

---  
*Direction générale Soins de santé*

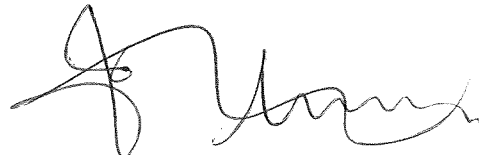
---  
CONSEIL FEDERAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS  
---

Réf. : CFEH/D/499-1 (\*)

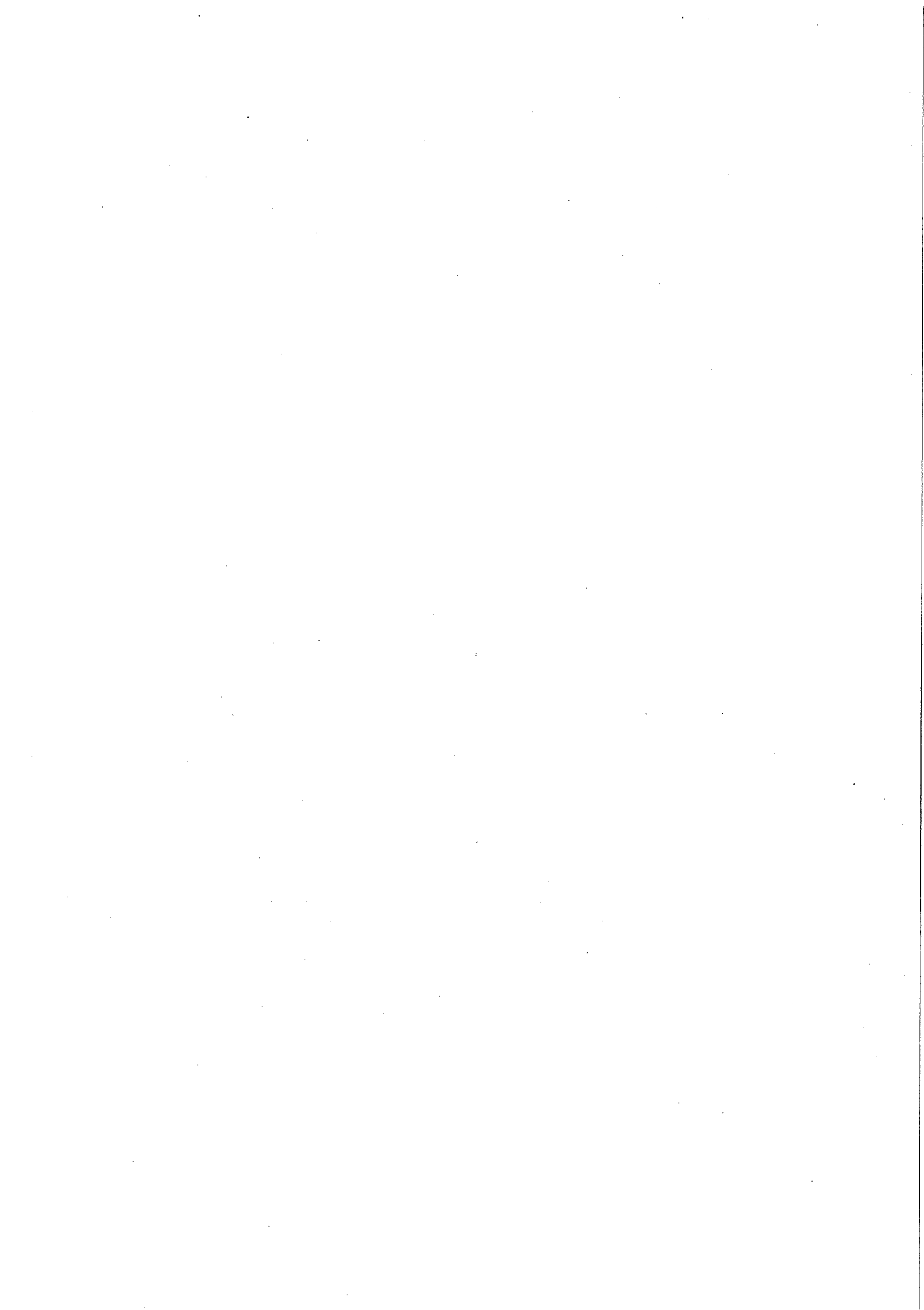
**Avis conjoint du CFEH et de la commission de convention INAMI relatif à la  
révision de l'organisation, du fonctionnement et du financement de  
l'hospitalisation de jour**

Au nom du président,  
Margot Cloet

Le secrétaire,  
Pedro Facon



(\*) Le présent avis a été traité lors de la réunion plénière du 12/09/2019 et entériné par le Bureau ce même jour



## **Note conceptuelle**

# **Révision de l'organisation, du fonctionnement et du financement de l'hospitalisation de jour**

### **Sommaire**

- I. Contexte, faits, nouveaux développements
- II. Grandes lignes d'un nouveau concept d'hospitalisation de jour
  - II.1. Introduction
  - II.2. Définition
  - II.3. Organisation
  - II.4. Financement
- III. Conditions essentielles pour stimuler l'hospitalisation de jour
- IV. Conclusion

En tant que Commission de conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs nous préconisons depuis un certain temps déjà une révision tant de l'organisation que du fonctionnement et du financement de l'hospitalisation de jour. Comme l'a également observé le Centre d'expertise dans son rapport KCE 2017/282 <sup>1</sup> nous constatons que certaines activités (comme la cholécystectomie, ...) sont encore trop souvent pratiquées en hospitalisation classique alors qu'elles pourraient aussi être traitées en hospitalisation de jour.

Le but de la note conceptuelle est de développer l'hospitalisation de jour à court, moyen et long termes, avec des garanties en termes de maintien de la qualité, et de révision du financement, nécessitant aussi l'adaptation éventuelle du cadre juridique et réglementaire (Convention nationale entre les hôpitaux et les OA, AR's).

Nous préconisons un système unique et cohérent de financement forfaitaire correct et transparent, basé sur les besoins et coûts réels ainsi que les évolutions futures qui se concentre de manière optimale sur un processus de qualité.

**Parallèlement aux améliorations qui pourront être apportées à court terme (2021) sur la base du système actuel, il y a lieu d'entamer les travaux visant une réforme fondamentale de l'hôpital de jour et de son financement à long terme.**

**Ce document doit être considéré comme une note conceptuelle qui aborde la problématique de l'hôpital de jour sous plusieurs angles d'approche. À un stade ultérieur, chacun de ces angles devra être développé plus avant dans divers groupes de travail. Les principales lignes directrices qui doivent servir de fil conducteur à ces groupes de travail sont résumées dans la conclusion.**

---

<sup>1</sup> Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) 2017. KCE Report 282As. D/2017/10.273/06.

## I. Contexte, faits, nouveaux développements

Dans presque tous les hôpitaux, l'activité en hospitalisation de jour se déroule en dehors de l'emplacement physique des services en hospitalisation de jour chirurgicale ou non chirurgicale agréés. Dans ce cas, l'activité en hospitalisation de jour est réalisée de façon décentralisée, là où la sécurité des patients le permet, dans des salles de traitement spécialement équipées à cet effet. Les patients sont enregistrés comme patients en hospitalisation de jour mais n'occupent pas nécessairement et pas toujours un lit/siège avant ou après l'intervention. Dans ce contexte, il y a lieu de se demander si dans ces cas il est toujours question d'une admission en hôpital de jour, même si du personnel (assistance) et des ressources (salle équipée) supplémentaires sont indéniablement affectés et l'intervention se déroule dans le cadre sûr de l'hôpital (avec accès immédiat aux services d'urgence en cas de besoin). Nous préconisons un financement cohérent et correct pour ces activités, compte tenu du financement par honoraires, mais tout en évitant l'effet d'aspiration des interventions qui peuvent être réalisées facilement et en toute sécurité dans un cabinet.

