

# Soins à basse variabilité : financement

Symposium VBS-GBS

15 juni 2019

Fabienne Rickaert

Kevin Wetzels

# GLOBAL PAYMENT WITH STANDARDIZATION (GPS system)

Nouveau financement prospectif des  
activités hospitalières pour les soins à  
basse variabilité

Session d'information– 18 Juin 2018



FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[2018/203758]

19 JULI 2018. — Wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg

FILIP, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :  
HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepaling*

**Artikel 1.** Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2. — *Définitions*

**Art. 2.** Voor de toepassing van deze wet en de uitvoeringsbesluiten ervan wordt verstaan onder :

1° de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 : de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 : de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen;

3° het Instituut : het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

4° de Technische cel : de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen;

5° rechthebbende : iedere persoon die aanspraak kan maken op de in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vastgestelde prestaties;

6° MZG-AZV-gegevens : minimale ziekenhuis-gegevens en anonieme ziekenhuisverblijven, zoals die door de Technische cel aan elkaar zijn gekoppeld;

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[2018/2]

19 JUILLET 2018. — Loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

PHILIPPE, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :  
CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Disposition générale*

**Article 1<sup>er</sup>.** La présente loi règle une matière visée à l'article 7<sup>o</sup> de la Constitution.

CHAPITRE 2. — *Définitions*

**Art. 2.** Pour l'application de la présente loi et de ses dispositions d'exécution, on entend par :

1° la loi coordonnée du 14 juillet 1994: la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;

2° la loi coordonnée du 10 juillet 2008: la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins;

3° l'Institut : l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

4° la Cellule technique: la cellule technique visée à l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales;

5° bénéficiaire : toute personne qui peut faire appel aux prestations prévues par la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

6° données RHM-SHA : les données du résumé hospitalier min et les données du séjour hospitalier anonyme telles qu'elles sont couplées par la Cellule technique;

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN  
LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2018/15203]

2 DECEMBER 2018. — Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg

FILIP, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 11 april 2018;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 16 april 2018 en op 10 september 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 31 oktober 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 31 oktober 2018;

Gezien de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikels 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op de adviesaanvraag binnen 30 dagen, die op 12 november 2018 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2018/15203]

2 DECEMBRE 2018. — Arrêté royal portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité

PHILIPPE, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 11 avril 2018;

Vu l'avis du Comité de l'assurance des soins de santé, donné le 16 avril 2018 et le 10 septembre 2018;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 11 octobre 2018;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 31 octobre 2018;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;

Vu la demande d'avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d'État le 12 novembre 2018, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

# Définitions

- Soins à basse variabilité: hospitalisations et hospitalisations de jour, pas les prestations ambulatoires.
- Peu de variabilité dans le processus de soins entre patients et entre hôpitaux.
- +/- 25% de l'activité hospitalière .
- +/- 400.000 admissions (2014).
  - +/- 12% des honoraires hospitaliers (2014).
  - Montant total = 371,2 millions EURO (2014).
    - (AP: +/- 11,5 M pour un total de 185 M = 6%).
  - Aucune mesure d'économie.

# Définitions

- Financement forfaitaire et prospectif: par admission un montant global est attribué (=MGP ), indépendamment des prestations réellement réalisées.
- 57 groupes de patients, niveaux de gravité 1 et 2.
  - Liste des codes de nomenclature exigés par groupe de patients.
  - Liste de critères d'exclusion par groupe de patients.
- Calcul: médiane du total des honoraires au cours de l'année de référence (2016), corrigé selon la valeur actuelle des codes de nomenclature , et indexé .
- Ce montant sera recalculé tous les ans ( sur base des prestations effectivement réalisées , facturées à 0€) et publié via un AR.

