

# GLOBAL PAYMENT WITH STANDARDIZATION (GPS system)

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

Session d'information– 18 Juin 2018



# Plan

- I. Contexte
- II. Les grands principes du nouveau système
- III. Les groupes de patients
- IV. Le montant global prospectif
- V. Le GPS en pratique
- VI. Divers points d'attention

# I. Contexte

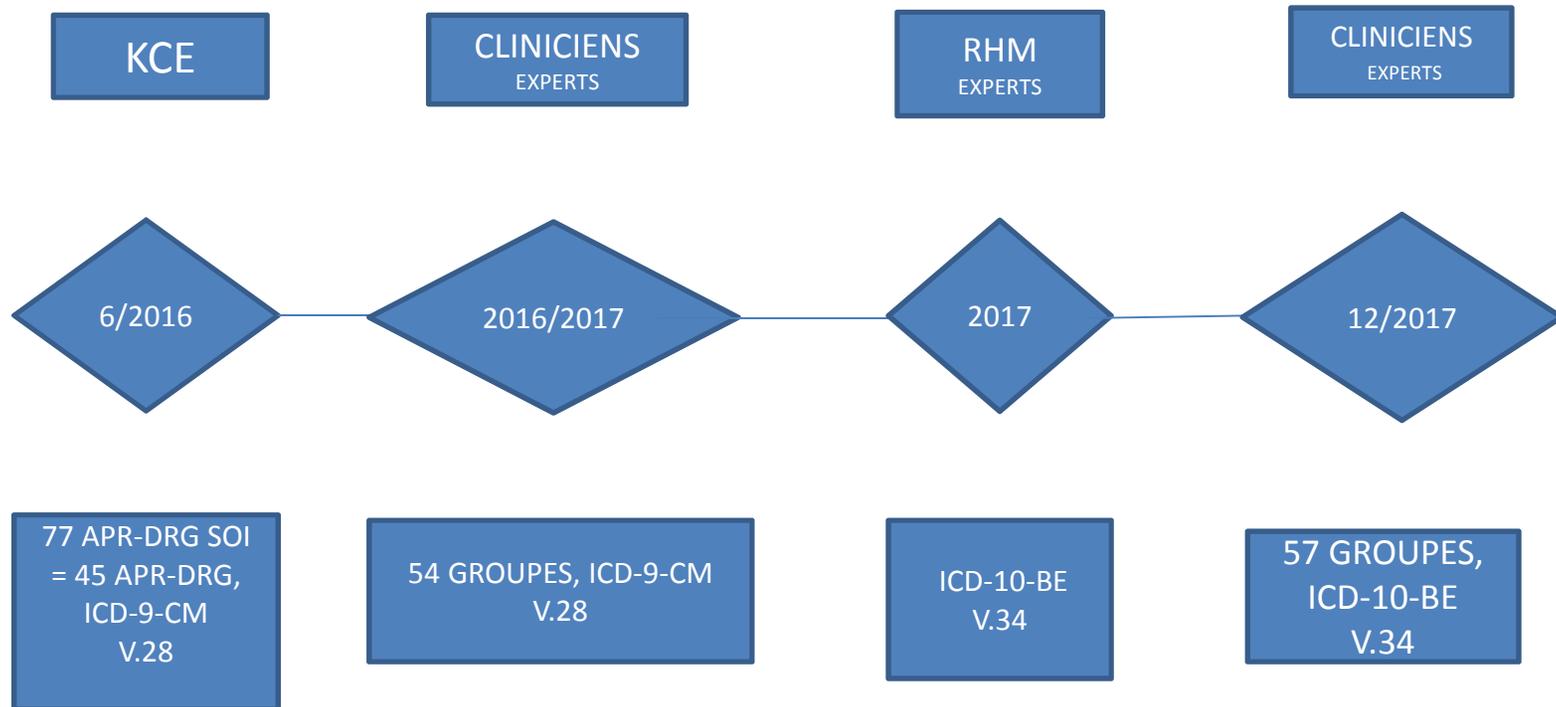
- **Octobre 2014 « Accord de gouvernement »**: *La préférence du Gouvernement est pour un système de financement mixte avec un financement prospectif pour les soins pouvant être standardisés*
- **Avril 2015 « Plan d'approche Réforme du financement des hôpitaux »**: *« la population des patients bénéficiant 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

- 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).