Pour les patients, l'hospitalisation de jour est très confortable (ils peuvent rentrer chez eux rapidement, il n'y a pas de listes d'attente) et les blocs opératoires sont sollicités d'une autre manière pour des interventions relativement moins complexes. De plus, l'hospitalisation de jour permet de libérer des lits d'hôpitaux. Un flux de patients correct est essentiel et des procédures balisées doivent être suivies.

Nous constatons l'évolution de l'activité en hospitalisation de jour à maints égards :

Types d'activités en hospitalisation de jour	Fixation de normes	Financement dans le BMF	Financement via la convention INAMI
Hospitalisation de jour chirurgicale	Oui	BMF - Liste A	Forfaits
Hospitalisation de jour non chirurgicale	Oui		Forfaits
Hospitalisation de jour gériatrique	PS gériatrie	BMF - B4	
Hospitalisation de jour pédiatrique	PS pédiatrie		Parfois des forfaits, mais trop peu
Hospitalisation de jour oncologique	PS oncologie		Forfaits
Clinique de la douleur	Convention SPF		Forfaits
Hospitalisation de jour stomatologie maxillo-faciale	Non	BMF - Liste A	Forfaits
Hospitalisation de jour chirurgie plastique	Non	BMF - Liste A	Forfaits
Hospitalisation de jour urologie	Non	BMF - Liste A	Forfaits
Hospitalisation de jour gynécologie	Non	BMF - Liste A	Forfaits

Une activité en hospitalisation de jour se distingue, par son imputabilité, d'un séjour classique à divers égards :

- Le patient ne reçoit pas de ticket modérateur de 0,62 EUR par jour pour les médicaments remboursables;
- Les médicaments sont facturés en ambulatoire selon l'usage réel;
- Pas de ticket modérateur dans la journée d'hébergement facturée en cas d'hospitalisation de jour chirurgicale ou dans le forfait INAMI;
- Il n'est pas toujours possible de facturer des honoraires forfaitaires pour l'imagerie médicale<sup>2</sup>, la biologie clinique<sup>3</sup>, la permanence médicale (SI et Urgences) ou des honoraires de surveillance et de coordination et ce, en fonction de l'historique des forfaits (on doit remonter à la période antérieure au 1.7.2007 - et les forfaits A, B, C et D - et de diverses circulaires INAMI. Ces informations figurent dans les listes limitatives des honoraires concernés.

Dans presque tous les hôpitaux, il existe des activités en hospitalisation de jour qui peuvent être développées davantage mais qui ne sont pas financées comme tel, ni dans le BMF, ni dans les forfaits INAMI, alors qu'un honoraire médical est bien prévu. Il existe peu d'incitants à réaliser certaines interventions en hospitalisation de jour, par ex. du fait que les honoraires forfaitaires et les honoraires de surveillance ne peuvent pas être facturés, en raison de la perte de journées justifiées en hospitalisation classique, etc.

Lorsque des codes de la nomenclature sont créés/modifiés, les listes de prestations A et B dans le BMF ou les listes de forfaits INAMI ne sont pas adaptées systématiquement, ce qui a pour conséquence qu'il n'y a pas d'indemnisation ou pas d'indemnisation adéquate pour certaines activités en hospitalisation de jour. Des fonds supplémentaires spécifiques ne sont jamais ajoutés au BMF pour l'hospitalisation de jour chirurgicale lorsque les listes A et B dans le BMF sont adaptées, pas plus que du fait de la tendance croissante de cette activité. L'adaptation de cette activité est donc supposée être financée par un glissement de moyens financiers de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour dans la même enveloppe.

La nomenclature prévoit que les prestations d'une valeur  $\geq$  K120 ou N200 ne sont remboursées par l'assurance maladie que lorsqu'elles se déroulent dans un hôpital agréé (sauf en ophtalmologie). Des critères garantissant la qualité et la sécurité des patients doivent être établis. Ici aussi, il faut veiller à l'accessibilité financière du patient.

Lors d'une révision de l'hospitalisation de jour, nous veillerons en outre à ce que pour des activités purement ambulatoires qui peuvent facilement, et en toute sécurité, être effectuées dans un cabinet<sup>4</sup>, aucun forfait « hospitalisation de jour » ne puissent plus être attesté. Cependant,

<sup>2</sup> Les forfaits imagerie médicale par consultation et par prescription sont imputés aux séjours en hospitalisations de jour selon les mêmes règles que pour les séjours ambulatoires (des prestations en imagerie médicale doivent donc bel et bien avoir été réalisées pour pouvoir compter ces forfaits).

<sup>3</sup> Dans certains cas, ces honoraires forfaitaires ne constituent pas un financement de la prestation, mais résultent de l'implémentation de la liquidation du budget global de l'hôpital.

<sup>4</sup> et qui ne répondent pas à la définition d'admission en hospitalisation de jour du chapitre II.2 qui inclut la supervision qualitative, la continuité, le suivi médical et la condition essentielle qu'une surveillance infirmière et médicale est nécessaire pour pouvoir parler d'hospitalisation de jour.

l'hospitalisation de jour offre une meilleure protection au patient que les prestations ambulatoires, en particulier lorsque le médecin spécialiste est déconventionné. Nous proposons, dans les limites de la définition, de rembourser le maximum de prestations au cours de la journée d'hospitalisation et d'ajuster au mieux les taux fixes au prix de revient actuel, ce qui peut évoluer en fonction des progrès de la médecine.

Les développements futurs en matière de soins à basse variabilité et la formation de réseaux cliniques auront également un impact sur le développement de l'hospitalisation de jour. Le financement des soins à basse variabilité prévoit que, dans une phase ultérieure, le BMF, les médicaments et les forfaits INAMI pourront être intégrés dans le « lump-sum. ». L'hospitalisation de jour (à basse variabilité) doit, de préférence, être revue de manière telle à permettre une intégration aisée dans le système des soins à basse variabilité. Ceci bien sûr sur la base d'un rééquilibrage correct des coûts.

Actuellement, le codage RHM des activités en hospitalisation de jour n'est pas utilisé à des fins de financement (il existe plutôt un lien avec la nomenclature) et est donc plutôt limité. Le financement du cluster « basse variabilité » concerne aussi l'hospitalisation de jour et celui-ci dépend du niveau de sévérité du séjour, le codage RHM de l'activité de jour devrait dorénavant être mieux étayé. À l'occasion de cette réforme, on devrait le compléter avec d'autres caractéristiques du patient qui permettraient de justifier ou non une admission en hôpital de jour.

Grâce aux réseaux, certaines activités en hospitalisation de jour pourraient à terme être organisées dans des « focussed factories » au sein d'hôpitaux agréés où la proximité est centrale et l'intervention bien planifiable (interventions électives), éventuellement dans des cas spécifiques voire même spécifiquement sur des sites hospitaliers agréés dédiés à cela.

