les hôpitaux qui ont un **taux élevé de séjours de type « A + C »** ont systématiquement un solde « **sous-consommateur** ». Les hôpitaux du tableau I.5 sont majoritairement des hôpitaux sans agrément.

On observe également que deux hôpitaux (26 et 35) avec un pourcentage (presque) identique de séjours de type « A et C » (79% et 78%) obtiennent des résultats tout à fait différents (-2.557 EUR et -80.955 EUR).

Hop anonym	Agrément?	% A+C	Somme des différences
Hop 2		95%	-12.701 €
Hop 77		92%	-3.056 €
Hop 57		86%	-1.626 €
Hop 10		85%	-11.919 €
Hop 46		85%	-2.159 €
Hop 1		81%	-5.061 €
Hop 26		79%	-2.557 €
Hop 35		78%	-80.955 €
Hop 3		77%	-8.165 €
Hop 105		77%	-24.803 €
Hop 55	B1	77%	-21.053 €
Hop 54	B1	77%	-15.031 €
Hop 110		76%	-2.033 €
Hop 32		76%	-10.823 €
Hop 68		76%	-20.218 €
Hop 79	B1	76%	-17.935 €
Hop 63		76%	-25.872 €
Hop 94	B1	74%	-9.346 €
Hop 71		74%	-17.036 €
Hop 34	B1	71%	10.532 €

Tableau I.5

Si on analyse la répartition du type de séjours pour les hôpitaux les plus « pénalisés » pour l'APR-DRG 190 (tableau I.6), on constate qu'ils ont dans l'ensemble un nombre de séjours « complets » supérieur à la moyenne (46%).

On observe néanmoins des exceptions comme les hôpitaux 49 et 34 qui ont des pourcentages de séjours « complets » faibles mais qui sont quand même « pénalisés » sur l'APR_DRG 190. Les résultats de l'Hop 49 s'explique sans doute par un taux exceptionnellement élevé de séjours de type « B ».

Hop anonym	Agrément?	% complet	% A+C	% B	Somme des différences
Hop 90	B	61%	24%	15%	31.933 €
Hop 67	B	67%	19%	14%	29.105 €
Hop 88	B1	51%	49%	0%	21.296 €
Hop 89	B	84%	8%	8%	21.240 €
Hop 49	B	16%	38%	45%	20.624 €
Hop 100	B1	91%	9%	0%	17.848 €
Hop 76	B	70%	13%	18%	17.546 €
Hop 40	B1	89%	7%	4%	16.077 €
Hop 101	B	74%	20%	6%	16.047 €
Hop 48	B1	52%	43%	5%	13.792 €
Hop 62		76%	10%	14%	13.264 €
Hop 86	B	89%	11%	0%	11.673 €
Hop 83	B	92%	8%	0%	11.221 €
Hop 34	B1	25%	71%	4%	10.532 €
Hop 69	B1	35%	65%	1%	10.373 €

Tableau I.6

Le tableau I.7 présente les hôpitaux les plus « sous-consommateurs » parmi lesquelles une forte proportion d'hôpitaux sans agrément mais également 4 hôpitaux avec un agrément B ou B1. Tous ces hôpitaux ont un **taux faible de séjours « complets »** et un **taux élevé de séjours de type « A et C »**.

Hop anonym	Agrément?	% complet	% A+C	% B	Somme des différences
Hop 35		14%	78%	7%	-80.955 €
Hop 95		34%	64%	2%	-47.121 €
Hop 42		39%	61%	1%	-36.705 €
Hop 37		44%	55%	1%	-26.611 €
Hop 63		21%	76%	4%	-25.872 €
Hop 105		20%	77%	2%	-24.803 €
Hop 55	B1	21%	77%	2%	-21.053 €
Hop 68		24%	76%	0%	-20.218 €
Hop 28		44%	56%	0%	-18.936 €
Hop 33		30%	70%	0%	-18.153 €
Hop 79	B1	24%	76%	0%	-17.935 €
Hop 71		26%	74%	0%	-17.036 €
Hop 60		30%	66%	4%	-16.765 €
Hop 21		29%	61%	10%	-16.464 €
Hop 103	B	27%	61%	12%	-15.912 €
Hop 72		29%	69%	1%	-15.741 €
Hop 54	B1	21%	77%	2%	-15.031 €

