

# LES SOINS A BASSE VARIABILITE: UN AN DEJA

01/02/2020 – Symposium GBS  
« Soins de santé: hot topics"  
Bibliothèque Royale de Belgique

M.Daubie, Directeur général a.i.  
Service Soins de santé INAMI



# Plan

- I. Contexte
- II. Les grands principes
- III. Les groupes de patients
- IV. Le montant global prospectif
- V. Un an déjà: les suites

# I. Contexte

- **Octobre 2014 « Accord de gouvernement »:** *La préférence du Gouvernement est pour un système de financement mixte avec un financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés*
- **Avril 2015 « Plan d'approche Réforme du financement des hôpitaux »:** *« la population des patients bénéficiant de soins hospitaliers est divisée en 3 clusters »* dont les *« soins de routine de basse variabilité standardisables »* financés sur la base d'un **montant fixe par admission** (hospitalisation classique ou hôpital de jour).

## II. Les grands principes du nouveau système (1/3)

- Un **montant global prospectif par admission** qui **couvre** les **prestations de santé** (y compris les médicaments, implants, dispositifs médicaux, les forfaits prévus dans la convention nationale,...) et le **budget des moyens financiers**. Indépendamment des prestations réellement réalisées.
- Système **introduit par étape**. Dans une première phase, limité aux **honoraires**.
- Ce système s'appliquera uniquement à certains **groupes de patients**. Il s'agit de patients qui exigent un processus standard de diagnostic et de traitement qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux (soins à basse variabilité).

## II. Les grands principes du nouveau système (2/3)

- Les patients payent un ticket modérateur forfaitaire
- Le système n'est pas d'application dans les services SP.
- Le budget des soins à basse variabilité est une enveloppe ouverte
- Toutes les règles de la nomenclature restent d'application

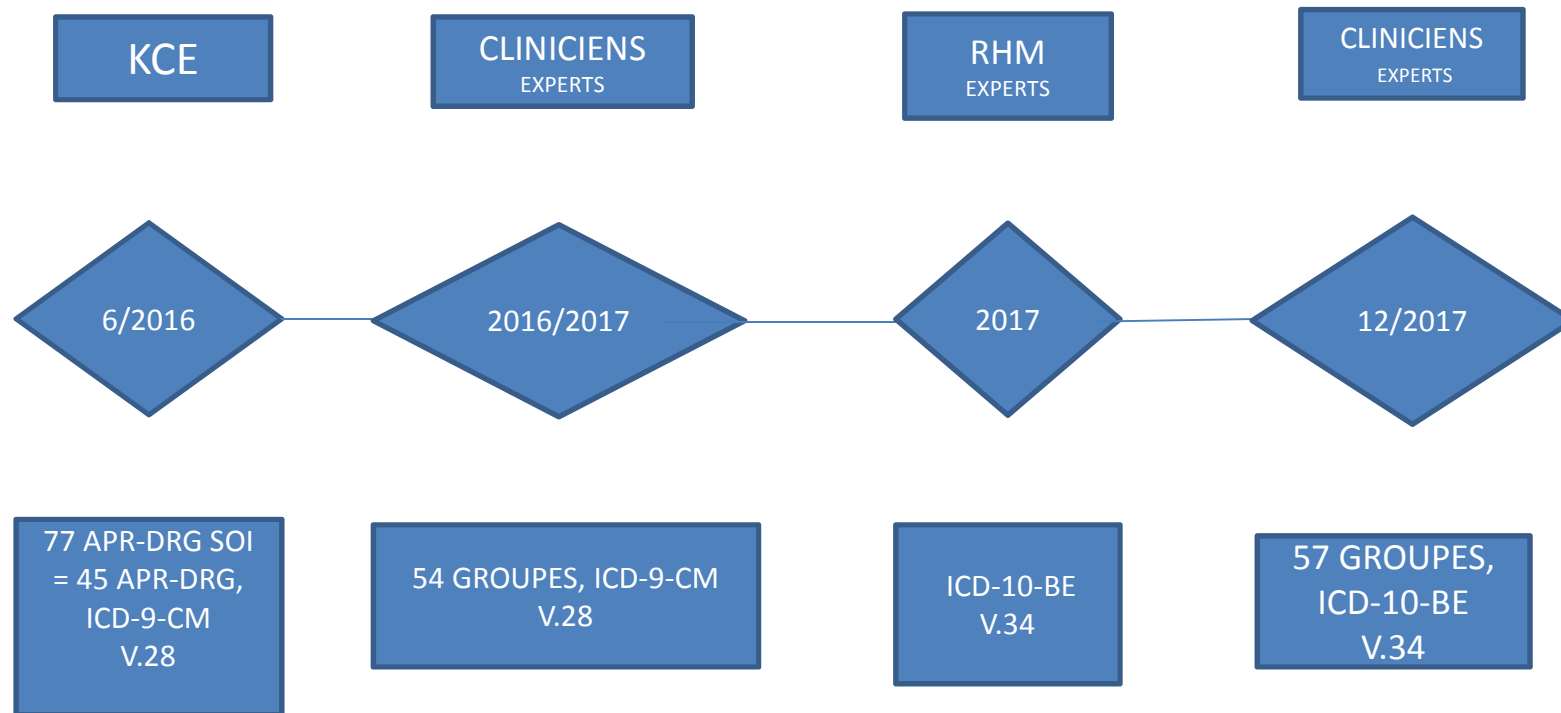
## II. Les grands principes du nouveau système (3/3)