## **II. Grandes lignes d'un nouveau concept d'hospitalisation de jour**

### **II.1. Introduction**

Un premier exercice en matière d'harmonisation et d'intégration via le BMF pour les mini-forfaits est un exemple classique de ce qu'il ne faut pas faire. Non seulement des économies ont d'abord été réalisées (10 millions euros) et une partie du budget transféré a immédiatement été utilisée pour répondre à certains besoins (certes légitimes) relatifs à une autre activité (notamment celle du service d'urgences) mais en plus, un mécanisme de répartition basé sur des chiffres historiques est maintenu et aucun nouveau mécanisme de répartition adéquat n'a été mis en place (cette intention figure dans la conclusion depuis plusieurs années déjà, sans jamais avoir été concrétisée). Par ailleurs, devoir facturer les mini-forfaits à zéro euro semble pour le moins étrange et représente une charge administrative, même si c'est avantageux pour le patient (sous la forme d'une intervention de l'assurance hospitalisation).

Il faut éviter de le répéter. Toute adaptation au concept d'hospitalisation de jour doit donc être pérenne et bien pensée, en tenant compte du contexte plus large.

Nous plaidons pour un accès égal aux soins au niveau financier. La question se pose également de savoir s'il n'y a pas lieu de fixer un ticket modérateur équitable pour le patient pour l'hospitalisation de jour par analogie avec les admissions classiques, avec un montant inférieur pour les titulaires préférentiels. Il faut au préalable comparer les différents coûts pour le patient

dans les deux cas de figure (hospitalisation classique et de jour). L'hospitalisation classique revient souvent moins cher au patient que l'hospitalisation de jour. Des prestations identiques doivent être remboursées au même tarif et il est également essentiel que le patient soit informé à l'avance du coût de l'intervention.

Travailler avec des listes limitatives (liste A dans le BMF, listes forfaitaires 1 à 7, liste dans la nomenclature pour les honoraires de coordination) qui sont rarement mises à jour a de quoi paralyser.

Accroître l'activité en permanence sans budget supplémentaire grève les budgets. Les nouvelles évolutions de la chirurgie et de l'anesthésie ne s'étendent pas à l'hospitalisation de jour et sont donc ralenties. Les modèles de financement actuels sont contre-productifs. De nombreuses lacunes ont été révélées dans le rapport KCE 2017/282A. Une modification des activités en hospitalisation de jour doit s'accompagner d'une adaptation du budget dans cette sous-partie, compte tenu des transferts entre les séjours classiques et l'hôpital de jour.

Pour toutes ces raisons, nous pensons qu'il est nécessaire de proposer un nouveau plan transparent, correct et cohérent pour financer l'hospitalisation de jour. Dans ce contexte, nous devons également veiller à ce que ce système puisse être correctement monitoré sur le plan macrobudgétaire.

## II.2. Définition

L'hospitalisation de jour couvre des interventions chirurgicales et non chirurgicales, où le patient quitte l'hôpital le même jour. L'hospitalisation de jour renvoie à une fonction/activité et non à une unité architecturale identifiable dans l'hôpital. Les interventions se déroulent en hospitalisation de jour, mais « ne sont » pas l'hospitalisation de jour. De plus, l'intervention est couverte par la nomenclature et pas par le forfait hospitalisation de jour. Le forfait couvre le déploiement de l'effectif et des moyens nécessaires pour assurer la qualité des soins et le maintien des procédures en hospitalisation de jour, qui ne sont pas couvertes par la nomenclature.

Dans tout le texte, nous parlons d'interventions plutôt que d'opérations, de traitements ou d'examens diagnostiques. Certaines interventions débutent par un examen et finissent sous la forme d'un traitement ou d'une opération.

La présente note décrit l'hospitalisation de jour comme suit :

*Une hospitalisation de jour est une admission et un séjour dans un hôpital agréé sans nuitée et où le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables.  
Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients<sup>5</sup>, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médicotechniques sous la surveillance et la direction d'un*

<sup>5</sup> Ainsi, les AR normatifs du 25/11/1997 (article 8) "hospitalisation chirurgicale de jour" et du 10/2/2008 (article 4, 2°) "hospitalisation non chirurgicale de jour" limitent à juste titre la prise en charge en hospitalisation de jour aux seuls patients « qui chez eux, peuvent bénéficier d'une prise en charge adéquate, pendant au moins 24 heures après leur sortie ».



*médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins adéquates.*

La plus grande partie des interventions effectuées en hôpital de jour sont planifiées (planifiables). Toutefois, il convient de tenir compte de l'existence de certaines interventions ayant lieu en hospitalisation de jour dont le caractère est moins planifiable (p. ex. calculs aux reins, trauma de la main, curetage d'aspiration, complications dans le cadre d'un traitement oncologique, etc.). Ce critère ne doit donc pas empêcher la prise en charge et le financement de ces interventions en hospitalisation de jour. Il s'agit toutefois d'interventions occasionnelles qui seront placées sous monitoring. L'utilisation inappropriée des urgences doit être évitée.

L'hospitalisation de jour comprend ici les interventions non seulement chirurgicales mais aussi non chirurgicales pour un profil de patients spécifique, conformément aux procédures établies (concernant la sélection des patients, la surveillance, la préparation, la sécurité des patients, le contrôle de la qualité, la continuité des soins, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec divers services techniques médicaux) qui sont valables pour toutes les interventions réalisées en hospitalisation de jour. Les interventions réalisées en hospitalisation de jour de toutes les disciplines qui interviennent sont coordonnées par un médecin spécialiste attaché à l'hôpital. L'hospitalisation de jour comprend des soins cliniques sans nuitée avec une préparation et des soins de suivi du patient qui sont adéquats. Une surveillance et une administration des soins continues sont nécessaires.

Un environnement sûr, une bonne planification et une bonne organisation sont décisifs dans la réalisation d'une intervention en hospitalisation de jour. Il faut travailler de façon « evidenced based ». La Belgian Association of Ambulatory Surgery (BAAS), la BSAR (Belgian Society for Anaesthesia and Reanimation) et d'autres experts peuvent y contribuer. Une politique en matière de qualité claire et des paramètres de surveillance de la qualité sont définis conformément aux lignes directrices. L'enregistrement et la mise à jour de ces paramètres sont intégrés dans le dossier électronique du patient.

La préparation d'une intervention en hospitalisation de jour et la sortie du patient par le médecin traitant/chirurgien/anesthésiste et les soins infirmiers sont également des paramètres importants. L'état général du patient après sa sortie doit être surveillé. De bons soins de suivi ainsi qu'une formulation efficace de la lettre de sortie au médecin généraliste et une communication avec les autres dispensateurs de soins de première ligne impliqués font partie de la stratégie de gestion de la sortie. Il faut également veiller à ce que les soins nécessaires soient fournis 24 heures après la sortie.

### II.3. Organisation

Dans le cadre de la politique de contrôle, l'INAMI et le SECM ont entrepris un contrôle plus contraignant de la facturation des forfaits hospitalisation de jour INAMI. Ils contrôlent et contestent le lieu de l'intervention dans certains cas (notamment urologie, pneumologie et stomatologie MK). S'appuyer sur les textes de loi n'apporte pas toujours une solution.

Dans l'attente d'un plan stratégique global de soins pour la Flandre, VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) n'offre cependant pas de moyens

pour d'éventuels travaux d'infrastructure visant à réorganiser l'hospitalisation de jour en un lieu central dans l'hôpital aujourd'hui. À Bruxelles, le plan de construction 2009-2020 est encore en cours de finalisation. Pour des raisons d'organisation, les centres de jour sont encore développés autour d'autres activités dans l'hôpital où les coûts d'infrastructure et de transformation peuvent être maintenus aussi bas que possible. À l'avenir, cette solution semble (à défaut de moyens) également réalisable.

