

ÉVOLUTION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR : IMPACT DU FINANCEMENT ET DE LA RÉGLEMENTATION

SYNTHÈSE



ÉVOLUTION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR : IMPACT DU FINANCEMENT ET DE LA RÉGLEMENTATION

SYNTHÈSE

STEFAAN VAN DE SANDE, NATHALIE SWARTENBROEKX, CARINE VAN DE VOORDE, CARL DEVOS, STEPHAN DEVRIESE



■ PRÉFACE

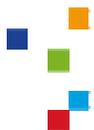
Les progrès en médecine ne sont pas nécessairement toujours spectaculaires. À coup de petites améliorations relatives aux techniques opératoires, au matériel endoscopique, aux méthodes d'anesthésie, mais aussi dans l'organisation, l'infrastructure, les soins infirmiers et les traitements postopératoires, une lente mais véritable révolution a eu lieu. Ce qui était encore impensable il y a quinze ou vingt ans – opérer un patient et lui permettre de rentrer chez lui le jour même – est aujourd'hui monnaie courante. La croissance de l'hospitalisation de jour n'est en effet rien moins que spectaculaire.

Mais sommes-nous aujourd'hui où nous devrions être ? Autrement dit, le potentiel de l'hospitalisation de jour est-il pleinement réalisé ? Ou y a-t-il encore des interventions qui, pour une raison ou une autre, par exemple parce que les incitants financiers sont mal dispensés, donnent encore trop souvent lieu à une hospitalisation classique ? En revanche, tout ce qui est actuellement financé en hôpital de jour l'est-il à juste titre ? Y a-t-il eu des transferts (légitimes ou non) de l'ambulatoire vers l'hôpital de jour ? Toutes ces questions n'obtiendront pas forcément une réponse univoque et définitive. Le case-mix est du reste tellement diversifié que des affirmations générales n'ont pas vraiment de sens.

D'autre part, il y a beaucoup à apprendre d'une analyse critique et systématique des réformes successives du système de financement, en particulier à la lumière des systèmes de financement utilisés à l'étranger pour l'hospitalisation de jour. Parfois, complexité et manque de cohérence semblent mener à la paralysie.

Dans cette étude, la complexité était en effet au rendez-vous, mais pour beaucoup d'acteurs de terrain ainsi que pour les autorités, cette complexité est leur pain quotidien. Nous espérons que cette étude pourra donner une idée quelque peu structurée du comment et pourquoi de la situation actuelle. Et surtout, quelques idées quant à la meilleure manière de procéder pour l'avenir.

Raf MERTENS
Directeur Général



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PRÉFACE	1
■	SYNTHÈSE	2
1.	CONTEXTE	4
2.	FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR EN BELGIQUE	5
2.1.	QUELS SONT LES DIFFÉRENTS ENVIRONNEMENTS DE SOINS ?	5
2.2.	PRINCIPES GÉNÉRAUX DU SYSTÈME DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX BELGES	5
2.3.	FINANCEMENT DES HOSPITALISATIONS DE JOUR EN BELGIQUE	6
	2.3.1. Historique	6
	2.3.2. Situation actuelle	7
3.	DONNÉES DISPONIBLES SUR LE VOLUME ET LES DÉPENSES EN PRESTATIONS DE SANTÉ	8
4.	ÉVOLUTION DU VOLUME ET DES DÉPENSES LIÉS AUX HOSPITALISATIONS DE JOUR ET AUX HOSPITALISATIONS CLASSIQUES	9
4.1.	ÉVOLUTION GLOBALE	9
4.2.	ÉVOLUTION DES HOSPITALISATIONS DE JOUR.....	9
	4.2.1. Évolution globale des remboursements par l'INAMI pour les forfaits pour les hospitalisations de jour.....	9
	4.2.2. Hospitalisations de jour chirurgicales.....	10
	4.2.3. Forfaits 1 à 7 pour les hospitalisations de jour non chirurgicales	10
5.	SUBSTITUTIONS ENTRE LES ENVIRONNEMENTS DE SOINS	11
5.1.	SÉLECTION DES PRESTATIONS DE SOINS	11
5.2.	APERÇU DES SUBSTITUTIONS	11
5.3.	SUBSTITUTIONS DES HOSPITALISATIONS CLASSIQUES VERS LES HOSPITALISATIONS DE JOUR	15
5.4.	SUBSTITUTIONS DES SOINS AMBULATOIRES VERS LES HOSPITALISATIONS DE JOUR	16
5.5.	SUBSTITUTIONS DES HOSPITALISATIONS DE JOUR VERS LES SOINS AMBULATOIRES	16
6.	ACTIVITÉS DE L'HÔPITAL DE JOUR ET FINANCEMENT DANS LES AUTRES PAYS	17



- 6.1. COMPARAISON INTERNATIONALE DES TAUX DE CHIRURGIE DE JOUR..... 17
- 6.2. FINANCEMENT DES HOSPITALISATIONS DE JOUR..... 19
- 7. CONCLUSION ET DISCUSSION 19**
- 7.1. ÉVOLUTION DES HOSPITALISATIONS DE JOUR : UN MÉLANGE DE SUBSTITUTIONS
ET DE CROISSANCE 20
- 7.2. IMPACT DU SYSTÈME DE FINANCEMENT ET DE LA RÉGLEMENTATION..... 21
- 7.3. LIMITATIONS DE L'ÉTUDE 21
- 7.4. ÉVALUATION DU FINANCEMENT ACTUEL DES HOSPITALISATIONS DE JOUR 22
 - 7.4.1. Manque de transparence 22
 - 7.4.2. Manque de preuves scientifiques étayant le choix de l'environnement de prestations 22
- 7.5. ORIENTATIONS POSSIBLES POUR L'AVENIR..... 23
 - 7.5.1. Un plan global pour les activités hospitalières 23
 - 7.5.2. Tendances internationales en matière de financement des hospitalisations de jour 23
- **RECOMMANDATIONS 24**
- **AGENDA DE RECHERCHE 25**



1. CONTEXTE

La décision de diagnostiquer et de traiter un patient dans un contexte ambulatoire ou hospitalier est influencée par de nombreux facteurs qui peuvent être regroupés en 3 catégories (voir Figure 1) :

- des facteurs trouvant leur origine dans la pratique médicale ;
- des facteurs liés aux réglementations et au financement (par exemple, les limites légales de la pratique médicale) ;
- des facteurs liés à des caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques. Par exemple, dans certains cas, la situation sociale du patient, ou simplement la prise en compte des préférences du patient au moment de décider de l'hospitaliser ou de ne pas l'hospitaliser.

Ces facteurs ne sont pas constants dans le temps. Les progrès réalisés dans les technologies et les procédures médicales ont élargi les opportunités de réaliser certaines prestations dans un plus grand nombre d'environnements que par le passé. De manière similaire, la législation et plus particulièrement les mécanismes de financement ont fortement changé au fil du temps, favorisant les hospitalisations de jour par rapport aux hospitalisations classiques.

Le principal argument de la stimulation financière des hospitalisations de jour est que les prestations hospitalières de jour coûtent moins cher à la société. Bien sûr, cet argument n'a de valeur que si les prestations en hospitalisation de jour s'avèrent être un substitut aux hospitalisations classiques et perd toute sa valeur si l'effet du programme de financement induit un transfert des services ambulatoires vers l'hôpital de jour. De plus, l'encouragement à la substitution des soins ambulatoires par des hospitalisations de jour soulève des questions quant au caractère approprié des services fournis.

Au cours de ces dernières décennies, on a pu observer des substitutions dans l'environnement des soins. Par exemple, une étude réalisée dans les hôpitaux de Flandre entre 1999 et 2007 montre une augmentation globale de 34,0% à 47,5% de la proportion des hospitalisations de jour par rapport au nombre total des hospitalisations classiques. Sur la même période, les hospitalisations classiques n'ont que peu augmenté (augmentation de 5,1% pour les séjours chirurgicaux et de 6,0% pour les séjours non

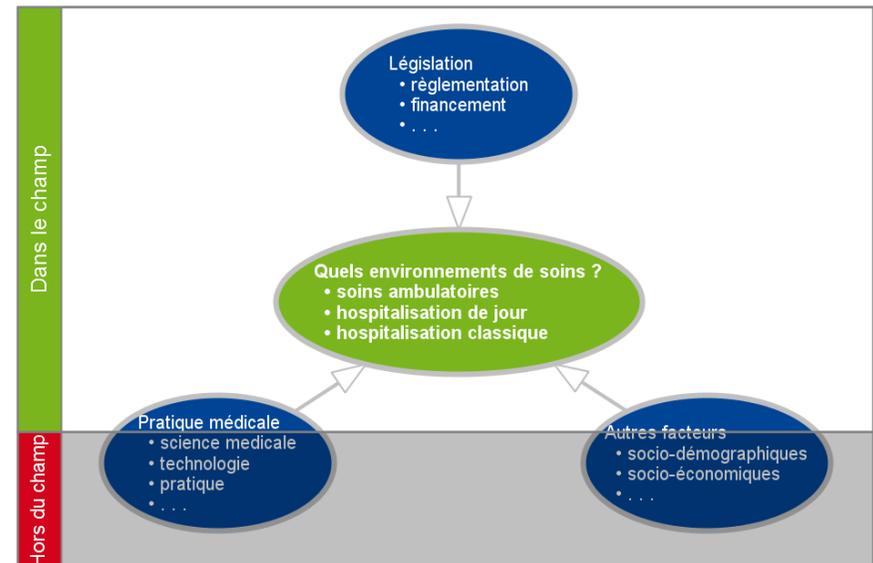
chirurgicaux) par rapport aux hospitalisations de jour (augmentation de 62,5% pour les séjours chirurgicaux et 103,3% pour les séjours non chirurgicaux).

