

LE FINANCEMENT DES FRAIS D'EXPLOITATION DES HOPITAUX

G. SAELENS



On est passé d'un système où
l'on finance un lit à un
système qui finance ce qu'il y
a dans un lit

On est passé d'un système où
l'on finance ce que ça coûte

à un système de financement
normatif

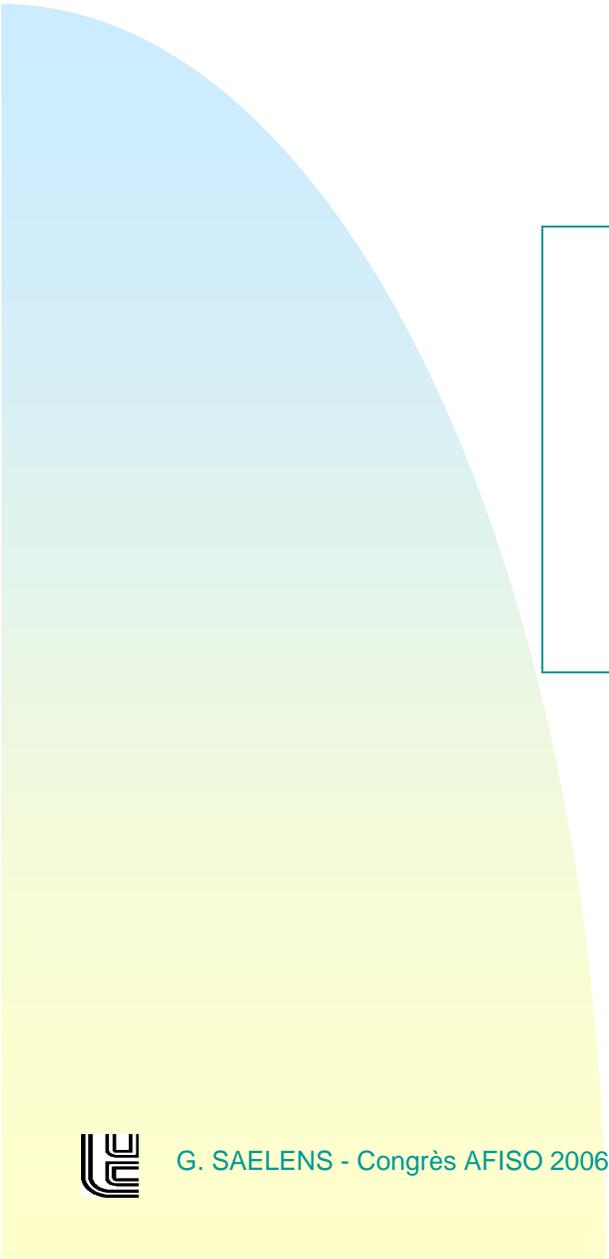


On est passé d'un système
déresponsabilisant

à un système responsabilisant

3 sources de financement

- BUDGET DES MOYENS FINANCIERS 45 % à 50 %
- HONORAIRES 40 % à 50 %
Rémunération des médecins + tous les frais directs et indirects des services médicaux
- MEDICAMENTS, PROTHESES et IMPLANTS 10 % à 15 %



