

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, 30/09/2022

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/562-2*

Avis du CFEH à propos du financement de l'hôpital de jour

Au nom du Président,
Margot Cloet

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 30/9/2022 et ratifié par le Bureau à cette même date

Le 7 juin 2022, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) a reçu une demande d'avis du ministre concernant la réforme du financement de l'hôpital de jour. Cet avis représente une prochaine étape importante dans le processus résultant de l'avis conjoint du 12 septembre 2019 du CFEH et de la commission de conventions de l'INAMI portant sur la révision de l'organisation, du fonctionnement et du financement de l'hospitalisation de jour et des avis du CFEH du 9 juillet 2020 et du 10 février 2022 concernant l'hôpital de jour.

Dans la demande d'avis du 7 juin 2022, le ministre soumet une proposition relative à la mise à jour de la Liste A (prestations qui entrent en ligne de compte pour le financement de l'hôpital de jour), accompagnée d'une adaptation correspondante de l'annexe 9 (temps standards en bloc opératoire) et concernant la réintroduction de la Liste B (séjours inappropriés).

Le CFEH formule l'avis suivant, structuré comme suit :

1. <u>Introduction</u> : Récapitulatif des principes de base, de la méthodologie et du calendrier avancés par le CFEH
2. <u>Liste A</u> : Analyse de la proposition du ministre relative à la liste A et suggestions complémentaires
3. <u>Séjours inappropriés</u> : Analyse de la proposition du ministre relative à la liste B et aux conditions de qualification d'un séjour classique inapproprié
4. <u>Impact budgétaire</u>
5. <u>Bloc opératoire</u>
6. <u>Prochaines étapes</u>

1. Introduction

L'expansion future de l'hôpital de jour doit reposer sur les principes de base suivants :

- Nous poursuivons une réforme de l'organisation des soins qui assure une **qualité maximale** dans les glissements de l'hospitalisation classique à l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation de jour aux soins ambulatoires. L'exercice doit permettre de stimuler et d'intégrer de manière plus large de nouvelles techniques ouvrant la possibilité de pratiquer des interventions dans les hôpitaux de jour.
- Nous adoptons une approche où les **médecins conservent la liberté** de faire le choix approprié pour leur patient sur la base de leurs connaissances médicales, et où une nuit d'hospitalisation reste également possible.
- Une **bonne communication**, tant auprès des dispensateurs de soins que des gestionnaires d'hôpitaux, sur le cadre plus large dans lequel s'inscrit cette réforme et sur les étapes concrètes proposées. **D'un point de vue pratique, il importe que les hôpitaux et les prestataires de soins soient rapidement informés des modifications envisagées (listes A et B actualisées, critères définissant les séjours inappropriés), une fois qu'elles seront établies, afin de pouvoir mettre en œuvre cette réforme dans un délai réaliste.**
- **Soins appropriés** : Alors que le glissement vers l'hôpital de jour entraîne la disponibilité de budgets qui étaient auparavant destinés aux hôpitaux, le CFEH souhaite investir ces moyens de manière ciblée dans le budget des moyens financiers. Nous préconisons de sauvegarder les

budgets afin que le terrain partage les bénéfices de la méthode de travail ajustée. Le maintien du rythme des réformes nécessaires permet d'éviter que le secteur ne s'enlise dans un exercice d'économies. À cet égard, l'exercice ne doit pas non plus se faire au détriment du financement des hospitalisations classiques restantes.

Pour élaborer le présent avis, le CFEH a opté pour une approche basée sur les données de l'INAMI et les simulations du SPF Santé publique. Le CFEH formule un avis qui apporte un éclairage complémentaire au plan de réforme par rapport aux avis rendus par le Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI.

Enfin, le CFEH poursuit une approche en deux étapes :

Dans un premier temps	Les éléments qui font l'unanimité au sein du CFEH, qui sont médicalement justifiés dans l'hôpital de jour chirurgical et qui ne risquent pas de diluer le BMF.	À inclure dans l'avis actuel et l'avis complémentaire
Dans un second temps	Points à développer davantage et actualisation du plan d'action sur la base de recherches supplémentaires et d'analyses de données	À reprendre dans un prochain avis en 2023

Financement de l'hôpital de jour chirurgical

Pour situer le rôle de la liste A, de l'annexe 9 et de la liste B, nous décrivons brièvement le financement de l'hôpital de jour chirurgical. Si une prestation chirurgicale est réalisée en hôpital de jour, il y a deux possibilités : financement via le BMF ou financement via l'INAMI.

