

Soins à basse variabilité, trois ans plus tard: un bilan

M. DAUBIE
Conseiller général INAMI
26-10-2021 – BESCO
lowvariablecare@hosp.fed.be

Accord de Gouvernement

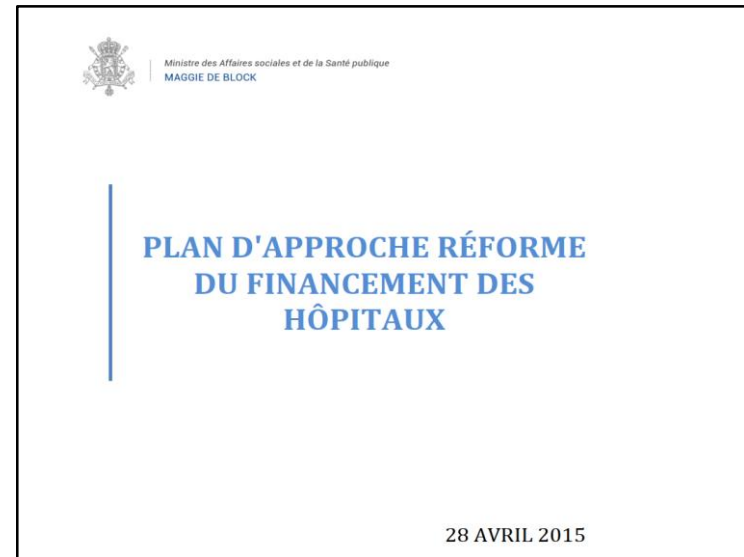
9 octobre 2014

La mise en œuvre de la méthodologie et de la planification établies au sein du KCE pour la révision du financement des hôpitaux par le biais d'une large concertation (« Feuille de route pour un nouveau financement des hôpitaux en Belgique ») est poursuivie.

La préférence du Gouvernement est pour un système de financement mixte, tant avec un financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés, qu'avec le maintien du principe d'un honoraire par prestation médicale.



1. CONTEXTE



De 06/2016 jusqu'à 12/2017
Groupes de travail avec des experts médicaux GBS, hôpitaux universitaires et administration ; (8 groupes de travail, 51 experts médicaux impliqués et 18 réunions) => 54 groupes de patients.



1. CONTEXTE:

PLAN D'APPROCHE POUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

- La population de patients recevant des soins hospitaliers est conceptuellement divisée en un nombre limité de groupes, qui peuvent être abordés de manière homogène en termes de financement. Dans une première approche, un regroupement en trois groupes est prévu :
 - Soins de routine, peu complexes et standardisables
 - Soins de complexité moyenne, assez standardisables mais moins que pour les soins à basse variabilité
 - Soins de haute complexité, pas ou peu standardisables



2. FINANCEMENT GROUPÉ DES SOINS DE BASSE VARIABILITÉ : 10 principes généraux (1)

1. Un **montant global prospectif par admission couvre les prestations de santé** (y compris les médicaments, implants, dispositifs médicaux, différents forfaits prévus dans les conventions nationales avec les établissements hospitaliers, ...) et le **budget des moyens financiers**.
2. Le système est **introduit par étape**. Dans une première phase, il est limité aux **honoraires**.
3. 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).
4. Les patients paient **un ticket modérateur forfaitaire**.
5. **Non applicable** au service spécialisé de traitement et de réadaptation fonctionnelle (SP).



2. FINANCEMENT GROUPÉ DES SOINS DE BASSE VARIABILITÉ: 10 principes généraux (2)

6. Le budget relatif aux séjours à basse variabilité est une **enveloppe ouverte**.
7. Toutes les règles de la **nomenclature** (règles d'application, ...) sont **maintenues** dans le nouveau système de financement
8. Le système des **montants de référence** est **supprimé**.
9. Les prestataires de soins restent les **propriétaires de leurs honoraires**.
10. Le système entre en vigueur **le 1er janvier 2019** pour les admissions à partir de cette date.