# III. Les groupes de patients

## A. La définition des groupes de patients



# III. Les groupes de patients

## A. La définition des groupes de patients

1. Etude KCE: 77 APR-DRG/SOI sont le résultat d'un travail d'analyse statistique de données qui a regroupé des pathologies « *présentant un profil de basse variabilité intra et interhospitalière pour les remboursements et la durée de séjour* »
2. Sélection des APR-DRG avec au moins 2.000 séjours sur 3 ans
3. Groupes de travail avec des experts médicaux (8 groupes de travail, 51 experts médicaux impliqués 18 réunions) => 54 groupes de patients

# III. Les groupes de patients

## A. La définition des groupes de patients

3. Groupe de Travail des experts RHM (8 experts, 6 réunions) : validation des groupes en ICD-10-BE et version 34 du grouper
  4. Intégration des remarques du terrain (splitting de certains APR-DRG, critère d'exclusion de patients atypiques, critère systématique d'inclusion via codes nomenclature,...)
  5. Groupes de travail « Cardio » avec les experts médicaux et RHM
- ⇒ 57 groupes de patients (annexe 1 de l'AR)

# III. Les groupes de patients

## A. La définition 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)

# III. Les groupes de patients

## B. Le résultat final

MDC	MAJOR DIAGNOSTIC CATEGORIES	Diagnose Related Group	H1	H2	H12	HD1	HD12	TOTAL
	Diseases and Disorders of							
1	Nervous system	026				2		2
3	Ear, nose, mouth, throat and craniofacial	097,098				6		6
4	Respiratory system	120			1			1
5	Circulatory system	163,166,171,174,175,180,191			14	3	1	18
6	Digestive system	225,228	1			2		3
7	Hepatobiliary System and Pancreas	263	2					2
8	Musculoskeletal System and Connective Tissue	301,302	2	2				4
10	Endocrine, Nutritional, and Metabolic System	403,404			5			5
11	Kidney and Urinary Tract	443,446,465,468	1			2		3
12	Male Reproductive System	480,481,482,483,484,501	2		1	5		8
13	Female Reproductive System	513,519	1					1
14	Pregnancy, Childbirth, and Puerperium	540,545,560	4					4
		33 APR-DRG	13	2	21	20	1	57



# III. Les groupes de patients

## B. Le résultat final

Homogénéisation des groupes - principes généraux :

- 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. Le résultat final

Homogénéisation des groupes - principes généraux :

- Critères d'exclusion :
  - ICD-10-BE : code diagnostic (CM) (Principal/Secondaire), code procédure (PCS) du placement abdominal du PM (Ex: 171 - Permanent Cardiac Pace Maker Implant without AMI, Heart Failure or Shock)
  - Groupes mutuellement exclusifs lorsque plusieurs groupes coexistent au sein du même APR-DRG
  - Exclusion des procédures bilatérales (026 - Other nervous system and related procedures, 180 - Other Circulatory System Procedures, 301 - Hip Joint Replacement, 302 Knee Joint Replacement)
  - 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

## B. Le résultat final – Exemples concrets

### Exemple 1 :APR-DRG 225 APPENDECTOMY

#### a) Définition et critères d'inclusion du groupe

APR-DRG	SOI (niveau de sévérité)	hospitalisation (H= hosp. classique, D= hosp. de jour)	Description
225	1	H	Groupe des patients ayant bénéficié d'une appendicectomie , en hospitalisation classique, de sévérité 1.