Si la prestation figure sur la **liste A** - la liste des prestations qui entrent en ligne de compte pour le BMF hôpital de jour chirurgical - l'hospitalisation est pondérée à 0,95 jour d'hospitalisation. Ce facteur a été porté de 0,81 à 0,95 depuis juillet 2022 et sert à financer le personnel de soins B2. En principe, la prestation de la liste A figure également à l'**annexe 9** de l'AR BMF. De cette manière, le financement du bloc opératoire est également alloué pour cette hospitalisation, via les temps standards. Ce financement est réalisé par le biais du BMF, en particulier via les sous-parties B1, B2, B4 et B9. La sous-partie B2 comprend la plus grande part de ce type de financement pour l'hôpital de jour.

Si la prestation ne figure pas sur la liste A et est réalisée sous anesthésie totale, l'hôpital peut facturer un maxi-forfait anesthésie à titre de remboursement. Ce forfait est prévu dans la convention établissements hospitaliers-organismes assureurs de l'INAMI. Le maxi-forfait anesthésie est un montant qui varie selon les hôpitaux car il est basé sur le financement B2 historique.

En outre, un système de séjours inappropriés est inclus dans l'AR BMF. Il s'agit d'une méthode permettant de requalifier des séjours classiques en séjours inappropriés, ce qui les fait compter comme journée d'hospitalisation en hôpital de jour chirurgical (0,95 jour), sans bénéficier du financement du séjour justifié classique. Cette liste est inactive depuis 2018, à la suite de la migration vers l'ICD-10. Dans sa demande d'avis, le ministre propose de réactiver la liste. L'ajustement et l'extension de la liste A en même temps que l'activation de la liste B créent des effets à différents endroits (dans différentes sous-parties du BMF, annexe 9 BMF, budget INAMI maxiforfaits). Il n'est pas facile de déterminer

l'impact budgétaire. Il est donc particulièrement important d'identifier les différentes conséquences. Ceci est expliqué plus loin dans l'avis.

2. Liste A

Historique

Après le système de financement par bonus-malus (le système PAL - NAL accordait aux hôpitaux dont les durées de séjour étaient inférieures à la moyenne nationale un bonus ou, dans le cas de durées de séjour plus longues, un malus), le financement de la sous-partie B2 a été réformé en 2002 en vue de réduire les durées de séjour à l'hôpital et d'encourager le recours à l'hôpital de jour. Le nouveau financement était basé sur un système dans le cadre duquel la durée moyenne nationale de séjour par DRG était la base. Dans le même temps, le financement de l'hôpital de jour chirurgical a été transféré du financement ouvert de l'INAMI à l'enveloppe fermée des sous-parties B1 et B2 du BMF. La liste A en constituait une composante, la liste B (voir plus loin) une autre. Cette méthodologie adaptée signifie que les transferts des hospitalisations classiques vers l'hôpital de jour continueront automatiquement à être financés dans le cadre du système de points du budget fermé du BMF.

Le financement par le BMF suit lorsque les prestations de la liste A sont réalisées en hôpital de jour. La liste A doit donc inclure les interventions chirurgicales pour lesquelles l'hospitalisation de jour est un choix justifié. Récemment, la durée de séjour justifiée a été portée de 0,81 à 0,95 et un budget correspondant de 9 millions d'euros a été ajouté à la sous-partie B2. L'augmentation du facteur permet de financer plus correctement l'encadrement des soins en hôpital de jour et de rendre le choix entre l'hospitalisation classique et l'hospitalisation de jour plus neutre sur le plan budgétaire.

La liste a été créée en 2002 sur la base de trois critères :

1. figurer dans la liste nominative des prestations donnant droit à un maxiforfait, superforfait, forfait A, B, C ou D, telle que visée dans la convention nationale du 24 janvier 1996 conclue entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs
2. intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'arrêté royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprophylaxie en chirurgie et
3. le nombre de prestations en intra-muros doit représenter au moins 60 % du nombre total de prestations réalisées en ambulatoire où intra-muros = dans un cadre hospitalier, soit en hospitalisation de jour, soit en polyclinique.