3. FINANCEMENT GROUPÉ DES SOINS À BASSE VARIABILITÉ

Groupes de patients : sélection

- Niveaux de sévérité 1 et/ou 2
- Hospitalisation classique ET / OU admission de jour
- Création de sous-groupes au sein de l'APR-DRG (code(s) nomenclature)
- Groupes mutuellement exclusifs lorsque plusieurs groupes coexistent au sein du même APR- APR-DRG;
- Critères d'inclusion (cumulatif)
- Critères d'exclusion (si l'un des éléments est mentionné, le séjour est exclu)

4. CALCUL DU MONTANT GLOBAL PROSPECTIF

- Calcul sur base de la médiane
- Correction des médianes + x%
⇒ Redistribution complète de la masse globale des honoraires = **Pas une mesure d'économie**
- Extrapolation et indexation des données historiques = par groupe de patients, adaptation des montants globaux prospectifs « historiques » aux valeurs actuelles

5. ÉLÉMENTS IMPORTANTS

- A. Date d'entrée en vigueur : le 1 janvier 2019
- B. La période de carence : **prévue mais pas encore en vigueur au 1er janvier 2019**
 - ✓ Le Roi peut étendre le montant global prospectif aux prestations réalisées avant et/ou après l'admission (période de carence).
 - ✓ Pour l'application à partir du 1er janvier 2019, le montant global prospectif ne tient pas compte des prestations réalisées avant ou après les admissions concernées par le nouveau système.

5. ÉLÉMENTS IMPORTANTS

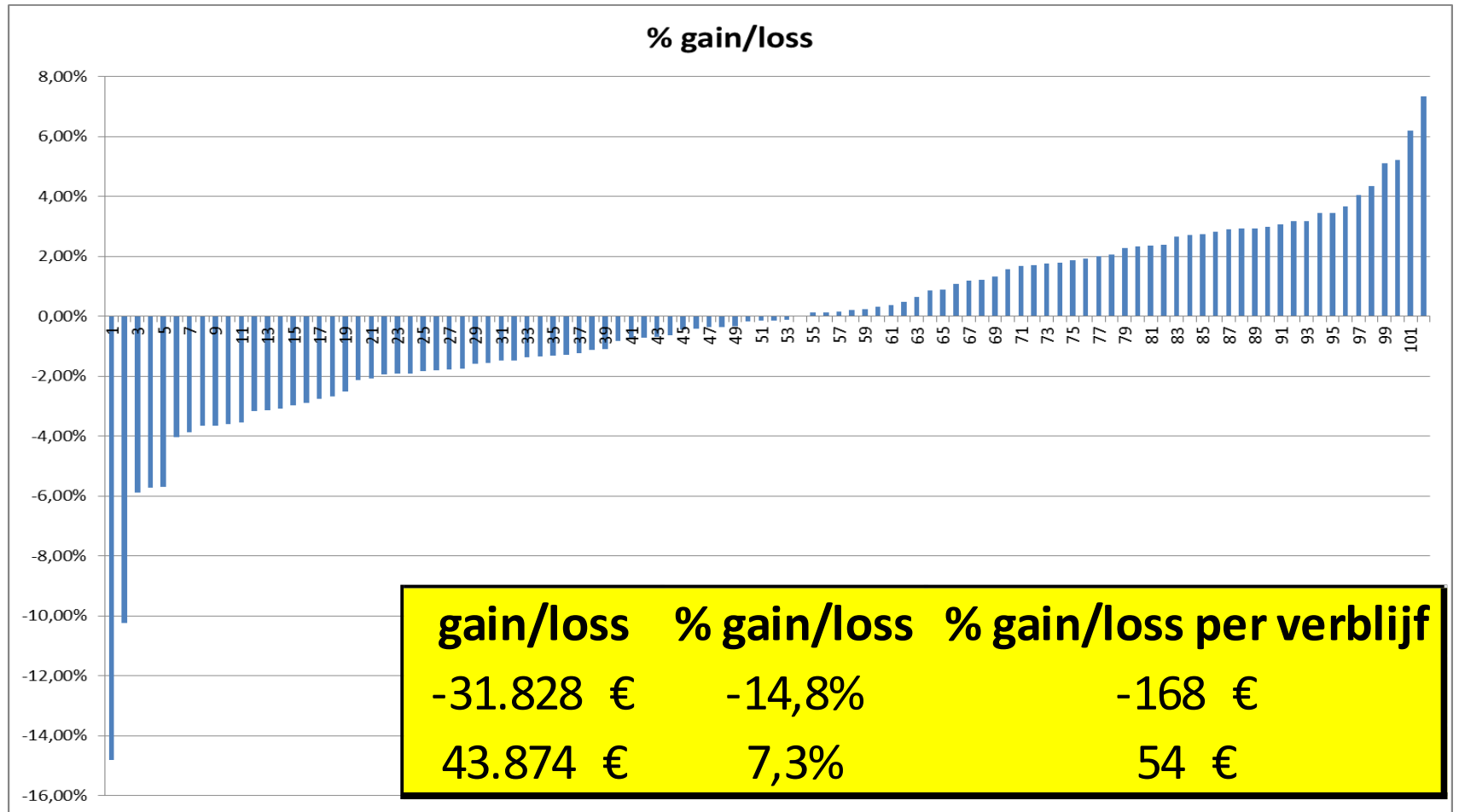
C. Système des montants de référence : le système des montants de référence est supprimé. Le système est appliqué pour la dernière fois sur les admissions qui se terminent au plus tard le 31.12. 2017.

