

**MULTIPARTITE-STRUCTUUR BETREFFENDE  
HET ZIEKENHUISBELEID  
STRUCTURE MULTIPARTITE EN MATIERE DE  
POLITIQUE HOSPITALIERE**



FOD Volksgezondheid – DG1  
Victor Hortaplein, 40 Bus 10  
B- 1060 Brussel  
Eurostation Bloc 2

INAMI/RIZIV  
211, Avenue de Tervuren  
B-1150 Bruxelles

Contactpersoon:  
Francis Loosen (NL)  
☎ 02/524.86.43  
e-mail: [francis.loosen@health.fgov.be](mailto:francis.loosen@health.fgov.be)

Personne de contact:  
Mickael Daubie (FR)  
☎ 02/739.77.04  
e-mail: [Mickael.Daubie@inami.fgov.be](mailto:Mickael.Daubie@inami.fgov.be)

**AVIS de la structure Multipartite relatif aux « MONTANTS DE  
REFERENCE »  
EN REPONSE A LA DEMANDE D'AVIS DE MADAME LA MINISTRE  
ONKELINX DU 9 DECEMBRE 2008  
EN COMPLEMENT A L'AVIS DU 22 AVRIL 2010.**

## **1. INTRODUCTION**

1.1. Le 9 décembre 2008, la Ministre Onkelinx a fait savoir qu'elle avait, pour une large part, donné suite à l'avis de la Structure multipartite relatif à la politique hospitalière, en transposant une série de recommandations en une modification de la législation AMI.

Cela concernait notamment:

- le précalcul proactif des montants de référence comme indicateur pour les hôpitaux;
- la création de seuils censés empêcher une spirale descendante des montants de référence ;
- l'introduction d'une période de carence afin d'éviter que le système ne soit contourné par l'accomplissement de prestations en dehors de la période d'hospitalisation.

1.2. Dans un premier avis partiel de la Multipartite du 22 avril 2010:

- plusieurs recommandations auxquelles la Ministre n'a pas encore donné suite ont été rappelées;
- des suggestions d'amélioration du système des montants de référence ont été formulées;
- des propositions relatives à la technique de valeurs seuils ont été formulées;
- une méthodologie a été proposée pour le travail d'étude au sujet de la période de carence et de la problématique de l'hospitalisation de jour qui y est liée;
- un projet de la définition de plusieurs indicateurs de qualité et de performance du fonctionnement hospitalier a été proposé.

1.3. Toujours pour donner suite à la demande d'avis de la Ministre du 22 avril 2008, l'AIM a demandé à ce que soient effectuées des simulations au sujet de l'introduction d'une période de carence et de l'hospitalisation de jour. Dans le présent avis, qui a été préparé par le groupe de travail existant sous la direction de monsieur C. Decoster, directeur-général, une analyse détaillée des résultats de ce travail d'étude est réalisée et le groupe de travail formule une série de recommandations après s'être réuni à ce sujet les 1<sup>er</sup> juillet 2010, 7 septembre 2010, 26 octobre 2010, 3 février 2011 et 3 mars 2011.

Entretemps un rapport à la réunion plénière a été présenté le 18 novembre 2010. Le rapport définitif du groupe de travail a été approuvé par la réunion plénière du 19 mai 2011. Le présent rapport peut, par conséquent, être transmis comme avis au Ministre.

## **2. APPLICATION DE LA PERIODE DE CARENCE ET INTEGRATION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR**

Dans ses simulations, l'AIM est partie d'une approche qui rejoint autant que possible la réalité médicale sur le terrain. Une proposition de méthodologie alternative a été développée afin de déterminer la part des prestations durant la période de carence (30 jours), liées à l'activité hospitalière (intramuros et extramuros) et entrant de ce fait en considération pour un remboursement, en vue du remplacement de la méthode proportionnelle prévue à l'article 56ter, § 11, 9° de la loi AMI. Cette hypothèse implique une modification de la loi.

## **2.1. Simulation AIM fondée sur le lien prescripteurs/dispensateurs sans application du principe de proportionnalité**

Dans cette simulation, les prescripteurs (**hormis les médecins généralistes**)/ dispensateurs ont été liés à une institution, pour autant qu'au moins 15 prestations par ce prestataire/prescripteur aient été attestées sur base annuelle dans l'hôpital concerné. Ces attestations concernaient l'intramuros ainsi que l'activité ambulatoire dans l'hôpital. Ensuite, par intervention de référence, les prestations effectuées par les dispensateurs ainsi sélectionnés, ambulatoire inclus et quelle que soit leur spécialité, ont été reprises dans les compteurs de l'intervention de référence de l'institution où l'intervention a eu lieu. Sur la base des compteurs ainsi définis, les phases 1 et 2 de l'article 56ter ont été accomplies par institution, par APR-DRG, par degré de sévérité et par poste de dépenses. Dans cette simulation, il n'est donc pas question de proportionnalité.