Pour déterminer l'activité de jour justifiée réalisée, on utilise le RHM de la dernière année d'enregistrement connue. Tous les séjours en hospitalisation de jour enregistrés, pour lesquels au moins un code chirurgical de nomenclature INAMI de la liste A a été enregistré, sont retenus comme hospitalisations de jour justifiées réalisées. Aucun cumul n'est possible avec le financement de l'hôpital de jour médical par le biais des forfaits INAMI.

La réforme de 2002 a entraîné le glissement de l'hospitalisation classique à l'hospitalisation de jour pour un certain nombre d'interventions telles que l'aspiration folliculaire, le traitement de la hernie inguinale ou la pose d'un système de port-à-cath sous-cutané.¹

La liste A n'a subi que des changements limités depuis 2002, principalement liés à l'actualisation des codes de nomenclature, de sorte qu'en pratique elle est loin de couvrir toutes les interventions chirurgicales qui peuvent être réalisées de manière justifiée en hospitalisation de jour. La note

¹ https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_192A_daghospitalisatie_synthese_0.pdf

conceptuelle conjointe sur l'hôpital de jour du CFEH et de la commission de conventions établissements hospitaliers-organismes assureurs de l'INAMI a motivé l'importance d'une actualisation. L'accord de gouvernement du 30 septembre 2020 prévoyait explicitement l'ajustement du financement de l'hôpital de jour.

Analyse de la proposition d'actualisation de la liste A

Le CFEH salue les principales avancées proposées pour la réforme de l'hôpital de jour et l'élargissement de la liste A. Un point d'attention important reste ici toutefois que l'ajout de prestations supplémentaires ne peut pas entraîner une dilution du Budget des Moyens financiers. La dilution du BMF a lieu lorsque des activités sont ajoutées pour le financement dans le BMF sans qu'un financement n'existe déjà à cet effet dans le BMF ou qu'un budget ne soit ajouté. Dans ce cas, un même budget doit couvrir plus d'activités, il se « dilue » donc vu que l'indemnité moyenne par séjour diminue.

Plusieurs de ces prestations sont aujourd'hui déjà souvent effectuées dans une polyclinique ou dans un hôpital médical de jour. Un stimulant financier en faveur de l'hôpital de jour n'est donc pas forcément le choix pour l'encadrement de soins le plus adapté. L'élargissement ne doit pas non plus avoir pour conséquence que les hôpitaux perdent un financement pour le bloc opératoire, d'autant plus que ce poste est déjà gravement sous-financé aujourd'hui.

Critères de mise à jour de la liste A et proposition de liste A au 01/01/2023

Lors de la sélection des codes de nomenclature INAMI, la demande d'avis du ministre part du principe d'une actualisation sur base de l'actuelle pratique. La liste a été validée au niveau médical par le Conseil technique médical (CTM) de l'INAMI. Les numéros de nomenclature obsolètes et les numéros de nomenclature qui sont déjà effectués pour plus de 80 % dans le contexte ambulatoire ont également été épurés.

583 numéros de nomenclature sont soumis dans la proposition par le ministre pour la nouvelle liste A, composée de :

- ◇ 236 prestations qui figurent déjà dans l'actuelle liste A (c'est-à-dire 10 des prestations supprimées de la nomenclature sont supprimées de la liste)
- ◇ 347 prestations candidates pour ajout, vérifiées par discipline par des experts médicaux

Plusieurs membres du groupe de travail CFEH ont également apporté des prestations candidates supplémentaires. Les suggestions pour les prestations candidates ont été réalisées via une combinaison d'analyse de données et de consultation d'experts. Des critères aussi bien médicaux que financiers ont été utilisés ici.²

○ ² Plusieurs critères ont été pris en compte, à savoir la faisabilité médicale de l'hôpital de jour (et les risques éventuels), le caractère chirurgical ou plutôt médical de l'intervention (utilisation du (grand) bloc opératoire, le recours à l'anesthésie (complète)), un pourcentage minimum déjà réalisé en hôpital de jour, des courts séjours si admission encore classique, des prestations avec un nombre minimum de critères financiers au niveau national, la description de la prestation (description de la nomenclature).