- Le système des **montants de référence** est supprimé. Le système sera appliqué pour la dernière fois sur les admissions qui se terminent au plus tard le 31.12.2017.

Séjours	Calcul montants à rembourser en
2016	2019
2017	2020
2018	/
2019	Soins à basse variabilité

# III. Les groupes de patients

## A. Le processus



# III. Les groupes de patients

## B. Les principes généraux (1/2)

- Niveaux de sévérité 1 et/ou2
- Hospitalisation classique ET/OU hospitalisation de jour
- Création de sous-groupes au sein de l'APR-DRG (code(s) nomenclature)
- **Critères d'inclusion :**
  - Présence systématique de code(s) nomenclature de l'intervention principale.
  - Présence indispensable de code(s) ICD10-BE comme Diagnostic Principal.



# III. Les groupes de patients

## B. Les principes généraux (2/2)

### - Critères d'exclusion :

- ICD-10-BE : code diagnostic (CM) (Principal/Secondaire), code procédure (PCS) du placement abdominal du PM
- Groupes mutuellement exclusifs lorsque plusieurs groupes coexistent au sein du même APR-DRG
- Exclusion des procédures bilatérales
- Exclusion sur base de la durée entre la date d'entrée et celle de la prestation (540 - Cesarean Delivery et 560 - Vaginal Delivery)

# III. Les groupes de patients

## C. Mise à jour des groupes de patients

- ✓ Le Roi peut ajouter ou retirer des groupes de patients
- ✓ Un groupe de patients pourra être inscrit sur la liste pour autant qu'il s'agisse d'admissions (classique ou de jour) qui exigent un processus standard qui se différencie peu entre patients et entre hôpitaux (après évaluation statistique et clinique)

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### **Etape 1 : Les données utilisées:**

Les données couplées RHM-SHA (hospitalisation classique) et ADH (Hôpital de jour)

### **Etape 2 et 3 : Sélection des séjours**

Sélection des séjours qui répondent aux définitions des groupes de patients de l'annexe 1 de l'Arrêté Royal

### **Etape 4 : Les prestations exclues**

Règle de base: Tous les honoraires (médicaux et non médicaux) sont couverts par le montant global sauf...celles prévues comme exclues dans l'AR d'exécution.

