

# « Des soins intégrés pour une meilleure santé »

## Projets : aspects financiers

Journée d'intervision - 6 décembre 2016

GEÏNTEGREERDE ZORG  
VOOR EEN BETERE GEZONDHEID



DES SOINS INTÉGRÉS  
POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

# Work in progress

- **Journée d'info du 13 octobre 2016**
- **Groupe de travail financier du 25 novembre 2016**
- **Premiers calculs des « coûts attendus » par projet**

# Concepts

**Groupe-cible**  
**Soins groupés**  
**Garantie budgétaire**  
**Financement groupé**  
**Paiement groupé**

# Groupe-cible

## Guide :

La formulation du groupe-cible tient compte :

- il doit s'agir de **malades chroniques**, sans limitation liée à l'âge ou à d'éventuelles comorbidités ;
- le groupe-cible doit être composé de (groupes de) bénéficiaires présentant des **affections chroniques de différents types**
- ce groupe-cible doit être **suffisamment large – plusieurs milliers de personnes**
- extension **progressive**
- Critères d'inclusion : **suffisamment précis** pour permettre d'évaluer les conséquences financières
- une attention particulière doit être accordée aux **groupes de population les plus fragiles** et à la réduction des inégalités face au système de soins de santé

# Groupe-cible

**Groupe-cible administratif**

**Groupe-cible opérationnel**

On opère cette distinction car certains projets veulent impliquer des bénéficiaires qui ne peuvent pas être directement identifiés via les données AIM.

# Groupe-cible administratif

- Les bénéficiaires qui répondent aux **caractéristiques mesurables au niveau AIM** telles que proposées par le projet : combinaison de 98 caractéristiques.
- Il s'agit seulement des bénéficiaires dont le **domicile** se situe dans la **région** du projet.
- Un projet ambitieux peut choisir explicitement d'inclure **toute sa population** dans le groupe cible administratif.
- Ce groupe-cible va **déterminer le financement** du projet dans le cadre de la garantie budgétaire et du paiement groupé.

# Exemples de groupe-cible administratif

Tous les bénéficiaires ayant:

- le statut affection chronique [dépenses AMI > 300 euros pendant 8 trimestres ou droit au forfait malades chroniques (montant minimum de tickets modérateurs + situation de dépendance)]
- au moins 3 hospitalisations l'année écoulée
- au moins 5 médicaments et le statut affection chronique
- une affection chronique: sur base de 'proxys'
- au moins 2 affections chroniques + plusieurs hospitalisations en 1 an ou statut affection chronique ou MAF maladies chroniques ou remboursement MAF
- au moins 1 des affections suivantes: maladie cardiovasculaire, BPCO, asthme, diabète, muco, parkinson, Alzheimer, insuffisance rénale

# Groupe-cible opérationnel

- Bénéficiaires pour qui des **engagements en termes de soins** sont effectivement pris dans le cadre du projet Des bénéficiaires domiciliés **à l'extérieur de la zone du projet** peuvent faire partie du groupe-cible opérationnel du projet.
- Les bénéficiaires sont '**marqués**' (flag) **par les OA**
- **Les critères d'inclusion** sont déterminés par **le projet lui-même**. Évaluation concernant l'inclusion : équipe scientifique.



# Exemples de groupe-cible opérationnel

Tous les bénéficiaires avec :

- Affection chronique
- statut affection chronique et (Flandres) Bel-schaal
- statut affection chronique et affection neurologique ou cardiaque
- Prise en charge sur base de critères des SISD/CCSD/SEL
- Score Katz + prise en charge par des services d'aide à domicile

# Exemples groupe-cible administratif (A) versus groupe-cible opérationnel (O)



**A** = personnes avec statut affection chronique

**O** = idem, + affection neuro ou cardio

# Exemple groupe-cible administratif (A) versus groupe-cible opérationnel (O)



**A** = personnes avec statut affection chronique

**O** = personnes avec affection chronique

## Exemple groupe-cible administratif (A) versus groupe-cible opérationnel (O)



**A** = bénéficiaire avec affection chronique (proxy AIM)

**O** = tous les bénéficiaires avec affection chronique, y compris les bénéficiaires qui ne sont pas détectés comme malades chroniques par l'AIM.