Le CFEH a appliqué à l'ensemble des candidats une analyse de données dont les principaux objectifs sont les suivants :

- Investir au maximum dans les prestations qui, aujourd'hui encore, ont souvent lieu en hospitalisation classique et peuvent de plus en plus avoir lieu en hospitalisation de jour, en mettant l'accent sur les interventions chirurgicales ;
- Éviter au maximum la dilution du BMF, en particulier le financement du bloc opératoire ;
- Vu qu'à moyen terme, nous passerons à un seul système, transférer des prestations existantes - et donc du budget - d'un système de financement à l'autre équivaldrait à rendre les choses inutilement complexes. Nous tentons donc de l'éviter autant que possible

Cela conduit à une première liste de 391 prestations qui peut être introduite à partir du 01/01/2023, et pour laquelle le CFEH s'accorde unanimement à dire qu'elle répond à ces trois objectifs. Les candidats non encore retenus seront encore analysés dans un deuxième avis en vue d'une autre élargissement de la liste A.

Les critères suivants ont été appliqués dans l'analyse de données pour parvenir à cette première liste :

- les prestations qui figurent aujourd'hui déjà sur la liste A ont toutes été maintenues, sauf si elles ont été supprimées de la nomenclature ;
- les prestations doivent être effectuées au minimum 100 fois par an (toutes formes de prise en charge confondue). Ceci évitera le risque que ces codes reprennent vie « parce qu'il y a un financement »;
- les prestations qui sont déjà financées via un forfait hôpital de jour médical, groupes 1 à 7 ou massivement via un maxi forfait, sont exclues : elles sont déjà financées et leur intégration donne le risque de dilution du financement BMF, en particulier pour le quartier opératoire
- les prestations retenues sont aujourd'hui prestées pour au moins 75 % des cas en hospitalisation classique. Ainsi, on limite le risque d'ajouter des prestations qui sont déjà largement prestées en ambulatoire pure ou qui peuvent être réalisées en dehors du quartier opératoire

Nous arrivons ainsi à une liste finale de 391 prestations pour la liste A, dont 36 proposées par les membres du GT. La liste finale est reprise en annexe. Toutes ces prestations doivent également être reprises dans l'annexe 9 (temps standards). Les temps standards actuels du code hospitalisé correspondant sont à cet effet provisoirement la référence en attendant la réforme du financement du bloc opératoire (voir point 5).

Proposition 01/01/23 Liste A	Nombre de prestations	Cas en polyclinique*	Cas en hôpital de jour*	Cas en hospitalisation classique*
Prestations existantes	236	29.846	746.509	153.579
Nouvelles prestations proposées par le ministre	119	1.269	9.687	158.412
Nouvelles prestations proposées par les membres	36	281	2.330	85.184
Total	391	31.396	758.526	397.175

* période de référence 2017-2019

Dans cette liste finale, les 36 prestations ajoutées via les experts médicaux des hôpitaux ainsi que les prestations qui ont fait l'objet de remarques d'ordre médical dans le groupe de travail seront soumises au CTM pour validation médicale.

Prestations pour l'hôpital de jour médical

Pour plusieurs prestations de la liste des candidats, il y a la remarque selon laquelle elles sont de nature plutôt médicale.³ Si le CTM confirme cette remarque, nous proposons que la commission de conventions hôpitaux-OA examine si elles entrent en ligne de compte pour un forfait journalier groupe 1-7. Vu que l'accent de la liste A est mis sur la chirurgie, nous ne les mettons pas dans la liste A.

Prochaine étape

Les prestations candidates chirurgicales non encore retenues feront l'objet d'une analyse plus approfondie en vue d'une autre extension de la liste A, en tenant compte de l'impact budgétaire. Le CFEH s'efforcera de fournir d'ici juin 2023 un avis supplémentaire à ce sujet. D'un point de vue très pratique, les listes peuvent être régulièrement actualisées par circulaire en fonction des travaux du groupe de travail en vertu de l'article 101bis de l'arrêté relatif au BMF.

3. Séjours classiques inappropriés

Historique

En même temps que l'introduction d'un financement de l'hôpital chirurgical de jour en 2002 via la liste A, un système de séjours classiques inappropriés a été instauré. Ce système est pénalisant. Pour ces interventions, le législateur estimait en effet qu'un séjour hospitalier classique, qui répondait à une série de conditions, devait à vrai dire être financé comme un hôpital de jour au lieu d'un séjour hospitalier classique. Le nombre total de séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital est dès lors le nombre total d'hospitalisations journalières réalisées (sur la base de la liste A) et le nombre total de séjours hospitaliers classiques inappropriés (sur la base de la liste B).