# III. Les groupes de patients

## B. Le résultat final – Exemples concrets

### Exemple 1 : APR-DRG 225 APPENDECTOMY

#### b) Critères d'inclusion (cumulatifs)

Présence nécessaire d'un code de nomenclature ( <i>intervention principale</i> )	Présence nécessaire d'un code de nomenclature en combinaison avec l'intervention principale	Présence indispensable de l'ICD-10-CM Diagnostic Principal (version 2017)
243154- <i>243165</i> , 244871- <i>244882</i>		<i>K35.*, K36, K37, K38.*</i>

Appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans perforation Appendicectomie nécessitant la résection du fond caecal



Maladies de l'appendice

# 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:
	<p>DP: K35.2, K35.3</p> <p>DS: C18.1, C7A.020, C78.89, D01.49, D37.3</p>	

DP : Appendicite aiguë avec péritonite généralisée ou localisée

DS : Tumeurs appendiculaires

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

#### b) Critères d'inclusion (cumulatifs) :

Présence nécessaire d'un code de nomenclature (intervention principale)	Présence nécessaire d'un code de nomenclature en combinaison avec l'intervention principale	Présence indispensable de l'ICD-10-CM Diagnostic Principal (version 2017)
289074-289085, 289030-289041		M15.* à M99.*

Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et fémur) :  
Arthroplastie de la hanche avec prothèse fémorale.

Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue (M00-M99).

# III. Les groupes de patients

## B. Le résultat final – Exemples concrets

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

#### 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:
293436-293440, 279016-279020, 290194-290205, 290253-290264, 290275-290286, 279053-279064, 293451-293462, 279031-279042	DP: M21.*, M80.*, M84.*, M86.*, M87.*, M96.*, M97.* DS: Q65.* à Q79.*, Q87.*	exclusion de séjours avec l'intervention principale bilatérale

Remplacement complet d'une prothèse totale de hanche  
Remplacement du composant fémoral ou acétabulaire d'une prothèse totale de hanche totale, ..

DP : Fracture pathologique ostéoporotique, Fracture périprothétique, ...  
DS : Affections congénitales

Bilatéralité

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 1: Les données utilisées

- i. Les données couplées RHM-SHA (hospitalisation classique) et ADH (Hôpital de jour)
- ii. Les simulations d'octobre 2017 étaient basées sur les données 2012-2014 (dernières données disponibles)
- iii. Les simulations et les montants définitifs seront calculés sur les données couplées 2016 (données RHM 2016/1 et 2016/2, version 34 du "grouper") mais...

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

Etape 1: Les données utilisées

iv. Point de la situation pour les données couplées  
2016 (13/06/2018)

– 80% est OK

– 4% sont en cours

– **16% (ou 19 hôpitaux) n'ont pas encore commencé**

⇒ Conséquence: Il n'est pas possible d'utiliser les données les plus récentes

⇒ Appel aux 19 hôpitaux pour ce mettre en ordre le plus rapidement possible. Deadline: **30/06/2018**

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 2: Sélection des séjours

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

type de séjour	<i>tous les séjours</i>		<i>séjours soins à basse variabilité</i>			
	nombre	Remboursement AMI (prestations)	nombre	Remboursement AMI (prestations)	% nombre	% remb. AMI
ADH	2.520.214	724.354.659	132.784	45.051.454	5,27%	6,22%
SHA	1.797.830	2.497.393.537	245.418	303.961.910	13,65%	12,17%
<b>total</b>	<b>4.318.044</b>	<b>3.221.748.196</b>	<b>378.202</b>	<b>349.013.365</b>	<b>8,76%</b>	<b>10,83%</b>
Données couplées 2014						

## IV. Le montant global prospectif

### A. Le calcul

Etape 3: Exclusion des séjours avec dépenses de prestations ou dépenses journées négatives ou nulles (correction de factures)

Pour les séjours sélectionnés à l'étape 2, le montant total des prestations et des jours d'hospitalisation par séjour est calculé. Seuls les séjours qui ont un montant total positif tant pour les soins médicaux que pour les jours d'hospitalisation sont retenus.

