

NOS RÉF. : DM/OMZ-CIR/n.016-16
DATE : **10-06-2016**
CONTACT : Arabella D'Havé
E-MAIL : arabella.dhave@health.belgium.be

À l'attention du

- Directeur général
- Directeur des soins infirmiers
- Responsable RHM

Objet: Adaptations du modèle de financement NRG: état des lieux au 31/05/2016.

Madame, Monsieur,

Par la présente, nous souhaitons apporter des explications quant aux adaptations du modèle de financement basé sur les NRG (Nursing Related Groups). Le Plan d'approche pour la réforme du financement des hôpitaux (28/04/2015) du 28 avril 2015, en l'occurrence le point 5.10.2 *Lourdeur des soins infirmiers dans le BMF: le modèle de financement sur la base des NRG*, demande d'affiner et de corriger ce modèle de financement basé sur les NRG.

En exécution de ce point du Plan d'approche, on a entamé fin 2015 une étude approfondie et une validation des données des items des DI-RHM et des données enregistrées. Dans notre circulaire portant la référence DM/OMZ-CIR/n°01_16 du 21 janvier 2016, nous vous annonçons, à la suite de cela, des audits statistiques des DI-RHM.

Sur la base de l'étude approfondie et de la validation des données, les ajustements suivants ont, entre-temps, été apportés au modèle de financement basé sur les NRG dans le BMF de juillet 2016:

- Exclusion de 5 items DI-RHM pour le calcul des NRG pour les motifs décisifs suivants, à savoir: l'absence de pouvoir discriminant pour l'intensité des soins infirmiers qui a été démontrée depuis divers angles d'approche (entre autres groupe de base NRG, APR-DRG, hôpital, ...), l'apparition d'une corrélation clinique illogique entre les items, l'effet pervers sur l'homogénéité logique et clinique des NRG, l'absence de mécanisme de correction pour l'enregistrement de ces items entraînant un nombre insuffisant de points d'ancrage pour un audit, la démontrabilité statistique de la cohérence avec la pratique de codage (par rapport à la réalité codée). Les items exclus sont

les suivants: R100 – Soutien émotionnel; B600 – Sensibilisation / Éducation relative à l'élimination urinaire/fécale; D500 – Sensibilisation / Éducation relative à l'alimentation; F200 Sensibilisation / Éducation relative aux soins d'hygiène; S100 Sensibilisation / Éducation spécifique. Attention: l'exclusion de ces items pour le calcul des NRG ne remet nullement en question l'importance de dispenser et de documenter ces soins. L'enregistrement d'items de ce genre peut en effet s'avérer important en appui à des soins de qualité au patient et pour la politique infirmière.

- Adaptation de la définition des trois groupes de financement de la manière suivante:
 - o Groupe de financement CD: épisodes de soins en index de lit C + D + L + CI + DI + CDI;
 - o Groupe de financement E: épisodes de soins en index de lit E + EI;
 - o Groupe de financement I: tous les épisodes de soins intensifs en C + D + L + E + CI + DI + CDI+ EI.
- Corrections (BMF 01/07/2015 – BMF 01/07/2014): pour le calcul du financement complémentaire soins intensifs, il est tenu compte de la part des soins intensifs par rapport à l'activité totale:
 - o De $\frac{\sum \text{points épisodes de soins I}}{\sum \text{nombre épisodes de soins I}} \rightarrow \frac{\sum \text{points épisodes de soins I}}{\sum \text{nombre épisodes de soins}}$
- Adaptation des contrôles RHM 2015/2 que vous trouverez via <http://health.belgium.be/> Soins de santé > Organisation des soins de santé > Systèmes d'enregistrement > Résumé hospitalier minimal (RHM) > Directives > Liste des contrôles > Contrôles RHM 2015/2 (01/04/2016)