Les résultats de la Belgique rejoignent la tendance internationale observée, à savoir une augmentation de la part des hospitalisations de jour par rapport aux hospitalisations classiques.

L'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et les mutualités chrétiennes et socialistes ont demandé au KCE d'évaluer l'impact du système de financement actuel et de la réglementation actuelle sur les hospitalisations de jour.

Cette étude est la première à procéder à une analyse complète de l'éventuelle substitution des coûts ou des effets inducteurs de coût de la réglementation et des règles de financement sur les différents environnements de soins en Belgique.

Figure 1 – Champ de la recherche : facteurs influençant le choix d'un environnement de soins spécifique





2. FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE JOUR EN BELGIQUE

2.1. Quels sont les différents environnements de soins ?

Les concepts utilisés pour décrire les environnements, dans lesquels sont dispensés les soins, se chevauchent souvent, aussi bien dans la littérature scientifique que dans la législation. Différentes taxonomies existent qui reposent sur la localisation géographique, le type de prestations dispensées, le type de fournisseurs de prestations ou encore le type de financement.

Dans ce rapport nous avons opté pour les concepts et les définitions suivants :

- **Soins ambulatoires**: les prestations dispensées dans un cabinet privé ou une polyclinique ou tout autre infrastructure non institutionnelle ou centre indépendant, y compris au domicile du patient.
- **Hospitalisations de jour**: en Belgique, les hospitalisations de jour sont légalement définies comme étant les soins dispensés dans une institution dans le cadre de procédures établies de sélection des patients, de sécurité, de contrôle de la qualité, de continuité, de suivi et de coopération entre différents services medicotechniques. Les conditions de remboursement reprennent les conditions d'admission en hôpital de jour :
 - les prestations dispensées ne donnent pas lieu à une nuitée à l'hôpital ;
 - elles ne se situent pas dans le cadre d'une consultation (pour les patients ambulatoires) de l'institution ;
 - elles ne sont pas immédiatement suivies d'une hospitalisation programmée dans la même institution ;
 - et "(...) une procédure (...) est établie pour le monitoring du patient après sa sortie de l'hôpital".
- **Hospitalisations classiques**: toutes les prestations dispensées à un patient qui occupe un lit pendant au moins une nuit à l'hôpital en vue d'un traitement, d'examens ou d'une observation.

2.2. Principes généraux du système de financement des hôpitaux belges

En Belgique, le gros du financement des hôpitaux provient de deux sources^a :

- **Le budget des moyens financiers (BMF)**: paiement global à l'hôpital (voir Cadre 1).
- **Les remboursements des frais facturés par patient pour les services fournis** par les prestataires de soins de l'hôpital, à la fois pour les patients en hospitalisation classique et les patients en hospitalisation de jour. Ces frais sont redistribués entre les prestataires de soins à l'exception :
 - des participations des prestataires de soins au coût opérationnel (espace occupé, équipement, personnel, services généraux) de leurs activités médicales ;
 - des coûts qui ne sont pas couverts par le BMF.L'INAMI est responsable de cette part du financement des hôpitaux.

^a Une petite partie du financement des hôpitaux provient de sources régionales et communautaires, du remboursement par les assurances privées et des paiements faits directement par les patients.



Cadre 1 – Le budget des moyens financiers

Le budget des moyens financiers (BMF) se compose d'une

- part fixe payée directement aux hôpitaux sur une base mensuelle, sans facturation par patient ;
- part variable payée au prorata de 2 forfaits par patient (par admission et par jour).

Ces paiements couvrent les investissements médicaux et non médicaux, les installations et l'équipement, l'administration, le personnel paramédical et autre personnel non médical, une partie des frais d'admission et de séjour, etc. Dans ce financement à enveloppe fermée, l'accent est mis sur l'activité en termes de pathologies traitées et d'activité de lits justifiés plutôt que sur le nombre de lits agréés.

Le service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement est responsable du calcul des paiements individuels aux hôpitaux. Les deux parties – fixe et variable – sont, pour une grande part, payées par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

2.3. Financement des hospitalisations de jour en Belgique

2.3.1. Historique

Une première étape vers le financement des hospitalisations de jour a été franchie en 1985 avec le forfait « salle de plâtre » qui prévoyait le paiement d'un forfait pour le remboursement des frais liés à la salle de plâtre et à son personnel.

Le financement actuel des hospitalisations de jour est cependant le résultat de plusieurs réformes intervenues depuis 1985 (voir Figure 2).

En 1987, quatre forfaits ont été introduits : mini, maxi, super, et hémodialyse. Le montant des trois premiers était spécifiquement lié à l'hôpital et déterminé sur la base de la sous-partie B2 du BMF "les couts

des services cliniques". Chacun de ces forfaits était lié à une liste "nominative" des prestations de soins. Lorsque les hôpitaux dispensaient des services repris sur cette liste, ils avaient droit au forfait correspondant.

En 2002, deux instruments ont été créés dans le BMF pour financer les prestations des hôpitaux de jour chirurgicaux :

- Liste A: une liste des prestations chirurgicales pour lesquelles l'hôpital recevait des moyens financiers supplémentaires dans le cadre du BMF lorsqu'elles étaient effectuées en hospitalisation de jour.
- Liste B: une liste des prestations chirurgicales pour lesquelles l'hôpital recevait exactement les mêmes moyens financiers dans le cadre du BMF, que les prestations soient dispensées en hospitalisation de jour ou en hospitalisation classique. En d'autres termes, l'hôpital pouvait être pénalisé financièrement lorsqu'il réalisait des prestations reprises sur la liste B chez un patient hospitalisé.

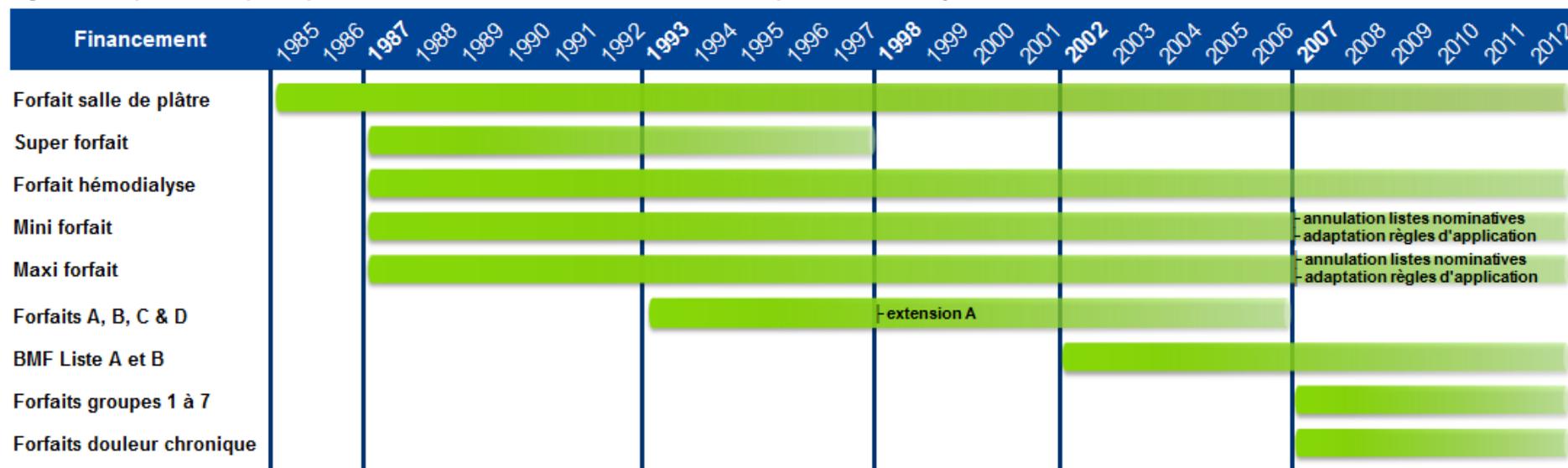
La sélection initiale des prestations chirurgicales reprises sur la liste A en 2002 reposait sur trois critères :

- Les prestations figurant sur les listes nominatives d'anciens forfaits ;
- Les prestations figurant sur une liste existante des prestations chirurgicales nécessitant l'utilisation prophylactique d'antibiotiques ;
- Pour chaque prestation, au moins 60% de l'ensemble des hospitalisations de jour et services ambulatoires devaient avoir été effectués dans un environnement hospitalier.

Depuis 2002, la liste A n'a que peu changé et les principaux changements concernent les codes de remboursement plutôt que de nouvelles prestations.