Ce mécanisme n'a plus été appliqué à partir du 1^{er} juillet 2018 en raison de l'impossibilité technique. Dans l'arrêté royal du 10 septembre 2020, ce mécanisme a disparu de l'arrêté de financement (AR 25 avril 2002 relatif au BMF).

- Analyse de la proposition et proposition de critères liste B au 01/01/2023

La proposition du ministre part du mécanisme instauré en 2002 relatif aux séjours classiques inappropriés et l'étend sensiblement, aussi bien en ce qui concerne les prestations de nomenclature concernées (la liste B) qu'en ce qui concerne les APR-DRG concernés.

³ Il convient de noter que la distinction entre chirurgical et médical n'est pas toujours strictement appliquée. Certaines prestations (candidates) de la liste A sont plutôt de nature médicale, tandis que plusieurs prestations des groupes 1 à 7 de l'INAMI sont plutôt d'ordre chirurgical.

Proposition du ministre

- 192 prestations sur la liste B :
 - ◇ 145 prestations de l'ancienne liste B (sauf sur la base de considérations médicales)
 - ◇ La sélection des prestations candidates provient de la liste A pour laquelle 84,5 % ou plus a eu lieu par rapport au total en DH.
 - ◇ Ajout de prestations pour lesquelles $[PK+DH] \geq 84,5 \%$ du total.
 - ◇ 5 prestations internistes qui ont lieu actuellement en hôpital médical de jour (groupes de forfaits)
- 89 APR-DRG concernés (avant : 27), répartis en séjours chirurgicaux inappropriés (40 APR-DRG) et séjours médicaux inappropriés (49). Avant, il y avait 24 APR-DRG chirurgicaux et 3 APR-DRG médicaux.
- Maintien des critères standard

Avis du CFEH

La réintroduction du système des séjours inappropriés part d'un autre principe que la note conceptuelle. Le principe de la note conceptuelle était en effet de supprimer les barrières pour le transfert d'activité vers l'hôpital de jour mais dans le même temps, de conserver le libre choix du médecin et du patient pour assurer ainsi l'accessibilité de la forme de soins la plus appropriée. La réintroduction du système de séjours inappropriés peut sembler contraire à ce principe.

La philosophie du CFEH est que le fait de « stimuler » le changement sur le terrain est plus efficace que le fait de « pénaliser ». C'est pourquoi le CFEH plaide plutôt pour la mise en place d'un benchmarking entre les hôpitaux afin qu'ils puissent se comparer et échanger des expériences sur la base d'analyses de données.

Si le ministre choisit quand même de réintroduire le système des séjours inappropriés, le CFEH propose alors d'ajuster les critères pour inclure uniquement les prestations qui peuvent vraiment avoir lieu pour la majorité des patients en hôpital de jour. La manière dont l'ensemble des critères seront utilisés et programmés en raison du passage de l'ICD9-CM à l'ICD10-PCS, doit encore être alignée avec les experts.

Le CFEH est inquiet du fait que très peu de données et d'analyses sont actuellement disponibles concernant l'impact de la réintroduction de ce système, tandis que le ministre propose une extension importante de celui-ci. Cette réintroduction ne peut se faire « à l'aveugle ». Le CFEH demande plus de temps pour effectuer l'analyse des données et rendra un avis complémentaire à ce sujet d'ici fin octobre. Cela ne compromettra en principe pas l'enregistrement à partir du 01/01/2023.

En attendant cela, le CFEH peut déjà communiquer les éléments plus généraux suivants :

- Critères de base :
 - Maximum 2 jours au lieu de 3. La durée moyenne de séjour a en effet fortement baissé depuis 2002.
 - Un âge minimum doit être prévu pour que les bébés soient exclus du système
 - Le SPF Santé publique dresse la liste des operating procedures qui sont nécessaires pour pouvoir effectuer l'analyse de données.
 - La problématique des patients oncologiques sera étudiée spécifiquement dans l'analyse des données