## IV. Le montant global prospectif

### A. Le calcul

Etape 4: Les prestations exclues

Règle de base: Tous les honoraires (médicaux et non médicaux) sont couverts par le montant global sauf...

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 4: Les prestations exclues

1. Prestations peu fréquentes dans les groupes de patients sélectionnés:

Article	Libellé
2	Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations
5	Soins dentaires
8	Soins infirmiers
21	Dermato-vénérologie
24bis	Biologie clinique (tests de biologie moléculaire sur du matériel génétique de microorganismes)
27	Bandagistes (bandages, ceintures, lombostats, appareillage après mammectomie, semelles, urinal ambulatoire, appareils pour anus artificiel, canule trachéale, matériel pour mucoviscidose)
28§8	Bandagistes (aides à la mobilité)
30	Opticiens
31	Acousticiens
36	Logopédie
33	Examens génétiques (centre agréé de génétique humaine)
33bis	Examens génétiques

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 4: Les prestations exclues

#### 2. Certains forfaits:

- i. L'honoraire forfaitaire de biologie clinique par jour
- ii. Les honoraires forfaitaires de biologie clinique par admission
- iii. L'honoraire forfaitaire par admission d'imagerie médicale
- iv. Les honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière dans une fonction reconnue de soins urgents spécialisés et dans une fonction reconnue de soins intensifs.

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 4: Les prestations exclues

3. Les prestations en service SP sont exclues dans la Loi
4. En principe, les pseudocodes nomenclature peuvent être inclus dans le montant global prospectif. Pour le moment, seuls les «honoraires forfaitaires ambulatoires pour la biologie clinique par prescription» sont inclus dans les montants globaux prospectifs

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etapes 5 et 6: Calcul de la médiane

1. Pour tous les séjours sélectionnés, somme des dépenses AMI par séjour (en tenant compte des prestations exclues).
2. Calcul de la médiane par groupe de patient = base du montant global prospectif
3. Pourquoi la médiane?
  - i. Moins sensible que la moyenne aux valeurs extrêmes (sous et sur-consommation)
  - ii. Reflète mieux une pratique « standard »

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

Etape 7: Correction des médianes + x%

1. Redistribution complète de la masse globale des honoraires = **Aucune mesure d'économie**
2. Comparaison:

Masse historique des honoraires = somme des honoraires des séjours sélectionnés = 356.743.835 €

Versus

Masse hypothétique des honoraires = nombre de séjours multiplié par la médiane (pour tous les groupes de patients) = 340.247.070 €

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 7: Correction des médianes

$$\begin{array}{l} \text{Masse historique} \\ \text{des honoraires} \end{array} - \text{Masse hypothétique des honoraires} \\ = 16.496.764 \text{ €} \quad - \sum_{i=1}^{57} (\text{médiane}_{\text{Groupe patients } i} * \text{Nbre séjours}_{\text{Groupe patients } i})$$

Différence  $\leq 0$ : Montant global = Médiane

Différence  $> 0$ :

- Médiane<sub>Groupe de patients</sub>  $\geq$  Moyenne<sub>Groupe de patients</sub>  
→ Montant global = Médiane

- Médiane<sub>Groupe de patients</sub>  $<$  Moyenne<sub>Groupe de patients</sub>  
→ Montant global = Médiane + **Facteur de correction**

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

### Etape 7: Correction des médianes

$$\text{Facteur de correction} = \frac{\text{Différence}}{\text{Masse hypothétique des honoraires pour les groupes de patients pour lesquels Médiane}_{\text{Groupe de patients}} < \text{Moyenne}_{\text{Groupes de patients}}} (*100)$$

$$= 4,91\%$$

## IV. Le montant global prospectif

### A. Le calcul

Etape 8: Extrapolation et indexation des données historiques

= par groupe de patients, adaptation des montants globaux prospectifs « historiques » (calculé sur base de la dernière année disponible, soit 2016 pour les montants définitifs) à la valeur actuelle.

