


## GLOBAL PAYMENT WITH STANDARDIZATION (GPS system)


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

Congres Orthopaedica Belgica 384 mai 2018, The Square , Brussel.




### 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 complexité standardisables** » financés sur la base d’un **montant fixe par hospitalisation**.



### II. Le projet de Loi - Parcours

- ❖ Groupe de concertation: 18 mai 2017
- ❖ Comité de l’assurance: 29 mai 2017
- ❖ Conseil Fédéral Etablissements Hospitaliers: 13 juin et 5 juillet 2017
- ❖ CNMM: 26 juin 2017
- ❖ Conseil général: 9 octobre 2017
- ❖ Commission informatique: 9 novembre 2017
- ❖ Conseil des Ministres: 30 mars 2018




### II. Le projet de Loi – Contenu <sup>(1/2)</sup>

- 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**.
- Système **introduit par étape**. Dans une première phase, limité aux **honoraires**. Certaines prestations ne sont pas couvertes par le montant global prospectif par admission. Elles restent financées par des honoraires à l’acte.
- 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. Le projet de Loi – Contenu <sup>(2/2)</sup>


- 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. 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
- 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.



### III. Le projet d’Arrêté Royal – Contenu

A. Article 1<sup>er</sup> de l’AR: Les 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. Groupes de travail avec des experts médicaux et RHM (18 réunions et 51 experts médicaux impliqués ) => 54 groupes de patients
3. 8 groupes de travail : chirurgie, chirurgie cardiothoracique, chirurgie abdominale, **chirurgie orthopédique**, chirurgie urologique, gynécologie, pneumologie, cardiologie




### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

A. Article 1<sup>er</sup> de l'AR: Les groupes de patients

3. Mapping ICD9 (version 28) => ICD10 (version 34)
4. Intégration des remarques du terrain (split 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)

NB: Ces groupes de patients peuvent évoluer dans le temps




7

### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

B. Article 2 de l'AR: Les prestations exclues

1. Article 2 de la nomenclature (accord CNMM 2017)
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.




8

### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

B. Article 2 de l'AR: Les prestations exclues

3. Prestations peu fréquentes dans les groupes de patients sélectionnés=====>
4. Les prestations en service SP sont exclues dans la Loi

Article	Libellé
1	Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations
2	Soins de retraites
3	Soins infirmiers
21	Dermato-vénérologie
26bis	Biologie clinique (tests de biologie médicale sur des matériels génériques de microorganismes)
27	Bandages (bandages, ceintures, lombotats, appareillage après mastectomie, sangle(s), ventral ambulatoire, appareils pour anus artificiel, canule trachéale, matériel pour mucoviscidose)
28bis	Bandagistes (aide à la mobilité)
30	Opticiens
31	Acousticiens
32	Lapopédistes
33	Examens génétiques (centre agréé de génétique humaine)
33bis	Examens génétiques




9

### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

C. Article 3 de l'AR: La méthode de calcul

1. Médiane nationale des dépenses réelles de l'année de référence (dernière disponible) comme base du montant global prospectif
2. Redistribution complète de la masse globale des honoraires => correction de la médiane + x% = pas d'économie globale mais une autre répartition de la masse globale des prestations à l'acte
3. Extrapolation et indexation : adaptation des montants globaux prospectifs « historiques » (dernière année disponible) à la valeur actuelle y compris l'indexation avec comme objectif d'assurer un même niveau global d'honoraires que ceux faits à l'acte.




10

### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

D. Article 4 de l'AR: Le recalcul des montants prospectifs

1. Les montants globaux prospectifs seront recalculés chaque année sur base des données les plus récentes disponibles;
2. NB en fonction article 3 : Extrapolation et indexation : adaptation des montants globaux prospectifs « historiques » (recalcul dernière année disponible) à la valeur actuelle y compris l'indexation avec comme objectif d'assurer un même niveau global d'honoraires que ceux faits à l'acte.



11

### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

E. Article 5 de l'AR: la Facturation

1. Via un pseudo-code (déjà mentionné en annexe 1 de l'AR)
2. Prestations effectivement réalisées facturées à 0 EUR pour permettre un recalcul annuel sur base des prestations réellement faites (suivre l'évolution des prestations)
3. Chaque hôpital conserve son propre « grouper » pour déterminer en priorité l'APR-DRG et le niveau de sévérité et déterminer si il est bien compris dans un groupe patients du système GPS (critères d'inclusion ou d'exclusion).