- Conformément aux recommandations du KCE⁴, la chirurgie combinée doit être exclue. Souvent, lorsque deux ou plusieurs interventions sont combinées, il est trop difficile pour le patient de rentrer chez lui le jour-même, alors que lorsque la même intervention est effectuée seule, le patient peut être éligible à la chirurgie de jour.
- Le KCE met également en garde contre la chirurgie de révision, vu qu'il s'agit souvent d'interventions complexes qui entrent moins en ligne de compte pour la chirurgie de jour.
- Liste B :
 - Il est notable que certaines prestations candidates proposées ont une proportion très élevée d'hospitalisations classiques. Citons ainsi, par exemple, la coronarographie (71 % des hospitalisations classiques) et la cystoscopie (56 % des hospitalisations classiques). C'est une conséquence du fait que ces prestations apparaissent souvent comme des prestations « secondaires » en cas d'un autre diagnostic « primaire ». Le but du système de séjours inappropriés ne peut toutefois jamais être de viser des séjours de ce type.
 - Il n'est pas indiqué de tenir compte de prestations ayant un degré élevé d'hospitalisation classique. Plus généralement, nous envisageons de supprimer les prestations pour lesquelles le %(DH+PK) est inférieur à 84,5% (= critère inversé de celui qui a été fixé pour ajouter des prestations à la liste B)
 - L'ajout de prestations médicales est-il une évolution pertinente? Nous envisageons d'analyser ce principe.
- APR-DRG :
 - Après analyse des données couplées, il apparaît que la liste des 89 APR-DRG proposés contient encore des erreurs.
 - Sur la base de la liste actuellement proposée, nous constatons que la valeur seuil de 90 % est assurément trop élevée. L'analyse des données sera effectuée sur la base d'une valeur seuil de 80 %, mais même avec une valeur seuil de 80 %, cette liste contient encore clairement des APR-DRG qui n'y ont pas leur place, par exemple l'APR-DRG « Accouchement par voie vaginale ».
 - Le CFEH demande à disposer d'une liste correcte afin d'effectuer l'analyse des données nécessaire dans le cadre d'un avis supplémentaire.
- Afin de fournir aux hôpitaux la transparence nécessaire et de les encourager à effectuer des séjours inappropriés en hôpital de jour :
 - Il convient d'inclure dans l'arrêté royal une liste limitative claire des APR-DRG et des operating procedures afin de permettre aux hôpitaux d'évaluer eux-mêmes, de manière prospective, quels séjours seront potentiellement inappropriés.
 - Il convient également de fournir à tous les hôpitaux une simulation via Portahealth en fonction de leur activité de 2019.

4. Impact budgétaire

Une (nouvelle) prestation candidate liste A est actuellement prestée :

1. En hospitalisation classique

⁴ KCE-studie 282A

2. En hôpital de jour avec un financement maxi-anesthésie
3. En hôpital de jour sans aucun financement
4. En ambulatoire pure (polyclinique ou hors hôpital)

2 types d'impact doivent être examinés :

1. Au niveau de la facturation de la partie variable (patients OA) et du prix de journée (patients non OA), à partir du 01/01/2023
2. Au niveau du calcul du financement du BMF (partie fixe et variable), à partir du 01/07/2025

Facturation des prestations sur la liste A

Dès l'insertion des nouvelles prestations dans les listes A et annexe 9, prévue au 01/01/2023, la facturation de la partie variable (patients OA) et du prix de journée (patients non OA) doit être permise à partir de la même date. Ainsi, la prestation devient financée sur la base du case mix de l'hôpital de l'année de référence, comme c'est le cas pour toute nouvelle activité développée par un hôpital.

Le transfert de budget de l'INAMI vers le BMF doit aussi avoir lieu au 01/01/2023 (cf infra).

Modalités de financement lors du recalcul du BMF

Pour les prestations antérieurement facturées en hospitalisation classique

Liste A: il s'agit d'un transfert de budget au sein de l'enveloppe BMF, aussi bien pour le B1 que pour le B2 (points de base – personnel hôpital de jour et points quartier opératoire). L'opération est neutre à court terme.

A partir du 01/07/2025, -le nombre de journées justifiées devrait diminuer⁵, aussi bien suite au développement de l'activité de jour que suite à la réintroduction des séjours inappropriés. L'augmentation de la valeur qui devrait en résulter pourrait aider à combler le sous-financement, par exemple au niveau du quartier opératoire, après évaluation de son impact.