Figure 2 – Aperçu des principales réformes dans le financement des hospitalisations de jour



L'année 2007 a connu un grand changement au niveau des catégories des forfaits. Le montant des forfaits pour les sept groupes non chirurgicaux et le traitement de la douleur chronique a été basé sur l'étude des coûts réels dans 95 hôpitaux. La composition de la liste nominative des sept groupes de forfaits non chirurgicaux a été basée sur les listes nominatives existantes des mini et maxi forfaits et les forfaits A à D supprimés. Trente-trois nouveaux codes ont été ajoutés.

Entre ces changements majeurs, les listes nominatives ont également été modifiées de manière substantielle. La majorité de ces changements concernaient des glissements des prestations remboursées d'une liste nominative à une autre.

2.3.2. Situation actuelle

Aujourd'hui, en Belgique, les hospitalisations de jour sont principalement financées par une combinaison des sources décrites plus haut :

- Le BMF pour les hospitalisations de jour chirurgicales ;
- Des forfaits indépendants de l'hôpital pour : le forfait « salle de plâtre », les forfaits 1 à 7 pour les hospitalisations de jour non chirurgicales et les forfaits 1 à 3 pour le traitement de la douleur chronique. Tous ont un coût fixe ;
- Les forfaits liés à l'hôpital : les mini et maxi forfaits dont le prix est fixé en fonction de la sous-partie B2 du BMF précédemment accordée.

Il est important de noter que lorsqu'une hospitalisation de jour englobe le recours à différents services repris sur différentes listes nominatives, l'hôpital est libre de facturer le forfait le plus élevé.



3. DONNÉES DISPONIBLES SUR LE VOLUME ET LES DÉPENSES EN PRESTATIONS DE SANTÉ

Pour étudier l'évolution du volume des dépenses ainsi que les substitutions entre les différents environnements de soins, nous avons à notre disposition plusieurs sources de données (voir Tableau 1). Chacune de ces sources individuelles ne contenait toutefois qu'une partie des informations dont nous avons besoin pour notre analyse. Pour surmonter cette limitation, nous avons donc largement recouru aux comparaisons entre ces sources.

Tableau 1 – Aperçu des principales sources de données

Nom	gestionnaire	Contenu
Doc N 1995 → 2010	INAMI	Dépenses et nombre de prestations remboursées par l'assurance obligatoire par an. Chaque prestation peut être représentée par deux codes de nomenclature : <ul style="list-style-type: none"> • Codes A : soins ambulatoires ou hospitalisations de jour • Codes H: hospitalisations classiques
Doc FH 2000 → 2010	INAMI	Dépenses et nombre de forfaits pour des hospitalisations de jour par an et par hôpital. Si le forfait est lié à une liste nominative, l'hôpital doit fournir un code de nomenclature pour justifier le forfait. Lorsque plusieurs prestations ont été effectuées, l'hôpital choisit le code de nomenclature le plus approprié.
HJA 2004 → 2009	INAMI	Dépenses et nombre d'hospitalisations de jour, par code nomenclature, remboursées par l'assurance soins de santé obligatoire et détaillés par séjour.

Pour le calcul du budget total des hospitalisations classiques et de jour, nous avons extrapolé les forfaits à la journée pour refléter les parties à la fois fixe et variable des paiements du BMF (voir description du BMF plus haut). Cette étape s'est avérée nécessaire du fait que les sources de données consultées n'avaient enregistré que la part remboursée par patient.

Comme nous disposons d'un large cadre temporel, pour rechercher les substitutions entre les hospitalisations classiques, les hospitalisations de jour et les soins ambulatoires, nous avons choisi de comparer les données des codes A des Doc N et celles des Doc FH. Toutefois, étant donné que les Doc FH ne contiennent qu'un seul code de nomenclature par forfait pour les hospitalisations de jour, nous risquons de sous-estimer le nombre de prestations associées à un forfait particulier d'hospitalisation de jour. Les HJA (hospitalisations de jour anonyme) contiennent tous les codes de nomenclature liés aux forfaits des hospitalisations de jour. Pour chaque forfait de hospitalisations de jour, nous avons comparé les Doc FH et HJA par rapport au nombre de prestations des Doc N. Lorsque les codes étaient comparables, nous avons choisi les Doc FH et lorsque ce n'était pas le cas, les HJA. Par exemple, pour la chirurgie du cristallin (codes de nomenclature 246610 – 246621), les Doc FH présentent une différence de 17,19% par rapport aux codes A des Doc N, tandis que les HJA ne présentent une différence que de 2,93%. Dans ce cas, les Doc FH sous-estiment le nombre de prestations.



4. ÉVOLUTION DU VOLUME ET DES DÉPENSES LIÉS AUX HOSPITALISATIONS DE JOUR ET AUX HOSPITALISATIONS CLASSIQUES

4.1. Évolution globale

Entre 2004 et 2010, les **dépenses** totales (extrapolées) pour les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques combinées ont augmenté en moyenne de 4,1% par an et sont passées de 4,13 milliards d'euros à 5,25 milliards d'euros. Le montant total dépensé pour les hospitalisations de jour a augmenté en moyenne de 4,5% par an et est passé de 307 millions d'euros à 398 millions d'euros.

L'augmentation des dépenses pour les hospitalisations de jour n'a pas été compensée par une diminution des dépenses pour les hospitalisations classiques. En fait, les dépenses totales pour les patients hospitalisés ont suivi le taux de croissance global et ont augmenté, en moyenne, de 4,1% par an. Elles sont passées de 3,82 milliards d'euros en 2004 à 4,85 milliards d'euros en 2010.

La croissance des dépenses s'explique par un effet de prix : sur la même période, la moyenne nationale pondérée par jour a augmenté de 34,3% et est passée de 288,94 euros à 388,14 euros.

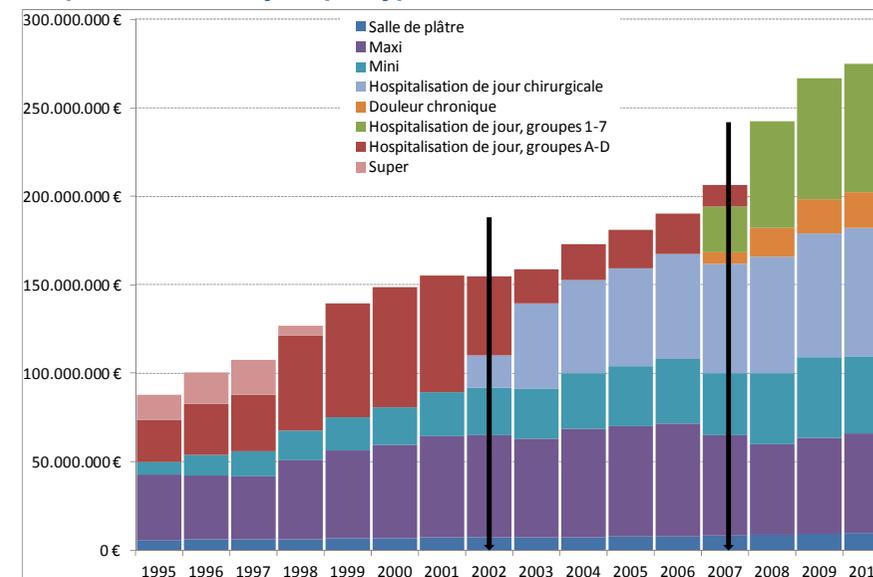
En termes de **volume**, on observe une faible baisse de 0,7% du total combiné du nombre de jours d'hospitalisation de jour et classique qui passe de 15,2 millions en 2003 à 15,1 millions en 2010. Le nombre de jours d'hospitalisation de jour, y compris la salle de plâtre et les services « mini », a augmenté de 52,94% et est passé de 1,7 million de jours en 2003 à 2,6 millions en 2010. Parallèlement, le nombre de jours d'hospitalisation classique a diminué de 7,41% et est passé de 13,5 million de jours en 2003 à 12,5 millions en 2010. Cette évolution est intégralement due à une diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés qui est passée de 7,8 jours en 2003 à 7,5 jours en 2009.

4.2. Évolution des hospitalisations de jour

4.2.1. Évolution globale des remboursements par l'INAMI pour les forfaits pour les hospitalisations de jour

Entre 1995 et 2010, on observe une croissance globale continue des dépenses de l'INAMI avec un pic en 2007 après l'introduction des nouveaux forfaits (voir Figure 3). La majorité des groupes de forfaits pour les hospitalisations de jour ont enregistré une hausse. La seule exception, est le maxi forfait. La réforme de 2007, avec le retrait de la liste nominative pour le maxi forfait, a arrêté la progression de la croissance entre 2007 et 2010. On ne dispose pas de données plus récentes qui permettraient de vérifier la stabilité de cet effet. Les prestations de chimiothérapie plus particulièrement, qui sont couvertes par le maxi forfait et qui n'ont cessé d'augmenter au fil des ans, pourraient entraîner une nouvelle croissance liée aux changements dans la pratique de l'oncologie.

