

Groupe de travail "Soins à basse variabilité": Réunion du 11 février 2019

Les slides présentés lors de la réunion sont en Annexe ii.

I. Quelles sont les bases du nouveau système des « montants globaux » ?

1. Le Docteur Van Dijck (Kartel) souhaiterait obtenir plus de statistiques sur la variabilité des groupes de patients. Il va transmettre au Service les données chiffrées qui lui semblent utiles. (**TODO** : Docteur Van Dijck & INAMI).
2. L'INAMI rappelle les principes de la ventilation du montant global prospectif (voir slides). Trois situations concrètes sont décrites (en fonction du fait que la prestation est réalisée ou pas et pourquoi elle ne l'est pas). Certains membres demandent si, pour les deux premières situations décrites, un paiement sur base de de l'honoraire existant au 31/12/2018 est toujours possible. La réponse est positive, moyennant une solution au sein de l'hôpital en cas de différences positives ou négatives avec le montant global prospectif facturé (confirmation fournie lors de la Commission informatique du 14/02/2019 et par mail du 18/02/2019 à 9h26 aux membres de la Commission informatique – Voir Annexe i).

II. Quels sont les patients concernés par le nouveau système ?

1. Voir slides sur la définition de certains termes utilisés pour décrire les groupes de patients, la combinaison de codes pour l'APR-DRG 171, l'explication des différences entre les fichiers transmis en novembre et ceux transmis en décembre,...
2. Le Docteur Moens (Absym) signale que certains hôpitaux ont de lourdes pertes sur l'APR-DRG 191 (cardio). Cela s'explique par le fait que la moyenne du groupe est très éloignée de la médiane (même après correction). Le groupe de travail convient qu'il est nécessaire d'approfondir l'analyse et de réunir à nouveau le Groupe de travail en présence de quelques cardiologues (**TODO** : INAMI).

III. À quelles prestations les montants globaux s'appliquent-ils ?

1. Voir les slides pour les pseudo-codes de kinésithérapie et les dialyses aiguës qui sont exclus.
1. Le Groupe de travail s'interroge sur les prestations d'anatomopathologie qui ne seraient pas systématiquement incluses dans les données SHA/ADH et donc dans les montants globaux prospectifs. Le groupe de travail convient également qu'il est nécessaire d'approfondir l'analyse de la consommation d'anatomopathologie (notamment en fonction de la présence ou pas d'un labo d'anatomopathologie attaché à l'hôpital) et de réunir à nouveau le Groupe de travail en présence de quelques anatomopathologues (**TODO** : INAMI).
2. Une discussion analogue a été menée concernant les prestations de l'article 29 de la nomenclature (implants orthopédiques). Le groupe de travail convient également qu'il est nécessaire d'approfondir l'analyse de la consommation de ces prestations et de réunir à nouveau le Groupe de travail à ce sujet (**TODO** : INAMI).

IV. Comment l'hôpital doit-il facturer les montants globaux ?

1. Voir les slides pour des explications complémentaires pour la base de calcul des suppléments et pour le plan comptable

2. Les fichiers de facturation envoyés par les hôpitaux seront-ils correctement traités par les organismes assureurs dans les délais prévus (voir aussi le courrier des fédérations hospitalières du 14 février 2019) ? L'INAMI a pris contact avec les organismes assureurs pour veiller à ce que les tests soient réalisés dans de très brefs délais.

Entre-temps, le problème a été évoqué lors du conseil général du 18 février : *“De heer De Cock stelt dat er in een nota VC maatregelen kunnen opgenomen om ziekenhuizen te betalen voor de prestaties betreffende laagvariabele zorg, indien de problematiek van de facturatie betreffende prestaties laagvariabele zorg steeds blokkeert bij de VI's. Dit vooral om de continuïteit van de financiering van de ziekenhuizen te kunnen garanderen en niet te storen. Indien dit na onderzoek duidelijk blijkt, zullen duidelijke maatregelen genomen worden. De situatie wordt op de voet gevolgd door het RIZIV en de heer De Cock vraagt ook om de signalen te blijven doorgeven indien er nog problemen zijn”*.