Dans la mesure où des bénéficiaires domiciliés **hors de la zone** peuvent faire partie du groupe-cible, le groupe-cible opérationnel peut être plus grand le groupe-cible administratif.

# Groupe-cible opérationnel

**Guide : au départ**, ce groupe-cible devrait représenter plusieurs milliers de bénéficiaires.

**Objectif** en fin de projet: 10 % de la population = correspond au nombre de bénéficiaires ayant le statut affection chronique

## **Proposition de trajectoire:**

2017 : 1 % de la population

2018 : 4 %

2019 : 6 %

2020 : 8 %

2021 : 10 %.

# Soins groupés

**Soins groupés** : prestations de soins et d'aide sur lesquelles le projet souhaite investir pour atteindre, dans le cadre des 14 composantes, les objectifs (3AIM, Equity, attractivité des professions)

**Guide** : Le consortium comprend **au minimum**

- des acteurs de 1ère ligne (au minimum médecins généralistes et infirmiers à domicile, avec possibilité d'étendre aux pharmaciens, kinés, dentistes, ...)
- des acteurs de seconde ligne (hôpitaux et les différents services impliqués),
- des partenaires de l'aide à domicile
- plusieurs spécialités médicales fréquemment sollicitées par des pathologies chroniques,
- une ou plusieurs structures de concertation ayant une représentativité significative sur la zone du consortium,
- une ou plusieurs associations de patients, d'aidants-proches et de familles.

**La liste des prestations incluses dans les soins groupés correspond au minimum à celles de ces prestataires.**

# Garantie budgétaire

L'**autorité fédérale** prévoit un « **système de garantie budgétaire** » et, le cas échéant, de nouvelles modalités de financement pour offrir cette garantie budgétaire.

Concrètement, l'**autorité fédérale** garantit que le **projet** reçoit les moyens à **concurrence du coût qui est attendu**, en partant d'une référence **nationale** et en tenant compte des **caractéristiques concrètes** du **groupe cible au sein de la région** de ce projet.

# Principes proposés pour la garantie budgétaire

- Pour les prestations avec **intervention AMI**
- La garantie budgétaire concerne également les **quote-parts personnelles légales** (demandées conformément au cadre réglementaire) ainsi que celles qui ne seraient plus perçues en raison de la non (ou moindre) délivrance de certaines prestations.
- La garantie budgétaire est déterminée sur la base du **groupe cible administratif** (habitants de la région).
- La garantie budgétaire est exprimée en **un montant par bénéficiaire** (par an).
- La garantie budgétaire est calculée **a posteriori** au terme de l'année civile écoulée.
- Pour la durée du projet. Entretemps, on examinera dans quelle mesure le système de **paiements groupés** peut être maintenu et comment un **système de “shared savings”** peut être mis en place **après la phase projet**.



# Contenu de la garantie budgétaire

- Les dépenses pour les prestations appartenant au moins aux **16 groupes**.
- Dépenses **BMF** : seulement la partie variable. On peut cependant attendre de l'hôpital qu'il investisse dans le projet des moyens issus de la partie fixe : collaborateurs, ICT, locaux, formation, soutien, ...
- La garantie budgétaire tient compte des bénéficiaires avec un coût exceptionnellement élevé (**outliers**).
- Les quotes-parts **personnelles** légales.
- Les prestations transfrontalières (recherche d'une solution)

# Calcul du coût attendu vis-à-vis du coût réel

- Ce calcul détermine dans quelle mesure des **moyens complémentaires** seront versés au projet. Un projet ne devra jamais rembourser de moyens financiers mais devra éventuellement s'ajuster (ou s'arrêter)
- Le **coût attendu = A** : calculé annuellement sur base du modèle de la responsabilité financière des mutualités :
  - Base = **données AIM**
  - La consommation attestée dans au moins les **16 groupes** de prestations
  - Fournies en **Belgique** pour les bénéficiaires qui répondent aux critères du **groupe-cible administratif** dans la région du projet
  - Pour lesquelles le coût calculé a été **normalisé** selon les caractéristiques spécifiques auxquelles répond le groupe-cible de la région (voir liste des paramètres de la « responsabilité financière » des mutualités)
- **Résultat** : un montant par bénéficiaire et par an = A.