# III. Les groupes de patients

## B. Le résultat final – Exemples concrets

Exemple 2 : APR-DRG 301 HIP JOINT REPLACEMENT SOI 1 SOI 2

a) Description et critères d'inclusion : DEUX GROUPES DE PATIENTS

APR-DRG	SOI (niveau de sévérité)	hospitalisation (H= hosp. classique, D= hosp. de jour)	Description
301	1	H	Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de hanche, en hospitalisation classique, de sévérité 1. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.
301	2	H	Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de hanche, en hospitalisation classique, de sévérité 2. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.

### III. Les groupes de patients

#### B. Le résultat final – Exemples concrets

##### Exemple 1 : APR-DRG 225 APPENDECTOMY

##### c) Critères d'exclusion (alternatifs)

Exclusion des séjours avec un code de nomenclature:	Exclusion des séjours avec un code ICD-10-CM (version 2017) DP = diagnostic principal DS = diagnostic secondaire	Exclusion des séjours sur une autre base:
	DP: K35.2, K35.3  DS: C18.1, C7A.020, C78.89, D01.49, D37.3	

DP : Appendicite aigue avec péritonite généralisée ou localisée

DS : Tumeurs appendiculaires

# Définitions

- Dans le cadre du “plan d’approche de la réforme du financement des hôpitaux ” (04/2015): les populations de patients hospitalisés sont divisées en 3 clusters dont l’un concernant les soins standardisables, à basse variabilité. Il est financé sur base d’un montant fixe par admission (séjour classique ou hospitalisation one day ).
- Ce système est mis en place par étapes. Dans une première phase il est limité aux honoraires ( médicaux et paramédicaux ). Par la suite il s’étendra au BMF (soins infirmiers, administration), aux médicaments , implants etc.
- Le Roi peut ajouter ou retirer des groupes de patients.



# Définitions

- Origine de la notion de groupes de patients : dans l' étude du KCE (12/2016): "Clustering des groupes de pathologies selon les similarités des séjours hospitaliers " : un " cluster " à basse variabilité de 77 APR-DRG est défini.
- Exceptions (par exemple):
  - au sein des SBV :
    - Les honoraires déjà forfaitarisés ( biologie clinique, radiologie).
    - Article 33.
    - Forfait de permanence médicale pour les urgences et les soins intensifs .
  - Séjours retirés du groupe SBV:
    - Critères d'exclusion par groupe de patients (certains liés au diagnostic AP ).
    - Décès en cours d'hospitalisation.

## V. Le GPS en pratique

### D. La répartition du montant global entre prestataires

Article 7 de la Loi: « *Les honoraires compris dans le montant global prospectif sont attribués aux médecins et aux autres dispensateurs de soins conformément à la répartition communiquée par l'Institut et sans préjudice de l'article 144 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008* ».

# Definities

Carensperiode?

Gepland, nog niet in 2019.

## VI. Verschillende aandachtspunten

- A. Ingangsdatum: 1 januari 2019
- B. De carensperiode : **gepland maar nog niet op 1 januari 2019**
  - ✓ de Koning kan de toepassing van het globaal prospectief bedrag uitbreiden met prestaties uitgevoerd tijdens een te bepalen periode vóór en / of na de opname (carensperiode).
  - ✓ Voor de start van 1 januari 2019 houdt het globaal prospectief bedrag geen rekening met de prestaties die vóór of na de door het nieuwe systeem betrokken opnames zijn verricht.

# Problemen?

- Facturatieprogramma's van sommige ziekenhuizen zijn niet aangepast aan de nieuwe / dubbele manier van factureren.
- Overgangsmaatregel tot einde 2019: klassieke nomenclatuur mag nog gebruikt worden, nadien volgt correctie (LVZ retrospectieve stijl).



Brussel, 15 februari 2019

## **Alternatieve honorariaverdeling laagvariabele zorg formeel bevestigd**

Op maandag 11 februari vond er een meeting debriefing laagvariabele zorg plaats bij het RIZIV, waarop onder meer de BVAS aanwezig was. Hieronder vindt u een overzicht van de belangrijkste beslissingen die op deze meeting werden genomen.