La simulation s'est fondée sur un élargissement des hospitalisations classiques avec une période de carence et des séjours d'hospitalisation de jour avec une période de carence. Pour la définition du "cut-off" de la période de carence inférieure à 30 jours – parce qu'une admission préalable intervient au cours de cette période –, les séjours en hospitalisation de jour ont été pris en compte en plus de l'hospitalisation classique, à l'exclusion des forfaits mini, plâtre et dialyse.

Cette proposition n'a pas été suivie, parce que des remboursements sont réclamés à l'hôpital pour des prestations qui n'ont pas été facturées par celui-ci. Pour cette raison, la Multipartite a préféré continuer à travailler selon le cadre légal actuel et donc tenir compte malgré tout du principe de proportionnalité.

## **2.2. Simulation AIM fondée sur la législation en vigueur avec application du principe de proportionnalité**

2.2.1. Les deux possibilités suivantes ont été examinées par l'AIM:

- soit l'élargissement à une période de carence exclusivement pour les hospitalisations classiques;
- soit l'élargissement à une période de carence pour tous les séjours, tant les séjours classiques que les séjours en hospitalisation de jour par institution.

Dans cette simulation, il a été tenu compte de toutes les prestations entrant en ligne de compte pour les montants de référence, donc y compris celles prescrites par des médecins généralistes pendant la période de carence.

Le montant global de récupération en fonction de la méthodologie sélectionnée peut se résumer comme suit:

**Tableau 1: Aperçu global du montant de récupération en fonction de la méthodologie choisie**

	Séjours classiques	%	Séjours class. + période carence	%	Tous séjours + période carence	%
Imagerie médicale	1.016.366 €	28%	1.206.155 €	37%	1.473.148 €	37%
Biologie clinique	658.776 €	18%	531.001 €	16%	676.366 €	17%
Prestations techniques	1.968.899 €	54%	1.488.657 €	46%	1.804.101 €	46%
<b>Total</b>	<b>3.644.041 €</b>	<b>100%</b>	<b>3.225.813 €</b>	<b>100%</b>	<b>3.953.615 €</b>	<b>100%</b>

2.2.2. Les constats suivants ont été posés:

1. La différence de montant global à récupérer entre la simulation où seuls les séjours classiques sont élargis à une période de carence (3,22 millions €) et celle portant sur l'ensemble des séjours (y compris l'hospitalisation de jour) avec une période de carence (3,95 millions €) est de 728.000 EUR, soit 23%. Cependant, cette récupération plus élevée est à mettre en lien avec un quasi-doublement du nombre de séjours pris en compte dans la simulation (225.811 séjours classiques d'une part versus 424.984 séjours classiques et hospitalisation de jour d'autre part, soit +88% en termes de séjours évalués).
2. Alors que le poids relatif de la récupération en matière de biologie clinique reste stable sur les trois simulations (16%-18%), on observe un glissement des prestations techniques (proportion de 54% dans la réglementation existante passant à 46% dans les simulations avec élargissement à une période de carence) vers l'imagerie médicale (proportion réglementation existante: 28%, proportion avec élargissement période de carence: 37%).
3. En introduisant une période de carence uniquement pour les hospitalisations classiques, on constate, par rapport à la législation actuelle, une réduction du montant global à récupérer (-420 000 EUR, soit -11%). Cette diminution globale est due à une augmentation de la récupération en imagerie médicale (+190.000 EUR), combinée à une diminution (-480.000 EUR, soit -25%) des prestations techniques et de la biologie clinique (-127.000 EUR, soit -20%). Par rapport à la législation actuelle, en introduisant une période de carence pour l'ensemble des séjours, les montants de récupération pour la biologie clinique arrivent à un niveau équivalent (+18.000 EUR, soit +2,3%), le montant à récupérer pour les prestations techniques diminue, mais dans une moindre mesure que dans la simulation "classique+période de carence" (-164.000 EUR,

soit -8,4%), tandis que le montant à récupérer pour l'imagerie médicale continue à augmenter (+457.000 EUR, soit +45%). Le montant total à récupérer augmente dès lors ainsi de 309.000 EUR, soit près de 8,5%, une augmentation qui doit être comparée avec l'augmentation de 88% du nombre de séjours analysés

4. Une explication à ces variations, en particulier aux variations concernant l'imagerie médicale, pourrait résider dans le fait que la simulation a été effectuée sur la base des données 2006, donc avant l'intégration complète des petits risques dans le régime des indépendants dans le cadre de l'assurance obligatoire. Il en résulte qu'une intégration de la période de carence pour les prestations qui sont cataloguées comme gros risques, tant en intramuros qu'en ambulatoire, à savoir l'imagerie médicale, aura sans doute un impact plus important dans les simulations.

2.2.3 Après analyse des résultats respectivement en phase 1 et en phase 2, le groupe de travail a opté pour la piste "hospitalisation classique + hospitalisation one day + période de carence", et ce en vertu des arguments suivants:

1) Les simulations réalisées sur la base des trois méthodologies (hospitalisations classiques vs hospitalisations classiques + période de carence vs tous séjours + période de carence) présentent globalement peu de différences en ce qui concerne :

- a. l'impact budgétaire (cela n'a jamais été la finalité des montants de référence);
- b. le nombre d'hôpitaux sélectionnés en phase 2 (remboursement);
- c. la sensibilité des 'cut off' de la phase 1 (sélection des hôpitaux pour le remboursement).