## Calcul du coût attendu vis-à-vis du coût réel

- Le **coût réel** (R) est calculé annuellement sur base
  - **Des données AIM** pour les bénéficiaires au sein de la région (sur base de la date de prestation ou de facturation? À déterminer)
  - De la consommation constatée des prestations au moins dans les **16 groupes**
  - Sur base de tous les bénéficiaires du **groupe-cible administratif**

# Versement des gains d'efficacité

- **Le coût de référence** (coût réel du projet) est toujours 2016 (si connu, à défaut 2015). Pour que le coût des années ultérieures (2017, 2018, ... ) puisse être comparé avec le coût de référence, celui-ci doit être revalorisé positivement ou négativement.
- Dans le cas où un projet **adapte son groupe-cible administratif** ou les groupes de **prestations**, le coût de référence sera recalculé, toujours sur la base de la période de référence 2016 (si connu).
- Si le projet parvient à **faire baisser les coûts : des gains d'efficacité** lui seront toujours versés.

# Versement des gains d'efficience

- La proposition tient compte d'un **pourcentage d'incertitude de 5 %** étant donné que le modèle de normalisation ne peut expliquer toutes les différences (sous réserve d'un accord de la part du groupe de travail financier, du Comité de l'assurance et de la cellule stratégique)
- **3 situations** possibles :
  - Un projet avec un coût en 2016 qui se situe au dessus du coût attendu (= A) augmenté d'une marge de 5% = **ZONE X** (rouge).
  - Un projet avec un coût en 2016 entre A + 5% de marge et A- 5% de marge = **ZONE Y** (bleu).
  - Un projet avec un coût en 2016 qui se situe en dessous de A - 5% de marge = **ZONE Z** (vert).

# Quand verser des gains d'efficience?

Cout de référence 2016	Marge		2017	2018	2019	2020	2021
<b>X1</b>	+ p %	B	<b>Zone X</b>				
Y1		A	<b>Zone Y</b>				
Y1	- p %	C	<b>Zone Z</b>				
<b>Z1</b>							

# Versement des gains d'efficience

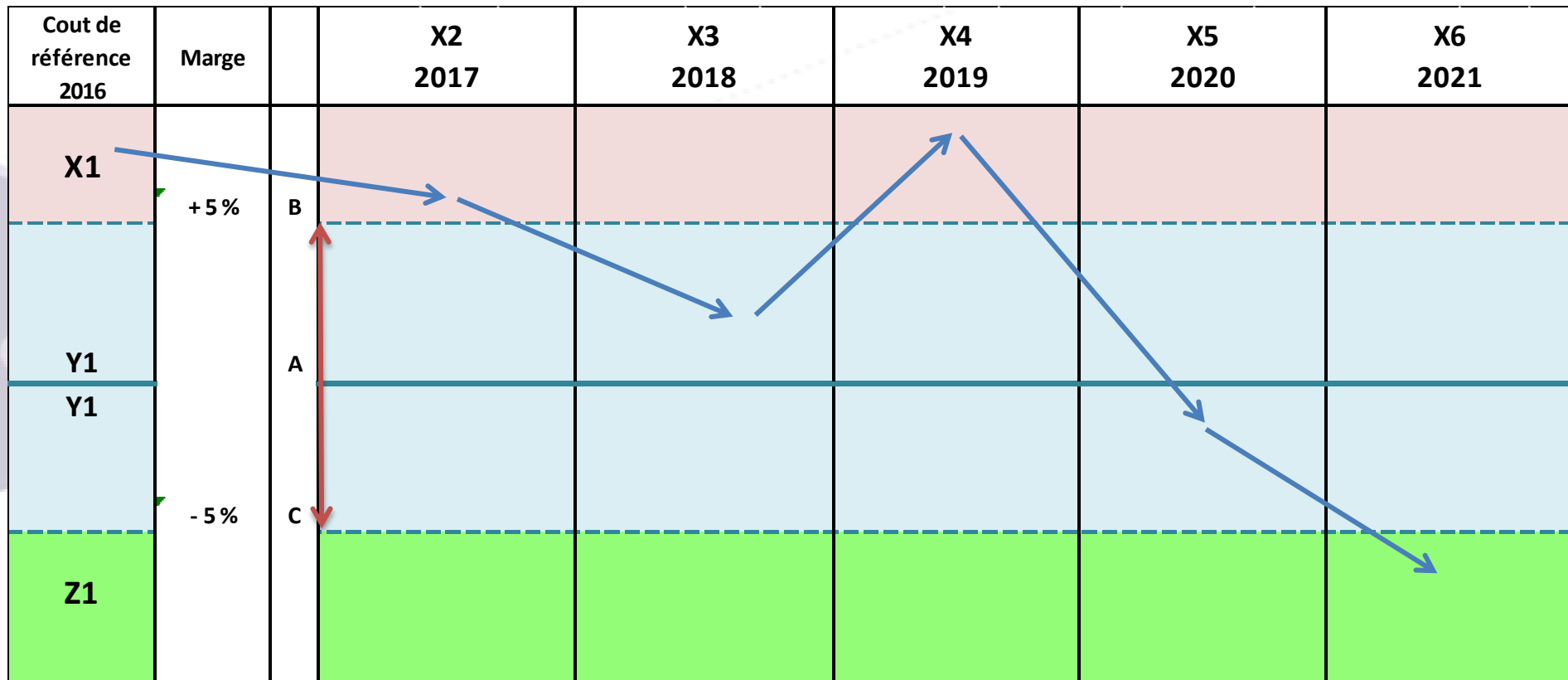
- Cette zone (X, Y ou Z) détermine la manière dont les gains d'efficience seront alloués.
- Les gains d'efficience seront directement versés au projet par **l'INAMI**.
- **Timing des paiements**: au plus tôt, à la fin du mois de septembre suivant l'année calendrier – reste à affiner en fonction du coût de référence : date de facturation ou date de prestation.