Tableau I.7

Conclusions :

*) Les hôpitaux avec un **agrément B** ou **B1** sont **surreprésentés** dans les hôpitaux « **surconsommateurs** » (cfr tableau I.2) ;

*) La « **pénalisation** » dans le cadre de l'APR-DRG 190 semble liée à un taux de **séjours « complets » élevé**. A l'inverse, les **hôpitaux « sous-consommateurs »** ont un taux de séjours « complets » plus faible et un **taux de séjours de type « A + C » élevé**.

*) **Quelques hôpitaux avec un agrément B ou B1** ont un taux de séjours « complets » faibles, un taux de séjours de type « A+C » élevés et **ne sont pas pénalisés sur l'APR-DRG 190**.

*) Les taux de séjours des différents types ne sont toutefois **pas la seule explication du résultat** car des hôpitaux avec un profil similaire n'obtiennent pas des résultats similaires.

Scinder l'APR-DRG 190 ?

Dans le cadre d'une simulation sur base des données 2006, nous avons calculé des montants de référence distinctement pour les hôpitaux qui disposaient d'un agrément B ou B1 et pour ceux qui n'en disposaient pas.

Conclusions :

Sur les 34 hôpitaux qui ont du rembourser un montant sur base des données 2006 (méthodologie 2006),

*) **33 devraient toujours rembourser** même si on calculait séparément les montants de référence. La **sélection** de ces hôpitaux est donc « **structurelle** » ;

*) **2 autres hôpitaux devraient également rembourser** alors qu'ils ne le devaient pas initialement ;

*) **1 hôpital serait par contre « dispensé »** de remboursement.

*) Le **montant total** à rembourser par ces hôpitaux est de **5.772.264 EUR**, soit une **diminution** de 210.313 EUR (-3.5%)

*) Le **montant à rembourser des hôpitaux qui disposent d'un agrément B ou B1 diminuerait de 7%** en moyenne et le montant à rembourser pour les hôpitaux **sans agrément augmenterait de 1%** (sans tenir compte des 3 (2+1) hôpitaux dont question supra).

Le tableau I.8 donne la distribution des variations de montants à rembourser, d'une part en pourcentage du montant initial et d'autre part en valeur absolue.

Variation Montant à		Variation Montant à	
Minimum	-16,9%	Minimum	-43.653 €
D1	-8,7%	D1	-17.339 €
Q1	-6,6%	Q1	-13.429 €
Médiane	0,0%	Médiane	0 €
Q3	0,9%	Q3	1.659 €
D9	2,1%	D9	2.565 €
Maximum	2,4%	Maximum	4.013 €
Moyenne		Moyenne	
Ecart type		Ecart type	
	-2,7%		-6.303 €
	4,8%		10.715 €

Tableau I.8

Même si l'impact de la scission de l'APR-DRG 190 sur la sélection des hôpitaux est minime, il est néanmoins intéressant de disposer d'une analyse complémentaire permettant de juger de l'impact de la scission de l'APR-DRG 190 sur cet APR-DRG.

Le tableau I.9 compare les résultats des hôpitaux sur cet APR-DRG 190, avant et après scission.

Nous constatons que si les hôpitaux disposant d'un agrément B ou B1 étaient surreprésentés dans les hôpitaux pénalisés avant la scission (voir tableau I.2), c'est beaucoup moins le cas après la scission.

Les hôpitaux disposant d'un programme de soins B ou B1 sont beaucoup moins « surconsommateurs » sur l'APR-DRG 190 « scindé ».