Pour les prestations antérieurement prestées en hôpital de jour et facturées avec un maxi-forfait anesthésie INAMI :

Le budget qui sera économisé à l'INAMI (maxi forfaits, forfaits salle de plâtre et manipulation d'un cathéter à chambre) doit être transféré dans le BMF et réparti selon une clé entre sous-partie B1 et B2 à partir du 01/01/2023. Le CFEH propose concrètement:

- Transfert du budget lié aux forfaits INAMI générés en 2019 par l'hôpital individuel pour les codes nomenclature ajoutés, vers son BMF individuel, secteur aigu. Il s'agit d'un budget indexé estimé par l'INAMI à 1,45 Mio € (à l'index du 1/1/2023)
- Ce budget est ajouté sur 2 nouvelles lignes à créer: l'une dans la sous-partie B1 (27 %), l'autre partie (73 %) dans la sous-partie B2

A partir du 01/07/2025, ces budgets seront ajoutés dans les enveloppes nationales, la sous-enveloppe B2 quartier opératoire devra être adaptée. L'impact sur la sous-partie B7 devra aussi être étudiée. Le CFEH émettra ultérieurement un avis complémentaire par rapport aux modalités précises d'intégration.

⁵ Il faut aussi tenir compte du fait que la durée moyenne de séjour des séjours restés classiques pourrait légèrement augmenter puisque les plus courts séjours ont été basculés en hospitalisation de jour.

Ainsi, les budgets ajoutés dans le BMF seront répartis correctement entre les hôpitaux individuels en fonction de l'activité correspondante à partir du 01/07/2025.

Il est à noter que le budget transféré sera insuffisant. En effet, la valeur moyenne pondérée des maxi forfaits (145,03 € par jour) ne couvrira pas entièrement les besoins de financement en B1 et B2 qui peuvent être estimés à au moins le double de ce montant, selon une méthodologie basée sur une approche minimale (financement moyen de base de la liste A actuelle⁶) Ces estimations seront approfondies dans un prochain avis tenant compte des besoins de financement réels et frais justifiés. Les prestations ont été sélectionnées pour minimiser le nombre de cas concernés.

Pour les prestations antérieurement prestées en hôpital de jour sans aucun financement

Pour ces prestations, un budget complémentaire est nécessaire. Les prestations ont été sélectionnées pour minimiser le nombre de cas concernés.

Pour les prestations antérieurement prestées en ambulatoire pure (polyclinique ou hors hôpital)

Nous partons du principe que ces prestations continueront à être effectuées en ambulatoire pure. Les prestations ont été sélectionnées pour minimiser le nombre de cas concernés.

5. Bloc opératoire

Actuellement, le bloc opératoire souffre d'un grave sous-financement. Le BMF du 01/07/2022 a appliqué un facteur de correction de 73,35 % pour rester dans l'enveloppe nationale disponible. Cela signifie que plus d'un quart des activités des blocs opératoires ne sont pas financées.

Historique

Le financement du bloc opératoire (BO) via la sous-partie B2 du BMF s'effectue en attribuant des temps standards par intervention en BO, voir l'annexe 9 de l'AR BMF. Les temps standards correspondant à la durée de l'intervention elle-même sont majorés forfaitairement afin de tenir compte du temps nécessaire au rangement du matériel et à la préparation de la salle. Les temps sont ensuite convertis en salles d'opération par hôpital, et financés à hauteur de 7,5 points B2 par salle. Ces points financent la présence obligatoire de 3 praticiens de l'art infirmier lors de l'utilisation du BO.

Afin de rester dans le BMF dans le cadre du budget national disponible pour les BO, un coefficient national est appliqué. Au cours des premières années suivant son introduction (2002 à 2006), le coefficient s'élevait à 117 %, ce qui a permis de financer aussi (partiellement) le personnel de la salle de réveil, étant donné que le BMF ne prévoit pas de financement distinct à cette fin. Depuis 2007, le facteur de correction est inférieur à 100 %. Cela signifie que les salles justifiées, ainsi que le personnel des salles de réveil, ne sont donc plus entièrement financés. Ce problème ne fait que s'aggraver. Année après année, nous constatons que le facteur de correction ne cesse de baisser : de 92 % en 2007 à à peine 73 % en 2022.

⁶ Les points d'attention sont les suivants : le financement de base moyen actuel peut être différent du financement de base moyen de la nouvelle liste A, ce calcul tient compte du sous-financement des BO (cf. 73 %).