Il faut un cadre qui crée les conditions pour définir un lieu à l'intérieur des murs de l'hôpital sans se limiter au cadre architectural actuel mais en excluant les salles de consultation et d'attente par exemple. Il est nécessaire de définir un ensemble de critères qualitatifs minimaux en termes de superficie, d'équipement, etc. en tenant compte des moyens limités.

La distinction entre hospitalisation de jour chirurgicale et non chirurgicale s'estompera avec le temps, à l'exception de formes très spécifiques d'hospitalisation de jour (oncologique, pédiatrique, ...), et la question fondamentale d'une distinction stricte entre les deux doit être considérée pour que chaque modèle en tienne compte (gastrectomie endoscopique du manchon, résections endoscopiques des muqueuses ou polypes, ...). La question de savoir dans quelle mesure cette distinction peut aujourd'hui déjà être abandonnée devra être discutée au sein des groupes de travail en la matière.

Le modèle des « focussed factories » pour certaines interventions électives doit certainement être considéré à la lumière des évolutions actuelles et futures. Par exemple, les prothèses de hanche sont placées en hospitalisation de jour, ce qui requiert une sélection très rigoureuse des patients, une expertise particulière de l'équipe de soins et un modèle organisationnel très strict. Des interventions de ce type peuvent être centralisées au sein d'une structure en réseau dans la « focussed factory » d'un hôpital agréé.

Les interventions en hospitalisation de jour sont toujours réalisées dans une infrastructure adaptée selon les caractéristiques du patient et/ou la nature de l'intervention chirurgicale et non chirurgicale. L'anesthésie générale se pratique principalement en salle d'opération, mais de plus en plus aussi à l'extérieur de celle-ci. Tout comme en salle d'opération, elle requiert d'être parfaitement équipé de matériel et personnel spécifiques, tel que défini dans le « Belgian Standards for Patient Safety in Anesthesia ». On observe une augmentation du nombre de procédures d'anesthésie à l'extérieur de la salle d'opération. Cela a des implications importantes en termes de matériel et d'encadrement médical et non médical. L'anesthésie loco-régionale peut être pratiquée dans n'importe quelle salle de traitement, à condition que les normes ci-dessus soient respectées. Il est préférable que les blocages nerveux et/ou du plexus soient réalisés dans une salle distincte (et prévue à cet effet) de la salle d'opération par l'anesthésiste en collaboration avec un praticien de l'art infirmier formé en salle d'opération. Les directives déterminent le lieu d'exécution correct en fonction de l'intervention.

#### II.4. Financement

Actuellement, le financement de l'hospitalisation de jour est assuré par deux sources de financement : le Budget des Moyens Financiers (BMF) et les divers forfaits INAMI.

Les caractéristiques des sources de financement sont les suivantes :

- Le BMF permet de transférer facilement les moyens prévus pour un séjour classique de plusieurs nuitées vers une hospitalisation de jour sans transfert de budget. Ce financement présente cependant plusieurs inconvénients : manque de transparence et absence de lien avec les coûts réels, donc, difficile à intégrer dans la structure des soins de basse variabilité (la plupart des interventions en hospitalisation de jour chirurgicales relèvent de la définition des soins de basse variabilité). Ce financement BMF laisse également peu de marge de manœuvre pour faire face avec souplesse aux développements actuels et futurs dans ce domaine. Le BMF est un budget fermé qui finance les séjours classiques et l'hospitalisation chirurgicale de jour. Ce financement permet le transfert de l'hospitalisation classique à l'hôpital de jour mais n'évolue pas en fonction d'une activité croissante ou de la charge des soins, ce qui peut constituer la base d'un sous-financement structurel. De plus à l'heure actuelle, le délai entre le calcul et la liquidation d'une partie du budget est de 2 ans.
- Les listes INAMI sont plus flexibles, plus transparentes par rapport à ce qui est financé au moyen du rééquilibrage, une tendance est appliquée aux dépenses liées à l'augmentation de l'activité et l'innovation peut être englobée aisément. Le système de forfait répond aux besoins et aux coûts, est plus facile à intégrer dans les futurs modèles (p. ex., les soins de basse variabilité) et s'adapte aux évolutions et innovations très rapides sur le terrain. Le financement peut être adapté à la prestation visée et tient compte du coût réel de l'équipement, du personnel, du matériel et des prestations techniques. Les forfaits doivent être construits de manière à pouvoir être ajustés d'une manière assez souple et flexible.

**À court terme**, nous préconisons un système de forfaits aussi simple que possible (cf. honoraires ci-dessous). Nous examinons si nous devons provisoirement encore faire une distinction entre les interventions chirurgicales et non chirurgicales. Les listes limitatives<sup>6</sup> sont validées annuellement par des experts.

À terme, le financement d'un certain nombre d'affections requérant des soins à basse variabilité, traitées en hôpital de jour, sera éventuellement intégré dans les montants prospectifs globaux. Cela nous amène à examiner la possibilité de mettre en place un financement davantage intégré et de prévoir un financement par trajet de soins. Ainsi, les listes seront supprimées automatiquement. Cependant, cela nécessite encore davantage de preuves.

---

<sup>6</sup> Le SECM a démontré que certaines prestations peuvent être réalisées de manière sûre et qualitative en ambulatoire ou extra muros. Il s'agit des prestations suivantes : Urologie (260271 Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme, 355073 Traitement de la lithiase) ; chirurgie maxillo-faciale (310914 Traitement d'ostéite inflammatoire au niveau du maxillaire par curetage, 311135 Apicectomie) ; gynécologie (432353 Procédure obstétricale invasive (amniocentèse, ponction foetale, cordocentèse) sous contrôle échographique) et 220253 Cure chirurgicale de phlegmon profond. En 2016, 16 380 000 EUR en forfaits hôpital de jour ont été facturés pour ces prestations. Ceci doit encore être validé par les experts.

## II.4.1 Interventions chirurgicales en hospitalisation de jour à travers un nouveau budget

### Technique de financement

L'hospitalisation de jour chirurgicale est actuellement financée à l'aide d'une enveloppe fermée dans le BMF. De ce fait, on est très dépendant de l'activité des autres hôpitaux et de la valeur du point.

- A. Nous plaignons en faveur d'un budget responsable pour le financement des coûts objectivés de l'hospitalisation chirurgicale de jour, basé sur un glissement des activités entre l'hospitalisation traditionnelle et l'hospitalisation de jour et les tendances de l'activité croissante, tenant également compte du sous-financement structurel de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation de jour et de l'intensification croissante des soins. Une évaluation après 3 ans est prévue.
- B. Actuellement, chaque séjour en hospitalisation de jour chirurgicale se voit attribuer une durée de séjour justifiée de 0,81 jour (multiplicateur) pour la sous-partie B2. Pour rendre le financement cohérent et correct, il existe deux options. Nous pouvons continuer à travailler avec un budget BFM où le financement de l'hospitalisation quotidienne devient au moins équivalent au financement d'un séjour traditionnel<sup>7</sup>. Cela donne, par exemple, l'équivalent personnel sur 13/30 au moins équivalent<sup>8</sup> à celui des séjours traditionnels. La deuxième option est de travailler avec des forfaits par type d'intervention. Ceci permet de rompre avec les coûts historiques et de prendre en compte les coûts réellement objectivés. Dans ce cas, un exercice de rééquilibrage est nécessaire. Dans le cas de la première option aussi, une étude de rééquilibrage peut être très utile (couverture des frais) : le transfert de l'hospitalisation chirurgicale de jour au BMF a eu lieu sans analyse de coûts, voire avec une économie budgétaire arbitraire.
- C. Comme dans le cas de l'hospitalisation classique, un financement supplémentaire est accordé pour :
  - Le déploiement de praticiens de l'art infirmier au bloc opératoire compte tenu du type d'anesthésie avec un supplément pour la préparation et le nettoyage de la salle
  - La présence d'une surveillance infirmière avant et après l'intervention (salle de réveil)