# Versement des gains d'efficacité pour les projets dans la zone X

- Coût de référence =  $X_1$  (2016)
- En cas de gain d'efficacité réalisé au sein de la **zone X** (rouge) : application d'une dégressivité linéaire sur 4 ans: le projet reçoit 100 % la 1ère année, ensuite 75, 50, 25 et 0%
- Si les dépenses réelles diminuent jusque la **zone bleue ou verte Y of Z** (plus petit que  $A + 5\%$ ) : maintien à 100% du gain d'efficacité sous ce seuil
- **Versement concernant 2017**: coût =  $X_2$ 
  - Si le coût 2017 ( $X_2$ ) > coût de référence  $X_1$  : pas de versement
  - Si  $X_2 < X_1$  et  $X_2 > A + \%$  (encore dans la zone rouge) :  
versement =  $(X_1 - X_2) \times 100\%$
  - Si le coût  $X_2 < X_1$  et  $X_2 < A + \%$  (dans la zone bleue) :  
versement =  $(X_1 - B) \times 100\% + (B - X_2)$



# Versement des gains d'efficience pour les projets dans la zone X



X1 = 550

A = 500

B = 525

C = 475

X2 = 530

550-530 x 100 %

X3 = 515

550-525 x 75%

+ 525-515

X4 = 560

0

X5 = 490

550-525 x 25%

+ 525-490

X6 = 460

550-525 x 0%

+ 525-460

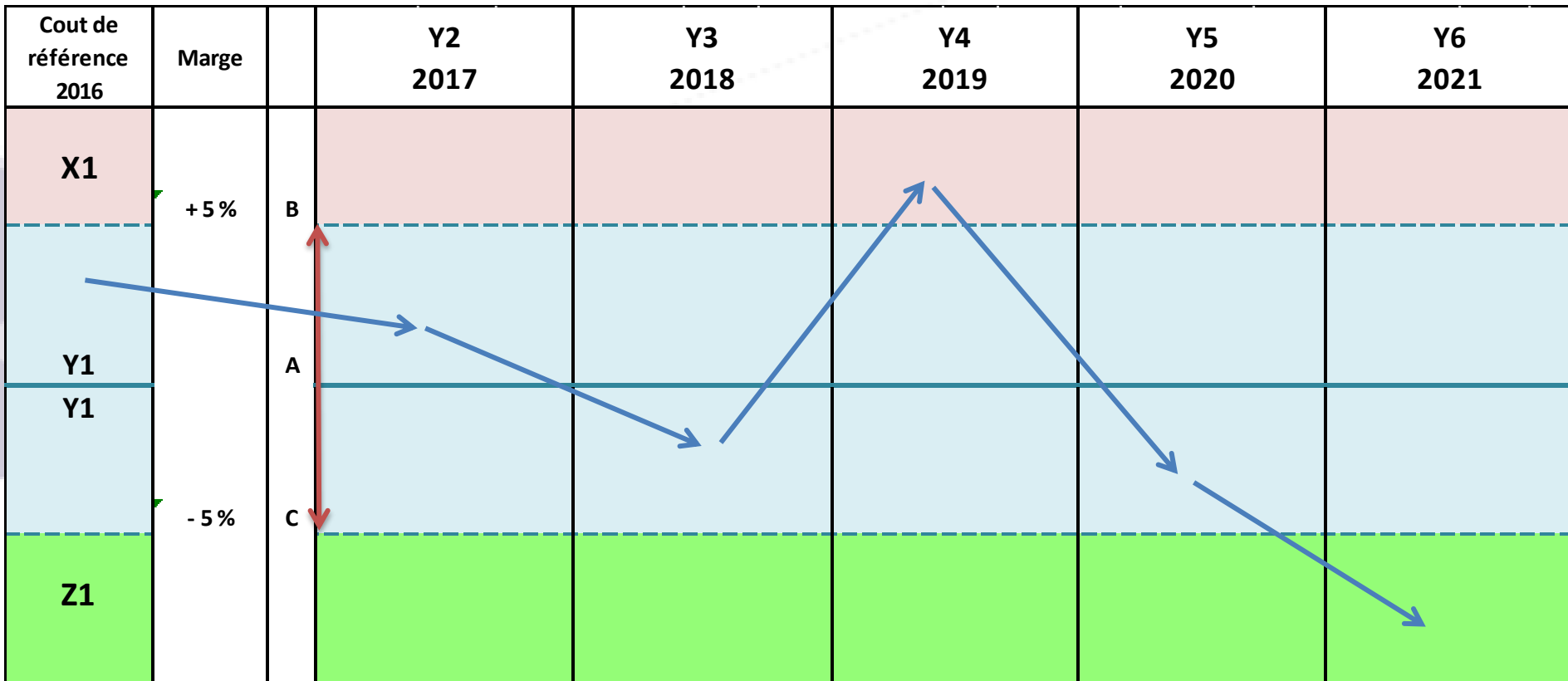