3. En ce qui concerne la sous-traitance et, de manière plus générale, les prestations réalisées dans un hôpital B pour des patients hospitalisés dans un hôpital A, le service a rappelé les règles convenues en Commission informatique. Le groupe de travail pose la question de l'honoraire qui doit être facturé dans ce cas ? Réponse : Il s'agit de l'honoraire à 100%.

V. Quel soutien aux hôpitaux pour implémenter le nouveau système ? Quel monitoring ?

1. Voir les slides concernant la liquidation du budget de soutien prévu dans le BMF

VI. Divers

1. Le groupe de travail (qui associera à l'avenir les organismes assureurs) se réunira à intervalles réguliers pour suivre l'évolution du nouveau système et pour évoquer des problématiques particulières (à court terme : l'anatomopathologie, l'APR-DRG 191 et l'article 29 de la nomenclature).
2. Le Docteur DeToeuf (Absym) attire l'attention sur la problématique des prestations combinées (par exemple varice et hernie inguinale) qui doit être analysée aussi.
3. Le Docteur DeToeuf pose aussi la question de l'anesthésie d'un enfant pour faire une RMN et une autre intervention combinée. Ne faudrait-il pas l'exclure ?
Réponse : Une analyse sur les séjours des soins à basse variabilité de 2016 et les codes RMN montre que la RMN sur l'enfant au cours d'un séjour à basse variabilité est une exception. 4 enfants de moins de 10 ans sont dans ce cas en 2016. Les 3 enfants les plus jeunes ont subi une anesthésie.
4. Le Groupe de travail souhaite connaître les règles que doivent suivre les patients étrangers (EU).
Réponse : Ceux-ci suivent les règles des soins à basse variabilité.

Annexe i

Aux membres de la Commission Informatique

Il est formellement confirmé que conformément à la législation et selon la circulaire INAMI Hôp 2018-10 du 17 décembre 2018, il est également permis de répartir les prestations exécutées d'une admission aux médecins qui les ont exécutées ou qui ont traité et ce, selon la valeur de la nomenclature comme si elles auraient été facturées habituellement jusqu'à la fin 2018. Toute différence éventuelle avec le montant global prospectif peut alors être répartie selon les règles à édicter par l'instance organisant la perception centrale en tenant compte des règles de perception et du règlement général.

Ceci s'applique aux deux situations suivantes:

- Prestations couvertes par le montant global prospectif et également effectivement exécutées pendant le séjour « soins à basse variabilité ».
- Prestations couvertes par le montant global prospectif et non exécutées pendant le séjour « soins à basse variabilité », mais il y a des prestataires au sein de l'hôpital qui auraient pu effectuer la prestation.

Les rares prestations couvertes par le montant global prospectif et non exécutées pendant le séjour « soins à basse variabilité » et pour lesquelles il n'y a pas de prestataire qualifié qui aurait pu l'exécuter (situation 3), sont réparties selon la méthode qui sera convenue par le conseil médical.

Aan de leden van de Commissie Informatieverwerking

Hieronder vindt u de boodschap die vanmorgen mondeling overgemaakt werd in verband met de verdeling van de honoraria in het kader van verblijven laagvariabele zorg:

Er wordt formeel bevestigd dat, zowel volgens de wetgeving als volgens de RIZIV omzendbrief ZH 2018-10 van 17 december 2018, het eveneens is toegestaan om de uitgevoerde prestaties van een opname aan de uitvoerende, behandelende artsen te verdelen volgens de waarde van de nomenclatuur alsof deze zou gefactureerd worden op de tot eind 2018 gebruikelijke wijze. Eventuele verschillen met het globaal prospectief bedrag kunnen dan verdeeld worden volgens vast te leggen spelregels door de instantie die de centrale inning organiseert, rekening houdende met het inningsreglement en de algemene regeling.