12

### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

#### F. Article 6 de l'AR: Les tickets modérateurs

1. 9 tickets modérateurs différents (arrondis) pour les 56 groupes de patients (annexe 2 de l'AR);
2. La distinction BIM vs non BIM est maintenue;
3. Pour le patient, même prix « national » prospectif (connu à l'avance) quel que soit l'hôpital où il séjourne.



13

### III. Le projet d'Arrêté Royal – Contenu

#### G. Article 7 de l'AR: La date d'entrée en vigueur

- Le projet de Loi prévoit momentanément le 1<sup>er</sup> septembre 2018 comme date d'entrée en vigueur.
- Le directeur de la cellule stratégique a annoncé en comité de l'assurance du 16.4.2018 que la date d'entrée en vigueur retenue serait finalement le 1 janvier 2019 afin de tenir compte du parcours législatif et des adaptations nécessaires du secteur hospitalier et de tous les partenaires.



14

### III Divers – Nbre séjours et dépenses

type de séjour	tous les séjours		séjours soins à basse variabilité		
	nombre	Remboursements AMI (prestations)	nombre	Remboursements AMI (prestations)	% remb. AMI
ADH	2.520.214	724.354.659	132.784	44.838.243	5,27%
SHA	1.797.830	2.497.393.537	245.418	303.961.910	13,65%
<b>total</b>	<b>4.318.044</b>	<b>3.221.748.196</b>	<b>378.202</b>	<b>348.800.154</b>	<b>8,76%</b>

Données couplées 2014



15

### III. Divers - Monitoring du système

#### ⇒ Collaboration renforcée entre les administrations (INAMI/SPF Santé/AFMPS)

- ✓ Monitoring budgétaire
- ✓ Suivi de la consommation de la biologie clinique et de l'imagerie médicale;
- ✓ Suivi de la problématique des transferts;
- ✓ Suivi du risque de sous-médication;
- ✓ Suivi des réadmissions;
- ✓ Evolution des groupes de patients, des prestations exclues,...
- ✓ Gestion globale du système et impacts pour les différents partenaires (hôpitaux, prestataires, OA, Assurances Hospi, Firme Software, Administrations....)
- ✓ .....



16

### IV. En pratique

de laag variabele zorg, toepassing en impact/verandering tov huidig systeem

- Détermination prioritaire de l'appartenance d'un séjour à un groupe-patients inclus dans le système
- Facturation du montant global prospectif national (unique) sur base médiane nationale corrigée des prestations (pratique standardisée nationale) à la place d'un paiement à l'acte des prestations effectuées (prestations réelles locales)
- Facturation du TM global (standardisé) correspondant au patient
- Facturation à 0 € des prestations réellement effectuées afin de permettre :
  - De suivre l'évolution des pratiques et de recalculer les montants globaux à l'avenir
  - De facturer d'éventuels suppléments d'honoraires dans les limites fixées (base de calcul).

17

### IV. En pratique

de laag variabele zorg, toepassing en impact/verandering tov huidig systeem

- La répartition du montant global (partie honoraires) entre les prestataires se fait sur base de la ventilation fournie par l'INAMI.
- Les prestataires et l'hôpital gèrent leurs relations financières selon la Loi sur les hôpitaux
- Le taux ou le niveau de suppléments d'honoraires dépend du règlement général et des accords financiers entre l'hôpital et les prestataires.
- La base de calcul des suppléments est constitué des prestations effectuées mais dont le total est limité à la partie honoraires du montant global + période transitoire à 115%.

