

GROUPE DE TRAVAIL « ADMISSIONS JUSTIFIEES »

Etat des travaux en cours

Le groupe de travail s'est réuni 6 fois jusqu'à ce jour, depuis le début de ses travaux en septembre 2004. Un compte-rendu a déjà été fait à 2 reprises en séance plénière de la Multipartite. En voilà un nouveau.

J'attire cependant l'attention que cette note ne constitue pas le rapport final du groupe de travail ; elle n'a d'ailleurs pas été présentée pour approbation au groupe pour raison de calendrier (la prochaine réunion se tient le 27 avril).

Pour rappel, le groupe s'est donné 3 missions :

1. les **ADMISSIONS** : puisque le financement des hôpitaux est désormais lié à l'admission, une question légitime se pose : les admissions sont-elles toutes justifiées ? Y a-t-il moyen dès lors d'apprécier l'opportunité (encore dit la « pertinence ») des admissions ?
2. les **RE-ADMISSIONS**, pour une même pathologie, au sein d'un même hôpital ou entre hôpitaux
3. les **TRANSFERTS** entre hôpitaux :
 - d'hôpital aigu à hôpital aigu : le concept est proche de celui de la réadmission mais, par différence, un transfert s'opère au cours d'un séjour pour des raisons médicales ou d'autres qui pourraient être injustifiées (engineering financier par ex.) ;
 - d'hôpital aigu à hôpital Sp.

I. L'OPPORTUNITE DES ADMISSIONS

Conclusions du groupe de travail :

- 1) il ne peut s'agir que d'une évaluation *a posteriori* du type « veille – surveillance – dépistage de situations éventuellement déviantes ». Il ne faut donc pas penser établir des liens directs avec le financement de l'hôpital. Il est en effet hors de question de demander à quiconque de juger de l'opportunité, au moment d'être admis, des admissions individuelles. L'appréciation doit être globale, concernant la politique d'admission de l'hôpital dans sa globalité, ou d'un service particulier, dans son entièreté.
- 2) pour l'hospitalisation de jour, la question est réglée puisque les règles de financement par le budget des moyens financiers stipulent que pour 32 DRG, dans des circonstances bien précises, une admission classique est jugée inappropriée et ne sera payée que comme hospitalisation de jour, quelle que soit la durée réelle de séjour.
- 3) pour l'hospitalisation classique : un outil d'évaluation existe, reconnu internationalement. Il s'agit de l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) le plus souvent utilisé comme instrument d'évaluation de la durée de séjour,

mais que l'on peut aussi envisager pour apprécier l'opportunité de l'admission dès lors qu'on analyse la 1^{ière} journée du séjour. Cela est cependant discutable (et discuté dans le groupe) car un patient pourrait fort bien ne recevoir aucun soin le 1^{er} jour mais bien un des jours suivants, son admission devenant dès lors justifiée.

Afin cependant de ne pas introduire dans les hôpitaux un enregistrement supplémentaire (AEP) qui requière du temps et des efforts de la part du personnel hospitalier, le groupe s'est posé la question de l'éventuelle utilisation des données existantes, à savoir le RIM et le RCM. Une équipe du CHU de Liège a ainsi réalisé une étude, à partir du RIM, dans 6 hôpitaux. Cette étude montre que le RIM peut être utilisé aux fins d'appréciation de l'opportunité de l'admission : il présente une bonne concordance avec l'AEP, le pouvoir de prédiction s'améliorant toutefois (jusqu'à 90%) en utilisant le RIM2 et en couplant des données avec le RCM (critères médicaux) rendant justifié un séjour qui ne le serait pas sous le seul angle infirmier. La proposition consiste dès lors à faire ressortir les hôpitaux atypiques (percentile 90 par exemple) et pour ceux-là, à adresser un audit externe ou à procéder à l'enregistrement AEP.