	Avant scission de l'APR-DRG 190		Après scission de l'APR-DRG 190	
	Nombre d'hôpitaux	Total différences	Nombre d'hôpitaux	Total différences
« Surconsommateurs » dans les 2 niveaux de sévérité	38 dont 32 B	377.678 €	30 dont 11 B	182.937 €
« Surconsommateurs » dans 1 niveau de sévérité	21 dont 4 B	-120.030 €	39 dont 18 B	23.129 €
Jamais « surconsommateurs »	51 dont 6 B	-1.297.948 €	41 dont 13 B	-503.895 €

Tableau I.9

II. Les prestations de physiothérapie

A. Remarques initiales des hôpitaux

Plusieurs hôpitaux se demandaient 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.

Le GT Multipartite souhaite donc évaluer l'impact du retrait des prestations de physiothérapie sur les résultats (globaux et individuels) des calculs.

Pour rappel, les simulations réalisées par Santhea démontrent qu'en retirant 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 1, 11 hôpitaux de leur échantillon au lieu de 12 seraient sélectionnés et devraient rembourser lors de l'étape 2.

B. Analyses réalisées

Nous avons donc comparé les deux méthodologies (2006 et 2009) sur les données 2006 et 2007.

Les tableaux II.1 et II.2 donnent l'effet de l'exclusion de la physiothérapie sur la **sélection des hôpitaux**. On constate que sur les 34 hôpitaux (tableau II.1) qui ont du rembourser lors de l'application de septembre 2009 (données 2006 et méthode 2006), **12 n'auraient pas dû rembourser si la physiothérapie avait été exclue**. Par contre, **7 hôpitaux** qui n'ont pas dû rembourser dans le cadre de l'application de septembre 2009 **auraient dû rembourser en cas d'exclusion de la physiothérapie**.

<u>Données 2006</u>		Méthode 2009		TOTAL
		Sélectionnés	PAS sélectionnés	
Méthode 2006	Sélectionnés	22	12	34
	PAS sélectionnés	7		
TOTAL		29		

Tableau II.1

<u>Données 2007</u>		Méthode 2009		TOTAL
		Sélectionnés	PAS sélectionnés	
Méthode 2006	Sélectionnés	21	11	32
	PAS sélectionnés	8		
TOTAL		29		

Tableau II.2

Si les nombres d'hôpitaux concernés par un remboursement semblent stables entre les données 2006 (tableau II.1) et 2007 (tableau II.2) pour une même méthodologie, il faut signaler que ce ne sont pas toujours les mêmes hôpitaux qui sont concernés. Ainsi, pour la méthodologie 2006 (34 hôpitaux sélectionnés sur base des données 2006 et 32 sur base des données 2007),

- ❖ 24 hôpitaux sont sélectionnés pour les deux années ;
- ❖ 10 hôpitaux sont sélectionnés sur base des données 2006 mais pas sur base des données 2007 (24 + 10 = 34 sélectionnés en 2006) ;
- ❖ 8 hôpitaux sont sélectionnés sur base des données 2007 mais pas sur base des données 2006 (24 + 8 = 32 sélectionnés en 2007).

Il faut encore signaler que l'exclusion de la physiothérapie entraîne logiquement (par le simple fait que le montant total sur lequel porte le système diminue) une **diminution du montant total à rembourser de l'ordre de +-11%**.

Ce constat global de diminution du nombre d'hôpitaux sélectionnés (34 versus 29) et du montant global de remboursement avait déjà été démontré lors de simulations faite avant les modifications de la Loi en 2008.

Conclusion :

Le passage de la méthodologie 2006 à la méthodologie 2009 (synonyme notamment d'exclusion de la physiothérapie) entraîne des **modifications substantielles dans la sélection des hôpitaux**.

En cas de suppression de la kinésithérapie des 5 APR-DRG, nous constatons (cfr. tableau II.3 qui compare les résultats de la méthodologie 2009 avec les résultats de la **méthodologie 2009 + suppression des prestations de kinésithérapie**) que **24 des 29 hôpitaux** sélectionnés sur base de la méthodologie 2009 **doivent toujours rembourser** lorsqu'on exclut également la kiné. On peut donc parler de « sélection structurelle ». En outre, 5 hôpitaux qui étaient sélectionnés dans la méthode 2009 seraient « exemptés » de remboursement en cas d'exclusion de la kiné. Dans le sens inverse, 4 hôpitaux « exemptés » dans la méthode 2009 seraient sélectionnés en cas d'exclusion de la kinésithérapie.