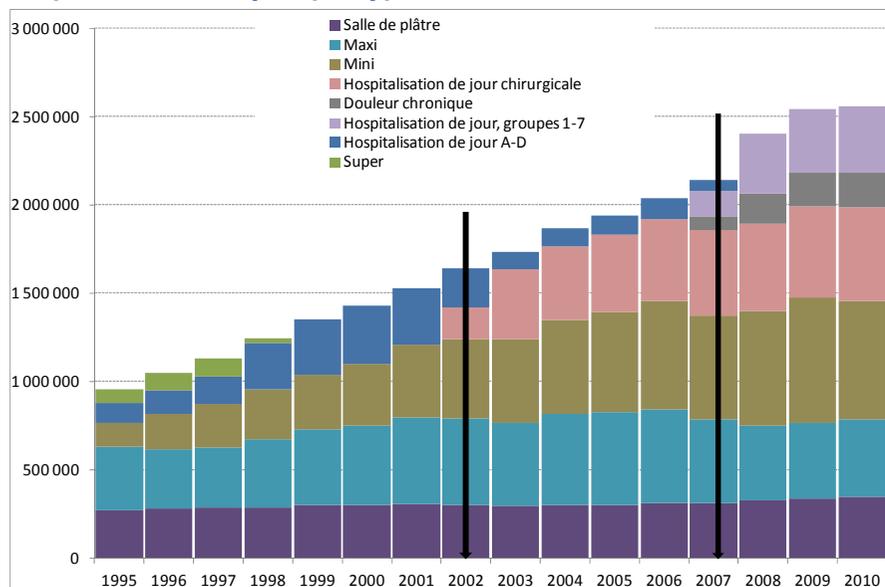
Figure 3 – Évolution des remboursements de l'INAMI pour les hospitalisations de jour par type de forfait entre 1995 et 2010





La Figure 4 montre que le nombre d'hospitalisations de jour donnant droit à un remboursement forfaitaire a également augmenté. Dès lors, la croissance des dépenses ne peut que partiellement être expliquée par un effet de prix. Le maxi forfait constitue une exception à la règle de la progression. Dans les sections suivantes, nous allons nous arrêter plus en détail sur les hospitalisations de jour chirurgicales et sur les forfaits 1 à 7 pour les hospitalisations de jour non chirurgicales.

Figure 4 – Évolution du nombre national des séjours pour les hospitalisations de jour par type de forfait entre 1995 et 2010



4.2.2. Hospitalisations de jour chirurgicales

On note une augmentation moyenne de 5,8% par an des hospitalisations de jour chirurgicales avec une progression de 397 000 en 2003 à 527 000 en 2010. Cette évolution ne peut pas s'expliquer par l'allongement important, au fil des ans, de la liste A nominative (très peu de prestations ont été ajoutées à cette liste).

Étant donné que la réforme de 2002 a intensifié la politique d'encouragement des hospitalisations de jour chirurgicales, il fallait s'attendre à une croissance rapide des prestations dans cet environnement précédemment financé sur la base d'un système de bonus-malus (DJP-DJN) qui récompensait financièrement les hôpitaux dont la durée des séjours était plus courte que la moyenne et pénalisait ceux dont la durée de séjour était plus longue que la moyenne.

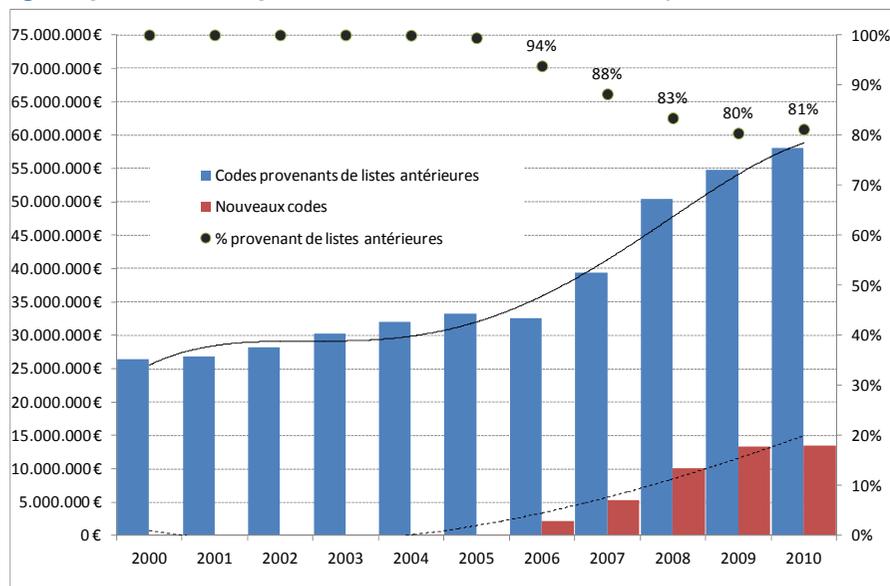
4.2.3. Forfaits 1 à 7 pour les hospitalisations de jour non chirurgicales

Entre 2000 et 2010, les dépenses ont augmenté, avec un pic en 2007 lié à l'introduction des forfaits 1 à 7 pour les prestations non chirurgicales, y compris les nouveaux codes et les codes récupérés d'anciennes listes nominatives (voir Figure 5). Entre 2000 et 2006, les dépenses ont augmenté de 30,8% ; entre 2007 et 2010, elles ont quasiment doublé.

Une partie de cette hausse brutale s'explique par le fait que les prix des nouveaux forfaits de 2007 sont plus élevés que ceux des forfaits d'avant 2007. Toutefois, le nombre de séjours pour des hospitalisations de jour donnant lieu à des forfaits non chirurgicaux montre une forte croissance à partir de 2007 : une augmentation de 30,8% entre 2000 et 2006 mais de 49,1% entre 2006 et 2010.



Figure 5 – Remboursements de l'INAMI pour les forfaits 1 à 7 pour les hospitalisations de jour non chirurgicales entre 2000 et 2010 (les lignes pleines et en pointillé montrent les tendances)



Des substitutions entre les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour, des substitutions entre les soins ambulatoires et les hospitalisations de jour ou encore une augmentation globale du marché potentiellement induite par l'introduction des nouveaux forfaits sont autant d'explications possibles à cette augmentation des chiffres en 2007. Ces différentes hypothèses sont explorées dans la prochaine section.

5. SUBSTITUTIONS ENTRE LES ENVIRONNEMENTS DE SOINS

5.1. Sélection des prestations de soins

Pour une étude détaillée des substitutions entre les différents environnements de soins, nous avons choisi de nous concentrer sur 16 (groupes de) prestations générant d'importantes dépenses (total annuel moyen du code A d'au moins un million d'euros), et montrant une augmentation annuelle du ratio hospitalisations de jour /hospitalisations classiques.

5.2. Aperçu des substitutions

Le Tableau 2 résume, par groupe de prestations sélectionné, les changements au niveau du nombre des hospitalisations classiques et des hospitalisations de jour. On y trouve aussi une évaluation générale de trois types de substitutions. Après le tableau, nous avons présenté quelques exemples pour chaque type de substitution. Pour un décompte détaillé par groupe de prestations, nous renvoyons le lecteur au rapport scientifique (voir section 6) qui accompagne cette synthèse.



Tableau 2 – Aperçu des substitutions pour seize groupes de prestations sélectionnés

Groupe clinique	Changements entre 2010 et 2000 ^a			% des hospitalisations de jour sur l'ensemble des séjours		Évaluation des substitutions		
	Hospitalisations classiques	Hospitalisations de jour	Total	2000 ^a	2010	Hospitalisations classiques → Hospitalisations de jour	Ambulatoires → Hospitalisations de jour	Hospitalisations de jour → ambulatoires
Chirurgie du cristallin	-10 856	+62 543	+51 687	71,7%	→ 94,0%	Croissance des hospitalisations de jour plus importante que la substitution	Pas de substitution	Tendance à une substitution à partir de 2009
Fibro-endoscopie du tractus digestif inférieur	+2 170	+87 047	+89 217	68,3%	→ 81,9%	Avant 2005: croissance des hospitalisations de jour sans substitution À partir de 2005: croissance des hospitalisations de jour avec substitution	Pas de substitution	Pas de substitution
Chirurgie dentaire	-12 054	+93 777	+81 723	86,6%	→ 98,0%	Croissance des hospitalisations de jour plus importante que la substitution	Substitution en 2004-2005 (suppression de 3 paires de codes pour les extractions dentaires chirurgicales par les dentistes)	Tendance à une substitution à partir de 2009
Circoncision chirurgicale	-1 691	+9 638	+7 947	81,7%	→ 94,7%	Croissance des hospitalisations de jour plus importante que la substitution	Pas de substitution	Pas de substitution
Libération du canal carpien	-1 804	+13 894	+12 090	81,3%	→ 93,3%	Croissance des hospitalisations de jour plus importante que la substitution	Pas de substitution	Pas de substitution
Ménisectomie de l'articulation du genou	-9 315	+15 053	+5 738	63,0%	→ 90,9%	Substitution: croissance des hospitalisations de jour ≈ diminution de l'hospitalisation	Pas de substitution	Pas de substitution