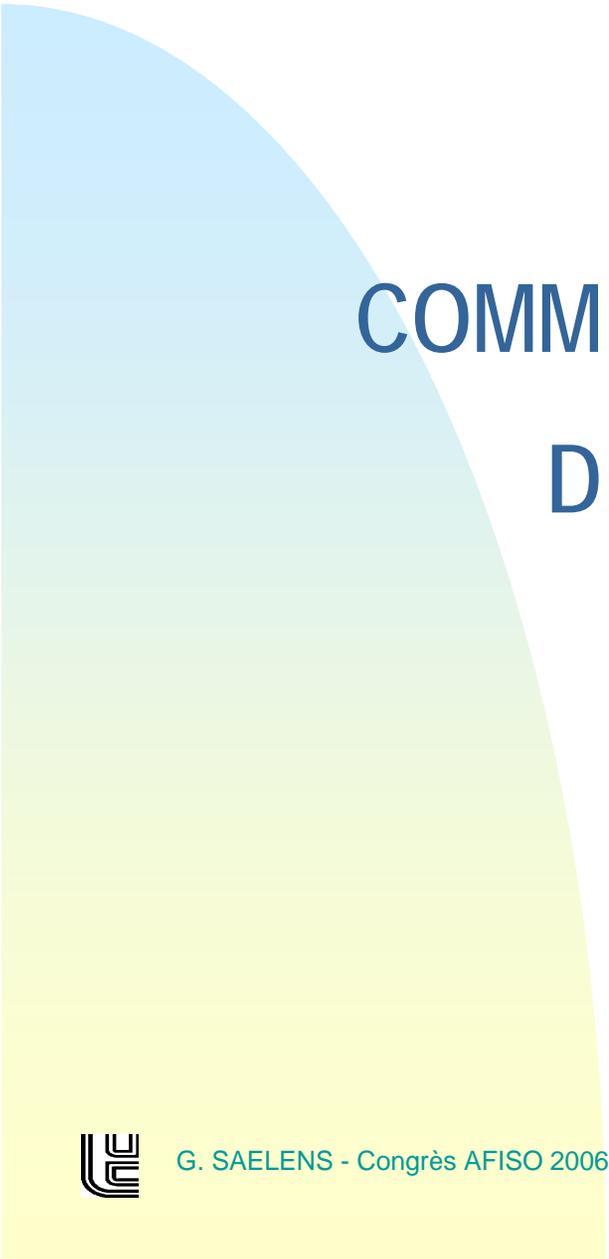
LE BUDGET DES MOYENS FINANCIERS (ex - prix de journée)

Les principaux accents de la réforme au 01/07/02

- Le financement est basé sur l'activité liée aux patients (et de moins en moins sur la structure)
- Une activité justifiée est déterminée hôpital par hôpital en fonction du nombre et du type (case-mix) d'admissions d'une période de référence
- Les pathologies sont désormais mesurées par les APR-DRG qui tiennent compte du niveau de sévérité
- L'hospitalisation de jour (chirurgicale dans un premier temps) est intégrée dans le BMF
- Une sous-partie B7 est créée pour isoler le financement des missions spécifiques des hôpitaux académiques
- le payement se fait, pour +/- 85 %, par douzièmes, à date fixe.

PRINCIPES DE FINANCEMENT

- une enveloppe nationale « fermée »
une enveloppe annuelle par hôpital (BMF) pour un exercice allant du 1/7 au 30/6
- services communs (= services généraux) : budget forfaitaire = celui du groupe d'hôpitaux dans lequel l'hôpital est classé, en tenant compte de son nombre d'unité d'œuvre
- services cliniques : budget normatif càd découlant de normes fixées pour les différentes activités et fonctions
- une partie fixe (85 %) et une partie variable payée par paramètre d'activité (1/2 la journée, 1/2 l'admission)
- application progressive



**COMMENT EST
DETERMINE LE
BMF DE L'HOPITAL ?**

PARTIE A

- A1** - immeubles¹ : la partie non subsidiée est couverte en 33 ans si l'investissement rentre dans le programme fédéral de construction et s'il y a eu subvention (à 60 % ou à 30 %)
- équipement¹ : couverture par un forfait au prorata d'une série de paramètres (nbre de lits, de salles d'op., de points, valeur B1, B2, ...)
 - gros travaux d'entretien¹ : charges réelles justifiées

¹ pour ce qui n'est pas à charge des honoraires

Equipement médical % pour répartition	Groupe Universitaire	- 200 lits	200 à 299 lits	300 à 449 lits	> 450 lits
Services d 'urgence	3	3	3	5	3
Quartier opératoire	46	48	56	47	52
Maternité	1	3	5	4	4
Néonatalogie intensive	5	3	0	1	6
Soins intensifs	20	16	13	15	13
Autres services	25	27	23	28	22

A2 : couverture forfaitaire des charges financières à court terme

$\text{BMF} \times 21 \% * \times \text{taux d'intérêt fixé par le}$
Ministre (6,80 % en 2003)

** 365 jrs x 21 % = 76 jours alors que le délai interne = 45¹ jours et le délai de paiement par les mutuelles = 60 jours*

A3 : couverture forfaitaire (un montant fixe par an) pour

- RMN
- Rxthérapie
- PET Scan

¹ facturation obligée 1 x/mois seulement de tous les patients du mois précédent et comportant toutes les prestations.