<sup>7</sup> Une première indication du coût supplémentaire basé sur l'activité actuelle d'un multiplicateur de 1,08 points, soit l'équivalent de 13 ETP par 30 places, ce qui correspond au niveau de base d'un lit-C, de sorte qu'il n'y a plus d'incitation financière à l'hospitalisation classique et à tenir compte de la forte rotation en hospitalisation de jour. Estimation du surcoût national:  $1\ 632 \text{ points au } 01/07/2018 * 27\ 336,75 \text{ € en valeur au } 01/07/2018 / 0,81 * 1,08 - 1\ 632 * 27336,75 = 14\ 871\ 192 \text{ €}$

Le budget requis risque d'être plus élevé compte tenu des nouveaux avantages chirurgicaux inclus dans le formulaire BFM et des conséquences pour d'autres points figurant dans les parties B2 et B1.

<sup>8</sup> Oeso Health at a glance Europe 2018 aanbeveling: providing proper financial incentives to ensure that health care providers (hospitals and surgical teams) do not lose revenue by moving towards a greater use of day surgery.

[https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health\\_glance\\_eur-2018-en.pdf?expires=1544624824&id=id&acname=guest&checksum=1E092E5D2C691779692A8EBD0AC973C5](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-en.pdf?expires=1544624824&id=id&acname=guest&checksum=1E092E5D2C691779692A8EBD0AC973C5)

- Un financement de la stérilisation centrale, des équipements et des produits médicaux (y compris le matériel à usage unique)
- Les frais de fonctionnement des services de support (entretien, administration, alimentation, buanderie-lingerie,...)

Le financement de l'hospitalisation de jour chirurgicale doit donc tenir compte du cadre du personnel nécessaire pour la surveillance et les soins avant, pendant et après l'intervention en fonction des caractéristiques de l'intervention, du patient et de son contexte et de la nécessité de surveillance infirmière.

En outre, en plus de l'utilisation du bloc opératoire ou d'autres équipements, les coûts matériels nécessaires (s'ils ne sont pas couverts par les honoraires) doivent être facturés tout en évitant toujours un financement « double ».

Si les conditions d'un nouveau financement correct sont remplies (voir ci-dessus) et que les budgets existants ont été groupés, et après l'ajout de budgets supplémentaires après l'exercice de rééquilibrage, les interventions chirurgicales suivantes seront inscrites sur les listes de chirurgie :

- ∂ les prestations de la liste A du BMF adaptée et élaborée (nettoyée des prestations purement ambulatoires et élargie aux nouvelles prestations) par un panel d'experts après rééquilibrage
- ∂ les prestations des listes INAMI 1-7, effectuées dans une salle d'opération

À court terme, les listes doivent être adaptées chaque année à l'aide d'une formule souple. Le groupe de travail d'experts détermine les interventions figurant sur les listes, les durées standard des traitements et la forme d'anesthésie la plus appropriée. La réglementation actuelle le permet déjà mais, dans la pratique, cela n'arrive pas assez souvent.

Nous supprimerons la liste dès que possible : chaque prestation pouvant être effectuée en hôpital de jour plutôt qu'en hôpital classique, doit y être effectuée. Pour peu que ce soit dans l'intérêt du patient, tant sur le plan de la qualité des soins que du coût. Un groupe d'experts doit se pencher sur les critères permettant de distinguer une situation de prestation qui doit être effectuée en hôpital de jour, qui doit être effectuée en hospitalisation classique ou une prestation que doit être considérée comme purement ambulatoire. Une combinaison de critères tels qu'une entrée et sortie d'hôpital le même jour, les caractéristiques propres au patient peuvent être prises en compte.

Sur la base d'EBM, des projets sont mis en place en vue de stimuler davantage le passage à l'hospitalisation de jour au fil du temps, pour toutes les prestations qui, idéalement, peuvent être réalisées en hospitalisation de jour.

Des procédures établies sont suivies pour la sélection des patients, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité des soins, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services médico-techniques et les médecins référents et une personne de contact au sein de l'hôpital.

Des critères de sélection liés à l'intervention et des critères liés au patient tels que l'âge, la comorbidité, SOI, ASA, IMC, le statut et l'encadrement socio-familiaux, le besoin en soins intensifs

ou mid care, plus de 24 heures de perfusion intraveineuse, peuvent être cités comme contre-indications pour autoriser une ou plusieurs nuitées.

#### II.4.2. Hospitalisation de jour non chirurgicale via les forfaits INAMI

##### Technique de financement

Des forfaits sont prévus pour le déploiement d'effectifs et de moyens pour chaque forme d'hospitalisation de jour non chirurgicale selon le principe du même prix pour un même produit, indépendamment de l'hôpital,<sup>9</sup> ce qui est également conforme aux concepts de financement des soins à basse variabilité.

En ce qui concerne les forfaits, diverses options doivent faire l'objet d'une étude plus approfondie. Une de ces options est la répartition en **six groupes de forfaits** :

- Les listes des **groupes 1 à 7** sont épurées afin d'uniquement inclure les interventions non chirurgicales (les cas où l'on hésite entre chirurgie et non-chirurgie restent également dans ce groupe). Avec la possibilité d'insérer de nouvelles prestations cf. manométrie.
- **NOUVEAU** Le système de **maxi-forfaits anesthésie est étendu à d'autres prestations d'anesthésie certifiées par un anesthésiste agréé dans un hôpital**. En d'autres termes, non seulement l'anesthésie générale mais également l'anesthésie locorégionale peuvent aboutir à leur attestation. Les nouveaux forfaits par type d'anesthésie tiennent également compte des cas pédiatriques. Les prestations sont répertoriées et rééquilibrées par type d'anesthésie.

Il est important d'aussi conserver un (ou plusieurs) forfait(s) anesthésie INAMI facturable(s) « par défaut » pour les cas chirurgicaux après le rééquilibrage.

- **NOUVEAU** - Création d'un **forfait fixe (matériel, surveillance) pour la thérapie de perfusion** (analgésiques, SEP, rhumatisme, pédiatrie, IBD pour la maladie de Crohn, perfusion FE, ...), **des soins de plaies complexes<sup>10</sup> avec utilisation d'une salle de traitement,**
- **Forfaits clinique de la douleur** : les listes des groupes 1 à 3 inclus pour le traitement de la douleur chronique sont tenues à jour,
- **Hôpital de jour oncologique** : les forfaits traitement oncologique sont maintenus,
- Le **forfait manipulation pompe à perfusion implantable** est maintenu.

<sup>9</sup> Le fait d'imposer un même prix pour tous les hôpitaux (hospitalisation de jour chirurgicale ou non chirurgicale) induira des gains ou des pertes parfois importants pour certaines institutions. Il faudrait veiller à ce que l'impact ne soit pas trop négatif pour les hôpitaux qui avaient un maxi-forfait élevé.