18

### IV. En pratique

de laag variabele zorg, toepassing en impact/verandering tov huidig systeem

- Groupes-patients ORTHOPEDIE

**Définition des groupes de patients des soins à base variable: tous les critères d'inclusion obligatoires à respecter**

APR-DRG	SDI (niveau de sévérité)	hospitalisation (vs hospitalisation classique, D= hospitalisation de jour)	Description	Pseudo-Codes Hoop	Pseudo-codes Ambu
026	1	H-D	Groupe des patients ayant bénéficié d'une libération du canal carpien (syndrome du canal carpien), sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	798663	798632
026	1	H-D	Groupe des patients ayant bénéficié d'une libération du canal carpien (syndrome du canal carpien), avec attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	798665	798634
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.	798700	-
302	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.	798722	-
302	1	H	Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de genou, en hospitalisation classique, de sévérité 1. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.	798744	-
302	2	H	Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de genou, en hospitalisation classique, de sévérité 2. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.	798766	-

### IV. En pratique

de laag variabele zorg, toepassing en impact/verandering tov huidig systeem

- Groupes-patients ORTHOPEDIE

Diagnose	Montant de soins à base variable (niveau de gravité)	Montant de soins à base variable en ambulatoire	Prévalence de la maladie (ICD-10) Impact Principal (niveau de gravité)	Solde de dépenses en ambulatoire	Solde de dépenses en ambulatoire (niveau de gravité)	Prévalence de la maladie (ICD-10) Impact Principal (niveau de gravité)	Solde de dépenses en ambulatoire
Groupe des patients ayant bénéficié d'une libération du canal carpien (syndrome du canal carpien), sans attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	2030-0290		0207	2030-0290			solde de dépenses en ambulatoire
Groupe des patients ayant bénéficié d'une libération du canal carpien (syndrome du canal carpien), avec attestation d'anesthésie, en hospitalisation classique et de jour, de sévérité 1.	2030-0290	1022-0202 (ambu) / 1022-0202 (hoop)	0207				solde de dépenses en ambulatoire
Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de hanche, en hospitalisation classique, de sévérité 1. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.	2030-3000, 2030-3004, 2030-3008 (cod. sup) et 2030-3009		M2 "H08"	2030-3000, 2030-3004, 2030-3008, 2030-3009			solde de dépenses en ambulatoire
Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de hanche, en hospitalisation classique, de sévérité 2. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.	2030-3000, 2030-3004, 2030-3008 (cod. sup) et 2030-3009		M2 "H08"	2030-3000, 2030-3004, 2030-3008, 2030-3009			solde de dépenses en ambulatoire
Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de genou, en hospitalisation classique, de sévérité 1. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.	2030-3020, 2030-3024, 2030-3028 (cod. sup) et 2030-3029		M2 "H08"	2030-3020, 2030-3024, 2030-3028, 2030-3029			solde de dépenses en ambulatoire
Groupe des patients ayant bénéficié d'une prothèse de genou, en hospitalisation classique, de sévérité 2. Exclusion des reprises, fractures et infections de prothèses.	2030-3020, 2030-3024, 2030-3028 (cod. sup) et 2030-3029		M2 "H08"	2030-3020, 2030-3024, 2030-3028, 2030-3029			solde de dépenses en ambulatoire

### IV. En pratique

de laag variabele zorg, toepassing en impact/verandering tov huidig systeem

- Groupes-patients ORTHOPEDIE : nombre de séjours et montants totaux des honoraires produits

APR-DRG	véhicules	total honoraires
026_grp1_H01 canal carpien v/ambu	5.420	1.279.557
026_grp2_H01 canal carpien + anesth.	21.184	7.417.368
301_grp1_H1 proth. hanche	9.140	14.491.822
301_grp1_H2 proth. hanche	7.429	12.414.415
302_grp1_H1 proth. genou	15.080	24.530.525
302_grp1_H2 proth. genou	5.558	9.621.647

### IV. En pratique

de laag variabele zorg, toepassing en impact/verandering tov huidig systeem

- Groupes-patients ORTHOPEDIE : montant global et TM

APR-DRG	groupe / type*	montant global / remgeldgroep	montant de / vergoeding	beneficiaire / rechtstreeks	beneficiaire de l'intervention majeure (BMJ)
026	grp1 H01	1	237,39	2,00	235,39
026	grp2 H01	1	355,51	2,00	353,51
301	grp1 H1	7	1.625,96	59,00	1.566,96
301	grp1 H2	8	1.676,55	64,00	1.612,55
302	grp1 H1	8	1.676,18	64,00	1.612,18
302	grp1 H2	9	1.750,46	74,00	1.676,46

\* Type composé de plusieurs éléments: H = hospitalisation classique, D = hospitalisation de jour, 1 = SDI niveau 1, 2 = SDI niveau 2.  
 † Type de soins à base variable: H = hospitalisation classique, D = hospitalisation de jour, 1 = SDI niveau 1, 2 = SDI niveau 2.