PARTIE B

L'hôpital doit faire preuve d'une

ACTIVITE JUSTIFIEE

- pour l'hospitalisation « classique »
- pour l'hospitalisation de jour

Activité justifiée pour l'hospitalisation classique

→ Un RCM après chaque sortie de patient



classement en APR-DRG = groupes de pathologies (355) x 4 niveaux de sévérité et 3 groupes d'âge

→ On attribue la durée de séjour standard (= la durée moyenne nationale) à chaque séjour d'une période de référence (2000 pour le BMF 2002
2001 pour le BMF 2003
2002 pour le BMF 2004)

→ Calcul du nombre de journées justifiées

Conséquences

- les RCM non remplis ne rentrent pas en considération pour le calcul du BMF !
- importance de la codification
 - diagnostic principal
 - diagnostics secondaires et complications (qui détermineront le niveau de sévérité)

Activité justifiée pour l'hospitalisation de jour

→ Chirurgicale dans un premier temps

(la chimiothérapie est encore payée par des maxi-forfaits)

→ comprend

- les séjours réalisés en hospitalisation de jour (cfr. déclaration sur les RCM)
- les séjours classiques inappropriés càd ceux qui :
 - réalisés durant l'exercice de référence
 - de façon programmée
 - dont la durée de séjour fut de maximum 3 jours
 - dont le degré de sévérité était 1
 - dont le patient avait moins de 75 ans
 - et n'est pas décédé**auraient pu être réalisés de jour**

Concerne 32
APR-DRG

→ Calcul du nombre de journées justifiées = le nombre de

séjours x 0,81 jour

Liste des pathologies considérées comme relevant de l'hospitalisation de jour

- 025 Interventions sur le système nerveux pour affections des nerfs périphériques
- 071 Interventions intraoculaires excepté cristallin
- 072 Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite
- 073 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
- 093 Interventions sur sinus et mastoïde
- 094 Interventions sur la bouche
- 097 Adénoïdectomie et amygdalectomie
- 098 Autres interventions sur oreille, nez, bouche, gorge
- 114 Pathologies dentaires et orales
- 115 Autres diagnostics d'oreille, nez, bouche, gorge
- 179 Ligature de veine et stripping
- 226 Interventions sur anus et orifices de sortie artificiels
- 313 Interventions des memb. inf. et genoux excepté pied
- 314 Interventions du pied
- 315 Interventions épaule, coude et avant-bras
- 316 Interventions majeure main, poignet
- 317 Interventions des tissus mous
- 318 Enlèvement matériel de fixation interne

- 319 Enlèvement matériel du système musculosquelettique
- 320 Autres interventions du système musculosquelettique et tissu conjonctif
- 361 Greffe cutanée et/ou debridement excepté ulcère et cellulite
 - Autres interventions sur les seins, la peau et le tissu sous-cutané
- 446 Interventions urétrales et transurétrales
- 483 Interventions sur les testicules
- 484 Autres interventions sur le système génital masculin
- 501 Autres diagnostics à propos des organes génitaux masculins
- 513 Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et aff. bénignes
- 515 Interventions sur vagin, col et vulve
- 516 Ligature tubaire par voie laparoscopique
- 517 Dilatation, curetage, conisation
- 544 Avortement, avec dilation, aspiration, curetage ou hystérotomie
 - Interventions avec des diagnostics d 'autre contact avec services de santé

La clé du financement est donc l'ADMISSION

- Plus il y en a, plus le budget (de 2 années après) est élevé. Un impact aussi sur le budget de l'année (7,5 % du BMF payés par admission)
- La durée de séjour doit être la plus courte possible :
 - car on peut réaliser plus d'admissions avec la même capacité de lits
 - car toute durée qui dépasse la durée standard entraîne des frais qui ne nous sont pas payés
 - car le système DJP-DJN est encore d'actualité tant que le nouveau système de financement n'est pas appliqué à 100
 - si excès de durée de séjour → perte
 - si durée de séjour moins élevée que la moyenne nationale → bonification