Groupe clinique	Changements entre 2010 et 2000 ^a			% des hospitalisations de jour sur l'ensemble des séjours		Évaluation des substitutions		
	Hospitalisations classiques	Hospitalisations de jour	Total	2000 ^a	2010	Hospitalisations classiques → Hospitalisations de jour classique	Ambulatoires → Hospitalisations de jour	Hospitalisations de jour → ambulatoires
Réparation d'une hernie Inguinale	-4 568	+7 213	+2 645	13,0%	→ 32,4%	Substitution: croissance des hospitalisations de jour ≈ diminution de l'hospitalisation classique	Pas de substitution	Pas de substitution
Aspiration folliculaire par ponction sous contrôle échographique ou par laparoscopie	-749	+9 083	+8 334	89,3%	→ 99,7%	Croissance globale. A partir de 2002, remplacement quasi total par les hospitalisations de jour	Substitution en 2002 (centres FIV → intramuros)	Pas de substitution
Résection complète de l'endomètre sous hystérocopie	-916	+2 928	+2 012	45,3%	→ 78,8%	Croissance des hospitalisations de jour plus importante que la substitution	Pas de substitution	Pas de substitution
lithotritie extracorporelle par ondes de choc	-1 236	+3 275	+2 039	65,3%	→ 79,8%	Croissance des hospitalisations de jour plus importante que la substitution	Substitution à partir de 2007	Pas de substitution
Amygdalectomie par dissection et prestations ORL liées	-7 140	+15 961	+8 821	70,5%	→ 83,1%	Substitution: croissance des hospitalisations de jour ≈ diminution de l'hospitalisation classique	Pas de substitution sauf pour la tympanostomie	Pas de substitution
Implantation d'un système porte veineux sous-cutané pour l'administration d'un médicament	+1 855	+6 995	+8 850	40,4%	→ 57,7%	Croissance globale. A partir de 2007 la croissance des hospitalisations de jour a été plus importante que la substitution	Substitution en 2002	Pas de substitution



Groupe clinique	Changements entre 2010 et 2000 ^a			% des hospitalisations de jour sur l'ensemble des séjours		Évaluation des substitutions		
	Hospitalisations classiques	Hospitalisations de jour	Total	2000 ^a	2010	Hospitalisations classiques → Hospitalisations de jour	Ambulatoires → Hospitalisations de jour	Hospitalisations de jour → ambulatoires
Infiltration épidurale thérapeutique	+5 557	+104 144	+109 701	94.5%	→ 94.9%	Données insuffisantes (uniquement 3,5 ans de données disponibles)	Substitution (infiltration paravertébrale vers une thérapie périoradriculaire)	Pas de substitution
Chirurgie des veines variqueuses	-9 594	+13 747	+4 153	50.2%	→ 88.2%	Substitution: croissance des hospitalisations de jour ≈ diminution de l'hospitalisation classique. A partir de 2009: croissance des hospitalisations de jour plus importante que la substitution	Tendance à une substitution pour la chirurgie modérée	Pas de substitution
Ablation de matériel d'ostéosynthèse intracorporel	-4 254	+5 967	+1 713	67.9%	→ 79.3%	Substitution: croissance des hospitalisations de jour ≈ diminution de l'hospitalisation classique	Pas de substitution	Pas de substitution
Angiographie cardiaque	+40 858	+415	+41 273	5.0%	→ 7.0%	Pas de substitution	Pas de substitution	Pas de substitution

^a Pour l'infiltration épidurale thérapeutique, la première année est 2007 et non pas 2000



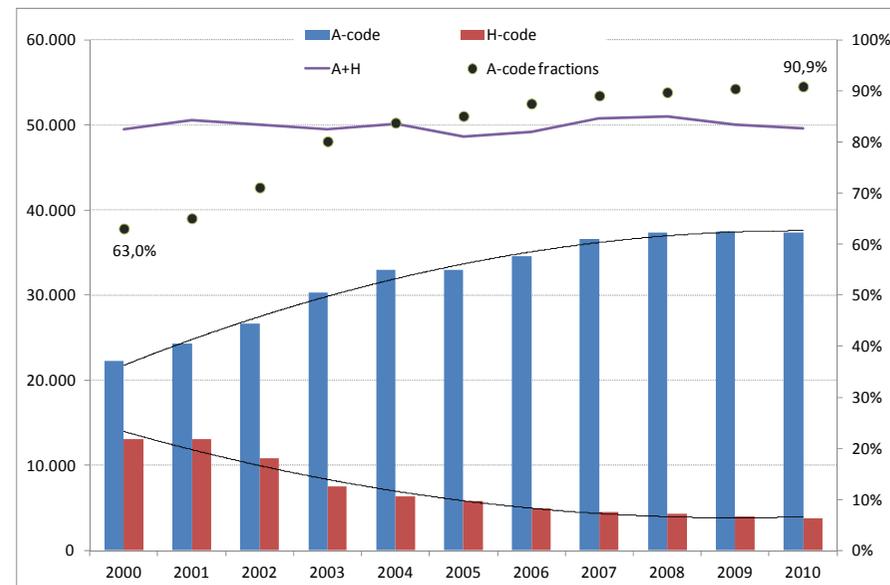
5.3. Substitutions des hospitalisations classiques vers les hospitalisations de jour

Nous avons trouvé que les prestations étudiées se classent dans un des deux schémas suivants :

- Une substitution dans laquelle l'augmentation des hospitalisations de jour correspond environ à la diminution des hospitalisations classiques ;
- Une augmentation des hospitalisations de jour plus importante que la substitution des hospitalisations classiques vers les hospitalisations de jour.

Un exemple de premier type de substitution est la méniscectomie arthroscopique (prestation prédominante dans le groupe de la méniscectomie du genou). Le nombre de prestations reste stable avec environ 50 000 par an entre 2000 et 2010 (voir Figure 6). On constate une augmentation constante des prestations réalisées en hospitalisation de jour (augmentation de 67,6%) compensée par une diminution équivalente des hospitalisations classiques (-73,3%).

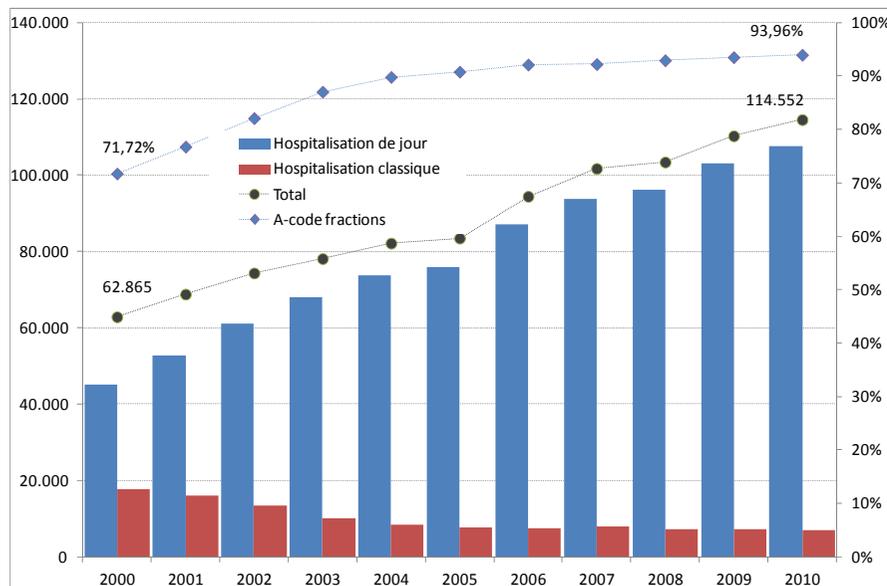
Figure 6 – Nombre d'hospitalisations de jour (codes A) et d'hospitalisations classiques (codes H) pour méniscectomie arthroscopique entre 2000 et 2010



La simple chirurgie de la cataracte (combinant 4 codes pour la chirurgie du cristallin), est un exemple du deuxième schéma. Entre 2000 et 2010, les simples prestations de chirurgie de la cataracte dans les hospitalisations de jour ont augmenté de 138,7%, tandis que les hospitalisations classiques n'ont diminué que de 61,1% (voir Figure 7).



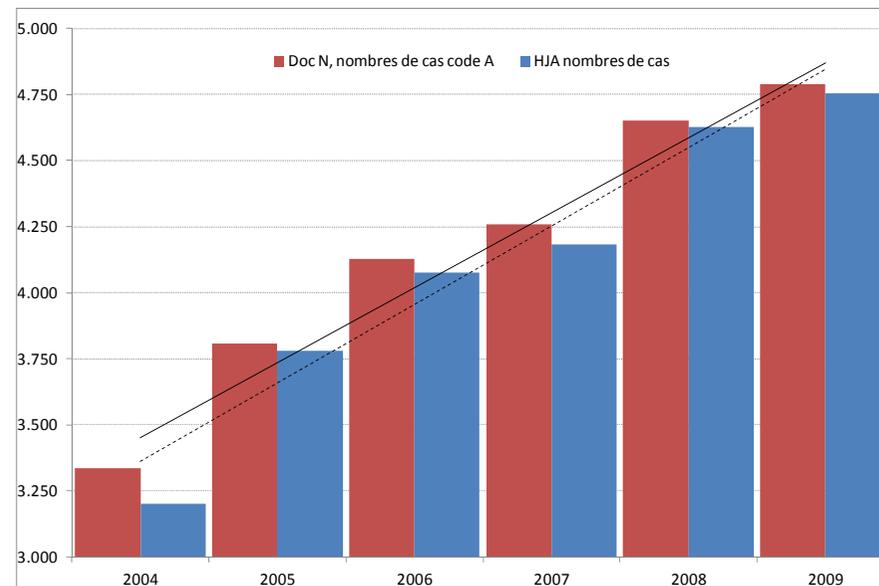
Figure 7 – Nombre d'hospitalisations de jour (codes A) et d'hospitalisations classiques (codes H) pour chirurgie simple de la cataracte entre 2000 et 2010



5.4. Substitutions des soins ambulatoires vers les hospitalisations de jour

La résection de l'endomètre sous hystérocopie (THER) est un exemple de substitution des soins ambulatoires vers les hospitalisations de jour. Comme déjà expliqué précédemment, évaluer une substitution des soins ambulatoires vers les hospitalisations de jour demande de comparer les nombres INAMI des Doc N pour les codes A, soit avec les HJA, soit avec les chiffres des Doc FH (tous deux concernant uniquement les hospitalisations de jour). Les résultats dans la Figure 8 montrent que la différence entre ces deux chiffres de la résection de l'endomètre sous hystérocopie diminue au fil du temps. En d'autres termes, le nombre de THER ambulatoires a diminué, indiquant une substitution des soins ambulatoires vers les hospitalisations de jour.