Séjours	Calculs des montants remboursés en
2016	2018
2017	2019
2018	/
2019	Soins à basse variabilité

6. DONNEES DE BASE (pour 1/01/2019)

Row Labels	Sum of honoraria NC /
N14 - Anesthesiologie	69.427.603 €
N32 - Orthopedie	35.112.371 €
N51 - Percutane interventionele verstrekkingen - medische beeldvorming	32.566.067 €
N10 - Verlossingen - operatieve hulp	29.828.209 €
N50 - Röntgendiagnose	28.463.183 €
N23 - Heelkunde op het abdomen	26.576.929 €
N30 - Urologie	16.976.192 €
N62 - Forfaitaire honoraria - Klinische biologie - Art 24§2	12.189.758 €
N25 - Heelkunde op de thorax	11.802.802 €
N63 - Pathologische anatomie - Artikel 32	11.574.329 €
N28 - Otorhinolaryngologie	9.794.717 €
N00 - Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	9.744.060 €
N57 - Fysiotherapie	6.104.399 €
N26 - Heelkunde op de bloedvaten	5.952.649 €
N12 - Reanimatie	5.215.163 €
N19 - Dringende technische verstrekkingen - Artikel 26, §1 en §1ter	5.148.946 €
N05 - Kinesitherapie	4.191.269 €
N11 - Gynecologie en verloskunde	4.108.669 €
N60 - Klinische biologie - Artikel 24§1	3.579.625 €
N55 - Cardiologie	3.402.098 €

6. DONNEES DE BASE (pour 1/01/2019)



7. QUESTIONS PONCTUELLES & PLAINTES RÉCURRENTES (1)

- Au début, beaucoup de questions ponctuelles :
 - ✓ Concepts d'« intervention principale », « associé à l'intervention principale », bilatéralité, combinaison séjour psychiatrie/service aigu avec prestation SBV, plusieurs forfaits par séjour ?, application pour régime spéciaux, répartition du forfait parmi les prestataires, patients séjournant ailleurs, déclaration d'admission, interventions combinées, réintervention, aide opératoire, plan comptable
 - ✓ FAQ sur notre site web

7. QUESTIONS PONCTUELLES & PLAINTES RÉCURRENTES (2)

- Plaintes toujours récurrentes après trois ans :
- ✓ Article 29 de la nomenclature

santhea 


UNESSA


zorg net
ICURO


GIBIS
Gezondheidsinstellingen Brussel
Brussels Instituut van Gezondheidszorg


BBOT-
UPBTO
ORTHOPEDIE

Frank VANDENBROUCKE
Vice-Premier et ministre de la Santé publique et des
Affaires sociales