2) Toutefois, le choix de la méthodologie reste important au niveau individuel de l'hôpital pour les hôpitaux susceptibles d'être sélectionnés en vertu des trois méthodologies analysées.

Sur la base de ces deux constats, la plupart des membres - à l'instar de la proposition de l'AIM- a opté pour la méthodologie qui reflète le mieux la réalité médicale et la production médicale globale de l'institution, à savoir la méthodologie tous séjours + période de carence.

**Deux membres du groupe de travail** se sont ralliés à l'application d'une période de carence, mais **ont estimé préférable de réaliser l'élargissement aux hospitalisations de jour lors d'une deuxième phase**, après avoir acquis une connaissance plus approfondie a) des motifs et circonstances dans lesquels il est recouru à l'hospitalisation de jour et

b) de la comparabilité des séjours classiques et des séjours en hospitalisation de jour par rapport à des APR-DRG similaires. Les autres membres n'ont pas été de cet avis, parce qu'il existe déjà de nombreuses études sur les hospitalisations de jour et que le deuxième rapport s'inscrit dans la continuité d'avis antérieurs de la Multipartite, qui préconisent un élargissement du système aux hospitalisations de jour.

Cette option s'inscrit aussi dans la politique de ces dernières années visant à promouvoir l'hospitalisation de jour et à l'intégrer dans la politique hospitalière.

De plus, le choix de méthodologie proposé respecte les limites du cadre de référence légal actuel pour la réalisation de l'objectif du système des montants de référence, à savoir la suppression des écarts injustifiés de consommation médicale, pour ce qui est considéré par le terrain comme 'des interventions standard'.

#### 2.2.4. Considérations formulées lors de la réunion plénière de la Structure multipartite du 18 novembre 2010

Lors de sa réunion plénière du 18 novembre 2010, la Multipartite a examiné les simulations précédentes reprises dans le premier rapport intermédiaire. Au cours de cette réunion, un certain nombre de points noirs ont été signalés:

- 1) Il est jugé inadmissible que des hôpitaux entrent en considération pour une récupération (phase 1) en raison de prestations qui ne peuvent être mises en corrélation logique avec l'hospitalisation, même si la récupération ne s'effectue que proportionnellement pour les prestations accomplies pendant l'hospitalisation.
- 2) Les hôpitaux ont besoin de sécurité juridique. Il est inconcevable que le montant à récupérer présente de fortes variations en fonction de l'application d'une hypothèse ou d'une autre. L'objectif doit rester d'éliminer les écarts de pratique injustifiés.
- 3) La simulation sur la base des données de 2006 est jugée inopportune par certains membres, en ce qui concerne l'hospitalisation de jour, parce qu'à cette époque, l'enregistrement n'était pas encore réalisé avec soin. Il vaudrait mieux procéder à une nouvelle simulation à l'aide de données plus récentes.

Le groupe de travail a été prié par conséquent de réfléchir aux points noirs évoqués ci-dessus et de faire ensuite à nouveau rapport à la réunion plénière. Ceci aboutissait à une nouvelle série de simulations.

### 2.3. Simulation AIM visant à objectiver l'introduction d'une période de carence et de l'hospitalisation de jour

La nouvelle simulation vise à évaluer l'impact de l'intégration des prestations d'hospitalisation de jour et de la période de carence. En fait, l'objectif est de vérifier si, pour des interventions présentant, d'une part, de fortes variations entre hôpitaux des interventions d'hospitalisation de jour et, d'autre part, une proportion nationale élevée d'interventions en hospitalisation de jour pour le nombre total d'interventions pour cette pathologie, des glissements objectivables entre hôpitaux apparaissent en comparaison avec une situation lorsqu'il est tenu compte exclusivement des hospitalisations classiques comme c'est le cas aujourd'hui dans l'application du système des montants de référence.

Afin d'éviter les problématiques de 'cut off' et de couplage, l'AIM suggère ici d'analyser les amygdalectomies et ménisectomies<sup>1</sup>. Ces deux maladies affichent un taux élevé d'hospitalisation de jour et de couplage (cf. tableau 1 du rapport AIM du 28 juin 2010). En outre, les interventions pour amygdalectomie concernent un groupe de patients très homogène (enfants), où il est rare que se manifestent des risques médicaux ou complications médicales graves.

Concrètement, il s'agit de réaliser chaque fois, pour les deux interventions séparément et pour les deux interventions ensemble, les deux phases des montants de référence (phase 1: sélection des hôpitaux entrant en ligne de compte pour un remboursement, phase 2: calcul des montants à rembourser par les hôpitaux sélectionnés), et ceci pour les deux options suivantes.

1. d'une part, la réglementation actuelle (uniquement hospitalisation classique);
2. d'autre part, la production hospitalière totale (classique + hospitalisation de jour) avec intégration de la période de carence.