Figure 8 – Nombre de codes A (soins ambulatoires + hospitalisations de jour) et HJA (hospitalisations de jour) pour la THER entre 2000 et 2010

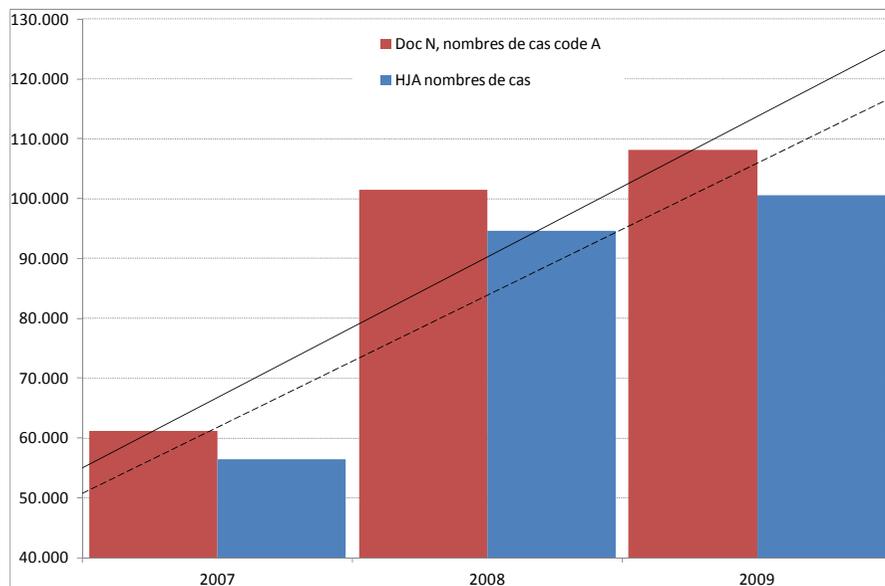


5.5. Substitutions des hospitalisations de jour vers les soins ambulatoires

Une simple chirurgie laser ou par ultrason de la cataracte est un exemple de tendance de substitution des hospitalisations de jour vers les soins ambulatoires. Les chiffres annuels des séjours repris dans les Doc N (hospitalisations de jour + soins ambulatoires) pour cette prestation en particulier comparés à ceux de la HJA (hospitalisations de jour) suggèrent que la différence entre ces deux chiffres augmente (Figure 9).



Figure 9 – Nombre de codes A (soins ambulatoires + hospitalisations de jour) et de HJA (hospitalisations de jour) pour la chirurgie par laser ou ultrason de la cataracte entre 2007 et 2009



6. ACTIVITÉS DE L'HÔPITAL DE JOUR ET FINANCEMENT DANS LES AUTRES PAYS

6.1. Comparaison internationale des taux de chirurgie de jour

Tous les deux ans, l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) mène une enquête internationale sur la prévalence de la chirurgie de jour. Dans ce cadre, elle rassemble les données relatives aux hospitalisations de jour et aux hospitalisations classiques pour un panier de 37 prestations et calcule ensuite la proportion des hospitalisations de jour (taux de chirurgie de jour).

Les résultats de cette comparaison internationale doivent être interprétés avec prudence parce que les bases de données et les définitions utilisées pour le calcul varient en fonction des pays. De plus, bien que les procédures soient spécifiées par leur nom commun et leur code de classification internationale, certains codes couvrent des procédures hétérogènes ayant des taux de chirurgie de jour divergents. Nous avons dès lors limité la comparaison aux procédures relativement homogènes (Tableau 3).

En moyenne, la Belgique a des taux de chirurgie de jour comparables à ceux des autres pays. Toutefois, en Belgique, le taux de chirurgie de jour de la cholécystectomie par laparoscopie se situe loin derrière le taux enregistré en Angleterre, au Danemark et aux U.S.A. Il convient de remarquer que cette procédure ne figure pas sur la liste A et ne donne donc pas droit à un quelconque forfait d'hospitalisation de jour. Pour cette raison, on ne dispose pas de stimulant clair pour la chirurgie de jour pour cette procédure.



Tableau 3 – Comparaison internationale des taux de chirurgie de jour, 2009

Procédure	Belgique	France	Angleterre	Pays-Bas	Danemark	U.S.A. (2007)
Myringotomie (drainage transtympanique prothétique)	96%	96%	87%	98%(2007)	75%	98%
Amygdalectomie	74%	63%	30%	32%	38%	90%
Chirurgie de la cataracte	93%	78%	97%	99%	99%	99%
Correction du strabisme	93%	33%	92%	97%	84%	84%
Stérilisation endoscopique de la femme	75%	57%	85%	94%	91%	92%
Dilatation + curetage	85%	63%	85%	70%	94%	86%
Ménissectomie arthroscopique	90%	74%	81%	93%	96%	98%
Libération du canal carpien	95%	84%	95%	94%	93%	98%
Cholécystectomie par laparoscopie	3%	1%	20%	6%	58%	53%
Réparation d'une hernie inguinale	35%	20%	59%	67%	81%	86%
Excision d'un kyste pilonidal	45%	19%	58%	91%	92%	91%
Circoncision	95%	90%	83%	95%	94%	91%
Panel IAAS*	78%	45%	77%	68%	86%	85%

* Liste de 37 procédures



6.2. Financement des hospitalisations de jour

L'Angleterre et le Danemark appliquent un tarif unique pour les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques, ce qui représente manifestement un stimulant intensif en faveur des hospitalisations de jour. Ce tarif est calculé comme la moyenne des hospitalisations de jour et des frais d'hospitalisation, pondérée sur la base de la proportion nationale de chaque type d'hospitalisation (système basé sur les cas).

La France applique un système similaire pour une sélection de Diagnosis Related Groups (DRG). La sélection des DRG repose sur deux critères : a) une certaine homogénéité au sein du DRG entre les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques et b) un avis positif d'experts médicaux d'associations scientifiques.

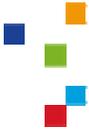
Depuis 2010, le National Health Service (NHS) anglais a lancé les "meilleurs tarifs pour les hospitalisations de jour" pour une sélection de prestations. Le tarif pour ces prestations est plus élevé pour les hospitalisations de jour que pour les hospitalisations classiques. La sélection des prestations repose sur les recommandations de la British Association of Day Surgery (BADs). La BADs publie chaque année un annuaire des prestations susceptibles d'être réalisées en hospitalisation de jour accompagnées des taux qu'elle pense réalisables dans la majorité des cas. Ces taux d'hospitalisation de jour sont obtenus après avoir consulté les hôpitaux reconnus comme leaders en matière de chirurgie de jour.

7. CONCLUSION ET DISCUSSION

Pour un nombre croissant de traitements chirurgicaux et non chirurgicaux, il n'est plus médicalement nécessaire de garder les patients hospitalisés pendant plusieurs jours. De plus, les prestations regroupées sur une seule journée sont moins chères pour la société. Pour cette raison, au vu de ces deux observations, on pourrait s'attendre à ce qu'au cours de la dernière décennie les autorités publiques aient réalisé d'importantes économies au niveau des remboursements aux hôpitaux. Pourtant, les analyses globales et les études de cas contredisent cette attente. L'augmentation des dépenses pour les hospitalisations de jour n'a pas été compensée par une diminution des dépenses au niveau des hospitalisations classiques. Bien que le nombre de jours d'hospitalisation classique ait diminué en raison d'une tendance générale continue vers une diminution de la durée des hospitalisations classiques, le nombre des hospitalisations classiques et les dépenses pour les hospitalisations classiques n'ont pas diminué.

D'un point de vue théorique, l'augmentation des dépenses pour les hospitalisations de jour pourrait être due aux substitutions entre les différents environnements de soins, à une augmentation générale de la pratique médicale ou encore à l'inflation des prix. En effet, ces trois facteurs peuvent agir séparément ou en combinaison et sont le fruit de l'innovation technologique et de l'évolution de la pratique médicale, mais aussi des décisions en matière de politique de la santé.

Nous avons également tenu à faire remarquer que malgré le fait que la législation belge utilise le terme de forfait, il s'agit plutôt d'une forme de paiement à la prestation. Chaque forfait demande en effet qu'une prestation ou un ensemble de prestations spécifiques soient réalisés. Mais dans ce rapport, pour nous conformer à la législation, nous avons utilisé le terme forfait.