<u>Données 2006</u>		Méthode 2009 – Sans Kinés		TOTAL
		Sélectionnés	PAS sélectionnés	
Méthode 2009	Sélectionnés	24	5	29
	PAS sélectionnés	4		
TOTAL		28		

Tableau II.3

Il faut encore signaler que l'exclusion de la kinésithérapie entraîne logiquement (par le simple fait que le montant total sur lequel porte le système diminue) une **diminution du montant total à rembourser de l'ordre de 545.641 EUR.**

III. Les séjours mixtes « Aigu+SP »

A. Remarques initiales des hôpitaux

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

B. Analyses réalisées

Le tableau III.1 donne la ventilation du nombre de séjours par type (aigus, mixtes et SP) et selon qu'ils sont inliers ou outliers (au sens des montants de référence).

<i>Nombre de séjours</i>	<i>Séjours inliers</i>	<i>Séjours outliers</i>
Aigus	306.052	4.212
Mixtes	718	1.341
SP	288	150
TOTAL	307.058	5.703

Tableau III.1

Comme nous l'avons déjà signalé, le nombre de séjours mixtes et inliers est très faible (718 sur 307.058, soit 0,23%) et bien moins nombreux que les séjours mixtes outliers.

Nous avons également analysé (tableau III.2) la répartition de ces 718 séjours par hôpital, en distinguant les hôpitaux « sous-consommateurs » et les hôpitaux « surconsommateurs » (c'est-à-dire les hôpitaux qui doivent ou pas rembourser des montants dans le cadre du système des montants de référence).

Il ressort que la moyenne du nombre de séjours mixtes est plus importante chez les hôpitaux « surconsommateurs » (8,6 séjours contre 4,5 pour les hôpitaux qui ne doivent pas rembourser). Cette moyenne plus élevée est principalement influencée par deux hôpitaux qui détiennent respectivement 81 et 62 séjours mixtes inliers. Si on exclut ces deux hôpitaux du calcul de la moyenne, le nombre moyen de séjours est alors également de 4,5.

Nbre séjours mixtes Hôpitaux "surconsommateurs"		Nbre séjours mixtes Hôpitaux "sous-consommateurs"	
Minimum	0	Minimum	0
D1	0	D1	0
Q1	0	Q1	0
Médiane	4	Médiane	0
Q3	7	Q3	6
D9	16	D9	13
Maximum	81	Maximum	51
Moyenne		Moyenne	
Ecart type		Ecart type	
	8,6		4,5
	16,8		8,5

Tableau III.2

Conclusion :

*) Le nombre de séjours **mixtes inliers** est **très faible** et représente presque la moitié du nombre de séjours mixtes outliers ;

*) Le nombre moyen de **séjours mixtes inliers** est **plus important** parmi les **hôpitaux « surconsommateurs »**. Cette moyenne est toutefois tirée vers le haut par deux hôpitaux;

IV. Les agréments pour les services NIC et MIC

A. Remarques initiales des hôpitaux

Certains établissements hospitaliers ou encore le rapport Santhea estiment que les **hôpitaux** qui disposent d'un **service NIC et MIC sont pénalisées** à travers les APR-DRG 540 (« accouchements par césarienne ») et 560 (« accouchements par voie vaginale ») du fait notamment de la **présence d'un pédiatre** lors de l'accouchement.

B. Analyses réalisées

Sur base des données communiquées par le SPF Santé publique, 8 hôpitaux disposaient en 2006 de lits MIC et 18 hôpitaux disposaient de lits NIC (et étaient concernés par les APR-DRG liés aux accouchements¹).

¹ Un autre hôpital disposait également de lits NIC mais n'a aucun séjour relatif aux accouchements.

Les analyses qui sont présentées ci-dessous sont basées sur les résultats de l'étape 1 (Application 2009 - données 2006 - méthodologie 2006).