Le groupe de travail estime cependant prématuré de recommander d'analyser systématiquement les RIM de tous les hôpitaux à cette fin d'analyse de l'opportunité des admissions.

L'analyse doit être élargie, sur un échantillon plus grand, ce qui sera terminé pour mai-juin.

De toutes façons, cette façon de faire ne vaut pas pour les services G, ni les SP, ni la pédiatrie, ni les séjours chirurgicaux. Pour juger par ailleurs de la nécessité ou non d'opérer (interventions électives), il faut utiliser les RCM, étudier les variances entre hôpitaux et procéder à des comparaisons internationales : le groupe de travail ne s'est pas intéressé à cette question car une étude spécifique sur ce sujet sera réalisée par le KCE.

Mais rien ne nous permet de dire qu'il y a beaucoup d'admissions injustifiées en Belgique. Tout ce qu'on développera à ce propos n'a pas une visée d'économie à court terme mais permettra plutôt d'éviter d'utiliser abusivement le système (financement à l'admission).

II. LES READMISSIONS

Le groupe de travail a pris connaissance de l'excellente étude qui avait été réalisée en 2000 par le SPF Santé publique à ce sujet. Pour tous les hôpitaux du pays, un taux attendu (standardisé pour les case-mix) de réadmissions et de très courts séjours avait été comparé au taux observé.

Des écarts importants entre hôpitaux avaient été relevés (du simple au double). Seuls les hôpitaux du percentile 90 avaient été invités à justifier l'écart.

L'étude doit cependant être refaite car :

- depuis lors ont été introduits les APR-DRG qui permettent de ne plus suivre que les sévérités 1 et 2, pathologies plus « standardisées » ;
- il est inutile de suivre tous les DRG : il est préférable d'un cibler un certain nombre ;
- les réadmissions étudiées étaient celles ayant eu lieu endéans l'année. Il faut les suivre sur une période plus courte (le mois par ex.), ou différente selon les pathologies ;
- les réadmissions doivent être suivies pour une même pathologie. Il est sans intérêt d'analyser les second ou troisième séjour d'un patient quand il s'agit d'une pathologie différente ;
- il faut prendre plusieurs années successives (3 à 5) de RCM pour analyser la question suivante : les réadmissions n'augmentent-elles pas avec la réduction de la durée de séjour ? La littérature montre en effet que les sorties précoces sont cause de réadmission. Si c'était le cas, il faudrait s'attacher à établir une limite inférieure en dessous de laquelle l'hôpital serait financé pour ses seules journées réelles (ce problème n'est réglé que partiellement par les outliers petits) ;
- et surtout il faut pouvoir suivre les réadmissions faisant l'objet de transferts entre hôpitaux, ce qui nécessite impérativement de mettre en place un n° d'identification unique par patient afin de pouvoir suivre le trajet du patient entre les établissements.

Les Mutualités sont cependant capables de suivre ces trajets grâce à leurs données. Ainsi le groupe de travail propose-t-il de leur confier une étude sur 14 DRG spécifiques, choisis parce qu'ils représentent le plus grand nombre de transferts (le SPF a fourni au groupe de travail la liste, par ordre décroissant en nombre, des DRG 2001/2 et 2002/1 pour lesquels la destination du patient est un transfert et pour lesquels l'admission est un transfert -**cette liste sera distribuée en séance du 21 avril**-) ou parce qu'ils sont susceptibles de montrer la plus grande hétérogénéité entre hôpitaux.

Le cahier de charge de cette proposition d'étude est joint à la présente note.

Le groupe de travail signale par ailleurs d'éventuels effets pervers de la nomenclature des prestations médicales. Par ex : en cas de nécessité de pose de 3 stents, 1 seul sera payé en cas de séjour unique, 3 seront payés s'il y a 3 séjours successifs. Ou encore la facturation à 50% d'une 2^{ème} intervention pourrait inciter à scinder le séjour. Il signale aussi le conflit qui peut exister entre protocole de soins et financement : si un oncologue opte pour un protocole de chimiothérapie de 4 jours en continu plutôt que 2 x 2 jours, l'hôpital sera désavantagé.