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

Etape 8: Extrapolation et indexation des données historiques


$$\text{evolutie} = \frac{\text{Honoraria-massa op 1/01 jaar van toepassing}}{\text{Honoraria-massa op 1/01 laatst beschikbare jaar van de gekoppelde gegevens}} (*100)$$

globaal bedrag \* evolutie

$$\text{Honoraria-massa} = \sum(\text{aantal prestaties}_{\text{nomenclatuurcode}} * \text{honorarium}_{\text{nomenclatuurcode}})$$

# IV. Le montant global prospectif

## A. Le calcul

Etape 8: Illustration Groupe de patients  
026\_grp1\_HD1

Nomenclatur	Nbre de prestation dans le groupe de patients	Honoraire 1/1/2014	Honoraire 1/1/2018	Masse des honoraires 2014	Masse des honoraires 2018
287836	7.532	184,90	189,23	1.392.666,80	1.425.280,36
591091	5.380	31,75	34,63	170.815,00	186.309,40
318916	4.497	2,25	2,30	10.118,25	10.343,10
297150	1.325	45,16	46,22	59.837,00	61.241,50
287696	159	106,67	109,17	16.960,53	17.358,03
145272	127	2,50	2,56	317,50	325,12
125053	68	1,63	1,56	110,84	106,08
598124	66	13,97	14,47	922,02	955,02
297135	41	36,13	36,97	1.481,33	1.515,77
...					
Total				1.675.562,04	1.724.668,78

Evolution =  $(1.724.668,78/1.675.562,04)*100 = 102,93\%$

Montant global=  $237,39*102,93\% = 244,35$

**Même raisonnement pour l'indexation au 1/1/2019!**

# IV. Le montant global prospectif

## B. Recalcul annuel

1. Recalcul chaque année (au 1<sup>er</sup> janvier) des montants globaux prospectifs de chaque groupe de patients sur la base des données couplées disponibles les plus récentes (cfr. Article 4 de l'A.R.).
2. Plus de seuil de 5% ou avis du Comité de l'assurance comme prévu à l'origine dans la brochure d'octobre 2017
3. Les montants globaux prospectifs sont
  - i. Transmis via LibrHos
  - ii. Publiés au Moniteur Belge (au plus tard 30/11/2018)

# IV. Le montant global prospectif

## C. 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.



# V. Le GPS en pratique

## B. Instructions de facturation électronique

### 1. Instructions de base publiées le 30/5 (mise à jour 2013/40):

- i. Montant global prospectif par admission: pseudo-code (repris en annexe de l'AR) à mentionner dans le record type 50 avec :
  - date = date d'admission
  - montant AMI dans la zone 19
  - ticket modérateur dans la zone 27
  - zone 30-31 (supplément) = 0
- ii. Toutes les prestations réalisées pendant le séjour qui sont couvertes par le montant global prospectif par admission sont facturées à 0 euro.
- iii. Ces « enregistrements à zéro » (montant AMI = 0, ticket modérateur = 0) sont indiqués avec un « flag » (nouvelle zone 54b).
- iv. Les zones 30-31 de ces « enregistrements à zéro » peuvent contenir des éventuels suppléments.

# V. Le GPS en pratique

## B. Instructions de facturation électronique

2. **Résolution des cas spécifiques** en cours au niveau de la Commission Informatique:
- i. Clôture semestrielle des comptes
  - ii. Mutation (Changement de mutuelle) en cours de séjour

# V. Le GPS en pratique

## B. Instructions de facturation électronique

### 2. Résolution des cas spécifiques en cours au niveau de la Commission Informatique:

iii. Patients transférés temporairement en cours de séjour :

A court terme: Exclusion des patients pour lesquels l'hôpital de séjour n'a pas les agréments pour traiter le patients (Ex: Programme cardio (B1, B2, B3, E,...), IRM,...).