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 4: Les prestations exclues

1. Articles de la nomenclature peu fréquents dans les groupes de patients sélectionnés: 2,..., 21, 24bis ,...,33, 33bis et 33ter
2. Certains forfaits:
  - i. L'honoraire forfaitaire de biologie clinique par jour et par admission
  - ii. L'honoraire forfaitaire par admission d'imagerie médicale
  - iii. Les honoraires forfaitaires pour la permanence dans une fonction SUS et soins intensifs

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 4: Les prestations exclues

3. Les prestations en service SP
4. Les pseudocodes (sauf quelques exceptions en biologie clinique)
5. Les « Consult aan bed » (25 codes nomenclatures de l'article 25)
6. Les honoraires de dialyse aigue
7. Les honoraires complémentaires pour un accouchement la nuit ou le week-end (jusqu'au 31/12/2021)

## IV. Le montant global prospectif

### A. Le calcul

**Etape 5 : Calcul de la médiane**

**Etape 6 : Correction des médianes** (aucune mesure d'économies!)

**Etape 7 : Extrapolation et indexation des données historiques**

=> Recalcul annuel sur base des données les plus récentes

# IV. Le montant global prospectif

## B. Les tickets modérateurs

1. 9 tickets modérateurs différents (arrondis) pour les 57 groupes de patients (annexe 2 de l'AR);
2. La distinction BIM vs non BIM est maintenue ( $9 * 2 = 18$  tickets modérateurs);
3. Pour le patient, même prix « national » prospectif (connu à l'avance) quel que soit l'hôpital où il séjourne.
4. Lors de l'indexation du montant global prospectif, les tickets modérateurs ne sont pas indexés => L'indexation est portée par l'intervention de l'INAMI. Il s'agit d'une mesure de protection des patients.

## IV. Le montant global prospectif

### C. Soutien financier des hôpitaux

- But: Soutenir les 102 hôpitaux concernés (ex. réorganisation équipes RHM, adaptation logiciels, formation personnel, ...)
- Budget: 7.000.000 € (financement ponctuel) pour l'ensemble des hôpitaux concernés
- Comment?
  - Via B4 du BMF 1<sup>er</sup> juillet 2018
  - Contrats B4 individuels entre chaque hôpital et le SPF SP



## V. Un an déjà: les suites

### A. Corrections du système? (1/2)

- ✓ Organe de concertation: Première réunion en février 2019 (syndicats médicaux, fédérations hospitalières et les administrations)  
+ Groupes de travail ad hoc

## V. Un an déjà: les suites

### A. Corrections du système? (2/2)

1. Les nouveaux-nés: facturation distincte
2. APR-DRG 191 (cardio) : problème d'encodage dans le RHM
3. Les prestations d'anatomopathologie: facturation centrale par l'hôpital
4. Les prestations de bandagisterie (art.29)
5. ...

## V. Un an déjà: les suites

### B. Monitoring du système (1/3)

- ✓ Collaboration renforcée entre les administrations
- ✓ Audit des groupes de patients concernés par les soins à basse variabilité à travers une équipe intégrée (SPF – INAMI – AFMPS)
- ✓ Redémarrage des audits médicaux: en 2019, Chirurgie bariatrique

## V. Un an déjà: les suites

### B. Monitoring du système (2/3)

- ✓ Comparaison (par hôpital & par groupes de patients) % séjours SBV 2019 versus % séjours SBV 2016 et 2017:
  - ✓ % séjours SBV 2019  $>$  % séjours SBV 2016 et 2017?
  - ✓ % séjours SBV 2019  $<$  % séjours SBV 2016 et 2017?  
(retard de facturation? Non application du nouveau système?,...)

## V. Un an déjà: les suites

### B. Monitoring du système (3/3)

- ✓ Suivi de la problématique des transferts;
- ✓ Suivi du risque de sous-médicalisation;
- ✓ Suivi des réadmissions;
- ✓ Suivi des durées moyennes de séjour, suivi du nombre d'admissions, suivi du shift entre l'hospitalisation classique et l'hôpital de jour, ...
- ✓ Evolution des groupes de patients, des prestations exclues,...