### IV. En pratique

de laag variabele zorg, toepassing en impact/verandering tov huidig systeem

- Groupes-patients ORTHOPEDIE : répartition du montant global par article nomenclature et groupes-patients

article	montant global bedrag per artikel											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
11	0,00	0,10	1,49	2,41	1,41	2,88						
12	0,00	0,02	438,64	439,61	441,00	474,56						
13	0,00	0,00	2,64	8,63	3,11	10,14						
14	201,62	214,64	706,61	713,84	711,84	710,33						
15	1,44	1,71	1,81	1,74	1,71	1,66						
17	0,61	0,66	16,55	16,31	16,31	16,63						
17na	0,65	0,65	6,42	1,41	1,21	2,89						
17naaa	0,65	0,65	2,28	2,88	1,71	2,50						
17naa	0,65	0,65	11,41	14,04	5,11	5,80						
17naaa	0,65	0,65	12,48	20,28	6,42	6,47						
20	0,11	0,06	1,11	1,04	1,11	6,17						
22	0,60	0,61	146,28	146,48	147,73	178,61						
24	11,44	12,11	49,71	12,61	46,64	10,71						
25	0,11	0,11	80,51	80,71	81,88	86,2						
26	0,14	0,14	6,91	6,54	6,71	10,23						
29	0,00	0,00	0,79	1,01	39,07	22,21						
3	0,14	0,14	1,69	7,21	1,91	9,15						
32	0,18	2,85	3,01	4,42	2,91	4,11						
34	0,00	0,00				0,08						
7	0,00	0,00	35,41	42,81	46,01	60,90						
8	0,00	0,00				0,08						
total global bedrag	237,36	355,51	1.625,96	1.676,55	1.676,18	1.750,46						

### Selectie verblijven



APR-DRG 302 Knee Joint Replacement  
 → Laagvariabel volgens studie KCE: ernstgraad 1 en 2

Verfijning gebaseerd op medische validatie:

- uitsluiting van:
  - fracturen
  - heringepren
  - infecties
- enkel klassieke hospitalisatie
- apart bedrag voor ernstgraad 1 en 2

### Selectie verblijven

klinische validatie: definitie patiëntengroepen

gegevens MZG & SHA/ADH

inclusiecriteria

exclusiecriteria

**Patiëntengroep 302\_grp1\_H1 & 302\_grp1\_H2**  
 Groep patiënten waarbij een knieprothese werd geplaatst, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1 of ernstgraad 2. Exclusie van heringrepen, fracturen en infecties van prothesen.

APR-DRG: 302, SOI: 1 of 2  
 Type hospitalisatie: SHA (klassiek)  
 Nomenclatuur: 290194-290205, 290253-290264, 290275-290286  
 Hoofddiagnose: M15.\* t.e.m. M99.\*

Nomenclatuur: 279053-279064, 293451-293462, 279031-279042  
 Hoofddiagnose: M21.\*, M80.\*, M84.\*, M86.\*, M87.\*, M96.\*, M97.\*  
 Nevendagnose: Q65.\* t.e.m. Q79.\*, Q87.\*  
 Extra: exclusie van verblijven waarbij de hoofdingreep bilateraal werd uitgevoerd

25

### Selectie verblijven

klinische validatie: definitie patiëntengroepen

gegevens MZG & SHA/ADH

inclusiecriteria

exclusiecriteria

**Patiëntengroep 302\_grp1\_H1 & 302\_grp1\_H2**  
 Groep patiënten waarbij een knieprothese werd geplaatst, in klassieke hospitalisatie, met ernstgraad 1 of ernstgraad 2. Exclusie van heringrepen, fracturen en infecties van prothesen.

