

9 avril 1987

Administration des établissements de soins

C.n.e.h.

AE/03/14

**AVIS (*) SUR LA LIASON ENTRE LA NATURE
DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE ET LE
FINANCEMENT DU PRIX DE LA JOURNÉE
D'HOSPITALISATION**

(*) Rédigé par la Section "Agrément" le 9.4.1987 et approuvé par le Bureau le 14.5.1987.

La comparaison entre hôpitaux occupe une place centrale dans le nouveau mode de financement. Cette comparaison est incomplète si l'on se base seulement sur les éléments de comparaison actuels. La pathologie doit, d'une manière ou d'une autre, être prise en compte.

Le nombre, la complexité et la qualité des soins administrés au patient en fonction de sa pathologie exercent une influence directe sur les coûts inhérents à ces soins et, par conséquent, sur le financement direct des services cliniques.

Il faut tendre à un système évolutif permettant un financement des coûts mesurable, contrôlable et comparable ainsi que l'introduction progressive des divers éléments et systèmes d'appréciation. La prise en compte de la pathologie peut s'effectuer par le biais de systèmes très sophistiqués, dont l'élaboration concrète peut cependant prendre encore des années.

L'avis émis par le C.n.e.h. le 10 juillet 1986 sur la liaison entre la nature de l'activité hospitalière et le financement du prix de la journée d'hospitalisation (réf. AE/O3/14) propose le concept d'hôpital de base comme méthodologie pour la comparaison entre hôpitaux. Il n'est cependant pas apparu possible d'élaborer avant juin 1987 un système directement utilisable sur la base d'une comparaison avec cet hôpital de base.

Le C.n.e.h., section "agrément", a dès lors opté pour un système simple où la comparaison entre hôpitaux s'effectue sur la base d'un "indice national moyen de pathologie" remplaçant le concept d'hôpital de base et où on ne fait plus de distinction entre les services médicaux lourds accueillant exclusivement une pathologie lourde et les services ordinaires hébergeant aussi un nombre limité des patients nécessitant un ensemble de soins médicaux et autres plus important.

L'évaluation de cet ensemble de soins ainsi que son financement doivent s'effectuer en plusieurs parties.

La première partie consiste à isoler certains groupes de patients de l'activité courante de l'hôpital par le biais de critères d'activité quantitatifs.

Afin de comparer l'activité clinique des divers hôpitaux, on a retenu 8 groupes de prestations décrivant une activité hospitalière déterminée.

On n'a retenu que les prestations relativement envahissantes, qui ne se prêtent dès lors pas à une répétition incontrôlable. Il s'agit en règle générale d'actes d'un certain niveau de prestation car l'activité de base de l'hôpital est supposée être partout la même.

Ces huit groupes sont les suivants :

- | | |
|---|------------|
| - chirurgie ($400 \geq N \geq 200$; $200 \geq K > 120$) | - annexe 1 |
| - chirurgie lourde ($650 \geq N > 400$; $400 \geq K > 240$) | - annexe 2 |
| - chirurgie très lourde ($N \geq 650$ ou $K > 400$) | - annexe 3 |
| - prestations de réanimation (pour mesurer les soins intensifs) | - annexe 4 |
| - radiologie envahissante et interventionnelle | - annexe 5 |
| - activités de médecin interne | - annexe 6 |
| - pédiatrie | - annexe 7 |
| - degré d'urgence de certaines prestations | - annexe 8 |

En ce qui concerne l'application concrète de ces listes, il serait utile de s'accorder sur certains points :

1. Il est préférable d'exprimer les données en francs afin d'éliminer les différences de valeur entre les diverses lettres - clés.
2. Les prestations chirurgicales sont comptées à 100 et à 50 %, mais non l'assistance ou l'aide lors d'une intervention.
3. Seuls les numéros de prestation applicables aux patients hospitalisés sont pris en considération.
4. Il vaut mieux exprimer les données par lit aigu (à l'exception de M et de A).
 - 1.1. L'activité totale de l'hôpital est déterminée sur base de la nomenclature de l'I.N.A.M.I. en faisant la somme de l'ensemble des prestations. Les valeurs K et N sont convertis en francs, puis exprimées en points.
 - 1.2. L'activité totale de l'hôpital est ensuite mise en relation avec le nombre total de lits aigus de l'établissement, à l'exclusion toutefois des lits aigus des services M et A.
Le résultat de cette division s'appelle l'indice hospitalier moyen.
 - 2.1. L'activité totale de l'ensemble des hôpitaux s'obtient en faisant la somme de toutes les prestations concernant tous les lits aigus, à l'exclusion toutefois des lits aigus des services M et A.
Comme pour le point 1.1., les valeurs K et N sont converties en francs, puis exprimées en points.
 - 2.2. L'activité totale est ensuite mise en relation avec le nombre total de lits aigus de l'ensemble du pays.
Le résultat de cette division s'appelle l'indice national moyen.
3. Un indice de pathologie est calculé pour chaque hôpital afin de pouvoir comparer l'activité hospitalière des divers établissements de soins. Cet indice s'obtient en divisant l'indice hospitalier moyen par l'indice national moyen.

4. L'évaluation de l'activité hospitalière par le biais de la pathologie doit cependant tenir compte de certaines données générales comme l'admission et la durée d'hospitalisation, l'âge des patients, les transferts entre hôpitaux, le nombre d'autopsies par rapport à la mortalité etc ...
5. L'évaluation des soins infirmiers par le biais de l'enregistrement du résumé infirmier minimum constitue le deuxième élément du système d'évaluation envisagé. Une étude scientifique menée selon deux approches différentes a examiné d'une part si l'enregistrement de l'activité infirmière était utile, valide et fiable, et d'autre part si les données enregistrées permettaient le regroupement des hôpitaux. Les rapports permettent de donner une réponse affirmative à tous ces points.
La recherche a sélectionné 23 interventions infirmières qui ont été reconnues comme constituant un bon indicateur des soins infirmiers.
Ces 23 interventions dégagent une image spécifique des unités de soins qu'elles soient chirurgicales, médicales ou autres.
Cette image est différente et non redondante de celle obtenue à partir d'autres indicateurs tel que le diagnostic médical ou des caractéristiques traditionnelles (index, occupation moyenne, âge, durée de séjour).

LE PRÉSIDENT DE LA SECTION

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL

Dr; J. BOTTEQUIN

Dr. J. PEERS