Le nombre de journées justifiées est divisé
par le taux d'occupation normatif du service
(80 % en C ou D, 70 % en E ou M) et multiplié
par 365)



Calcul du nombre de lits justifiés

Calcul du B 1

- frais généraux
- chauffage
- entretien ménager et technique
- frais administratifs
- buanderie - lingerie
- alimentation
- internat

Calcul du B 2

Principes

- Budget global national B2 réparti entre les hôpitaux sur base d'un système de points
 - financement de base identique pour tous en fonction du nombre de lits justifiés
 - points supplémentaires en fonction de la nature et du volume de l'activité
- A chaque hôpital est attribué un nombre de points
- Les points sont additionnés pour l'ensemble des hôpitaux
- Budget global = valeur du point
Nombre de points
- Nombre de points x valeur du point = budget B 2 de l'hôpital

Pour les points supplémentaires

Lits de chirurgie et de médecine

→ 2 paramètres

- les prestations médicales et chirurgicales (20 %)
- le résumé infirmier minimum (RIM) (80 %)

→ classement en déciles

de 0 point supplémentaire par lit (décile) à 0,34 point supplémentaire (décile 10)

IMPORTANCE DU RIM

Pour les points supplémentaires

Lits de Pédiatrie

→ 2 paramètres

- les prestations médicales et chirurgicales (70 %)
- le résumé infirmier minimum (RIM) (30 %)

→ classement en déciles

de 0 point supplémentaire par lit (décile) à 0,38 point supplémentaire (décile 10)

Lits à caractère intensif

= points supplémentaires pour la gravité des cas

3 paramètres

- valeur des prestations de réanimation (20 %)
- RIM-ZIP = paramètres du RIM caractérisant des soins de base lourds, des fonctions d'observation haute et des techniques infirmières (40 %)
- nombre de journées en soins intensifs standardisé par DRG (40 %)

Classement par déciles

de 0,08 (décile 1) à

0,41 (décile 10) point supplémentaire par lit C, D, E

Quartier Opérateur

- Basé sur un temps standard par intervention
(temps = temps infirmer)

Ces heures sont transformées en ETP, desquels on déduit le nombre de salles d'opération financées (3 ETP par salle)

- Les temps standards reflètent les temps d'intervention et les temps de préparation
- Prise en compte des salles disponibles en permanence

- 7,5 points par salle d'opération
(1 infirmière = 2,5 points)

- nombre de salles financées :

$$\frac{\Sigma \text{ nombre d'interventions } \times \text{ temps standard adapté}}{1520 \text{ heures } \times 3}$$

Le B2 finance également :

- le service d 'urgence
- le coût des produits médicaux
- le service de stérilisation

B3

Couverture forfaitaire des frais de fonctionnement de

RMN

Rxthérapie

PET SCAN

B4

Une série de coûts couverts de manière forfaitaire (réviseur, infirmière hygiéniste, enregistrement RCM, SMUR, fonction palliative, fins de carrière, F.I.V. ...)

B5

Frais de fonctionnement de la pharmacie

B6

Accords sociaux pour le personnel des services médicaux

Calcul du B5

Budget national réparti entre les hôpitaux selon les modalités suivantes :

- 15 % au prorata du chiffre d'affaires pour les spécialités et les médicaments génériques
- 29 % en fonction de la structure des lits agréés
- 3 % en fonction de la taille de l'hôpital
- 19 % au prorata des dépenses en produits courants, produits stériles, produits pour les prescriptions magistrales, les produits de suture et le matériel de synthèse
- 34 % en fonction de l'activité « lourde » de l'hôpital (chirurgie lourde et très lourde, réanimation et radiologie interventionnelle)

B7

Financement des missions spécifiques des hôpitaux universitaires

- enseignement clinique
- recherche appliquée
- développement de nouvelles technologies

B8

Couverture des frais liés aux patients dits « sociaux »