7.1. Évolution des hospitalisations de jour : un mélange de substitutions et de croissance

Trois schémas d'activité sont observés en hospitalisation de jour.

Un premier schéma type est celui d'une augmentation de l'activité d'hospitalisation de jour aux dépens des hospitalisations classiques dans lequel, par conséquent, le nombre des séjours reste pratiquement stable de sorte qu'on puisse supposer qu'il y a une **substitution de l'activité d'hospitalisation classique vers l'activité d'hospitalisation de jour**. Dans certains cas, et notamment la ménisectomie arthroscopique, l'amygdalectomie et l'ablation de matériel d'ostéosynthèse intracorporel, la technologie est restée largement inchangée et les substitutions ont une base réglementaire. Dans d'autres cas, le moteur de la substitution peut être la mise à disposition d'une nouvelle technologie pour arriver à un même résultat : les greffes en filet dans la réparation des hernies inguinales et les nouvelles techniques moins agressives d'éradication des veines. Dans un des cas étudiés, la substitution n'était pas due à une prestation similaire mais au passage d'une technique destructrice de l'organe à une technique conservatrice de l'organe.

Dans la majorité des cas, la diminution des hospitalisations classiques s'accompagne d'une plus forte augmentation des hospitalisations de jour. **L'augmentation des hospitalisations de jour ne s'explique que partiellement par la diminution des hospitalisations classiques.** Pour certaines prestations, on a observé une substitution nette des soins ambulatoires vers les hospitalisations de jour. C'est notamment le cas pour la chirurgie des varices modérément sévères (isolées) et l'aspiration folliculaire par ponction sous contrôle échographique ou par laparoscopie (avant 2002). Pour d'autres prestations, aucune substitution nette d'environnement de soins n'a été trouvée, p. ex. pour la chirurgie du cristallin, la fibro-endoscopie du tractus digestif inférieur, la chirurgie du canal carpien, la lithotritie extra-corporelle par ondes de choc (ESWL), la circoncision et l'angiographie cardiaque. L'élargissement des indications (p. ex. en raison de changements démographiques) ou une substitution des prestations non interventionnelles vers des prestations interventionnelles, encouragés ou pas par des changements au niveau du système de financement constituent les explications les plus plausibles.

Enfin, outre l'augmentation des hospitalisations de jour, une augmentation des hospitalisations classiques peut également être observée, reflétant une **augmentation générale de la pratique médicale**. Un exemple de ce type est celui de l'implantation d'un système porte veineux sous-cutané pour l'administration d'un médicament (jusqu'en 2005).

Si tous les cas précédents impliquaient des substitutions des hospitalisations classiques vers des hospitalisations de jour, des substitutions peuvent également se faire dans un autre sens et quitter le cadre de l'hospitalisation. Ces substitutions des hospitalisations classiques et des hospitalisations de jour vers les soins ambulatoires sont plus difficiles à documenter et reflètent des interactions encore plus subtiles entre le marché médical, l'innovation technologique ainsi que l'évolution de la pratique clinique et les politiques hospitalières de santé publique qui peuvent générer d'éventuels conflits d'intérêt entre les gestionnaires hospitaliers et les médecins. Nous avons trouvé deux exemples très récents (depuis 2009) de ce type : la chirurgie du cristallin et la chirurgie dentaire. D'un point de vue purement budgétaire, les arguments en faveur de telles évolutions sont indéniablement nombreux. Du point de vue de la gestion de la santé publique et sociopolitique, au contraire, surgissent des préoccupations quant à la qualité des prestations et l'égalité de traitement pour les patients défavorisés.



7.2. Impact du système de financement et de la réglementation

Étant donné que le financement des services de santé publique n'est pas mis en œuvre dans un environnement contrôlé, il est difficile d'isoler ses effets de ceux des autres politiques mises en œuvre en même temps. En plus des stimulants financiers, la réglementation peut aussi faciliter (ou entraver) le développement de certaines activités chirurgicales et non chirurgicales en hospitalisation de jour. Bien sûr, la réglementation et les stimulants financiers sont souvent étroitement liés. Par exemple, la liste A et la liste B, pour les prestations de chirurgie de jour, combinent des réglementations et des stimulants financiers pour encourager les activités d'hospitalisation de jour. Le choix de l'hôpital entre les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour est guidé par des stimulants financiers accordés aux prestations figurant sur la liste A et des handicaps financiers imposés aux prestations figurant sur la liste B. Le contenu des deux listes étant déterminé avant tout par la réglementation.

La réforme de 2002 a induit certaines substitutions des hospitalisations classiques vers les hospitalisations de jour pour un certain nombre de prestations, comme l'aspiration folliculaire par ponction sous contrôle échographique ou par laparoscopie, la réparation des hernies inguinales et le système porte sous-cutané. Pour le premier exemple, la réforme a aussi induit une substitution des soins ambulatoires vers les hospitalisations de jour avec une migration intramuros des centres de fécondation in vitro.

L'effet de la réforme de 2007, qui a introduit 7 nouveaux groupes de forfaits (et a supprimé les autres) ressort des analyses globales ainsi que de certains cas étudiés. Globalement, cet effet consiste en un effet de prix (en moyenne une augmentation d'environ 15% pour les 7 groupes et plus de 34% pour les hospitalisations de jour chirurgicales) et un effet de volume (augmentation globale de près de 24%) à partir de 2007. Comme pour les études de cas, les exemples sont la fibro-endoscopie du tractus digestif inférieur, la lithotritie extracorporelle par ondes de choc et l'infiltration épidurale thérapeutique. L'explosion soudaine des infiltrations épidurales thérapeutiques, et avec elle l'énorme substitution de l'ancienne infiltration paravertébrale (PVI) vers la thérapie périradiculaire (PRT) moderne est un parfait exemple de substitution induite volontairement des

infiltrations ambulatoires vers des techniques de pointe sous guidage par imagerie médicale en environnement intramuros. Pour la lithotritie, la situation est largement similaire.

7.3. Limitations de l'étude

Les dossiers électroniques des admissions hospitalières ont évolué du statut de simple outil de monitoring et de traçage de l'activité hospitalière vers celui d'outil de recherche. Pour cette raison d'ailleurs, certaines publications mettent en garde contre leur manque de précision potentiel.

Ensuite, toutes nos analyses sont des analyses descriptives et les effets de substitutions observés ne sont pas quantifiables, ce qui rend tout test statistique difficile et donne aux déductions causales un caractère légèrement spéculatif.

De plus, nous n'avons pas étudié les effets des autres facteurs environnants. Les problèmes organisationnels plus vastes, comme la communication avec les prestataires de soins à domicile (infirmières, médecins généralistes) ont été à peine abordés. Le statut socioéconomique (groupes défavorisés), la distance entre le patient et l'hôpital, la répartition géographique et la disponibilité des lits hospitaliers sont d'autres exemples également pertinents. Une analyse plus approfondie des facteurs expliquant le volume croissant des dépenses pour les hospitalisations de jour devrait tenir compte de tous les facteurs synthétisés dans Figure 1.



7.4. Évaluation du financement actuel des hospitalisations de jour

7.4.1. Manque de transparence

En Belgique, le financement des hospitalisations de jour résulte principalement de choix politiques successifs et d'accords entre les parties intéressées en vue de prévoir des stimulants financiers pour inciter les hôpitaux à intensifier leurs activités d'hospitalisation de jour. Sa structure est complexe et manque de cohérence.

On peut en effet constater une double dichotomie dans le financement des hospitalisations de jour en Belgique :

- Une partie du financement (c.-à-d. les prestations en hôpital de jour chirurgical) est incluse dans le BMF qui est un budget fermé. L'autre partie est financée par le biais de forfaits qui sont en fait une "rémunération par service" des hôpitaux soumis à un contrôle budgétaire moins strict.
- Une partie du financement dépend aussi de l'hôpital : les prestations en hôpital de jour chirurgical, les mini et maxi forfaits, sont tous liés à la sous-partie B2 du BMF. L'autre partie est indépendante de l'hôpital (c.-à-d. les forfaits 1 à 7 pour les prestations non chirurgicales en hôpital de jour et les forfaits 1 à 3 pour le traitement de la douleur chronique, tous introduits en 2007).

La logique de cette double dichotomie n'est pas claire. Par exemple, les prestations chirurgicales en hospitalisation de jour sont le plus souvent financées par le biais du BMF, mais certaines sont soumises à des forfaits.

La complexité et l'incohérence peuvent mener à la confusion lors de l'application des règles. Par exemple, la liste nominative associée au groupe 7 comprend un nombre important de prestations normalement effectuées sous anesthésie générale ou locorégionale qui tombent donc, en principe, dans la catégorie du maxi forfait. Il a fallu un certain temps aux hôpitaux pour se rendre compte que les forfaits du groupe 7 offraient un meilleur remboursement que le maxi forfait traditionnel qu'ils avaient l'habitude de demander.

Un autre exemple de manque de clarté du système actuel concerne le manque de discrimination des codes de la nomenclature. Par exemple, des descriptions générales comme "n'importe quelle maladie nécessitant une perfusion intraveineuse" (1993) ou "toute perfusion maintenant une veine ouverte (KVO) pour des raisons thérapeutiques" (2007) ont entraîné la maximisation des instructions KVO dans les hospitalisations de jour.