Dit geldt voor de volgende 2 situaties:

- Prestatie gedekt door globaal prospectief bedrag en ook effectief uitgevoerd tijdens het verblijf "laagvariabele zorg"
- Prestatie gedekt door globaal prospectief bedrag en niet uitgevoerd tijdens het verblijf "laagvariabele zorg", maar er zijn verstrekkers binnen het ziekenhuis die de prestatie hadden kunnen verrichten

De zeldzame prestaties die gedekt zijn door het globaal prospectief bedrag en niet uitgevoerd zijn tijdens het verblijf "laagvariabele zorg" en waarvoor er binnen het ziekenhuis geen aanwijsbare verstrekkers zijn die ze hadden kunnen verrichten (situatie 3), worden verdeeld op een manier die door de medische raad wordt afgesproken.



**DE NIEUWE FINANCIERING VOOR
LAAGVARIABELE PATIËNTENGROEPEN VIA
GEBUNDELDE HONORARIA:
FAQ 2019**

11/02/2019



**QUELLES SONT LES BASES
DU NOUVEAU SYSTÈME DES «
MONTANTS GLOBAUX » ?**



Répartition du montant global: rappel des principes

- 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.
- Chaque code nomenclature est attribuable et seulement attribuable (obligation) aux prestataires qui peuvent prêter et attester ce code selon la nomenclature.



Répartition du montant global: rappel des principes

- Au-delà du code nomenclature et des prestataires qui peuvent théoriquement les percevoir, les prestataires et l'hôpital conviennent des règles plus précises d'attribution (pratiquement) entre les prestataires qui peuvent les percevoir (répartition primaire théorique de l'INAMI vers attribution réelle à un prestataire déterminé) et également la répartition secondaire entre les prestataires qui peuvent les percevoir et qui les ont perçus (répartition primaire) et les autres prestataires selon les accords entre eux à ce sujet (pool, etc...) ou l'hôpital pour la couverture des frais (rétrocession).



Répartition du montant global: 3 situations (1/3)

- La prestation couverte par le montant global prospectif (donc toutes les prestations sauf celles de l'article 2 de l'Arrêté Royal) est réalisée au cours du séjour « à basse variabilité » ?
- OUI
- Alors l'honoraire est attribué au prestataire qui a réalisé la prestation



Répartition du montant global: 3 situations (2/3)

- La prestation couverte par le montant global prospectif n'a **pas été réalisée** au cours du séjour « à basse variabilité » mais les **prestataires qui auraient pu la réaliser sont présents dans l'hôpital ?**
- OUI
- Alors la prestation doit être attribuée au groupe de prestataires qui auraient pu la réaliser.



Répartition du montant global: 3 situations (3/3)

- La prestation couverte par le montant global prospectif n'a **pas été réalisée** au cours du séjour « à basse variabilité » car les prestataires qui auraient pu la réaliser **ne sont pas présents dans l'hôpital** (ex : néonatalogie) ?
- OUI
- Alors « Saldopool »

Répartition du montant global

- Question:

De primaire verdeling is een verdeling op N-groep. Deze N-groepen zijn in de meeste gevallen niet 1 op 1 toe te wijzen aan één discipline. Zijn er specifieke bepalingen van toepassing om de N-groepen binnen het ziekenhuis te verdelen over die disciplines of hebben de artsen/ziekenhuizen hier de volledige vrijheid over?

Répartition du montant global

- Réponse:

Zoals aangehaald door de wet deelt het Instituut aan de ziekenhuizen de gedetailleerde verdeling tussen de verschillende geneeskundige **verstrekkingen** mee.

De N-groepen of de (sub)-artikelen van de nomenclatuur zijn enkel maar gecommuniceerd ter informatie.

Répartition du montant global

- Question:

In welke juridische vorm raadt u de ziekenhuizen aan om deze primaire verdeling tot op discipline niveau vast te leggen zodat dit ook afdwingbaar is. Via een addendum bij de algemene regeling? Via een adviesaanvraag aan de Medische Raad? Of nog een andere optie?