# Versement des gains d'efficience pour les projets dans la zone X

- **Versement concernant 2018** : coût = X3
  - Si le coût 2018 (X3) > coût de référence X1 : pas de versement
  - Si le coût X3 < X1 et X3 > A+5% :  $(X1 - X3) \times 75 \%$
  - Si le coût X3 < X1 et X3 < A+5% :  $(X1 - B) \times 75 \% + (B - X3)$
- **Versement concernant 2019** : coût = X4
  - Si le coût 2019 (X4) > coût de référence X1 : pas de versement
  - Si le coût X4 < X1 et X4 > A+5% :  $(X1 - X4) \times 50 \%$
  - Si le coût X4 < X1 et X4 < A+5% :  $(X1 - B) \times 50 \% + (B - X4)$
- **Versements concernant 2020 et 2021** : même méthode, mais avec 25 % et 0 %.

## Versement des gains d'efficacité pour les projets dans la zone Y

- Coût de référence =  $Y1$  (2016)
- Chaque gain d'efficacité est restitué à **100 %**
- **Versement concernant 2017** : coût =  $Y2$ 
  - Si le coût 2017 ( $Y2$ ) > coût de référence  $Y1$  : pas de versement
  - Si le coût  $Y2 < Y1$  : versement :  $(Y1 - Y2)$
- **Versement concernant 2018** : coût =  $Y3$ 
  - Si  $Y3 > Y1$  : pas de versement
  - Si  $Y3 < Y1$  : versement:  $(Y1 - Y3)$
- **Versements à partir de 2019** : même méthode

