SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

Section « Financement »

Bruxelles, le 08/03/2012.

RÉF. : CNEH/D/SF/ 70-5(*)

AVIS DE LA SECTION FINANCEMENT DU CNEH RELATIF AUX URGENCES.

Au nom du président,
M. Peter Degadt,

Le secrétaire,
C. Decoster

(*)CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DES RÉUNIONS DU 08/03/2012 ET RATIFIÉ LORS DU BUREAU À CETTE MÊME DATE.

La section Financement du CNEH souhaite formuler un nouvel avis concernant le financement des services d'urgences des hôpitaux (cf. le dernier avis émis le 9 avril 2009 (en annexe). En effet, les critiques relatives au système actuel sont nombreuses, notamment :

- Financement de base limité à 15 points, même lorsque l'hôpital est agréé pour une fonction de soins urgents spécialisés (SUS), voire plusieurs dans le cas d'hôpitaux multi-sites, alors que les normes d'une fonction SUS exigent une double permanence infirmière.
- Indicateur d'activité non pertinent : suppléments d'honoraires d'urgence facturés pour les patients hospitalisés dans les autres services de l'hôpital.
- Recours à la technique des déciles, avec attribution d'un coefficient dont la relation avec l'activité et les coûts n'est pas ou n'est plus démontrée.

Dans l'attente d'un système qui mette en évidence les profils d'activités et de soins réels des infirmiers des services d'urgence – ce que finance le BMF -, il est proposé d'adapter le système de financement comme suit :

1. Détermination du nombre d'Unités d'Urgence (UU) réalisées dans l'ensemble du pays.

Afin d'améliorer la représentation de l'activité réelle des infirmiers, une pondération est attribuée à différents groupes de patients : les pondérations ont été déterminées par experts infirmiers issus d'un échantillon des services d'urgence du pays.

L'expérience de ces experts renseigne que, davantage que l'origine des patients, c'est leur orientation à l'issue de leur prise en charge dans le service d'urgences qui est indicative de la lourdeur de celle-ci.

La proposition consiste donc à attribuer une pondération de 1 (Unité d'Urgence - UU) à tous les patients donnant lieu à l'enregistrement d'un DM-RHM Urgences.
Les enregistrements RHM sont plus complets, dès lors qu'ils incluent les patients non OA.

En outre, différents groupes de patients se verront attribuer une pondération complémentaire :

a. Transférés en USI (adultes et enfants) : + 1
b. Patients avec diagnostic vérifié à l'admission d'AVC et qui ne sont pas admis à USI: + 1

   Les codes ICD-9 sont les codes :

   i. 430 = Subarachnoid hemarrhage,
   ii. 431 = Intercerebral hemorrhage,
   iii. 432 = other ans unspecified intracranial hemorrhage,
   iv. 433X1 = occlusion and stenosis of precerebral arteries with cerebral infarction
   v. 434X1 = occlusion of cerebral arteries with cerebral infarction
   vi. 436 = Acute, but ill-defined, cerebrovascular disease
   vii. 437.1 = Other generalized ischemic cerebrovascular disease.

Les codes 435 : transcient cerebral ischemia n'ont pas été pris en compte.

c. Enfants de 0 à 3 ans : + 1
d. Enfants de 4 à 15 ans : + 0,5
e. Patients de moins de 75 ans provenant d'une MRPA ou MRS et patients de 75 ans et plus ne répondant pas aux critères repris sous a) ou b) :
   - Si non hospitalisés : + 0,2
   - Si hospitalisés = + 0,4

f. Patients avec diagnostic psychiatrique et hospitalisés en service psychiatrique (hôpital général ou psychiatrique) et qui ne sont pas admis à USI: + 1

   Les séjours présentent soit :
   i. un DRG défini comme UAA ou AAA,
   ii. un code ICD-9 allant du 290 au 319 en diagnostic vérifié à l'admission ou en diagnostic secondaire.

g. Patients arrivés aux Urgences entre 21 h et 6 h : + 0,1

Il n'y aura pas de cumul de pondérations possible entre ces différents groupes de patients. Il faudra élaborer un arbre de décision, tout en sachant que les sources d'enregistrement sont diverses.

2. Détermination du budget nécessaire au niveau fédéral.

L'activité des services d'urgence du pays peut s'évaluer en nombre d'Unités Urgences. Ceci ne tient pas compte des moments creux alors que la (double) permanence doit être assurée.

Le nombre d'UU du pays divisé par le nombre de passages (patients) détermine la valeur moyenne de chaque passage exprimée en UU. On compte 2.684.495 passages pour la période 2008. Ce qui donne en moyenne 1,23 UU moyen par passage.

Le coût annuel d'une permanence d'un ETP infirmier est estimée à minimum 350.000 € (coût salarial infirmier moyen * 5,6 ETP).
Compte tenu de l'expérience des experts, une permanence infirmière peut prendre en charge environ 20 patients « moyens », soit 7.300 passages et 8.055 UU annuelles par simple permanence.
Le coût annuel référence 2011 moyen de l'UU est dès lors de 44,74 €

Le budget fédéral nécessaire pour couvrir l'activité recensée est donc de 147.277.536,94 €.

L'enveloppe effectivement disponible au 1er juillet 2011 est de 93.648.236 €.

Compte tenu de ce budget limité, la valeur disponible de l'UU est inférieure à son coût réel.

3. Détermination du budget de chaque service d'urgence sur base de ses UU.

A partir de l'activité de l'hôpital (points UU) un nombre de point BMF est calculé.

Un financement de base correspondant à 15 points BMF par hôpital (agréé SUS) et 30 points BMF aux fonctions d'urgences des hôpitaux (agréé SUS) reconnus isolés géographiquement (7 pour le pays) est assuré.

S'il s'avère que l'activité de l'hôpital ne couvre pas les 15 ou 30 points BMF, les points manquants seront pris de manière proportionnelle sur la dotation de points des autres hôpitaux.

Le nombre de points disponibles est respecté par l'application d'un coefficient linéaire.

La Section Financement est d'avis que ces nouvelles modalités de financement soient appliquées de manière progressive afin de permettre, le cas échéant, à certains hôpitaux de disposer d'une période transitoire pour s'adapter à leur nouveau financement.