#### 2.3.1. APR-DRG 097 - Amygdalectomie

L'analyse porte sur **39.278** interventions (couplées et inliers), dont quasiment **80% (31.294)** ont été effectuées **en hospitalisation de jour**.

Remarque : Pendant la réunion plénière du 19 mai 2011 il a été demandé de tenir compte de la limite d'âge = > 14 ans et de scinder les

---

<sup>1</sup> APR-DRG 097 - Adénoïdectomie et amygdalectomie - APR-DRG 313 - Interventions des membres inférieurs et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (ménisectomie partielle ou totale) a été attesté

séjours car la proportion « hospitalisation de jour versus hospitalisation classique » à partir de cette limite se renverse pour cet APR-DRG.

Les tableaux 2 et 3 indiquent la répartition de ces interventions pour les 115 hôpitaux<sup>2</sup>.

**Tableau 2: Tableau cumulatif du nombre d'amygdalectomies  
Nombre total d'interventions**

Nbe hôp.	DRG 097 - Amygdalectomie			%	Part
	One Day	Classique	Total		
32	3.142	974	4.116	10,5%	76,3%
55	7.731	2.125	9.856	25,1%	78,4%
84	15.408	4.261	19.669	50,1%	78,3%
104	23.108	6.550	29.658	75,5%	77,9%
112	28.378	7.432	35.810	91,2%	79,2%
115	31.294	7.984	39.278	100,0%	79,7%

**Tableau 3: Tableau cumulatif du nombre d'amygdalectomies  
Nombre d'hospitalisations classiques**

Nbe hôp.	DRG 097 - Amygdalectomie			%	Part
	One Day	Classique	Total		
38	6.220	834	7.054	10,4%	88,2%
62	12.313	2.048	14.361	25,7%	85,7%
87	19.692	4.004	23.696	50,2%	83,1%
105	26.901	6.098	32.999	76,4%	81,5%
113	30.161	7.366	37.527	92,3%	80,4%
115	31.294	7.984	39.278	100,0%	79,7%

Il ressort de la comparaison des tableaux 2 et 3 que les hôpitaux du tableau 3 qui présentent un volume élevé d'interventions classiques (les hôpitaux situés aux places 106 à 115 concentrent 23,6% des admissions classiques) attestent à peine 14% des interventions en hospitalisation de jour, ce qui est aussi très bien reflété par la diminution continue de la proportion de l'hospitalisation de jour selon que l'on se trouve dans une classe de percentiles plus élevée.

En revanche, le tableau 2 indique une plus grande cohérence entre, d'une part, la production globale et, d'autre part, l'attestation en hospitalisation de jour: les institutions situés aux places 105 à 115 représentent 24,5% de l'ensemble des interventions APR-DRG 097 et 26,5% des interventions en hospitalisation de jour. De plus, la proportion de l'hospitalisation de jour reste beaucoup plus constante sur l'ensemble des percentiles.

<sup>2</sup> Pour un hôpital, aucun APR-DRG 097 n'est indiqué, ni en ambulatoire, ni pendant un séjour classique.



Se limiter aux hospitalisations classiques donne donc une image biaisée de l'importance individuelle de l'hôpital par rapport au degré d'activité global pour cette pathologie.

### 2.3.2. APR-DRG 313 - Ménisectomie

Ici, l'analyse est réalisée sur **33.190 interventions**, dont **30.800 ou 93% en hospitalisation de jour**. Les tableaux 4 (production globale) et 5 (hospitalisation classique) indiquent la répartition des interventions sur les institutions<sup>3</sup>.

**Tableau 4:** Tableau cumulatif du nombre de ménisectomies  
Nombre total d'interventions

Nbe hôp.	DRG 313 - Ménisectomie			%	Part
	One Day	Classique	Total		
41	2.954	382	3.336	10,1%	89%
64	7.560	811	8.371	25,2%	90%
89	15.611	1.355	16.966	51,1%	92%
105	23.258	1.882	25.140	75,7%	93%
112	27.764	2.209	29.973	90,3%	93%
115	30.800	2.390	33.190	100,0%	93%

**Tableau 5:** Tableau cumulatif du nombre de ménisectomies  
Nombre d'hospitalisations classiques

Nbe hôp.	DRG 313 - Ménisectomie			%	Part
	One Day	Classique	Total		
36	4.205	243	4.448	10,2%	95%
61	10.043	613	10.656	25,6%	94%
88	17.479	1.204	18.683	50,4%	94%
105	23.880	1.803	25.683	75,4%	93%
112	28.677	2.177	30.854	91,1%	93%
115	30.800	2.390	33.190	100,0%	93%

Bien que les constats soient moins clairs, en raison de la proportion globale relativement plus élevée de prestations d'hospitalisation de jour par rapport à celle des amygdalectomies (93% vs 80%), ils vont dans le même sens:

- Un volume élevé d'admissions classiques est lié à une proportion plus faible d'hospitalisation de jour par rapport à la production globale.
- Cohérence importante entre la production globale et l'hospitalisation de jour: les hôpitaux situés aux places 105 à 115 représentent 26,1% de l'ensemble des interventions et 26,3% des hospitalisations de jour, contre "seulement" 23,9% pour les interventions classiques.