Le tableau IV.1 présente pour les deux APR-DRG/niveau de sévérité « accouchements », le nombre d'hôpitaux « surconsommateurs » (hôpitaux pour lesquels les dépenses réelles sont supérieures aux dépenses de référence), le nombre d'hôpitaux « sous-consommateurs », les différences minimum et maximum entre les dépenses réelles et les dépenses de référence. Pour rappel, un montant négatif signifie que les dépenses réelles sont inférieures aux dépenses de référence.

APR-DRG/ Niveau de sévérité	Nbre hôpitaux « sur - consommateurs »	Nbre d'hôpitaux « sous- consommateurs »	Min	Max
540/1	26	80	-17.381 €	15.015 €
540/2	35	71	-17.130 €	11.855 €
560/1	36	70	-32.110 €	34.581 €
560/2	41	65	-48.627 €	27.356 €

Tableau IV.1

Nous avons ensuite tenté de répondre aux deux questions principales :

1. Les hôpitaux qui disposent d'un service NIC et MIC sont-ils pénalisés pour les APR-DRG 540 et 560 ?
2. La présence du pédiatre lors des accouchements pénalise-t-elle les hôpitaux ?

Question n°1 : Les hôpitaux qui disposent d'un service NIC et MIC sont-ils pénalisés pour les APR-DRG 540 et 560 ?

Pour les hôpitaux qui disposent d'un service MIC, les deux APR-DRG liés aux accouchements ne sont pas pénalisants dans la mesure où seuls 2 hôpitaux sur 8 sont (faiblement) pénalisés par ces deux APR-DRG (tableau IV.2, colonne de gauche). Au contraire, certains hôpitaux dégagent des différences négatives (dépenses réelles inférieures aux dépenses de référence) impressionnantes.

Pour les hôpitaux qui disposent d'un service NIC, bien que la situation d'ensemble ne soit pas pénalisante, la situation est toutefois plus nuancée dans la mesure où 8 hôpitaux sur 18 sont « pénalisés » pour ces pathologies liées aux accouchements (tableau IV.2, colonne de droite). Pour les 10 autres hôpitaux qui disposent d'un service NIC, ces APR-DRG ne sont pas « pénalisants » du tout.

Pour les hôpitaux qui disposent d'un service MIC		Pour les hôpitaux qui disposent d'un service NIC	
		Numéro anonymisé	Somme des différences
		Hop 102	-79.380 €
		Hop 106	-61.451 €
		Hop 85	-46.120 €
		Hop 89	-33.867 €
		Hop 90	-31.176 €
		Hop 103	-25.484 €
		Hop 30	-15.197 €
		Hop 81	-7.294 €
		Hop 49	-2.134 €
		Hop 98	-1.216 €
		Hop 76	5.871 €
		Hop 101	11.828 €
		Hop 82	12.627 €
		Hop 62	22.315 €
		Hop 105	25.822 €
		Hop 99	36.968 €
		Hop 91	55.092 €
		Hop 97	66.005 €
		Grand Total	-66.791 €
Numéro anonymisé	Somme des différences		
Hop 102	-79.380 €		
Hop 106	-61.451 €		
Hop 89	-33.867 €		
Hop 90	-31.176 €		
Hop 81	-7.294 €		
Hop 49	-2.134 €		
Hop 76	5.871 €		
Hop 101	11.828 €		
Grand Total	-197.603 €		

Tableau IV.2

Si on considère les deux APR-DRG et les deux niveaux de sévérité, chaque hôpital peut être « pénalisé » dans maximum 4 « combinaisons » (540/1, 540/2, 560/1 ou 560/2). Le tableau IV.3 détaille les résultats globaux en précisant combien d'hôpitaux sont « pénalisés » dans 4, 3, 2, 1 ou aucune combinaison des deux APR-DRG/niveaux de sévérité. Le nombre d'hôpitaux disposant d'un agrément NIC ou MIC est également précisé ainsi que le montant total des différences entre dépenses réelles et dépenses de référence.