APR-DRG: 302, SOI: 1 of 2  
 Type hospitalisatie: SHA (klassiek)  
 Nomenclatuur: 290194-290205, 290253-290264, 290275-290286  
 Hoofddiagnose: M15.\* t.e.m. M99.\*

Nomenclatuur: 279053-279064, 293451-293462, 279031-279042  
 Hoofddiagnose: M21.\*, M80.\*, M84.\*, M86.\*, M87.\*, M96.\*, M97.\*  
 Nevendagnose: Q65.\* t.e.m. Q79.\*, Q87.\*  
 Extra: exclusie van verblijven waarbij de hoofdingreep bilateraal werd uitgevoerd

26

### Basisgegevens opdeling honoraria

artikel	302_grp1_H1		302_grp1_H2	
	totaal honoraria	aandeel artikel	totaal honoraria	aandeel artikel
04	11.003.319,87	44,86%	4.124.281,62	42,86%
12	6.747.039,05	27,50%	2.606.280,51	27,09%
22	2.454.757,67	10,01%	981.776,53	10,20%
P5	1.198.359,01	4,83%	529.445,85	5,50%
17	730.358,66	2,88%	321.477,74	3,34%
24	682.592,32	2,78%	278.742,24	2,90%
7	673.275,46	2,74%	334.749,05	3,48%
P9	571.762,19	2,33%	122.723,70	1,28%
06	398.551,44	0,400%	55.112,74	0,57%
8	86.546,56	0,35%	50.289,01	0,52%
17ter	80.646,02	0,33%	31.895,29	0,33%
13	45.460,31	0,19%	55.728,94	0,58%
12	42.812,58	0,17%	22.709,73	0,24%
17quater	25.674,27	0,10%	19.252,00	0,20%
15	25.259,37	0,10%	9.140,43	0,09%
11	23.493,44	0,10%	15.822,58	0,16%
17bis	18.072,80	0,07%	16.421,70	0,17%
20	16.392,01	0,07%	36.133,26	0,38%
18	6.152,75	0,03%	9.201,09	0,10%
14	0	0,00%	460,17	0,00%
<b>totaal</b>	<b>24.530.525,25</b>	<b>100,00%</b>	<b>9.621.647,18</b>	<b>100,00%</b>

27

### Basisgegevens: spreiding honoraria

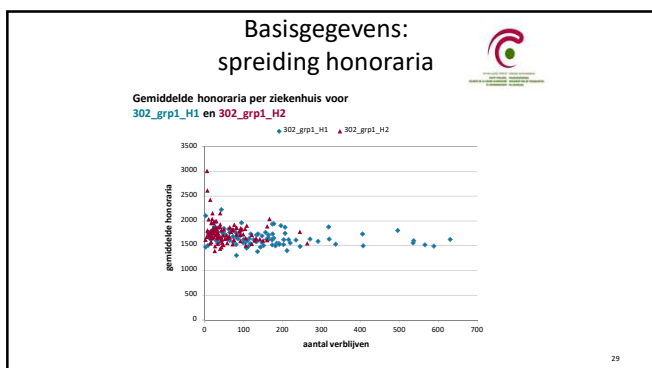
patiëntengroep	aantal verblijven	gemiddelde	std
302_grp1_H1	15.090	1.625,61	303,65
302_grp1_H2	5.558	1.731,13	360,43

patiëntengroep	P5	P10	P25	mediaan	P75	P90	P95	Q-range (P75-P25)	Qcod
302_grp1_H1	1.183,44	1.335,59	1.478,11	1.597,91	1.726,70	1.920,34	2.164,93	248,59	0,08
302_grp1_H2	1.339,79	1.436,00	1.539,12	1.668,72	1.824,23	2.099,36	2.390,93	285,11	0,08

Qcod = (P75-P25)/(P75+P25)  
 → maat van interne variabiliteit die varieert tussen 0 en 1. Een lage waarde impliceert een lage variabiliteit.