# Versement des gains d'efficience pour les projets dans la zone Y



Y1 = 520	Y2 = 510	Y3 = 490	Y4 = 530	Y5 = 480	Y6 = 460
A = 500	520-510	520-490	0	520-480	520-460
B = 525					
C = 475					

# Versement des gains d'efficacité pour les projets dans la zone Z

- Coût de référence = Z1 (2016, si disponible)
- En cas de gain d'efficacité réalisé dans la zone Z (verte) = si le coût est plus bas que celui de 2016 : **ce gain est toujours restitué**
- Si ces projets ont ensuite un coût supérieur au coût attendu A - 5% (en zone bleue) : pas de versement.
- A ces projets qui se situent déjà à un niveau de coût inférieur, l'efficacité qu'ils réalisaient déjà jusqu'à présent est allouée : la partie entre le coût et le (coût attendu A - 5%) leur est versée durant 4 ans selon la méthode suivante : en 2017 : 100%, ensuite 75%, 50%, 25% et 0%
- **Versement concernant 2017** : coût = Z2
  - Si le coût Z2 > A-5% : pas de versement
  - Si Z2 < Z1 : versement =  $(Z1 - Z2) + (A-5\% - Z1) \times 100 \%$
  - Si Z2 > Z1 et Z2 < A-5% : versement =  $(Z2 - Z1) \times 100 \%$

# Versement des gains d'efficience pour les projets dans la zone Z

- **Versement concernant 2018** : coût = Z3
  - Si le coût Z3 > A-5% : pas de versement
  - Si le coût Z3 < Z1 :  $(Z1 - Z3) + (A-5\% - Z1) \times 75 \%$
  - Si le coût Z3 > Z1 et Z3 < A-5% :  $(Z3 - Z1) \times 75 \%$
- **Versement concernant 2019** : coût = Z4
  - Si le coût Z4 > A-5p% : pas de versement
  - Si le coût < Z1 : versement :  $(Z1 - Z4) + (A-5\% - Z1) \times 50 \%$
  - Si le coût > Z1 et Z4 < A-5% : versement :  $(Z4 - Z1) \times 50 \%$
- **Versements concernant 2020 et 2021** : même méthode mais dégressivité de 25 à 0 %

# Versement des gains d'efficience pour les projets dans la zone Z

Cout de référence 2016	Marge		Z2 2017	Z3 2018	Z4 2019	Z5 2020	Z6 2021
X1	+ 5%	B					
Y1		A					
Y1	- 5%	C					
Z1							

Z1 = 460  
 A = 500  
 B = 525  
 C = 475

Z2 = 450 475-460 x 100% + 460-450	Z3 = 480 0	Z4 = 455 475-460 x 50 % + 460-455	Z5 = 450 475-460 x 25 % + 460-450	Z6 = 470 0
---	---------------	---	---	---------------

# Versement des gains d'efficience : qu'est-ce que cela signifie concrètement pour les 20 projets ?

- **Simulation** effectuée par l'INAMI pour les **16 premiers projets**
- Sur base des bénéficiaires d'une région avec le **statut d'affection chronique** et pour **toutes les prestations**, et
- Sur base des bénéficiaires d'une région avec le **statut d'affection chronique** pour **les 16 groupes de prestations**
- Dépenses de 2014.



## Versement des gains d'efficience : sur base de toutes les prestations pour les bénéficiaires avec statut affection chronique pour les 16 projets

R2014	A	B	C	Bleu	Vert	Rouge
9.653,86	9.723,67	10.209,85	9237,486	1	0	0
10.543,14	10.101,11	10.606,16	9596,054	1	0	0
10.590,26	10.354,95	10.872,70	9837,202	1	0	0
9.496,49	9.339,33	9.806,30	8872,368	1	0	0
9.191,78	9.305,40	9.770,67	8840,133	1	0	0
9.669,36	9.821,86	10.312,95	9330,766	1	0	0
9.641,58	9.608,50	10.088,93	9128,075	1	0	0
8.775,50	8.812,57	9.253,20	8371,945	1	0	0
9.278,26	9.518,91	9.994,86	9042,964	1	0	0
9.243,02	9.247,28	9.709,64	8784,914	1	0	0
8.433,70	9.090,82	9.545,36	8636,274	0	1	0
8.904,66	9.260,12	9.723,13	8797,119	1	0	0
9.144,60	9.264,17	9.727,38	8800,959	1	0	0
9.438,60	9.194,80	9.654,54	8735,059	1	0	0
9.058,28	8.978,32	9.427,23	8529,401	1	0	0
8.608,92	9.646,10	10.128,40	9163,792	0	1	0