<sup>3</sup> Il n'est mentionné aucune intervention pour deux institutions

### 2.3.3. APR-DRG 097 et APR-DRG 313 réunis

Pour les deux interventions réunies, il s'agit de **72.468 interventions**, dont **62.094** ou **85,7%** en hospitalisation de jour.

**Tableau 6: Tableau cumulatif du nombre d'APR-DRG 097 et 313**  
**Nombre total d'interventions**

Nbe d'hôp.	APR-DRG 097+ 313			% Cumulé	Part One day
	One Day	Classique	Total		
30	6.304	1.309	7.613	10,5%	82,8%
54	15.394	3.099	18.493	25,5%	83,2%
82	30.633	5.601	36.234	50,0%	84,5%
103	46.616	8.198	54.814	75,6%	85,0%
111	55.706	9.525	65.231	90,0%	85,4%
115	62.094	10.374	72.468	100,0%	85,7%

**Tableau 7: Tableau cumulatif du nombre d'APR-DRG 097 et 313**  
**Nombre d'hospitalisations classiques**

Nbe d'hôp.	APR-DRG 097+ 313			% Cumulé	Part One day
	One Day	Classique	Total		
33	9.414	1.065	10.479	10,3%	89,8%
58	20.925	2.636	23.561	25,4%	88,8%
85	37.702	5.260	42.962	50,7%	87,8%
104	50.706	7.884	58.590	76,0%	86,5%
112	59.174	9.477	68.651	91,4%	86,2%
115	62.094	10.374	72.468	100,0%	85,7%

Les constats pour les deux APR-DRG réunis sont les mêmes que pour ces deux APR-DRG pris séparément.

### 2.3.4. Cohérence de la politique d'hospitalisation de jour à l'hôpital?

Bien que l'analyse ne porte que sur deux interventions, il a semblé intéressant d'examiner le degré de concordance de la politique d'hospitalisation de jour entre les différents hôpitaux, ceci afin d'évaluer dans quelle mesure le respect d'une politique encouragée sans relâche par les autorités depuis des années – promotion de l'hospitalisation de jour – ne risque pas d'être pénalisé par d'autres mesures politiques (exclusion des séjours en hospitalisation de jour dans les montants de référence).

### 2.3.5. Résultats

Les tableaux repris ci-après sont une tentative de synthèse des résultats. Pour les trois “groupes” d’APR-DRG (097 seul, 313 seul et 097+313), on a calculé quels hôpitaux seraient sélectionnés pour le remboursement et combien ils devraient rembourser, en se basant chaque fois sur la réglementation actuelle (en tenant compte uniquement des séjours classiques pour ces APR-DRG) d’une part et sur base d’une comparaison de la production globale de l’institution (intégration des séjours en hospitalisation de jour) avec pour les deux types de séjours l’intégration d’une période de carence, d’autre part.

Les résultats des deux simulations par ‘groupe de pathologies’ ont ensuite été comparés au niveau de l’institution, en distinguant 3 groupes d’hôpitaux :

1. Les hôpitaux qui, sur la base de la simulation ‘**réglementation actuelle**’ **ne doivent pas effectuer de remboursement**, mais qui devraient le faire en cas d’intégration de l’hospitalisation de jour et de la période de carence, sont définis « **hôpitaux verts** ».
2. Les hôpitaux qui doivent effectuer un remboursement dans les deux simulations sont définis « **hôpitaux blancs** ».
3. Les hôpitaux qui, **sur la base de la réglementation actuelle, doivent effectuer un remboursement**, mais pas dans la simulation avec intégration de la période de carence et des séjours en hospitalisation de jour, sont présentés dans les tableaux comme « **hôpitaux jaunes** ».

Les tableaux de synthèse sont présentés ci-dessous.

**Tableau 8 - Tableau de synthèse de l'impact du choix méthodologique pour l'APR-DRG 097**

	Nbe d'hôp.	Nombre de séjours				Différence en montants à récupérer Méth. (tous séjours + carence) - Méth. (classique)			
		DRG 097 - Amygdalectomie				Biologie	Imagerie	Prest.	Total
		One Day	Classique	Total	% OD	Clinique	Médicale	Techn.	
Hôp. "jaunes"	12	4.234	648	4.882	87%	-2.037	-7.931	-7.269	-17.236
Hôp. "blancs"	26	7.228	1.924	9.152	79%	5.821	2.615	380	8.816
Hôp. "verts"	12	3.153	1.093	4.246	74%	4.089	6.649	5.598	16.336
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>14.615</b>	<b>3.665</b>	<b>18.280</b>	<b>80%</b>	<b>7.873</b>	<b>1.333</b>	<b>-1.290</b>	<b>7.917</b>