	Nombre d'hôpitaux	Total des différences
« Surconsommateurs » dans les « combinaisons »	4 18 dont 5 NIC et 0 MIC	618.918 €
« Surconsommateurs » dans les « combinaisons »	3 8 dont 2 NIC et 1 MIC	48.654 €
« Surconsommateurs » dans les « combinaisons »	2 16 dont 2 NIC et 1 MIC	-7.569 €
« Surconsommateurs » dans 1 « combinaison »	10 dont 3 NIC et 2 MIC	-120.030 €
Jamais « surconsommateurs »	54 dont 6 NIC et 4 MIC	-1.297.948 €

Tableau IV.3

Conclusion n°1 :

Dans l'ensemble, les chiffres démontrent que ni les hôpitaux disposant d'un service MIC, ni les hôpitaux disposant d'un service NIC **ne sont particulièrement ou systématiquement pénalisés** par les APR-DRG liés aux accouchements.

Question n°2 : La présence du pédiatre lors des accouchements pénalise-t-elle les hôpitaux ?

Nous avons analysé le taux de présence du pédiatre lors des accouchements. Cette analyse a porté sur l'ensemble des hôpitaux mais également plus spécifiquement sur les hôpitaux qui disposent d'un service MIC et/ou NIC.

Comme en témoigne le tableau IV.4, pour les 36 hôpitaux « **surconsommateurs** » **dans le cadre des deux APR-DRG liés aux accouchements** (c'est-à-dire pour lesquels les dépenses réelles sont supérieures aux dépenses de référence pour les deux APR-DRG concernés), le **taux de présence moyen du pédiatre lors de l'accouchement est de 38%**, avec un minimum de 11% et un maximum de 99%. En d'autres termes, un hôpital facture la présence du pédiatre lors de (presque) tous les accouchements...

Par contre, **ce taux de présence est de 27% pour les 70 hôpitaux « sous-consommateurs » dans le cadre des deux APR-DRG liés aux accouchements** (dépenses réelles inférieures aux dépenses de référence), avec un minimum de 4% et un maximum de 57%.

	Nombre d'hôpitaux	Taux de présence du pédiatre lors des accouchements	min	Max
Hôpitaux « surconsommateurs »	36	38%	11%	99%
Hôpitaux « sous-consommateurs »	70	27%	4%	57%
TOTAL	106	30%		

Tableau IV.4

Pour les hôpitaux qui disposent d'un service MIC (tableau IV.5), le taux de présence moyen du pédiatre est effectivement plus important que la moyenne calculée pour l'ensemble des hôpitaux (35% versus 30%). Toutefois, comme nous l'avons vu plus haut, ce taux plus important de présence du pédiatre n'est pas du tout synonyme de pénalisation systématique de ces hôpitaux.

Numéro anonymisé	Somme des différences	Nombre de séjours	Nombre de présence du pédiatre	Taux de présence du pédiatre
Hop 102	-79.380 €	2.364	548	23%
Hop 106	-61.451 €	3.436	1.221	36%
Hop 89	-33.867 €	1.671	650	39%
Hop 90	-31.176 €	1.628	492	30%
Hop 81	-7.294 €	1.326	464	35%
Hop 49	-2.134 €	669	314	47%
Hop 76	5.871 €	869	487	56%
Hop 101	11.828 €	1.615	608	38%
Grand Total	-197.603 €	13.578	4.784	35%

Tableau IV.5

Comme pour le tableau IV.4, nous pouvons calculer un taux de présence moyen du pédiatre pour les hôpitaux « surconsommateurs » et « sous-consommateurs » disposant d'un service MIC. Il est de **44% pour les « surconsommateurs »** et de **33% pour les « sous-consommateurs »**.

Il est par ailleurs intéressant de comparer, dans le tableau IV.5, les hôpitaux 89 et 101 qui ont un nombre d'accouchements et un taux de présence du pédiatre similaire mais pourtant l'un est au total « sous-consommateur » (n°89) et l'autre est « surconsommateur » (n°101).

Le même type d'analyse peut être réalisé sur base du tableau IV.6 qui contient l'information pour les hôpitaux qui disposent d'un service NIC.

Le taux de présence du pédiatre pour les hôpitaux « surconsommateurs » est de **40%** et de **34%** pour les « sous-consommateurs ».