Rue de la Loi, 23
1000 BRUXELLES

Bruxelles, le 22 septembre 2021

Monsieur le Ministre,

Objet : Inclusion de l'article 29 de la nomenclature dans les soins à basse variabilité

7. QUESTIONS PONCTUELLES & PLAINTES RÉCURRENTES (3)

- Plaintes toujours récurrentes après trois ans :
- ✓ Article 32 (anatomopathologie)

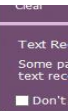


« Nous proposons que tous les prestations fournies aux patients admis à l'hôpital, y compris les prestations externalisées tels que l'Anatomie Pathologique, soient facturés par l'hôpital d'admission. »

Kabinet van Sociale zaken en Volksgezondheid
Mijnheer de Minister Frank Vandenbroucke
Kruidtuinlaan 50/175
1000 Brussel

Commissie voor Pathologische Anatomie

Binnen de hoger vernoemde werkgroep werd een voorstel tot oplossing uitgewerkt om deze neerwaartse spiraal kort te sluiten. We stellen immers voor om alle prestaties uitgevoerd op een in een ziekenhuis opgenomen patiënt, ook de geëxternaliseerde prestaties zoals Pathologische Anatomie, te laten factureren door het ziekenhuis van opname. Immers noch het ziekenhuis, noch het laboratorium weten met zekerheid op het moment van staalafname of een patiënt binnen de LVZ zal vallen of niet, m.a.w. of aan alle inclusiecriteria en aan geen enkele exclusiecriteria zal worden voldaan.



7. QUESTION PONCTUELLES, PLAINTES RÉCURRENTES ET ...ÉVOLUTION NORMALE (4)

- Passage au grouper V38.0 :

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des Soins de Santé

COMITE DE L'ASSURANCE

Note CSS 2021/227

Bruxelles, le 02-07-2021

OBJET : Soins à basse variabilité : modification des groupes de patients suite à l'utilisation des APR-DRG V38.0.

8. ÉVALUATION / SURVEILLANCE DE LA QUALITÉ

ME

⇒ **Collaboration**
(

- Repris
- Audit de
soins à
(SPF - IN



Administrations

Rapport de l'audit
« Soins à basse variabilité »
(actualisation du rapport du 31/01/2020 en tenant
compte des données les plus récentes disponibles)

is les
intégrée

8. ÉVALUATION / SURVEILLANCE DU SYSTÈME

- ✓ Suivi du problème des transferts
- ✓ **Surveiller le risque de sous-médication**
- ✓ Suivi des réadmissions
- ✓ **Suivi** des durées moyennes de séjour, **du nombre d'admissions**, du glissement de l'hospitalisation classique vers hospitalisation de jour
- ✓ Évolution des groupes de patients, prestations exclues,...
- ✓ Exécution de prestations avant ou après le séjour (période de carence)