**Tableau 9 - Tableau de synthèse de l'impact du choix méthodologique pour l'APR-DRG 313**

	Nbe d'hôp.	Nombre de séjours				Différence en montants à récupérer Méth. (tous séjours + carence) - Méth. (classique)			
		DRG 313 - Menisectomie				Biologie	Imagerie	Prest.	Total
		One Day	Classique	Total	% OD	Clinique	Médicale	Techn.	
Hôp. "jaunes"	8	2.436	201	2.637	92%	-1.219	-3.009	-8.551	-12.778
Hôp. "blancs"	20	4.906	439	5.345	92%	838	25.126	-9.235	16.728
Hôp. "verts"	22	4.300	346	4.646	93%	1.744	20.625	4.541	26.910
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>11.642</b>	<b>986</b>	<b>12.628</b>	<b>92%</b>	<b>1.363</b>	<b>42.742</b>	<b>-13.244</b>	<b>30.860</b>

**Tableau 10 - Tableau de synthèse de l'impact du choix méthodologique pour les APR-DRG 097+313**

	Nbe d'hôp.	Nombre de séjours				Différence en montants à récupérer Méth. (tous séjours + carence) - Méth. (classique)			
		APR-DRG 097+313				Biologie	Imagerie	Prest.	Total
		One Day	Classique	Total	% OD	Clinique	Médicale	Techn.	
Hôp. "jaunes"	10	5.709	864	6.573	87%	-3.883	-10.757	-12.447	-27.086
Hôp. "blancs"	24	11.382	2.041	13.423	85%	5.966	13.757	-7.667	12.056
Hôp. "verts"	21	9.690	1.881	11.571	84%	7.168	34.677	10.494	52.340
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>26.781</b>	<b>4.786</b>	<b>31.567</b>	<b>85%</b>	<b>9.252</b>	<b>37.677</b>	<b>-9.620</b>	<b>37.309</b>

### 2.3.6. Conclusions

1. Un premier constat objectif est que les institutions où l'hospitalisation de jour est aujourd'hui largement devenue la norme pour les pathologies de ce type, sont évaluées dans le système des montants de référence » sur base d'un nombre marginal de séjours. Ainsi, sur un total de 72.468 séjours liés aux APR-DRG 097 et 313, seuls 2.905 séjours (864+2.041) ont finalement été sélectionnés pour une récupération financière dans la réglementation actuelle. La question peut se poser de la mesure dans laquelle ceci est représentatif de la pratique médicale et des dépenses générées pour le traitement de ces deux pathologies, puisque 86% de ces séjours sont exclus de toute forme d'évaluation.

2. Depuis 15 ans déjà, les autorités ne cessent de promouvoir la politique d'hospitalisation de jour: les chiffres de la répartition montrent que cette politique n'est pas mise en pratique par tous les acteurs: la prise de mesures politiques pour ces pathologies, en se basant uniquement sur les interventions classiques, générera un biais de plus en plus important, du fait que l'on s'appuie sur un élément qui est de moins en moins représentatif de la réalité sur le terrain.

3. Les simulations montrent clairement qu'un tel choix entraîne une pénalisation importante pour les hôpitaux qui ont suivi la politique d'hospitalisation de jour préconisée par les autorités: les résultats pour ces interventions à taux d'hospitalisation de jour déjà élevé, mais encore largement améliorable (cf. résultats APR DRG 097), montrent clairement que ce sont précisément les hôpitaux qui mènent une politique d'hospitalisation de jour plus intense qui sont les plus pénalisés.

4. Enfin, et ceci se situe hors du champ d'application des montants de référence – encore que ...– il y a lieu de s'interroger sur l'efficacité et la promotion de la qualité dans le secteur, quand on constate que des interventions courantes ne sont pas réalisées, ou le sont de façon marginale, dans une proportion non négligeable d'institutions.

## **2.4. Simulation alternative**

### **2.4.1. Méthode**

Au cours d'une des réunions du groupe de travail, deux membres ont demandé que soit réalisée une simulation alternative supplémentaire dans le cadre de l'élargissement éventuel du système des montants de référence à une période de carence et à l'inclusion des prestations en hospitalisation de jour chirurgicale. L'AIM a fondé cette simulation sur la méthodologie suivante:

1. Les valeurs nationales pour la valeur moyenne et la valeur médiane par APR-DRG, degré de sévérité et groupe de prestations sont calculées sur la base des dépenses totales générées durant la période de carence et l'hospitalisation (classique ou de jour).

2. La sélection des hôpitaux qui entrent en ligne de compte pour une récupération (phase 1) est effectuée sur la base d'une comparaison de cette moyenne nationale + 10%, avec les dépenses correspondantes générées par les institutions par APR-DRG et par degré de sévérité, **en fonction de la répartition décrite au point 3**. Lorsque la somme des différences de dépenses de l'hôpital par élément et cette moyenne nationale +10% est positive, l'hôpital est sélectionné pour récupération (phase 2).
3. La différence par rapport à la méthodologie utilisée jusqu'à présent, comme prévu dans l'actuel texte de loi, est que pour le calcul du montant à récupérer, une comparaison est encore effectuée avec la valeur médiane calculée au niveau national par APR-DRG et degré de sévérité pour les trois compteurs des dépenses, mais que cette comparaison est scindée, au niveau de l'institution, en deux types de séjours, **pour lesquels différents calculs sont effectués**:
  - a. D'une part, pour les **séjours classiques**, seules les dépenses générées pendant le séjour sont reprises dans les 3 compteurs, et ces montants sont comparés aux valeurs médianes au niveau national, comme calculé au point 1.
  - b. D'autre part, les dépenses générées durant la période de carence sont ajoutées aux **séjours en hospitalisation de jour chirurgicale**. Ce montant global 'hospitalisation de jour +carence' est alors comparé aux mêmes valeurs médianes nationales pour les compteurs respectifs.
4. Le montant total à récupérer pour les hôpitaux sélectionnés pour la phase 2 est déterminé en prenant la somme de toutes les différences positives au sein de l'hôpital entre les dépenses propres de l'institution, lesquelles sont fixées en tenant compte du calcul différent en fonction du type de séjour, et cette valeur médiane nationale.