A long terme: Groupe de travail pour la recherche d'une solution structurelle qui permette la facturation entre hôpitaux, également en prévision des réseaux hospitaliers.

# V. Le GPS en pratique

## B. Instructions de facturation électronique

3. **Organisation de tests** sur base de « usecases » :
  - i. 12 hôpitaux membres de la commission informatique se sont engagés à faire les tests
  - ii. Tous les programmes de contrôles des OA seront testés
  - iii. 3 bureaux de software hospitalier membres de la Commission Informatique se sont engagés à faire les tests : Infohos, IBM, Xperthis
  - iv. Période : à partir de novembre 2018

# V. Le GPS en pratique

## C. La facturation aux patients

- Facture patient modifiée

ANNEXE 37 (suite 3) Page x de y

4. Honoraires des prestataires de soins (médecins ou autres dispensateurs)	Date	Code (9)	Nombre	A charge de la mutualité	A charge du patient (3)	Supplément (4)
Facturation forfaitaire						
<i>Description</i>		.....		.....	.....	
Suppléments en chambre individuelle						
Détail des prestations effectivement exécutées						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						
<i>Description (9) Base de calcul du supplément (1):</i> .....	.....	.....	.....			.....
Honoraires remboursables						
Honoraires entièrement à charge de la mutualité				.....		.....
Honoraires partiellement à charge de la mutualité						
<i>Nom du dispensateur demandé par nom du prescripteur</i>						

# V. Le GPS en pratique

## C. La facturation aux patients

- Déclaration d'admission adaptée si nécessaire
- Facturation aux patients:
  - Envoyer la facture même si montant total de la facture = 0 EUR (en cas de refacturation par exemple)!
  - Refacturer au patient lorsqu'il change de catégorie (« basse variabilité » versus non « basse variabilité »)

## 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* ».

# V. Le GPS en pratique

## D. La répartition du montant global entre prestataires

1°) Répartition primaire: attribution de la partie du montant global prospectif aux groupes de prestataires de la (des) spécialité(s) correspondante(s) au code nomenclature.

2°) Répartition secondaire: Répartition des honoraires des prestataires « primaires » selon les conventions existantes ou à prendre au sein de l'hôpital (répartition au niveau des pools, rétrocessions vers l'hôpital, etc...)

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Les principes actuels relatifs aux **suppléments d'honoraires** toujours d'application pour les prestations qui seront remboursées via le montant global prospectif par admission.
- La **base de calcul** pour les suppléments est constituée de la valeur des honoraires des prestations qui ont été effectivement réalisées et pour lesquelles des suppléments seront effectivement demandés. Cette base de calcul ne peut **pas** être **supérieure** à la **partie représentant les honoraires** des prestations de santé au sein du **montant global** prospectif. **Jusqu'au 31 décembre 2019**, la base de calcul ne peut pas dépasser **115%** de la partie représentant les honoraires des prestations de santé au sein du montant global prospectif

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Etape 1: Déterminer la base de calcul selon la logique suivante:
  1. Sélectionner les prestations réellement exécutées;
  2. Tenir compte des règles de cumul;
  3. Identifier les prestations pour lesquelles des suppléments peuvent être facturés (pas d'interdiction de suppléments)
  4. Identifier les prestations pour lesquelles les prestataires ont choisi de facturer des suppléments d'honoraires

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Etape 2: Application de la règle de l'art.11
  - Base de calcul  $<$  ou  $=$  partie représentant les honoraires au sein du montant global prospectif?
  - [Jusqu'au 31/12/2019: Base de calcul  $<$  ou  $=$  115% \* partie représentant les honoraires au sein du montant global prospectif?]