8. ÉVALUATION / SURVEILLANCE DU SYSTÈME

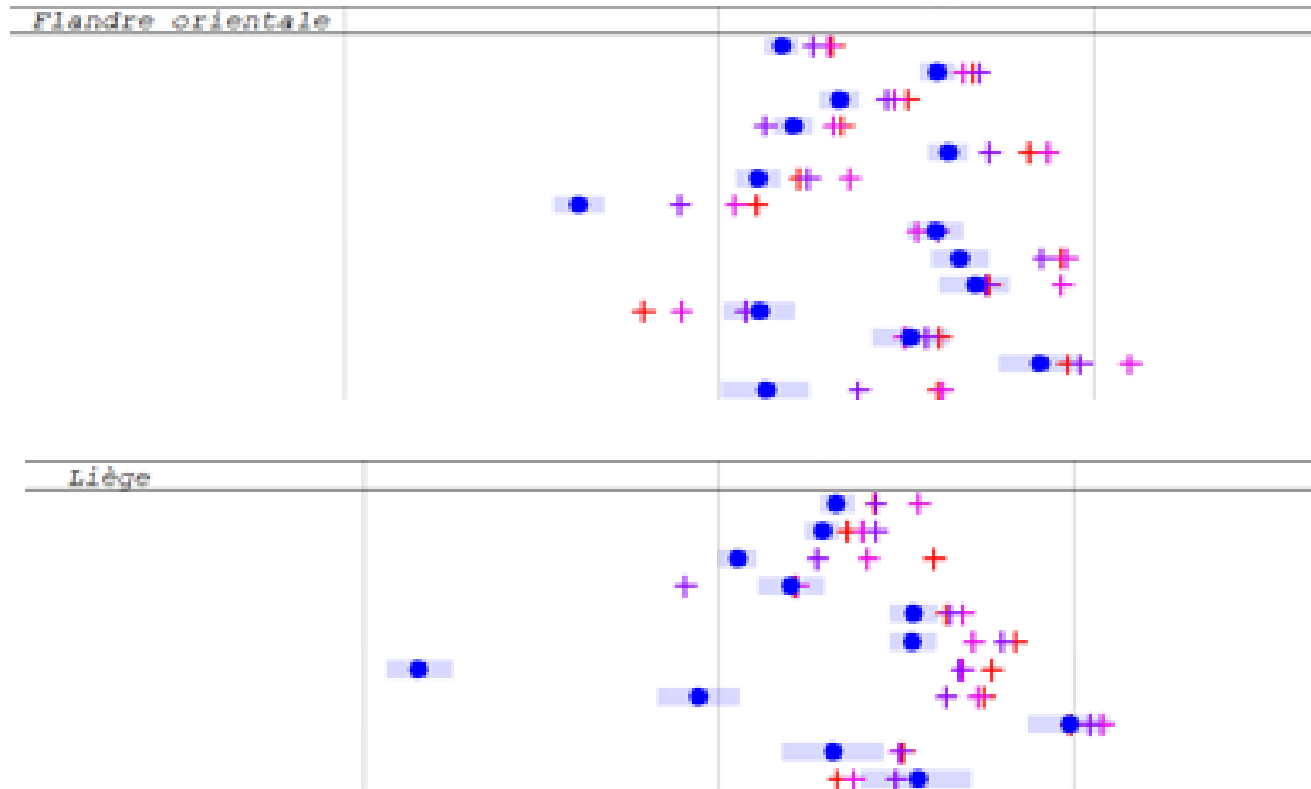
nbr_patgrp	Description	% augmentation Montant 2018 vs 2019
024	Ppose uni/bilatérale de drains transtympaniques, sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	-2%
057	Gastroplastie de réduction associée à une dérivation biliopancréatique ou gastro-jéjunale, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2. Exclusion des séjours avec un antécédent de chirurgie bariatrique.	-2%
056	Gastroplastie de réduction (Sleeve, Mason), en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2. Exclusion des séjours avec un antécédent de chirurgie bariatrique.	-2%
043	Prostatectomie (voie rétropubienne), en hospitalisation classique, de sévérité 1.	-2%
050	Appendectomie, en hospitalisation classique, de sévérité 1.	-2%
047	Circoncision, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	2%
031	Grossesse ectopique, en hospitalisation classique, de sévérité 1.	2%
022	Patients de moins de 18 ans ayant bénéficié d'une adénoïdectomie et/ou d'une amygdalectomie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	2%
015	Ablation électrophysiologique pour troubles du rythme avec attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2: flutter auriculaire gauche ou fibrillation auriculaire.	2%
014	Ablation électrophysiologique pour troubles du rythme sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2: flutter auriculaire gauche ou fibrillation auriculaire.	2%
005	Pacemaker, sans chirurgie abdominale, avec attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2.	2%
019	Cathétérisme cardiaque pour des pathologies coronariennes, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1 et 2.	2%
012	Ablation électrophysiologique pour troubles du rythme sans attestation d'anesthésie en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2: arythmies ventriculaires.	2%