5. Enfin, dans cette simulation, il n'est plus procédé à l'application de ce qu'on appelle la "règle de proportionnalité", parce que le point de départ implicite de cette simulation est l'hypothèse que les prestations reprises dans les compteurs des montants de référence (et qui relèvent de la responsabilité de l'hôpital) ne seront attestées qu'une seule fois au patient, à savoir pendant l'hospitalisation pour les interventions classiques et durant la période de carence pour les prestations en hospitalisation de jour. La procédure de sécurité implicite a posteriori, à savoir le concept de proportionnalité, incluse dans la réglementation actuelle, n'est pas nécessaire avec cette méthodologie, étant donné que cette procédure de sécurité a été effectuée a priori via le calcul des différentes moyennes hospitalières par compteur, degré de sévérité et APR-DRG en fonction du type de séjour (hospitalisation de jour ou classique).

Étant donné que cette proposition de méthodologie pour la phase 1 est basée sur la même sélection d'hôpitaux pour lesquels une récupération sera exigée que pour la procédure 'tous séjours + période de carence', les résultats de cette simulation alternative seront comparés à ceux de la simulation réalisée sur la base de la procédure qui pourrait être définie par AR dans le cadre de la législation actuelle, et qui ont été commentés dans le rapport n°2 de l'AIM du 30 août 2010.

## 2.4.2. Résultats

### 2.4.2.1. Résultats globaux

**Tableau 11 : Aperçu global en fonction de la méthodologie choisie**

	Séjours classiques	%	Tous séj.+ carence	%	Méthode alternative			%		
					One day	Classique	Total	OD	Class.	Tot.
Imagerie médicale	1.016.366	28%	1.473.148	37%	667.116	538.080	1.205.195	35%	24%	29%
Biologie clinique	658.776	18%	676.366	17%	364.151	279.028	643.179	19%	12%	15%
Prestations techniques	1.968.899	54%	1.804.101	46%	882.873	1.467.957	2.350.830	46%	64%	56%
<b>Total</b>	<b>3.644.041</b>	<b>100%</b>	<b>3.953.615</b>	<b>100%</b>	<b>1.914.140</b>	<b>2.285.065</b>	<b>4.199.204</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Sur la base de ces chiffres globaux, deux éléments peuvent être mis en avant:

- Le mécanisme de sécurité 'a posteriori' (règle de proportionnalité) semble plus efficient que la scission a priori en "one day+carence" et "classique", comme proposé dans la simulation alternative.
- La comparaison des séjours classiques avec une valeur médiane "gonflée" en phase 2 fait diminuer sensiblement la récupération pour les séjours classiques, à hauteur de quelque 37%, (3,644 millions vs 2,285 millions).

#### 2.4.2.2. Résultats par hôpital

Un **premier constat essentiel** est que la méthodologie alternative aboutit exactement à la même sélection d'hôpitaux que celle générée sur la base de la procédure prévue à l'article 56ter, lorsqu'une période de carence est ajoutée pour l'ensemble des interventions (hospitalisation de jour et classique).

Les montants moyens à récupérer via l'hospitalisation de jour ou classique concordent globalement, mais ces montants divergent fortement par hôpital. La récupération globale par séjour varie elle aussi fortement.

Sur la base de la comparaison de la répartition par compteur des récupérations, la dominance du compteur prestations techniques est frappante pour les hospitalisations classiques (2/3 des récupérations), comparée à moins de la moitié pour l'hospitalisation de jour. En revanche, la biologie clinique et l'imagerie médicale pèsent plus lourd dans le contexte de l'hospitalisation de jour, tant en chiffres relatifs qu'absolus.

#### 2.4.3. Comparaison avec les résultats fondés sur l'adaptation légale prévue (tous séjours + carence)

A quelques exceptions près, les récupérations basées sur la méthodologie alternative pèsent plus lourd pour la plupart des institutions.

#### 2.4.4. Conclusion

La principale conclusion à tirer de cette analyse basée sur la simulation alternative **est que cette simulation sélectionne les mêmes institutions** que celles que produirait l'actuelle adaptation éventuelle de la législation par AR – intégration hospitalisation de jour + période de carence pour toutes les institutions.