Répartition du montant global

- Réponse:
- Zoals ook meegedeeld in de omzendbrief 2018-10 van december wijzigt de wet van 19 juli 2018 op geen enkele wijze de vergoedingsstelsels voorzien in art. 146 van de ziekenhuiswet. Dat betekent dat alle mechanisme van verdeling in het ziekenhuis al bestaan (ook op discipline niveau).

Répartition du montant global

- Question:

In de omzendbrief staat bepaald dat de honoraria die in het globaal perspectief bedrag zijn opgenomen, verschuldigd zijn ongeacht of deze daadwerkelijk werden uitgevoerd.

Is een akkoord binnen het ziekenhuis waarbij bedragen lager dan een bepaald bedrag (voorbeeld 2 euro) worden toegewezen aan een reservepool in dit kader een correcte toepassing van de primaire verdeling? Of is dit al een afwijking van de primaire verdeling?

Répartition du montant global

- Réponse:

Dat is inderdaad een afwijking van de verdeling opgelegd door de wet. De reservepool is bedoeld om bedragen die niet kunnen worden toegewezen aan een verstrekker (bijv. omdat er geen zorgverlener met een overeenstemmende bekwaamheid aanwezig is) te concentreren

**QUELS SONT LES PATIENTS
CONCERNÉS PAR LE
NOUVEAU SYSTÈME ?**



Groupe de patients: terminologie (1/2)

- Question / Réponses :

Pourriez-vous préciser les concepts suivants :

- Voor de combinatie-codes hebben we nagegaan of alle codes aanwezig waren in het verblijf. Er wordt **niet** nagekeken of deze op dezelfde dag gefactureerd zijn.

Groupe de patients: terminologie (2/2)

- Question / Réponses :
- **Exclusie** betekent dat de prestatie aanwezig is in de opname en dat het verblijf daarom uitgesloten wordt van de patiëntengroep/LVZ
- **Bilateraal**: verblijven waarbij de code 1 keer aan 100% en 1 keer aan 50% wordt gefactureerd worden uitgesloten. Er wordt niet gekeken naar 2 keer aanwezig op verschillende dagen.



APR-DRG 171: combinaison de codes (1/2)

- **Question:**

Dans le groupe de patients n°2 de l'APR-DRG 171 « *Groupe de patients (sans IMA, sans décompensation cardiaque ou choc cardiogénique) ayant bénéficié de la pose d'un pacemaker, sans chirurgie abdominale, **avec attestation d'anesthésie**, en hospitalisation classique, de sévérité 1 et 2* », la combinaison des codes 354373 – 354384 K60 (implantation du pacemaker) + 475952-475963 K248 (implantation par voie transveineuse d'une électrode ventriculaire gauche, connectée à un pacemaker ou un défibrillateur cardiaque) + 200196 – 200200 (anesthésie pour prestation entre K181 et K240) est-elle possible ?



APR-DRG 171: combinaison de codes (1/2)

- Réponse:

Cette combinaison est en effet impossible et donc superflue dans la description de ce groupe. La seule combinaison possible est donc 354373 – 354384 K60(implantation du pacemaker) + 475974-475985 K188(mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse) + 200196 – 200200 (anesthésie pour prestation entre K181 et K240).



Fichier de répartition différent nov2018 et décembre 2018? (1/3)

- **Question:**

Pourquoi le fichier de répartition fournit en novembre 2018 est-il différent du fichier définitif disponible sur le site web de l'INAMI pour quelques groupes de patients (APR-DRG 174, 175 & 191)



Fichier de répartition différent nov2018 et décembre 2018? (2/3)

- Réponse:

1 °) L'arrêté royal prévoit que l'ensemble du séjour est exclu du système des soins à basse variabilité si la prestation pour laquelle le patient se rend à l'hôpital B est une prestation d'inclusion et si l'hôpital A (hôpital de séjour) ne dispose pas de l'agrément nécessaire pour cette prestation.