Numéro anonymisé	Somme des différences	Nombre de séjours	Nombre de présence du pédiatre	Taux de présence du pédiatre
Hop 102	-79.380 €	2.364	548	23%
Hop 106	-61.451 €	3.436	1.221	36%
Hop 85	-46.120 €	1.762	464	26%
Hop 89	-33.867 €	1.671	650	39%
Hop 90	-31.176 €	1.628	492	30%
Hop 103	-25.484 €	2.764	920	33%
Hop 30	-15.197 €	796	264	33%
Hop 81	-7.294 €	1.326	464	35%
Hop 49	-2.134 €	669	314	47%
Hop 98	-1.216 €	1.289	736	57%
Hop 76	5.871 €	869	487	56%
Hop 101	11.828 €	1.615	608	38%
Hop 82	12.627 €	1.106	455	41%
Hop 62	22.315 €	929	301	32%
Hop 105	25.822 €	3.206	1.169	36%
Hop 99	36.968 €	1.814	775	43%
Hop 91	55.092 €	1.683	759	45%
Hop 97	66.005 €	1.706	621	36%
Grand Total	-66.791 €	30.633	11.248	37%

Tableau IV.6

Conclusion n°2 :

*) Tous les hôpitaux assurent un **minimum de présence du pédiatre lors des accouchements** sans que cela aboutisse à une pénalisation systématique de l'hôpital.

*) Les hôpitaux « surconsommateurs » ont, en moyenne, un taux de présence du pédiatre plus importante lors des accouchements que les hôpitaux « sous-consommateurs ». La **pénalisation** sur ces deux APR-DRG ne serait donc pas la **résultante** de la présence du pédiatre mais d'une **présence plus systématique du pédiatre lors des accouchements**.

*) La **pénalisation** d'un hôpital pour les APR-DRG 540 et 560 n'est **pas uniquement déterminée par la présence du pédiatre** à l'accouchement. Certains hôpitaux avec un même profil (cfr les hôpitaux 89 et 101 du tableau IV.4) sont pénalisés et d'autres pas. Il y a donc d'autres explications pour la pénalisation.

*) Les **trois conclusions** qui viennent d'être émises (présence minimum du pédiatre à l'accouchement dans tous les hôpitaux, taux de présence plus important chez les hôpitaux « surconsommateurs » et facteurs multiples de la pénalisation) sont tout à fait **valables pour les hôpitaux qui disposent d'un service MIC et NIC**. L'obligation d'une permanence « pédiatrique » dans les normes NIC/MIC ne semble donc pas induire une pénalisation systématique de ces services.

V. Le problème de la médiane nulle

A. Remarques initiales des hôpitaux

Certains hôpitaux 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.

Le Groupe de travail souhaite évaluer l'impact du remplacement de la médiane nulle par la moyenne.

B. Analyse réalisée

Lors de la seconde étape, nous avons remplacé les médianes nulles par la moyenne.

Le résultat se traduit par une diminution du montant à rembourser pour tous les hôpitaux sélectionnés. L'ampleur de la diminution varie fortement d'un hôpital à l'autre. Le tableau V.1 présente la distribution en montant (valeur absolue) et en pourcentage par rapport au montant initial.

Différence absolue		Différence en %	
Minimum	-47.554 €	Minimum	-18,53%
D1	-32.565 €	D1	-15,99%
Q1	-25.653 €	Q1	-12,70%
Médiane	-18.619 €	Médiane	-10,47%
Q3	-10.172 €	Q3	-8,93%
D9	-8.791 €	D9	-6,78%
Maximum	-107 €	Maximum	-2,61%
Moyenne		Moyenne	-10,90%
Ecart type		Ecart type	3,40%

Tableau V.1

Conclusion:

Sur base des données 2007 et de la méthodologie actuelle (2006), le montant total à rembourser par 32 hôpitaux serait de 5,4 millions d'EUR.

Si nous remplaçons la médiane =0 par la moyenne, le total des remboursements est de 4,8 millions d'EUR, soit une **diminution de 11,34%**.