III. LES TRANSFERTS ENTRE HOPITAUX

1) D'hôpital aigu à hôpital aigu

A la demande du groupe de travail, le service Datamanagement du SPF Santé publique a réalisé une analyse rétrospective des transferts de patients, données extraites des RCM 2002. Le chiffre est de l'ordre de 3% des séjours, ce qui paraît peu.

La problématique doit donc être approfondie (quels hôpitaux transfèrent, pour quelles pathologies (avec le même RCM dans l'hôpital qui envoie et dans l'hôpital qui reçoit ?), avec quelle durée de séjour réelle ...), ce qui se fera via l'étude sus-citée, confiée aux mutualités.

Une des questions légitimes à se poser concernant les transferts est celle des règles de financement actuelles si l'hôpital A transfère à B pour une pathologie x dont la durée de séjour standard est de 8 jours, que A garde le patient 4 jours et B 8 jours : A et B pro-méritent tous deux de 8 jours de financement ; 16 jours seront donc payés pour 12 journées réelles (et 8 journées standard).

Le problème est encore accru si le patient retourne en A après B, toujours pour la même pathologie (mais les retours après transferts ne s'élèveraient qu'à 0,18% du total des séjours).

A l'étranger, les règles sont différentes en cas de transfert : l'hôpital qui transfère n'est payé que pour les journées réellement prestées dans son établissement.

Les documents de l'analyse de SPF déjà mentionnés précédemment (et qui seront distribués en séance) montrent étonnamment qu'en cas de transfert : (1) le transfert n'a pas lieu dès le début de l'admission : la durée moyenne de séjour facturée est de plusieurs jours et (2) la durée facturée est souvent plus longue que la durée justifiée. Mais il s'agit de moyennes, on ne dispose pas de la distribution des cas. Cela pourrait faire penser que le transfert n'a lieu (en moyenne) que quand l'hôpital A a épuisé tout effort et qu'il n'y aurait donc pas d'ingénierie particulière. Mais cela reste à démontrer plus amplement.

2) D'hôpital aigu à service Sp ou hôpital Sp

Les règles actuelles sont les suivantes, illustrées par un exemple :

- a) Le patient est entièrement traité dans le même hôpital en aigu d'abord puis en service Sp.

Patient de 80 ans avec fracture du fémur et prothèse totale de hanche. Durée de séjour justifiée de l'APR-DRG 301 / sévérité 2 / H = 18,6 jours

→ le patient est entièrement traité en C et y reste 25 jours : l'hôpital sera financé pour **18,6 jrs**

→ le patient séjourne 14 jours en C et 11 jours en Sp (moins qu'en C) : il sera facturé 11 jrs en Sp (au prix Sp) et $18.6 \times 14/25 = 10,4$ en C

Au total : **21,4 jrs**

→ le patient séjourne moins de la moitié de son séjour en aigu, soit 11 jrs en C et 14 jours en Sp

L'hôpital sera financé pour 11 jours en C et 14 en Sp (au prix Sp) càd au total **25 jrs**

- b) Le patient est traité dans l'hôpital A puis transféré vers l'hôp. B (autre n° d'agrément) pour réhabilitation. Il séjourne 14 jrs en C et 11 jrs en Sp. L'hôpital A sera financé à raison de 18,6 jrs et l'hôpital B facturera 11 jrs, soit au total **29,6 jrs**

Contrairement à ce qu'on entend parfois, l'hôpital ayant dans ses murs un service Sp n'est pas avantage par rapport à un autre devant transférer vers un autre hôpital Sp (autre n° d'agrément).

S'il fallait changer les règles de financement, ce serait plutôt pour les aligner sur la situation de 2 hôpitaux autonomes dont l'un transfère à l'autre.

G. DURANT
Président du groupe
de travail