En préparation d'ajustements plus poussés du modèle de financement basé sur les NRG, des audits électroniques (e-audits) ont été réalisés pour les hôpitaux identifiés comme "outlier" (hors norme) fréquent. Ces audits ont été annoncés par la circulaire portant la référence DM/OMZ-CIR/n°01_16 du 21.01.2016 évoquée ci-dessus. La méthodologie de ces audits est décrite dans le document "*SPF SPSCAE (2016) Méthodologie de l'audit statistique externe ciblé des DI-RHM, SPF, p.14*", que vous trouverez via <http://health.belgium.be/> Soins de santé > Organisation des soins de santé > Systèmes d'enregistrement > Résumé hospitalier minimum (RHM) > Directives > Informations supplémentaires pour les données infirmières > Méthodologie de l'audit externe ciblé des données DI-RHM (25/04/2016). Les résultats de ces audits seront analysés dans les mois à venir et, si nécessaire, seront suivis d'audits sur place à partir de septembre 2016.

Une première version de rapport de feedback a été rédigée sur la base de cette analyse des "outliers". Cette version statique de rapport de feedback est jointe à chaque audit électronique et sera également mise à disposition via PortaHealth.

Des initiatives encore à développer sont notamment l'ajustement du nombre de NRG en fonction de la lourdeur des soins. On songe ici à des méthodes et techniques permettant une moindre liaison des NRG à des paramètres structurels tels que l'index de lit. On examine en outre l'ajout de NRG intermédiaires. L'écart entre profils intensifs et autres profils dans le modèle NRG actuel est en effet considérable en termes de points. En conséquence, il peut en résulter une surestimation ou une sous-estimation des points des épisodes de lourdeur moyenne.

Une pondération des épisodes de soins (24h, < 24h) en fonction de la durée est également analysée. Dans le modèle actuel, les épisodes de soins de 24h et de < 24h se voient attribuer un poids identique, ce qui peut entraîner un "surpoids" des épisodes de soins courts. On analysera de quelle manière la durée de l'épisode de soins peut être prise en compte lors de la création et de l'attribution des NRG.

.be

L'impact de la somme des scores des épisodes de soins situés au-dessus/en dessous de la médiane par hôpital, comme base de classement en fonction de la part de marché du financement complémentaire, fait aussi l'objet d'un complément d'enquête. À cet égard, le principe adopté est que le financement de base reste garanti si la \sum scores en dessous de la médiane $>$ \sum scores au-dessus de la médiane.

Ensuite, plusieurs initiatives de simplification administrative sont également examinées, notamment la déduction d'items au départ d'autres enregistrements (enregistrement unique, usages multiples). Dans ce contexte, on étudie aussi comment l'enregistrement semi-automatique des DI-RHM sur la base d'un dossier patient reposant sur SNOMED CT peut contribuer à réduire à un minimum la charge d'enregistrement.

Dans le cadre d'un audit basé sur un couplage et une comparaison avec les DM-RHM, la périodicité de l'enregistrement DI-RHM fait l'objet d'un examen.


Enfin, même s'il existe de fortes preuves scientifiques que les écarts dans les soins infirmiers ne s'expliquent que dans une faible mesure par les DRG (Centre fédéral d'expertise des soins de santé (2007). *Financement des soins infirmiers dans les hôpitaux*), un lien entre la lourdeur des soins infirmiers et l'APR-DRG est possible. L'analyse de l'impact du modèle de l'étude du KCE sur un système complet de financement des hôpitaux à l'échelle nationale sur la base du couplage des séries de données DM-RHM et DI-RHM pour des années successives est une option qui est prise en considération.

Pour un récapitulatif de ces informations, vous pouvez également consulter la présentation disponible sur notre site internet <http://www.health.belgium.be> / Santé > Organisation des soins de santé > Systèmes d'enregistrement > Résumé hospitalier minimum (RHM) > Publications > Projets, présentations et journées d'étude > (NL uniquement) Réforme du financement hospitalier: modèle de financement NRG (FOD – A. D'Havé – 2016.06.01)

Nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.



Dr Ingrid Mertens
Chef de service Datamanagement



Christiaan Decoster
Directeur général
Président ad interim