<sup>10</sup> L'article 8 de la nomenclature définit les soins de plaies complexes de la manière suivante :

- o Plaie(s) avec drain avec/sans aspiration
- o Plaie(s) avec méchage et/ou irrigation
- o Plaie(s) avec broche ou fixateur externe
- o Deux plaies simples ou davantage
- o Brûlure(s) au deuxième ou troisième degrés, ulcère(s), greffe(s), escarre(s) d'une superficie de moins de 60 cm<sup>2</sup>
- o Stomie(s) après colostomie, gastrostomie, iléostomie, cystostomie, urétérostomie ou trachéostomie

La prestation soins de plaies complexes ne peut être facturée par un praticien de l'art infirmier qu'à condition qu'un dossier spécifique de soins infirmiers soit établi et tenu à jour. L'intervention de l'assurance maladie pour le praticien de l'art infirmier s'élève au maximum à 8,07 EUR.

Les forfaits couvrent les frais de fonctionnement (= personnel de soins, entretien, administration, alimentation, buanderie-lingerie, équipement et matériel médical), excepté les frais d'intervention médicale et les médicaments.

### III. Conditions essentielles pour stimuler l'hospitalisation de jour

#### **Financement adéquat et correct**

Nous prôtons un financement correct et responsable de l'hospitalisation de jour. Le budget doit évoluer parallèlement à l'évolution des activités, compte tenu du transfert de l'hospitalisation classique à l'hospitalisation de jour et de l'hospitalisation de jour à l'ambulatoire, du prix de revient et des tendances, tenant également compte du sous-financement structurel de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation de jour et de l'intensification croissante des soins.

#### **Création d'un groupe de travail hospitalisation de jour, composé d'experts médicaux**

Un groupe de travail permanent d'experts médicaux est mis sur pied au sein de l'INAMI/SPF Santé publique pour mettre à jour la ou les listes annuellement en attendant la détermination d'autres critères permettant de donner forme à l'hôpital de jour de manière permanente. En outre, à chaque changement de nomenclature, on examine si le numéro de code relève d'une liste limitative.

#### **Honoraires**

Comme précisé dans le préambule de la convention, il faut aussi réfléchir à l'harmonisation du financement de l'activité médicale associée aux hospitalisations de jour, à savoir les honoraires de surveillance et de coordination mais aussi les honoraires forfaitaires<sup>11</sup>. Nous préconisons la préservation de la cohérence entre la nomenclature et la liste des interventions en hospitalisation de jour.

Afin d'éviter l'utilisation de certains codes de la nomenclature à des fins autres que celles prévues en l'absence de codes appropriés (la nomenclature ne suit pas toujours les pratiques concrètes), il est important de tenir la nomenclature à jour. Cela signifie à la fois ajouter de nouveaux codes et supprimer des codes.

Conformément à la nouvelle définition de l'hospitalisation de jour, il est important de garantir une surveillance médicale pour tout patient pris en charge. Ceci est important pour garantir la qualité des soins et le suivi médical du patient ainsi qu'en termes de responsabilité médicale. Dès lors, des honoraires de surveillance et de coordination devraient être prévus pour toute intervention en hospitalisation de jour. Le Conseil technique médical (CTM) est invité à réviser le financement des honoraires de surveillance et de coordination ainsi que la liste limitative. Des paramètres de qualité doivent être associés à l'octroi des indemnités. Ces paramètres de qualité peuvent être mentionnés comme condition d'imputation dans la nomenclature (p. ex., la rédaction de la lettre de sortie, enregistrer une surveillance et une coordination efficaces dans le dossier médical, etc.).

---

<sup>11</sup> En distinguant les honoraires forfaitaires liés à des prestations et des honoraires forfaitaires qui constituent une modalité de liquidation d'un budget sans impact sur le niveau de celui-ci.

Nous demandons également au CTM d'évaluer les honoraires forfaitaires prévus pour la biologie clinique, l'imagerie médicale, la permanence médicale (SI et Urgences) pour chaque hospitalisation de jour. Ces honoraires doivent être appréciés au regard de la nécessité de certaines prestations, où la valeur est pondérée par rapport au contenu de ces prestations nécessaires.

### **Transparence des coûts au patient, simplification administrative**

Nous plaçons pour un accès égal aux soins au niveau financier. Il sera également vérifier s'il n'y a pas lieu de fixer un ticket modérateur équitable pour le patient pour l'hospitalisation de jour par analogie avec les admissions classiques, avec un montant inférieur pour les titulaires préférentiels. Il faut au préalable comparer les différents coûts pour le patient dans les deux cas de figure (hospitalisation classique et de jour).

Des prestations identiques doivent être remboursées au même tarif et il est également essentiel que le patient soit informé à l'avance du coût de l'intervention. Il est important que pour le patient, l'hospitalisation de jour ne soit pas plus onéreuse que l'hospitalisation classique.

À l'heure actuelle, la déclaration d'admission doit légalement toujours être présentée aux patients en toutes circonstances. Nous voulons examiner la possibilité de ne la présenter qu'aux patients qui occupent une chambre individuelle et/ou à qui des suppléments sont demandés, moyennant la garantie que l'information adéquate concernant les coûts à sa charge, soit fournie au patient préalablement à son admission

Aujourd'hui déjà, pour des raisons de simplification administrative, une déclaration d'admission ne peut plus leur être soumise à chaque visite d'hôpital dans le cadre de traitements récurrents (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...).

Nous plaçons la question sur les types de chambres et les suppléments dans le débat plus large qui se déroule au sein de l'INAMI.

### **Autres éléments**

Comme l'a également recommandé le KCE, l'établissement du profil et le benchmarking des médecins ou des hôpitaux dans ce cadre seraient une incitation à effectuer davantage d'interventions spécifiques en hospitalisation de jour. De plus, des paramètres de qualité peuvent également être inclus (p. ex., la réintervention ou la réadmission non planifiée, le séjour classique non planifié, la visite aux urgences et la satisfaction du patient) qui permettent de contrôler et, le cas échéant, d'ajuster la qualité et la sécurité du remplacement de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour.



#### IV. Conclusion

Il est nécessaire de réformer l'hospitalisation de jour, tant sur le plan organisationnel que financier, pour les hospitalisations de jour chirurgicales et non chirurgicales.

En tant que Commission de conventions, nous souhaitons souligner les aspects organisationnels et réglementaires dans la présente note.

Un financement équitable, correct et transparent, fondé sur les besoins et les coûts réels ainsi que sur les développements futurs, constitue le meilleur point de départ. La révision et clarification de la nomenclature des honoraires médicaux est intimement liée à la réforme du financement de l'hôpital de jour.

Nous optons pour un système de forfaits car il est mieux adapté aux besoins et aux coûts, plus facile à intégrer dans les futurs modèles et adaptable aux évolutions très rapides du terrain.

Nous préconisons une période de déploiement de trois ans au cours desquels les cadres juridique et réglementaire devront également être adaptés.

En synthèse :

- L'organisation, la réglementation et le financement de l'hôpital de jour ne correspondent plus aux possibilités offertes par les techniques actuelles, et constituent un frein au développement de l'hôpital de jour. L'hôpital de jour doit être réformé sur le plan tant organisationnel, réglementaire que financier.

Comme le recommande le KCE, l'établissement du profil et le « benchmarking » des médecins et/ou des hôpitaux doivent être considérés comme prioritaires afin de lancer une réflexion sur les pratiques et l'organisation au sein des hôpitaux.