### ***Verdeling honoraria laagvariabele zorg***

Over de verdeling van de honoraria laagvariabele zorg bestaat in de praktijk veel onduidelijkheid. In de omzendbrief ziekenhuizen 2018/10 van 17.12.2018 probeerde men te verduidelijken hoe deze verdeling dient te gebeuren:

# Problemen?

- Accreditatie?

Wordt geen rekening mee gehouden in LVZ. Globaal zit echter slechts 0,63% van het totale budget voor accreditatie in het budget LVZ. Wordt voorlopig genegeerd.

- Supplementen?

Mogen aangerekend worden. De berekingsbasis mag dit jaar maximaal 115% zijn van het honorariumgedeelte van het GPB. Indien > 115%: supplement verminderen pro rata of volgens lokale afspraak tussen de verschillende disciplines.

# Problemen?

- Zeer grote invloed van MZG registratie (ernstgraden).
- Bron van conflicten binnen de ziekenhuizen, bijvoorbeeld verdeling van niet rechtstreeks toewijsbaar deel van het GPB.
- Is de mediane zorg de beste zorg?

# APO: problemen?

- Deel voor APO in BPD blijkt globaal ongeveer 20% te laag.
- Debriefing RIZIV (11.02.2019): besluit tot oprichten 3 werkgroepen, waaronder werkgroep pathologische anatomie.
- Op basis van de eerste bijeenkomsten van deze werkgroep lijkt de onderschatting van het budget veroorzaakt te zijn door foute datering: DATUM PRESTATIE werd doorgegeven in plaats van DATUM STAALNAME. Hierdoor werd een significant aantal onderzoeken APO niet opgenomen in de berekening van het GPB.

# APO: problemen?

- RIZIV verwijst naar omzendbrief (OMZ. ZH. 2019/2 dd. 08/01/2019 = geactualiseerde versie van van OMZ. ZH 2014/6) waarin de correcte werkwijze vermeld staat (vroeger echter nauwelijks van belang).
- Treedt vooral op in laboratoria die buiten een ziekenhuis gelokaliseerd zijn: stalen komen vaak pas de dag na een ingreep aan in het laboratorium. Datum afname staat meestal niet vermeld dus wordt de datum van ontvangst in het laboratorium gebruikt; zeker bij daghospitalisatie zal deze buiten de datumvork vallen die gebruikt wordt voor de berekening van het GPB.



# APO: oplossing?

- Oplossing gewenst voor pathologen én RIZIV: momenteel dubbele financiering (GPB en klassiek honorarium voor onderzoek dat eigenlijk deel had moeten uitmaken van het GPB).
- Correcte datum = datum STAALNAME.
- Bij volgende berekeningen GPB zal het aandeel pathologie stijgen (echter geen invloed meer op 2017 en 2018).

# Of exit LVZ?

- Nieuwe regering / minister?
- Procedures pediaters / VAS Oost- en West-Vlaanderen?
  - Raad van State ↔ uitvoeringsKB.
    - Geen termijn.
    - Enkel uitvoering zou geschorst kunnen worden, wet blijft bestaan.
  - Grondwettelijk Hof ↔ wet.
    - Uitspraak binnen 1 jaar.
    - Indien succesvol: mogelijk enkel aanpassing op specifieke punten waartegen argumenten werden aangebracht door bijvoorbeeld de pediaters.

# Take Home

- Controle van facturatieprogramma: DATUM STAALAFNAME moet gecommuniceerd worden in plaats van datum prestatie apo.
- Alternatief plan RIZIV: verplichting dat alle prestaties voor een opgenomen patiënt door het ziekenhuis van opname gefactureerd worden, ook de prestaties die buiten dit ziekenhuis uitgevoerd werden.

# Take Home

- Contrôle des programmes de facturation: la DATE DE PRELEVEMENT doit être communiquée ( et non la date de la prestation AP ) .
- Alternative envisagée par l'INAMI: pour les patients hospitalisés : obligation pour l'hôpital d'admission de facturer toutes les prestations concernant ce séjour , y compris les prestations réalisées hors de cet hôpital .