OUI => Application des suppléments d'honoraires selon les conventions en vigueur dans l'hôpital

NON => Réduction de la base de calcul

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 1: Montant global prospectif honoraires = 1.000 EUR
  - Etape 1 : La base de calcul

	Prestations réellement effectuées	Après l'application des règles de cumul	Supplément d'honoraires ?	Base de calcul
Prest. 1 : chirurgie	500€	500€	Oui	500€
Prest. 2 : anesthésie	300€	300€	Oui	300€
Prest. 3 : imagerie	50€	50€	Oui	50€
Prest. 4 : imagerie	20€	- €	Oui	-€
Prest. 5 : autre	60€	60€	Oui	60€
		910€		910€

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 1: Montant global prospectif honoraires = 1.000 EUR
  - Etape 2: Base de calcul < ou = 115% \* partie représentant les honoraires au sein du montant global prospectif? **OUI : 910 EUR < 1.150 EUR**

	Après l'application des règles cumulées	Supplément d'honoraires ?	Base de calcul	% des suppléments d'honoraires	Montants des suppléments
Prest. 1 : chirurgie	500 €	Oui	500 €	100%	500 €
Prest. 2 : anesthésie	300 €	Oui	300 €	100%	300 €
Prest. 3 : imagerie	50 €	Oui	50 €	50%	25 €
Prest. 4 : imagerie	- €	Oui	- €	50%	-
Prest. 6 : autre	60 €	Oui	60 €	200%	120 €
	910 €		910 €		945 €

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 2: Montant global prospectif honoraires = 1.000 EUR
  - Etape 1 : La base de calcul

	Prestations réellement effectuées	Après l'application des règles de cumul	Supplément d'honoraires ?	Base de calcul
Prest. 1 : chirurgie	600€	600€	Oui	600€
Prest. 2 : anesthésie	350€	350€	Oui	350€
Prest. 3 : imagerie	120€	120€	Oui	120€
Prest. 4 : imagerie	30€	30€	Oui	30€
Prest. 5 : autre	100€	100€	Oui	100€
		1.200€		1.200€

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 2: Montant global prospectif honoraires = 1.000 EUR
  - Etape 2: Base de calcul  $<$  ou  $=$  115% \* partie représentant les honoraires au sein du montant global prospectif? **NON: 1.200 EUR  $>$  1.150 EUR**
  - Il faut réduire la base de calcul de 50 EUR sur base de solutions à développer entre l'hôpital et les médecins

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 2: Réduire la base de calcul de 50 EUR
  - Accord possible 1: réduire la base de calcul au **prorata**

	Après l'application des règles de cumul	Adaptation	Base de calcul adaptée	Montants des suppléments (100%)	Montants des suppléments (200%)
Prest. 1 : chirurgie	600€	-25 €	575€	575€	1.150€
Prest. 2 : anesthésie	350€	-15€	335€	335€	671€
Prest. 3 : imagerie	120€	-5€	115€	115€	230€
Prest. 4 : imagerie	30€	-1€	29€	29€	58€
Prest. 5 : autre	100€	-4€	96€	96€	192 €
	1.200€	-50€	1.150€	1.150€	2.300 €

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 2: Réduire la base de calcul de 50 EUR
  - Accord possible 2: Réduire la base de calcul sur une prestation

	Après l'application des règles de cumul	Adaptation	Base de calcul adaptée	Montants des suppléments (100%)	Montants des suppléments (200%)
Prest. 1 : chirurgie	600€	-50 €	550€	550€	1.100€
Prest. 2 : anesthésie	350€	0€	350€	350€	700€
Prest. 3 : imagerie	120€	0€	120€	120€	240€
Prest. 4 : imagerie	30€	0€	30€	30€	60€
Prest. 5 : autre	100€	€	100€	100€	200 €
	1.200€	-50€	1.150€	1.150€	2.300 €