- À terme, les critères de définition de l'hospitalisation de jour doivent être suffisamment souples pour intégrer les évolutions médicales :
  - o Les interventions qui ne nécessitent plus de séjours hospitalier doivent glisser de l'hospitalisation classique vers l'hospitalisation de jour.
  - o Les interventions qui peuvent être réalisées en dehors des établissements hospitaliers dans des conditions de qualité et sécurité suffisantes doivent être exclues du champ d'application de l'hôpital de jour. Des critères de qualité devront toutefois être remplis et la sécurité tarifaire devra être garantie, y compris lorsque ces interventions sont réalisées en dehors du milieu hospitalier.

Ces critères de définition de l'hospitalisation de jour porteront tant sur l'environnement (encadrement, infrastructure, équipement...) que sur le patient (état de santé, caractéristiques sociales...).

- À court terme (2021), les listes d'interventions relevant de l'hospitalisation de jour doivent être actualisées, intégrant de nouvelles prestations, et excluant les prestations qui ne nécessitent plus d'être réalisées en hôpital de jour (sauf conditions particulières à préciser).

- A moyen terme, d'autres critères doivent remplacer les listes d'interventions pour déterminer le financement de l'hôpital de jour.
- Le financement doit permettre de couvrir les frais réels de manière transparente pour permettre de répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Un financement forfaitaire, intégré, objectif, est la formule la plus adaptée.
- Nous plaidons pour un accès égal aux soins au niveau financier. Des prestations identiques doivent être remboursées au même tarif et il est également essentiel que le patient soit informé à l'avance du coût de l'intervention. La sécurité tarifaire du patient doit être garantie :
- Le budget doit évoluer, notamment en fonction du volume d'activité, mais également des transferts de l'hôpital classique vers l'hôpital de jour, pour répondre aux besoins, tenant également compte du sous-financement structurel de l'hospitalisation classique et de l'hospitalisation de jour et de l'intensification croissante des soins.
- La distinction arbitraire entre chirurgical et non-chirurgical est dépassée et doit disparaître à court terme.

## Annexe 1 :

### **Développements en anesthésie**

Le développement des possibilités d'anesthésie réalisée par des anesthésistes agréés devrait également être pris en compte dans le nouveau financement. Placer des blocs requiert parfois plus de temps et d'expertise que de mettre un patient sous anesthésie générale et il peut arriver, pour des raisons de financement, de ne plus placer de bloc difficile « inter-scalenus, fémoral, poplité, simple, etc. » et de plutôt endormir le patient rapidement.

L'anesthésie est « l'engourdissement » du corps. Celle-ci peut être générale (anesthésie générale/narcose/engourdissement/etc.) ou partielle (une zone plus ou moins grande du corps).

Procéder à un anesthésie permet d'engager diverses procédures sur le corps :

- Des procédures diagnostiques : examens tels que la coronarographie, la gastroscopie, etc.
- Des traitements invasifs minimaux : certaines infiltrations, interventions radiologiques opératives, etc.
- Des interventions - opérations chirurgicales

La plupart des formes d'anesthésie sont de courte durée, soit le temps nécessaire pour réaliser un examen ou une intervention. L'anesthésie générale peut également être de longue durée, par exemple en maintenant les patients « endormis » artificiellement, en soins intensifs.

- D'un point de vue médico-scientifique, il existe plusieurs types d'anesthésie :

1. L'anesthésie générale ; par administration de :
  - a. Analgésiques puissants (comme des opioïdes)
  - b. Hypnotiques qui facilitent le sommeil
  - c. Inhalation d'anesthésiques (soulagement de la douleur + sommeil + relâchement musculaire)
  - d. Médicaments décontractant les muscles (Myorelaxantia, Curares)
2. La sédation (réduction du niveau de conscience - « une anesthésie légère »)
  - a. Médicaments pour le sommeil (benzodiazépines) ou hypnotiques à faible dose ou autres
3. L'anesthésie épidurale ou l'anesthésie rachidienne ou l'anesthésie spinale
  - a. Injection d'anesthésiques locaux (et/ou adjuvants) via anesthésie péridurale dans l'espace (rachi) épidural ou intrathécal au niveau de la moelle épinière
  - b. Avec ou sans cathéter en place pour un soulagement prolongé de la douleur
4. Le blocage nerveux et/ou du plexus (lesdits « blocs »)
  - a. Sous contrôle échographique, on insère une aiguille dans une structure nerveuse pour administrer des anesthésiques locaux et, éventuellement, des co-analgésiques

- b. On procède à une « anesthésie » d'un membre ou d'une partie du membre
  - c. Laisser ou non un cathéter en place pour un soulagement prolongé de la douleur
5. L'étourdissement ou l'anesthésie local(e)
- a. Des anesthésiques locaux sont administrés superficiellement pour engourdir une petite zone (de peau)

Dans certains centres, des techniques d'hypnose sont de plus en plus utilisées, en combinaison ou non avec une forme d'anesthésie. Ici aussi, le rôle du médecin spécialiste agréé est essentiel pour l'anesthésie.

Les types d'anesthésies 1 à 4 sont réalisées par un médecin spécialiste en anesthésie (anesthésiste) agréé. L'anesthésie de type 5 peut être pratiquée par n'importe quel médecin. L'anesthésie de type 2 peut être réalisée par n'importe quel médecin ayant reçu une formation spécifique.

- Infrastructure

La plupart des procédures d'anesthésie sont pratiquées au bloc opératoire où des équipements spécifiques sont disponibles et où un personnel formé est disponible pour installer, entretenir et mettre fin à l'anesthésie. Sous-partie fixe en termes de matériel :

- Équipements de surveillance : pour surveiller au moins les paramètres vitaux + équipements spécifiques (échocardiographie, oxymétrie cérébrale, etc.)
  - Un appareil d'anesthésie avec appareil respiratoire
  - Du matériel de réanimation
- Du matériel pour le placement de blocs nerveux tels que machine à ultrasons, stimulateur nerveux, etc.

Depuis plusieurs années, les procédures d'anesthésie sont aussi souvent pratiquées en dehors des murs de la salle d'opération. À l'heure actuelle, cela représente une partie importante du temps de l'anesthésiste et cela va certainement continuer à évoluer. Ces anesthésies sont pratiquées d'une façon très sûre moyennant l'équipement correct et requis et un effectif de personnel (praticiens de l'art infirmier) suffisant. Quelques exemples :

- Cathéters épiduraux à la maternité
- Anesthésie générale pour les examens gastro-intestinaux au service d'endoscopie
- Anesthésie générale dans les services cardiaques : électrophysiologie, interventions percutanées (TAVI, etc.)
- Anesthésie générale dans les services radiologiques : RMN sous anesthésie générale chez l'enfant, fermeture de l'anévrisme à l'aide d'une spirale (coiling), etc.
- ....

# Annexe

## Révision de l'organisation, du fonctionnement et du financement de l'hospitalisation de jour : processus de planification

### Objectif

Ce processus de planification a pour objectif de réformer l'organisation et le financement de l'hôpital de jour médical et chirurgical afin, d'une part, d'adapter les prestations aux réalités du terrain et, d'autre part, de préparer la poursuite de la réforme du financement des hôpitaux. Les concepts de « révision de l'organisation, du fonctionnement et du financement de l'hospitalisation de jour » inclus dans la note constituent le point de départ, le « commencement » de cette réforme.