VI. Lien entre l'étape 1 et l'étape 2

A. Remarques initiales des hôpitaux

Certains hôpitaux ainsi que le rapport Santhea estime qu'il n'y a pas de lien entre l'ampleur du dépassement des montants de référence (étape 1) et le remboursement (étape 2).

Le rapport Santhea 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 quand même pénalisés pour le(s) groupe(s) de prestations pour le(s)quels ils étaient « sous-consommateur » dans l'étape 1.

B. Analyses réalisées

Nous avons choisi de garder l'étape 1 identique mais de **modifier l'étape 2**.

Deux options ont été suivies pour cette étape 2:

- a) ne calculer les montants à rembourser (étape 2) que sur les **APR-DRG/Niveau de sévérité/ groupe de prestations** identifiés comme « surconsommateurs » lors de l'étape 1 ;
- b) ne calculer les montants à rembourser (étape 2) que sur les **groupes de prestations** identifiés comme « surconsommateurs » lors de l'étape 1.

Les résultats sont présentés dans le tableau VI.1. On constate qu'au total, et de façon similaire pour les deux options retenues, cela engendre une **diminution du montant total à rembourser de 14,8%**.

Les deux options varient toutefois sensiblement quant à l'impact sur chaque hôpital. La diminution du montant à rembourser par hôpital varie en effet de -4.2% à -28.9% dans la proposition « a » (récupération sur les APR-DRG/niveau de sévérité/groupe de prestations « surconsommateurs »). La diminution du montant à rembourser varie par contre de 0% (aucune diminution du montant à rembourser) à -45.3% dans la proposition « b » (récupération dans le groupes de prestations « surconsommateurs »).

Données 2006/Méthode 2006	Récupération totale	Différence avec Méthode actuelle	% dif
Méthode actuelle	5.982.577 €		
Récupération sur APR-DRG/sév "surconsommateurs"	5.099.256 €	-883.321 €	-14,8%
Récupération sur groupes prestations "surconsommateurs"	5.095.714 €	-886.863 €	-14,8%

Tableau VI.1

Conclusions :

*) Les approches proposées ont l'avantage de **lier les deux étapes** de la méthodologie en ne pénalisant, lors de la seconde étape, que les comportements surconsommateurs identifiés lors de la première étape.

*) Les deux approches proposées aboutissent à des résultats presque identiques à savoir une **diminution totale de 14,8% des montants à rembourser**. L'impact au niveau de chaque hôpital varie toutefois fortement d'une option à l'autre.

VII. Impact des patients BIM

A. Remarques initiales des hôpitaux

Deux hôpitaux 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 élevé que la moyenne nationale et s'estiment de ce fait pénalisés.

B. Analyses réalisées

Les différences dans l'intervention AMI entre les patients BIM et non BIM sont effectivement pertinentes dans 3 « disciplines » (pour ce qui est des groupes de prestations qui entrent en ligne de compte pour les montants de référence):

- ❖ Prestations techniques médicales (art. 3 - autres que Biol. clin.)
- ❖ Soins par kinésithérapeutes (art. 7)
- ❖ Physiothérapie (art.22)

Dans le cadre d'une simulation (données 2006, méthodologie 2006), nous avons choisi **d'exclure totalement les patients BIM** des calculs, à la fois dans le calcul des montants de référence et dans le calcul des montants à rembourser. Cela concerne 53.149 séjours sur 312.761 (17%).

Conclusions :

Sur les 34 hôpitaux qui ont du rembourser un montant sur base des données 2006 (méthodologie 2006),

*) **32 devraient toujours rembourser** même si on supprimait totalement les patients BIM des calculs ;

***) 3 autres hôpitaux devraient également rembourser** alors qu'ils ne le devaient pas initialement (un hôpital universitaire avec un taux de BIM de 14,5%, un hôpital à caractère universitaire avec un taux de BIM de 16,8% et un hôpital avec un taux de patient BIM élevé de 25%) ;

***) 2 hôpitaux seraient par contre « dispensés »** de remboursement dont un hôpital chronique avec 18 séjours.