2 °) Pour exécuter cette disposition, nous avons vérifié si, pour une prestation qui requiert un agrément, le lieu de séjour (« stay_place_id ») était différent du lieu de prestation (care_place_id) ce qui signifie que le patient a été transféré.



Fichier de répartition différent nov2018 et décembre 2018? (3/3)

- Réponse:

3°) Certains hôpitaux ont des services en commun avec un numéro d'agrément distincts (**715xxx**) et donc "care_place_id » est différent de « stay_place_id » bien que le patient n'ait pas été transféré.

isn	stay_place_id	care_place_id	nomen_code	norm_prest	hosp_serv_id	SUM_of_qty
264727	71000634	71500777	589024	0	220	1
920997	71000634	71500777	589024	0	220	1

establ_id	establ_name
71500777	CHR Namur + Clin. St Luc Bouge

4°) 3.121 séjours exclus à tort des calculs en novembre 2018 et réintégrés en décembre 2018.



Critères d'exclusion superflus? (1/3)

- **Question:**

Certains critères d'exclusion relatifs aux codes de nomenclature ne sont-ils pas superflus dans divers groupes de patients, compte tenu des règles d'application de la nomenclature (ex : règle des champs opératoires) ?

Critères d'exclusion superflus? (2/3)

- **Réponse:**

Les règles d'application de la nomenclature restent strictement d'application dans le cadre du financement des soins à basse variabilité. Lorsque qu'il y a plusieurs groupes de patients au sein du même APRdrg, ces groupes ont été par principe rendus mutuellement exclusifs en croisant les critères d'inclusion et d'exclusion. De ce fait, certains critères d'exclusion sont en effet parfois superflus (puisque la combinaison est impossible à cause des règles de la nomenclature).



Critères d'exclusion superflus? (3/3)

- Exemple: En ce qui concerne les amygdalectomies et les adénoïdectomies, il y a en fait quatre groupes de patients qui ont été constitués avec différentes prestations au sein du même APR-DRG 097. Lorsque qu'il y a plusieurs groupes de patients au sein du même APR-DRG, ces groupes ont été par principe rendus **mutuellement exclusifs** en croisant les critères d'inclusion et d'exclusion.



Diagnostic principal : Définition?

- Question:

La définition des séjours inclus dans le système prévoit l'exclusion de certains séjours sur base de la présence d'un **diagnostic principal** (DP). Quelle en est la définition?

- Réponse:

Le diagnostic principal utilisé dans l'AR est le **diagnostic d'admission vérifiée** (DAV) qui est en général le DP de la première spécialité. Ces termes sont définis dans les directives disponibles sur le site du SPF Santé Publique.



groupe 191_grp1_HD12 : Patients pontés!

- **Question:**

Ne faut-il pas exclure de la basse variabilité les patients pontés ou prévoir un montant supérieur pour eux dans un sous-groupe, car leur coronarographie coûte plus cher que la coronarographie des autres patients non pontés

- **Réponse:**

A analyser

**À QUELLES PRESTATIONS
LES MONTANTS GLOBAUX
S'APPLIQUENT-ILS ?**

Les pseudos? EXCLUS sauf...

- **Question:**

Les prestations d'indemnités de kinésithérapie (par exemple, la prestation 562671) sont-elles exclues des soins à basse variabilité?

- **Réponse:**

Art. 2. §1. Les prestations suivantes ne sont pas couvertes par le montant global prospectif par admission dans un hôpital:

6° les **pseudocodes** nomenclature à l'exception des codes suivants qui sont inclus : 592852, 592815, 592955, 592911, 593051, 593014, 593154, 593110



Les dialyses chroniques? EXCLUES

- **Question:**

Les dialyses ont-elles été exclues des soins à basse variabilité?

- **Réponse:**

OUI, les dialyses chroniques ont été exclues (à l'article 2 de l'Arrêté Royal). Les dialyses aiguës n'ont pas été exclues.

COMMENT L'HÔPITAL DOIT-IL FACTURER LES MONTANTS GLOBAUX ?