Ce processus de planification couvre une période de 3 ans visant à développer des points d'action concrets soutenus par les parties prenantes et à les transposer en mesures politiques. Nous souhaitons ce faisant tendre vers un résultat atteignable à moyen terme. Il est probable que tous les objectifs à long terme figurant dans la note conceptuelle n'aient pas été atteints d'ici là. Nous veillerons toutefois à ce que les objectifs à court et moyen termes soient placés sous le signe de ces objectifs à long terme.

### Processus

Le financement et l'organisation de l'hôpital de jour relèvent de la compétence de différentes instances. Au sein de l'INAMI, il s'agit des commissions de conventions hôpitaux-OA et de la Médicomut, et au sein du SPF Santé publique, il s'agit du CFEH. Il est important de respecter ces instances dans leurs compétences et, en même temps, de travailler ensemble à un même but. La coordination des travaux est importante. Un comité de pilotage sera désigné, ainsi qu'un coordinateur de projet qui surveillera le processus.

La note conceptuelle et le processus de planification seront soumis à la réunion plénière du CFEH, au comité de l'assurance et au Conseil général de l'INAMI afin d'obtenir le soutien le plus large possible pour les travaux.

Les groupes de travail à mettre en place auront une mission spécifique à remplir dans un délai bien défini. Chaque groupe de travail est présidé par un membre du comité de pilotage. Les groupes de travail font régulièrement rapport au comité de pilotage.

### Comité de pilotage

- Mission : suivi de tous les travaux des groupes de travail, validation des résultats de ces derniers et, au besoin, ajustements. Fait office de comité de pilotage et de caisse de résonance
- Composition : groupe de travail mixte « hospitalisation de jour » du CFEH et de la commission de conventions INAMI et éventuellement de la Médicomut
- Calendrier : le comité de pilotage se réunit trois fois par an tout au long de la période des 3 ans (2019-2021)
- Président : coprésidence Ingrid Nolis (INAMI) et Dieter Goemaere (CFEH)
- Rapporte annuellement au bureau du CFEH et à la réunion plénière du CFEH ainsi qu'à la commission de conventions hôpitaux-OA/au Comité de l'assurance de l'INAMI
- Est assisté d'un coordinateur de projet qui s'assure que le processus de planification est exécuté correctement et dans les temps

### Groupe de travail système de financement hôpital de jour

- Mission :
  - o mise en place d'un système de financement des interventions chirurgicales (liste 1)
  - o mise en place d'un système de financement des interventions non chirurgicales (liste 2) et des autres forfaits

- incitation à l'élaboration d'un système de financement intégré
- Composition : groupe de travail technique, composé de membres du comité de pilotage (l'appel à candidature suivra), avec le soutien technique des deux administrations. Chaque réunion s'articulera autour d'un seul thème afin de rassembler les bons experts autour de la table
- Calendrier :
  - Préparation de l'avis du CFEH :
    - plénière février 2020 réalisation des quick wins et clarification des to do's pour 2020
    - plénière juin 2020 : identification des besoins pour 2021
    - plénière février 2021 : modifications apportées au système de financement au 1.7.2021
  - préparation de l'avis pour la commission de conventions hôpitaux-OA/le Comité de l'assurance :
    - fin 2019/début 2020 : réalisation des quick wins, méthode de rééquilibrage et de clarification des to do's pour 2020
    - juin 2020 : besoins pour 2021
    - fin 2020 : modifications apportées au système de financement 1.1.2021
    - préparation de l'avis relatif à la note conceptuelle sur le système de financement intégré : automne 2021
- Président : coprésidence Ingrid Nolis (INAMI) et Dieter Goemaere (CFEH)
- Rapporte au comité de pilotage

#### Groupe de travail panel de médecins experts

- Mission : mise en place et mise à jour permanente des listes 1 et 2 des interventions (chirurgicales et non chirurgicales), transfert des prestations de la convention INAMI ↔ liste A
- Composition : groupe de travail composé d'experts de référence des principaux groupes cibles/groupes de pathologies. Réunions par groupe cible/groupes de pathologies après avoir établi les critères généraux et fixé le calendrier. Appel à candidature via la BASS, la SBAR, les syndicats médicaux et les fédérations des hôpitaux. Concrétisation et suivi financier par un collaborateur de l'administration ou le coordinateur de projet.
- Calendrier :
  - Fixation de critères généraux, liste de priorités, groupes cibles/groupes de pathologies à traiter : automne 2019
  - Préparation de l'avis du CFEH :
    - Si budget 2020 → plénière mars 2020 : première révision de la liste, proposition de transfert des prestations de la convention INAMI ↔ liste A BMF
    - Si pas de budget 2020 → plénière juin 2020 : input concernant les besoins pour 2021 – première révision de la liste, proposition de transfert des prestations de la convention INAMI ↔ liste A BMF
    - plénière février 2021 : modifications apportées à la liste au 1.7.2021
    - et cætera (progressivement et en fonction du budget disponible)
  - préparation de l'avis pour la commission de conventions hôpitaux-OA/le Comité de l'assurance :
    - Si budget 2020 → début 2020 : première révision de la liste, proposition de transfert des prestations de la convention INAMI ↔ liste A BMF
    - Si pas de budget 2020 → juin 2020 : input concernant les besoins pour 2021 : première révision de la liste, proposition de transfert des prestations de la convention INAMI ↔ liste A BMF
    - fin 2020 : modifications apportées aux listes au 1.1.2021
    - et cætera (progressivement et en fonction du budget disponible)
- Présidence : lancement d'un appel au sein du comité de pilotage (médecin)
- Rapporte au Groupe de travail système de financement hôpital de jour et au comité de pilotage
- Travail préparatoire du KCE 2017 : demandé au KCE, en attente d'une réponse
- Travail préparatoire du CTM INAMI 2012 : disponible

#### Adaptation de la nomenclature

- Mission : inclusion de l'intention de révision de la nomenclature d'hospitalisation de jour (honoraires de surveillance, coordination des honoraires, forfaits) dans l'accord Médicomut + poursuite de la concrétisation des propositions
- Objectif et calendrier : à définir par la Médicomut/le CTM, idéalement le plus rapidement possible
- Informe le comité de pilotage de l'état d'avancement des travaux : médecin à nommer
- Travail préparatoire de l'INAMI : Daniël Crabbe fournit l'analyse à J. de Toeuf (et G. Bejanni)

#### GT enregistrements RHM

- Mission : mise au point de l'enregistrement RM-RHM pour l'hospitalisation de jour
- Composition : GT CFEH ad hoc

- Présidence : à déterminer
- Calendrier : préparation de l'avis du CFEH d'ici la plénière de février 2021
- Rapporte au comité de pilotage

#### GT assouplissement de la déclaration d'admission

- Mission : analyser la possibilité d'une application assouplie de la déclaration d'admission pour chambre à deux lits en hospitalisation de jour
- Composition : GT CFEH/INAMI « déclaration d'admission »
- Président : Griet Ceuterick
- Calendrier : lancement automne 2019, délai le plus rapidement possible
- Rapporte au comité de pilotage

#### GT Benchmarking et profil

Mission : Pour le BMF, il y a déjà un feedback individuel pour les hôpitaux. Pour l'hôpital de jour médical, cela n'existe pas encore. L'administration INAMI détermine les critères pertinents et les soumet au panel des médecins.

Le Benchmarking devient encore plus pertinent si les listes établies sont à jour.

Le comité d'accompagnement précisera la composition et le fonctionnement.

#### GT Directives hospitalisation de jour

Au vu des discussions menées avec les médecins, les directives n'ont pas été retenues, car jugées non pertinentes.