Par ailleurs, la mesure de sécurité 'ex post' du principe de proportionnalité prévue dans la législation actuelle semble donner lieu à des récupérations plus limitées que le principe 'ex ante' adopté par la simulation alternative.

Si l'on opte malgré tout pour un élargissement des montants de référence aux séjours en hospitalisation de jour et à la période de carence, ce qui est du reste souhaitable sur le plan de l'égalité de traitement et de la cohérence avec la réalité de la production médicale sur le terrain, et possible dans les limites du cadre légal actuel, **il semble judicieux, pour la majorité des membres du groupe de travail, d'opérer une intégration globale de la période de carence pour tous les séjours dans le cadre du système des montants de référence.**



#### **2.4.5. Réaction de 2 membres à cette simulation alternative, ainsi que réaction de l'AIM sur ce point.**

Deux membres du groupe de travail, dont le membre ayant demandé la simulation alternative, estiment que cette simulation ne correspond pas à la demande initiale de simulation alternative.

Au cours d'une première phase de la simulation, l'objectif visé était l'application de la même technique de sélection que celle basée sur la méthode de la proportionnalité, qui tient compte tant de l'hospitalisation classique que de l'hospitalisation de jour et de la période de carence.

Au cours de la 2e phase de la simulation et au niveau de l'hôpital individuel, seules les prestations durant l'hospitalisation (classique + de jour) sont retenues, en les comparant aux montants médians, ceux de la période de carence inclus.

L'AIM n'a pas répondu à la demande de ces deux membres pour les raisons suivantes :

- la charge de travail supplémentaire et la priorité donnée à d'autres projets ;
- la cohérence des simulations demandées, avec les orientations décrites dans la méthodologie approuvée par la Multipartite, concernant l'examen dans le cadre d'une éventuelle extension des montants de référence aux séjours en hospitalisation de jour et/ou à une période de carence ;
- l'éventuel double emploi avec les simulations déjà accomplies et publiées dans des rapports précédents ;
- la cohérence finale, intellectuelle et les capacités d'interprétation par rapport à la réalité sur le terrain des simulations demandées.

Étant donné que l'évaluation sur la base de ces quatre points a été négative, l'AIM a estimé devoir refuser les demandes de simulations supplémentaires de ces deux membres.

### **3. Conclusion générale**

Sur la base de toutes les simulations précédentes, une majorité du groupe de travail peut formuler les conclusions générales suivantes :

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- La Multipartite a voulu donner suite à la demande d'avis du ministre pour lequel la Multipartite avait auparavant cherché à intégrer dans la législation la possibilité de tenir compte de l'intégration de l'hospitalisation de jour et de l'introduction de la période de carence.</li></ul> |
|--|

– Avec ce rapport, on adhère au principe de l'étude de l'AIM, selon lequel le calcul des montants de référence doit autant que possible correspondre à la réalité médicale, ce qui signifie l'inclusion de l'hospitalisation de jour et des prestations accomplies durant la période de carence.

– Il ressort très clairement des simulations que si l'on ne devait pas tenir compte de l'hospitalisation de jour, on irait à l'encontre de la politique d'encouragement de l'hospitalisation de jour. Par ailleurs, les hôpitaux qui recourent fréquemment à l'hospitalisation de jour sont pénalisés parce que dans ce cas, les patients les plus lourds/les plus chers demeurent en hospitalisation classique.

– Comme la Multipartite l'a précédemment déclaré, il convient d'éviter que le régime des montants de référence soit contourné en effectuant en dehors de la période d'hospitalisation des prestations qui ont normalement lieu pendant l'hospitalisation.

– Les simulations ont montré qu'il était techniquement difficile, voire impossible, d'établir des relations correctes entre des prestations effectuées pendant la période de carence et celles effectuées pendant l'hospitalisation. L'AIM a essayé de le faire à l'aide des simulations telles que visées au point 2.1 du présent rapport. La Multipartite avait déjà rejeté les techniques de liaison entre prestataires/prestations parce que le lien ne pouvait être démontré. La seule alternative valable susceptible d'offrir une réponse aux contournements possibles consiste à appliquer dans la deuxième phase le principe de proportionnalité ; même si cette solution n'est pas la plus idéale, elle est malgré tout celle qui se justifie le plus. Elle donne par ailleurs exécution à la loi existante.

– La Multipartite rappelle qu'il n'existe à ce jour encore aucun identifiant patient unique, ce qui est absolument indispensable pour établir des rapports entre les prestations durant la période de carence et l'hospitalisation d'un même patient.

- La Multipartite insiste pour qu'il soit fait rapport au ministre quant au déroulement des travaux. Le groupe de travail attire également l'attention sur le fait qu'il est disposé à poursuivre ses travaux en vue d'une exécution adéquate d'un système d'incitant lié à la performance et à la qualité des soins dans les hôpitaux.

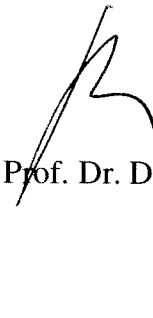
Ainsi approuvé à Bruxelles le 19 mai 2011

Le vice-président



Prof. Dr. J. Kips

Le président



Prof. Dr. D. Désir