7.4.2. Manque de preuves scientifiques étayant le choix de l'environnement de prestations

Bien que la technologie évolue rapidement dans le monde médical, – à l'exception de 2007 – très peu de nouvelles prestations y ont été ajoutées à la sélection initiale des prestations reprises sur la liste A qui date de 2002.

La distinction entre les prestations chirurgicales et non chirurgicales en hospitalisation de jour repose toujours sur des listings anciens aujourd'hui devenus obsolètes et aucun effort formel n'est fait pour élaborer un listing global des hospitalisations de jour approuvées sur la base de preuves scientifiques sans tenir compte de leur caractère chirurgical ou non chirurgical. Actuellement, le caractère obsolète de la liste A exerce un effet restrictif sur les prestations chirurgicales en hospitalisation de jour. Par exemple, le pourcentage des prestations de chirurgie de jour pour la cholécystectomie par laparoscopie est de 3% en Belgique, alors que ce pourcentage dépasse 50% dans certains autres pays. La cholécystectomie ne figure pas sur la liste A et de ce fait, les hôpitaux ne bénéficient d'aucun stimulant financier pour faire glisser cette prestations vers l'hospitalisation de jour.

Depuis 2007, de nouvelles prestations sont financées par leur attribution à l'un des 7 groupes de forfaits. Nous n'avons pas trouvé de publication sur la justification du choix concernant les nouvelles prestations à ajouter.



7.5. Orientations possibles pour l'avenir

7.5.1. *Un plan global pour les activités hospitalières*

Depuis la fin des années 1980, en Belgique, les activités d'hospitalisation de jour ont été encouragées mais sans plan précis et global de développement de ces activités ou de leur financement. Une première étape d'un tel plan pourrait consister à dresser une liste des hospitalisations de jour approuvées sur le plan scientifique par un comité scientifique, comme c'est le cas en Angleterre. Cette étape devrait être entreprise, quel que soit le système de financement des activités d'hospitalisation de jour.

Une deuxième étape concernerait le financement des prestations sélectionnées. Étant donné qu'il n'y a pas d'arguments justifiant le financement d'une partie des activités hospitalières dans le budget des hôpitaux (BMF) et une autre partie en dehors de ce budget, toutes les activités en hospitalières devraient être financées à partir de la même source. Pour des raisons de contrôle budgétaire, le budget des hôpitaux semble être la source de financement la plus adéquate. Une troisième étape, enfin, consisterait à régulièrement adapter le financement pour tenir compte des progrès médicaux et technologiques.

7.5.2. *Tendances internationales en matière de financement des hospitalisations de jour*

La mise en œuvre mondiale de systèmes de paiements prospectifs dans lesquels les hôpitaux reçoivent un montant fixe par cas, quels que soient les frais réels des services prestés, représente une des principales réformes dans le secteur hospitalier depuis le début des années 1990. La majorité des pays utilisent une variante du Diagnosis Related Group

(DRG) comme mesure du case-mix de l'hôpital. Dans un nombre croissant de pays, les hospitalisations de jour et même les activités ambulatoires sont financées par des paiements basés sur le DRG. De plus, beaucoup d'entre eux appliquent un tarif unique pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour, du moins dans certains DRG. Les défenseurs de ce système avancent qu'élaborer des stimulants pour encourager les hospitalisations de jour va augmenter l'efficacité et réduire les coûts. Les opposants à ce système mettent en avant un éventuel danger d'écrémage des patients les moins malades. Mais quoi qu'il en soit, les avantages et les désavantages des différents systèmes proposés doivent être précisément soupesés pour stimuler les fournisseurs tout en les invitant à honorer leurs objectifs sociaux.

Bien sûr, un système de paiement basé sur les cas n'est pas la seule façon d'accroître la cohérence, la transparence et l'efficacité du système de financement actuel des hôpitaux. Mais le mode de financement actuel basé sur différentes sources (BMF et forfaits) n'est certainement pas la meilleure façon de faire.

Si l'on devait introduire un système de paiement basé sur les cas en Belgique, il nous semble qu'il serait important et conseillé de déterminer un système de fixation de prix uniforme pour les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques comme c'est le cas dans d'autres pays. Il serait aussi nécessaire, dans ce cas, de décider de l'application ou non d'un seul tarif pour tous les DRG ou uniquement pour une sélection de DRG. Des simulations des données belges devraient permettre d'évaluer les coûts et l'hétérogénéité clinique, aussi bien au sein de chaque DRG qu'entre les hospitalisations de jour et les hospitalisations classiques.



■ RECOMMANDATIONS^b

À l'attention de la Ministre, après avis des instances compétentes

- Avant d'introduire une nouvelle réforme de l'organisation et du financement de l'hospitalisation de jour, il est nécessaire d'établir un plan global avec des buts et des stratégies clairs afin de soutenir et faciliter l'extension de l'hospitalisation de jour.
 - Le plan doit contenir un cadre explicite dans lequel on définit, pour chaque type de soins, où celui-ci doit être préférentiellement dispensé : en ambulatoire, en hospitalisation de jour ou en hospitalisation classique.
 - Une liste contenant des procédures et interventions indiquées pour l'hospitalisation de jour doit être établie par une commission consultative sur base scientifique. Cette commission doit être constituée de représentants des spécialités médicales concernées.
 - Lorsque c'est réalisable et opportun, un objectif concret (%) pour l'hospitalisation de jour doit être pré-établi à l'aide d'avis scientifiques, des tendances internationales et d'une analyse comparative (*benchmarking*) entre hôpitaux.
- Recommandations pour le financement futur intégré de l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation classique:
 - Les procédures et interventions de la liste mentionnée ci-dessus doivent être financées au moyen d'une source unique,
 - Sur base d'une enveloppe fermée annuelle pour les hôpitaux.
 - Pour plus de transparence, cohérence et efficience, il est nécessaire de viser un financement par pathologie plus complet, tant pour l'hospitalisation de jour que pour l'hospitalisation classique.
 - Pour les pathologies relativement homogènes, un tarif unique pour l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation classique doit être considéré.

^b Le KCE reste seul responsable des recommandations adressées aux autorités publiques



- Dans l'attente d'une réforme intégrale, les recommandations suivantes peuvent être formulées à court terme :
 - La nomenclature, les listes A et B et/ou les règles d'applications doivent être plus rapidement adaptées à l'apparition de nouvelles procédures ou techniques ou à l'apparition de nouvelles indications pour des procédures ou techniques existantes, en tenant compte des résultats scientifiques et des standards pour la sécurité et la qualité des soins. Ceci exige une adaptation du cadre légal actuel.
 - Le critère pour l'ajout d'une intervention à la liste B doit être plus transparent et l'algorithme pour l'application du financement lié à la liste B doit être simplifié.
 - Une intervention en hospitalisation de jour ne peut donner droit qu'à un seul forfait.
 - L'imputation du miniforfait doit être limitée par des règles d'application plus strictes, par exemple en définissant clairement ce qui est exclu du forfait.
 - Les codes de nomenclature qui mènent aujourd'hui à une interprétation équivoque et à une utilisation inadaptée doivent être clarifiés.
 - Des codes de nomenclature semblables doivent être tarifés de manière semblable, afin d'éviter les stratégies d'optimisation.

■ AGENDA DE RECHERCHE

- Une future recherche est nécessaire sur les facteurs - autres que le financement et la réglementation - qui déterminent le choix entre hospitalisation classique, hospitalisation de jour et ambulatoire :
 - La pratique médicale et la technologie ;
 - Les évolutions socio-démographiques (ex : vieillissement de la population) ;
 - Les facteurs socio-économiques (ex : disponibilité en aidants informels, préférences du patient, cout pour le patient) ;
 - L'organisation des soins (ex : soins post-hospitalisation, personnel disponible, lits disponibles).
- Préalablement à un financement par pathologies, une recherche doit être menée sur l'homogénéité des groupes de pathologies.



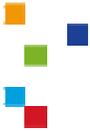
COLOPHON

Titre :	Évolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la réglementation - Synthèse
Auteurs :	Stefaan Van de Sande, Nathalie Swartenbroekx, Carine Van de Voorde, Carl Devos, Stephan Devriese
Relecture :	Frank Hulstaert, Koen Van den Heede
Experts externes :	Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV); Françoise De Wolf (UNMS), Peter Fontaine (Stedelijk Ziekenhuis Roeselare), Luc Van Outryve (AZ Sint-Lucas), Muriel Wantier (ANMC)
Remerciements :	Yves Parmentier (Cellule Technique – Technische Cel)
Validateurs externes :	Paul Gemmel (UGent); Julian Perelman (Universidade Nova de Lisboa), Hilde Pincé (UZ Leuven)
Conflits d'intérêt :	Aucun conflit déclaré
Layout :	Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :	18 décembre 2012
Domaine :	Health Services Research (HSR)
MeSH :	Reimbursement Mechanisms; Health Care Reform; Day Care; Hospitalisation
Classification NLM :	WX 157
Langue :	français
Format :	Adobe® PDF™ (A4)



Dépot légal :

D/2012/10.273/93

Copyright :

Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van de Sande S, Swartenbroekx N, Van de Voorde C, Devos C, Devriese S. Évolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la réglementation - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Reports 192Bs. D/2012/10.273/93.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