8. ÉVALUATION / SURVEILLANCE DU SYSTÈME

nbr_patgrp	Description	% évolution séjours 2018 vs 2019
055	Gastroplastie de réduction par placement d'un anneau gastrique adaptable, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2. Exclusion des séjours avec un antécédent de chirurgie bariatrique.	-37%
012	Ablation électrophysiologique pour troubles du rythme sans attestation d'anesthésie en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2: arythmies ventriculaires.	-17%
028	Accouchement vaginal sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1.	-15%
056	Gastroplastie de réduction (Sleeve, Mason), en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2. Exclusion des séjours avec un antécédent de chirurgie bariatrique.	-14%
024	Pose uni/bilatérale de drains transtympaniques, sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	-14%
030	Accouchement par césarienne, en hospitalisation classique, de sévérité 1.	-14%
043	Prostatectomie (voie rétropubienne), en hospitalisation classique, de sévérité 1.	-12%
004	Pose d'un pacemaker, sans chirurgie abdominale, sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2.	12%
049	Vasectomie, avec attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	15%
051	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale ou fémorale unilatérale et traitement chirurgical d'une hernie ombilicale, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	16%
008	Dilatation endovasculaire unique, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2.	16%
013	Ablation électrophysiologique pour troubles du rythme avec attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2: arythmies ventriculaires.	25%
041	Cure totale par résection endoscopique pour tumeur vésicale, en hospitalisation classique, de sévérité 1. (Ne peut être facturé qu'une seule fois par an.)	26%

8. ÉVALUATION / SURVEILLANCE DU SYSTÈME

Figure 3: Analyse globale par hôpital sur base des fichiers SHA 2016, SHA 2017, SHA 2018 et Doc P 2019 ; Comparaison entre hôpitaux du nombre total de prestations « trigger » réalisées en 2018 et 2019



Source: Audit hôpitaux

9. QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SYSTÈME?

Avant le nouveau gouvernement :

- Extension vers les médicaments ?
- Extension vers les implants, forfaits journaliers,....?
- Réflexion sur le financement de l'imagerie médicale et la biologie clinique?
- Extension vers le BMF?

9. QUELLES PERSPECTIVES POUR LE FINANCEMENT DES HÔPITAUX?



Depuis le nouveau gouvernement :

Accord de gouvernement

30 septembre 2020

Les réformes déjà entamées dans le paysage hospitalier et le financement des hôpitaux seront poursuivies. Le financement des hôpitaux doit être rendu plus simple et transparent. Nous examinerons à cet égard si une partie du financement peut se faire au niveau du réseau. Nos hôpitaux doivent être financés dans le cadre d'un budget pluriannuel de manière à ce qu'ils puissent proposer des soins de qualité et accessibles à tous les patients de manière durable. À cette fin, il conviendra en concertation avec les parties prenantes d'examiner également le financement des honoraires dans les hôpitaux et la croissance des suppléments d'honoraires sera régulée, stabilisée et ensuite diminuée. Il faudra éviter autant que faire se peut un glissement des activités vers des structures ambulatoires. L'exercice déjà entamé de redéfinition de la nomenclature doit être poursuivi. Nous prendrons également de nouvelles mesures pour accroître le financement forfaitaire groupé et le « *pay for quality* ». Une attention particulière sera également accordée à l'ajustement du financement de l'hospitalisation de jour et à l'encouragement d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle grâce, entre autres, à des techniques innovantes.

9. QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SYSTÈME?

Depuis le nouveau gouvernement :

- Nouveau plan d'approche!



9. QUELLES PERSPECTIVES POUR LE SYSTÈME?

Depuis le nouveau gouvernement :

- Proposition du budget 2022
 - Plus d'hospitalisations de jour (9 millions EUR/an comme incitants)
- Hospitalisation à domicile !
 - Antibiothérapie
 - Traitements oncologiques

спасибо
 danke 謝謝
 ngiyabonga
 teşekkür ederim
 tapadh leat
 dank je
 gracias
 mochchakkeram
 bedankt
 hvala
 maururu
 thank you
 go raibh maith agat
 dziekuje
 sagolun
 sukriya
 kop khun krap
 arigato
 takk
 dakujem
 merci
 merси
 obrigado
 terima kasih
 감사합니다
 ευχαριστώ
 grazie