La facturation aux OA

- **Question:**

- Quelle garantie avons-nous que les mutuelles seront prêtes à recevoir fin février nos bandes de facturation avec des forfaits basse variabilité ?

- **Réponse:**

Des fichiers tests ont été envoyés par quelques hôpitaux, des contacts ont eu lieu avec les firmes de soft et les OA font tout leur possible pour traiter les fichiers test dans les jours qui suivent.



Base de calcul des suppléments

- **Question:**

Les prestations exclues des soins basse variabilité (ex : 599104) doivent-elle être prises en compte dans la détermination de la base de calcul des suppléments?



Base de calcul des suppléments

Réponse:

Les prestations de l'article 2 de l'AR qui sont exclues ne font pas partie de la base de calcul. Toutes les autres bien.

En d'autres termes, si demain on crée une nouvelle prestation qui appartient à un article de la nomenclature qui n'est pas exclu des soins à basse variabilité, cette prestation (pour autant qu'elle ait été réalisée) doit être prise en compte pour la base de calcul (et bien qu'elle n'était par définition pas dans les calculs initiaux).

Facturation sous-traitance (1/4)

- **Question:**

Hoe er moet gefactureerd worden indien de patiënt tijdens een verblijf laagvariabele zorg (in ziekenhuis A) tijdelijk naar een ander ziekenhuis B gaat voor één of meerdere verstrekkingen.

Facturation sous-traitance (2/4)

- Réponse:

KB voorziet dat het volledige verblijf uitgesloten is uit het systeem van laagvariabele zorg indien de verstrekking waarvoor de patiënt naar ziekenhuis B gaat een inclusienomenclatuur is én ziekenhuis A (ziekenhuis van verblijf) niet over de nodige erkenning beschikt voor deze verstrekking. In dat geval gebeurt de facturatie op de klassieke manier.

Facturation sous-traitance (3/4)

- **Réponse:**

Indien de verstrekking waarvoor de patiënt naar ziekenhuis B gaat niet aan bovenvermelde voorwaarden voldoet, dan moet het verblijf wél als laagvariabele zorg gefactureerd worden.

Dit is het geval als de verstrekking in ziekenhuis B geen inclusienomenclatuur is en/of geen specifieke erkenning vereist en/of wél een specifieke erkenning vereist waarover ziekenhuis A zelf beschikt.

Facturation sous-traitance (4/4)

- Réponse:

Ziekenhuis B factureert de verstrekking die zij verricht heeft aan ziekenhuis A.

Ziekenhuis A factureert alles aan de VI, ook de prestatie (aan 0 €) die in ziekenhuis B verricht werd. Als plaats van verstrekking in deze “nulrecord” wordt het erkenningsnummer van ziekenhuis B vermeld (nummer ziekenhuis of specifiek erkenningsnummer, bv. NMR, labo,...)

=> geen verwerpingen door VI



Plan comptable – Les suppléments

- **Question:**

Le nouveau plan comptable adopté prévoit une rubrique « 7071 Suppléments au Montant Global Prospectif » alors qu'il n'y a pas de supplément possible sur le montant global prospectif lui-même. Est-ce logique ?

- Réponse :

La rubrique « 7071 » reprendra les suppléments d'honoraires facturés dans le cadre des montants globaux prospectifs **selon les règles prévues pour cette facturation.** Il ne s'agit donc pas d'un supplément global/unique au montant prospectif.



**QUEL SOUTIEN AUX
HÔPITAUX POUR
IMPLÉMENTER LE NOUVEAU
SYSTÈME ? QUEL
MONITORING ?**



Quel soutien aux hôpitaux pour implémenter le nouveau système ?

- **Question**: Il y a une différence entre ce qui a été financé en juillet 2018 dans la ligne 2005 du B4 et ce qui figure dans le contrat signé par les hôpitaux. Comment cela sera-t-il corrigé ?
- **Réponse**: Une correction sera faite dans le BMF de juillet 2019 via la sous-partie C2 sur base des montants mentionnés dans les contrats envoyés à la signature des hôpitaux fin décembre 2018.