Problématique du pourcentage fixe du sous-budget BO

Le sous-budget BO de la sous-partie B2 est fixé à un pourcentage fixe (11,35 %) de l'activité justifiée. La fixation du sous-budget BO suit donc l'évolution du nombre de lits justifiés. Ce nombre diminue car l'impact de l'augmentation du nombre d'admissions est plus que compensé par le raccourcissement des durées de séjour. Et c'est là que le bât blesse : la durée de séjour a beau diminuer, cela ne signifie pas nécessairement que l'activité en BO diminue proportionnellement dans la même mesure.

L'ajout de prestations suivantes à la liste A et, par conséquent, à l'annexe 9, peut accroître ce sous-financement :

- En hôpital de jour avec un financement maxi-anesthésie ou groupes 1 à 7
- En hôpital de jour sans aucun financement

Les admissions qui étaient jusqu'à présent classiques et qui auront lieu à l'avenir en hôpital de jour sont en principe budgétairement neutres en termes de financement des BO.

Proposition de réforme

Le CFEH demande depuis longtemps une réforme du financement des BO avec :

- Une mise à jour de l'annexe 9 : aussi bien une mise à jour des codes de nomenclature (classique et de jour) que des temps standards, sur la base de la définition des activités prévues dans un grand BO ;
- Une révision du mécanisme qui permet de déterminer le sous-budget partiel BO, et par extension de l'ensemble du mécanisme de financement.

Le volet budgétaire est également crucial dans cette réforme. Les moyens dégagés (passer du classique au jour, introduction de la liste B) ne suffiront pas à combler le manque de financement des BO.

6. Prochaines étapes

Ces étapes de la réforme (du financement) de l'hôpital de jour ne peuvent être séparées du cadre plus large des réformes et évolutions des soins de santé. Le CFEH fait ici référence aux influences indéniables d'autres évolutions, notamment :

- La réforme de la nomenclature
- La réforme du financement des hôpitaux, en particulier l'évolution vers le financement de pathologie et les réseaux hospitaliers.

Ces initiatives concernant l'hôpital de jour ne suffisent pas non plus en tant que mesures autonomes afin de garantir que l'hôpital de jour en Belgique réponde à tous les besoins actuels en matière de qualité et d'organisation. Le CFEH préconise d'ancrer les importants progrès réalisés actuellement au moyen d'un processus structurel pour les futures mises à jour. Il s'agit à la fois d'adapter continuellement les listes et d'encourager une réflexion à long terme sur l'avenir de l'hôpital de jour, en prévoyant à terme un système sans listes. De plus, les évolutions actuelles offrent des possibilités de mettre en place un benchmarking entre hôpitaux, ce qui, outre les incitants financiers, peut donner un coup de pouce significatif à l'hôpital de jour.

Le CFEH poursuivra donc ses travaux sur l'hôpital de jour dans un avenir proche.

Annexe 1

Description des sources de données

Cet avis a été rendu grâce à l'utilisation des données de l'INAMI et du SPF Santé publique. Pour la sélection des critères de la liste A, ce sont principalement les données de l'INAMI sur les prestations de la nomenclature proposées par le ministre et par les membres du groupe de travail CFEH. Ces données permettent d'appliquer une analyse multicritères et d'essayer un certain nombre de variantes. Les données peuvent alimenter une analyse d'impact budgétaire.

Plus précisément, il s'agit des informations suivantes :

- Le nombre de prestations par code de nomenclature calculé pour 2017-2020 à l'exception des prestations orthopédiques. Pour l'orthopédie, les chiffres de 2019 ont été repris.
- Répartition du nombre de prestations en hôpital de jour, en hospitalisation classique ou en ambulatoire. La classification a été faite sur la base des codes de service INAMI (documents P).
- Occurrence ou non sur les groupes 1-7 du forfait hôpital de jour médical.
- Occurrence ou non à l'annexe 9 avec les temps standards en bloc opératoire.
- Le nombre de prestations avec maxi-forfait anesthésie et les dépenses associées.
- Dépenses par prestation (dépenses dans la nomenclature).

L'analyse et les simulations pour le principe des séjours inappropriés et la liste B seront élaborées dans l'avis supplémentaire sur la base des données qui doivent encore être fournies par le SPF Santé publique.

Annexe 2

Nouvelle liste A