## V. Un an déjà: les suites

### C. Quelles perspectives pour l'avenir?

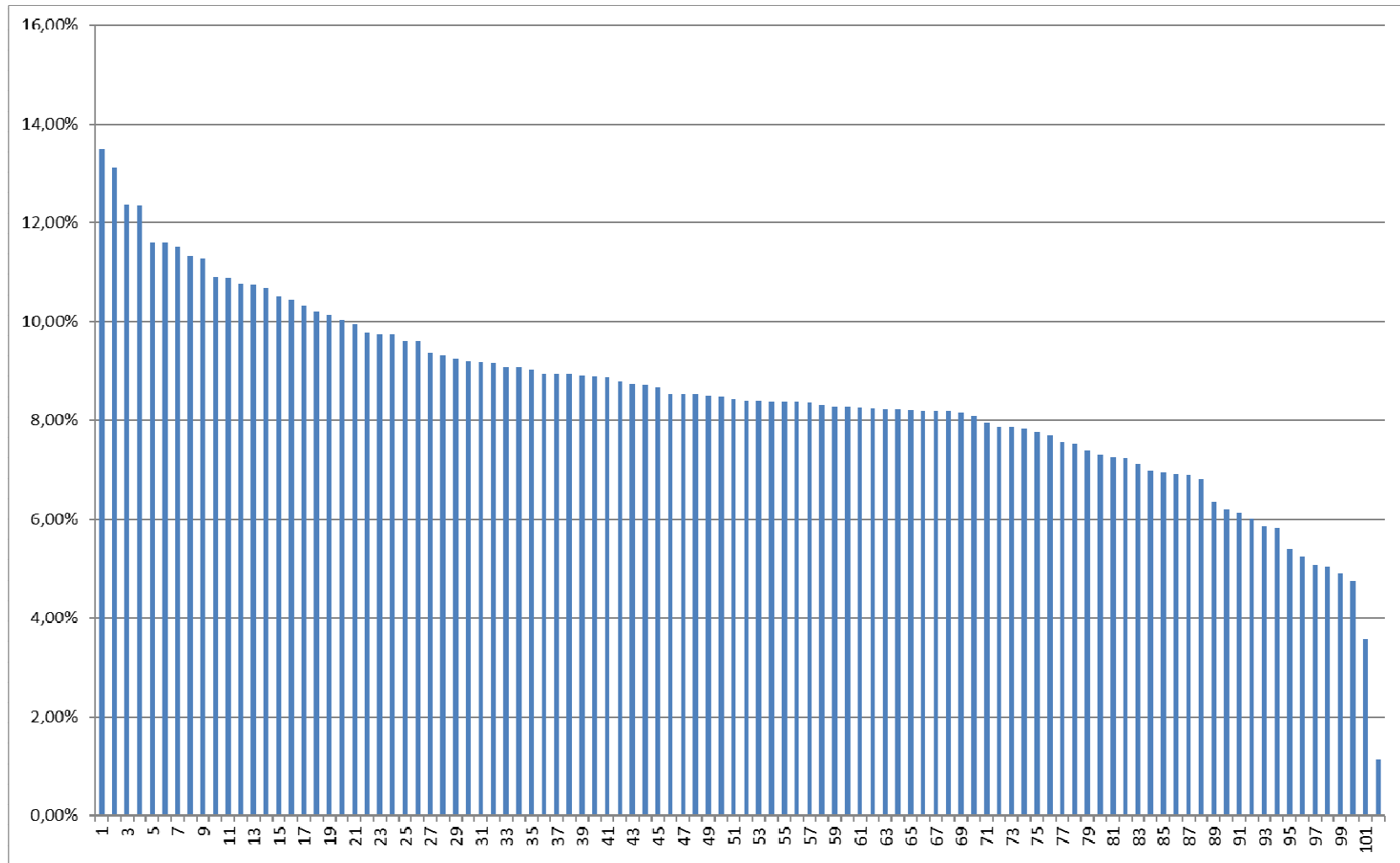
- Extension vers les médicaments (34 millions d'EUR)
- Extension vers les implants (213 à 227 millions d'EUR de 2016 à 2017)
- Réflexion sur le financement de l'imagerie médicale et la biologie clinique
- Extension vers le BMF ?
- **Version 36 du grouper au 1<sup>er</sup> janvier 2021!**

## VI. Quelques chiffres

type verblijf	<i>alle verblijven</i>		<i>verblijven laagvariabele zorg</i>		%	%ZIV- vergoeding
	aantal	ZIV-vergoeding (prestaties zorgverleners)	aantal	ZIV-vergoeding (prestaties zorgverleners)		
ADH	2.731.496	790.193.342	141.521	50.434.553	5,18%	6,38%
SHA	1.827.993	2.530.830.406	240.849	285.679.712	13,18%	11,29%
<b>totaal</b>	<b>4.559.489</b>	<b>3.321.023.748</b>	<b>382.370</b>	<b>336.114.265</b>	<b>8,39%</b>	<b>10,12%</b>