28



### Basisgegevens spreiding verblijfsduur

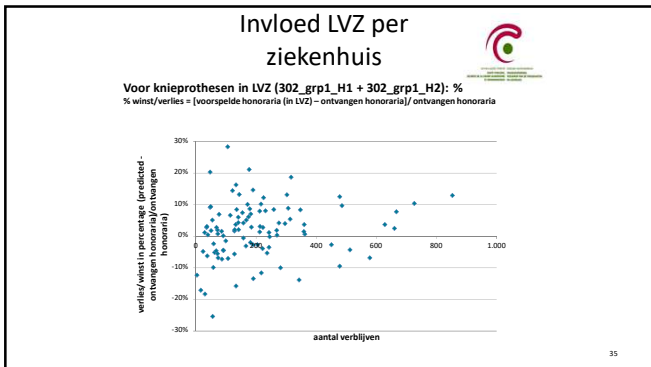
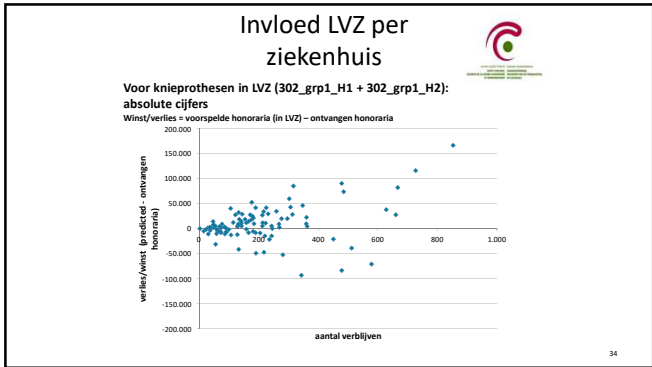
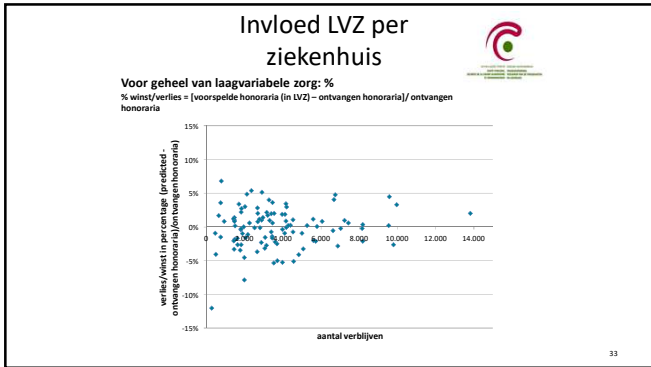
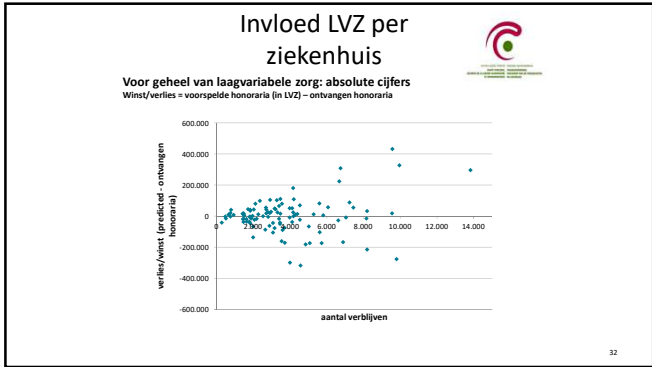
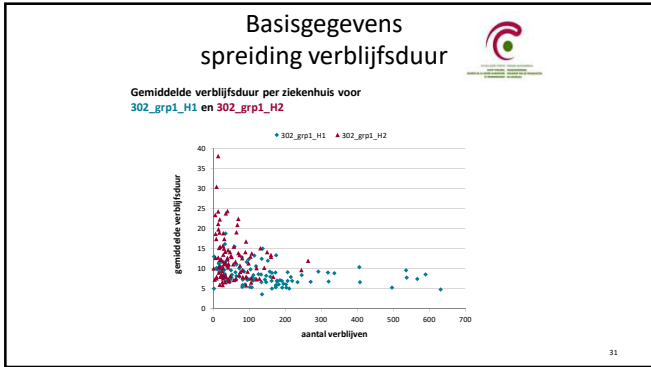
patiëntengroep	aantal verblijven	gemiddelde	std
302_grp1_H1	15.090	7,84	6,95
302_grp1_H2	5.558	11,54	10,84

patiëntengroep	P5	P10	P25	mediaan	P75	P90	P95	Q-range (P75-P25)	Qcod
302_grp1_H1	3	4	5	6	8	13	22	3	0,23
302_grp1_H2	4	5	6	8	12	25	33	6	0,33

Qcod = (P75-P25)/(P75+P25)  
 → maat van interne variabiliteit die varieert tussen 0 en 1. Een lage waarde impliceert een lage variabiliteit.

30



Merci pour votre attention

35