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 2: Réduire la base de calcul de 50 EUR
  - **D'autres accords sont également possibles pour réduire la base de calcul!**

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 3: Montant global prospectif honoraires = 1.000 EUR
  - Etape 1 : La base de calcul

	Prestations réellement effectuées	Après l'application des règles de cumul	Supplément d'honoraires ?	Base de calcul
Prest. 1 : chirurgie	600€	600€	Oui	600€
Prest. 2 : anesthésie	350€	350€	Oui	350€
Prest. 3 : imagerie	120€	120€	Non	- €
Prest. 4 : imagerie	30€	30€	Oui	30€
Prest. 5 : autre	100€	100€	Oui	100€
		1.200€		1.080€

# V. Le GPS en pratique

## E. Les suppléments d'honoraires

- Exemple 3: Montant global prospectif honoraires = 1.000 EUR
  - Etape 2: Base de calcul  $<$  ou  $= 115\%$  \* partie représentant les honoraires au sein du montant global prospectif? **OUI : 1.080 Eur  $<$  1.150 EUR** (cfr exemple 1)

# V. Le GPS en pratique

## F. Perception centrale par le Conseil médical

- La perception centrale des honoraires par le Conseil médical sera effectivement prévu par l'Arrêté Royal

## VI. Divers points d'attention

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

## VI. Divers points d'attention

C. Les montants de référence: 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

# VI. Divers points d'attention

## D. Monitoring du système

### ⇒ **Collaboration renforcée entre les administrations**

- ✓ 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,...
- ✓ .....

## VI. Divers points d'attention

### D. Monitoring du système

- Redémarrage des audits médicaux (2019)
- Audit des groupes de patients concernés par les soins à basse variabilité à travers une équipe intégrée (SPF – INAMI – AFMPS)

## VI. Divers points d'attention

### E. Soutien financier « one-shot » des hôpitaux

- Demande d'avis de la Ministre: CFEH 17/05/2018
- But: soutenir les 102 hôpitaux concernés (ex. réorganisation équipes RHM, adaptation logiciels, formation personnel, ...)

## VI. Divers points d'attention

### E. Soutien financier « one-shot » des hôpitaux

- 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 (timing encore à déterminer)
  - Version grouper à utiliser (précisée dans le contrat B4 cf. conditions stipulées dans l'A.R.).
  - A plus long terme: licence nationale grouper

## VI. Divers points d'attention

### E. Soutien financier « one-shot » des hôpitaux

- Répartition montant par hôpital (simulation effectuée sur base BMF 1<sup>er</sup> juillet 2017)
  - *Partie fixe* = 60% (montant le même pour tous les hôpitaux concernés) = **41.176,47 euro**
  - *Partie variable* = 40% du montant à répartir sur base du nombre total de lits justifiés (C, D, E, G, M, NIC et I)
- Le calcul des montants de la partie variable: actualisation sur base des lits justifiés (BMF 1er juillet 2018 – RHM 2016).

## VI. Divers points d'attention

- E. Quid pour les patients Invalides de guerre, marins...? **Ils sont inclus dans le système.**
- F. Organe de concertation?
- ✓ Au démarrage du nouveau système, le comité de l'assurance qui réunit les principaux acteurs (médecins, hôpitaux, paramédicaux et OA) jouera ce rôle de plateforme de concertation. Les administrations (INAMI et SPF Santé Publique) accompagneront cette concertation.
  - ✓ **A l'avenir** (incl. BMF, ...), une **autre plateforme** de concertation doit être prévue.

## VI. Divers points d'attention

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

- Nouvelle version de la brochure « FAQ » (fin juin)
- Extension vers les médicaments
- Extension vers les implants, forfaits « one-day »,...
- Réflexion sur le financement de l'imagerie médicale et la biologie clinique
- Extension vers le BMF

**Merci pour votre attention**

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