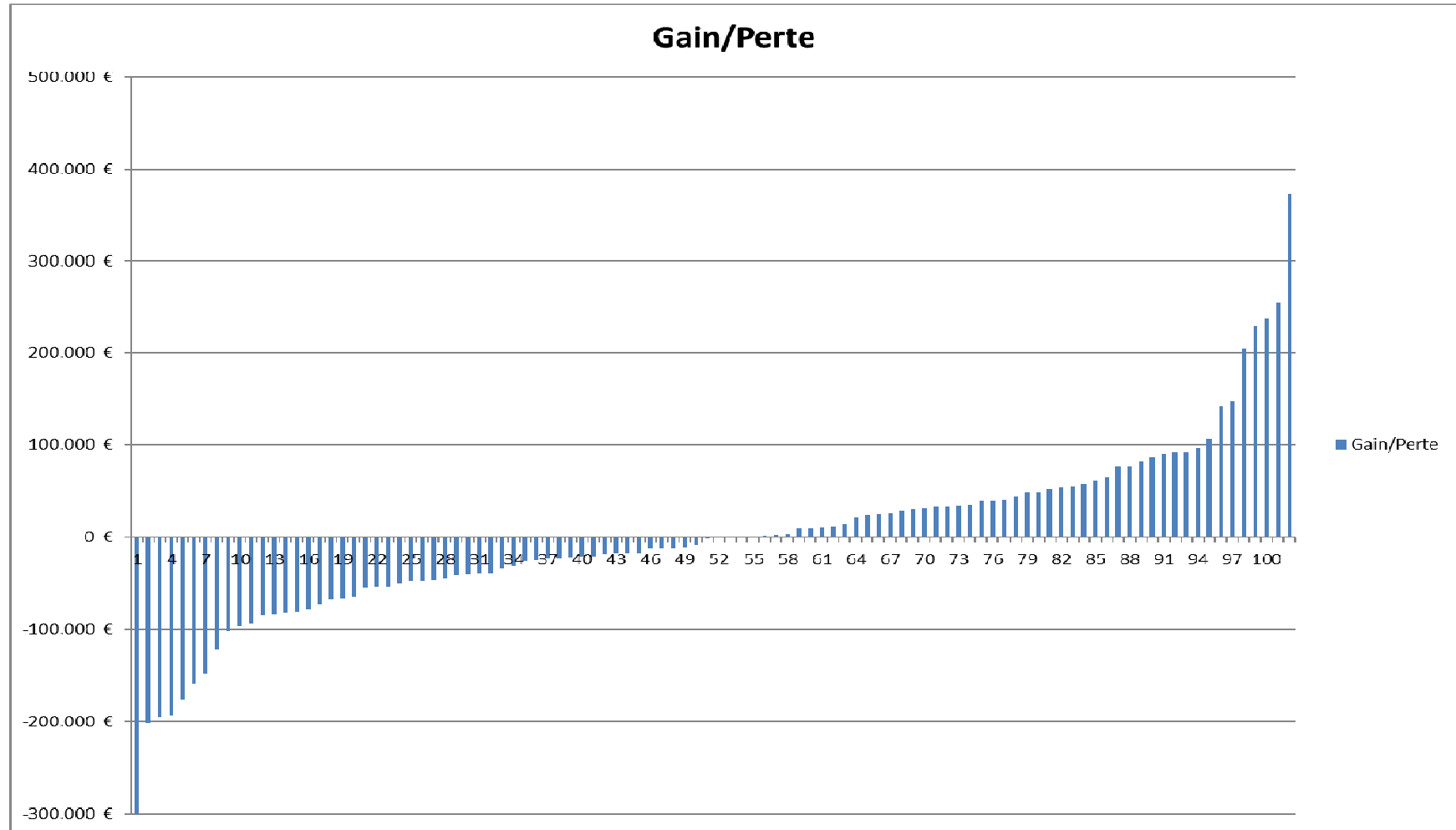
gekoppelde gegevens 2016

# VI. Quelques chiffres

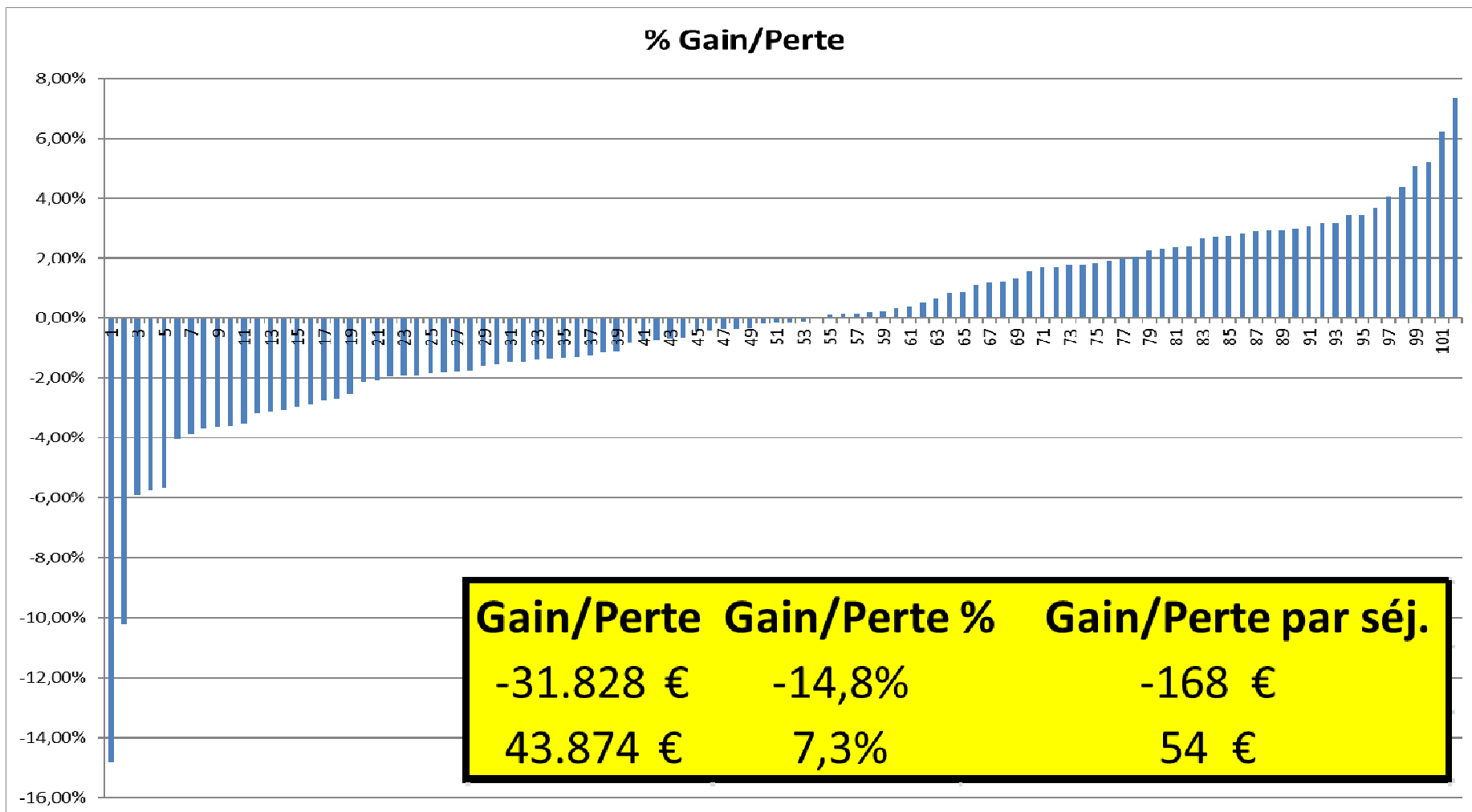




# VI. Quelques chiffres



# VI. Quelques chiffres



**Merci pour votre attention**

**[lowvariablecare@hosp.fed.be](mailto:lowvariablecare@hosp.fed.be)**