## Attribution des gains d'efficience : sur base des 16 groupes de prestations pour les bénéficiaires avec statut affection chronique pour les 16 projets

R2014	A	B	C	Bleu	Vert	Rouge
5.576,15	5.311,42	5.576,99	5045,849	1	0	0
5.197,52	5.046,22	5.298,53	4793,905	1	0	0
5.608,20	5.332,20	5.598,81	5065,587	0	0	1
4.993,89	5.040,81	5.292,85	4788,767	1	0	0
4.596,47	4.688,73	4.923,17	4454,298	1	0	0
5.621,90	5.606,52	5.886,85	5326,195	1	0	0
5.117,93	5.010,75	5.261,28	4760,209	1	0	0
4.524,28	4.650,33	4.882,85	4417,813	1	0	0
5.174,48	5.148,60	5.406,03	4891,174	1	0	0
4.825,56	4.882,75	5.126,88	4638,609	1	0	0
4.613,87	4.729,65	4.966,13	4493,168	1	0	0
4.812,57	4.997,36	5.247,22	4747,489	1	0	0
5.402,31	5.144,10	5.401,30	4886,893	0	0	1
4.813,98	4.851,83	5.094,42	4609,238	1	0	0
4.526,93	4.625,46	4.856,73	4394,184	1	0	0
4.206,50	4.921,69	5.167,77	4675,604	0	1	0

## Versement des gains d'efficience

- Le **calcul** s'effectue sur la base des bénéficiaires dans le **groupe cible administratif**.
- **Le paiement** s'effectue sur la base du nombre de bénéficiaires dans le **groupe cible administratif**
- Exemple :
  - Montant des gains d'efficience: 50 euros
  - nombre de bénéficiaires:
    - Dans groupe cible administratif : 10.000
    - Dans le groupe cible opérationnel : 2.000
  - versement :  $10.000 \times 50 \text{ €} = 500.000 \text{ euros}$

# Financement groupé

## Guide (pages 40-41) : 3 possibilités

- de façon **purement comptable**, par le suivi de l'évolution des dépenses liées aux soins 'groupés' et l'analyse de l'impact financier des nouvelles modalités de soins
- en 'solidarisant' au niveau du projet les financements correspondant aux prestations 'groupées': **facturation centrale /perception centrale**: le projet perçoit les financements attachés à ces prestations et les redistribue selon des modalités convenues entre prestataires
- en remplaçant le financement 'à l'acte' des prestations groupées par un **paiement groupé**

# Paiement groupé

- Pour quelles prestations ? Sur base d'une sélection de 40 groupes (encore à affiner)
- A priori : montant prospectif par bénéficiaire par mois, calculé suivant les mêmes principes que la garantie budgétaire. **Montant = montant normalisé = A.**
- Facturation à l'OA par le projet :
  - codes nomenclature actuels à 0 €
  - Mention du ticket modérateur perçu (éventuellement forfaitaire)
  - pseudocode pour paiement groupé
- Possible à partir du 1/1/2018.

# Affectation des gains d'efficience

- Pour des actions permettant de réaliser des soins intégrés : réalisation des **14 composantes** au niveau du bénéficiaire, au niveau du projet ou de la population
- Pour des formes alternatives de **prise en charge** du **bénéficiaire**
- À décrire clairement dans le **dossier de demande**
- **Accord** nécessaire
- Demande de suivi de cette **affectation**
- Le projet doit s'accorder sur l'affectation effective des gains d'efficience, en d'autres mots éviter « thésaurisation ».

# Montants à charge des bénéficiaires

- **Fil conducteur** : des quotes-parts personnelles, suppléments et/ou cotisations personnelles ne peuvent être attestés que pour les prestations figurant dans l'article 34 de la loi AMI et si c'est prévu dans les arrêtés d'exécution.
- Les montants à charge du bénéficiaire ne peuvent pas être supérieurs à ce qui serait à leur charge en dehors du cadre d'un projet : il est difficile de le garantir au niveau du patient (micro) mais c'est **possible au niveau du projet** (méso)– étude réalisée par l'équipe scientifique.
- Facturation des prestations actuelles de la nomenclature : **maintien des règles en vigueur**, c.à.d. à ce niveau pas de latitude réglementaire.
- Facturation via un **système de paiement groupé** : quote-part personnelle légale possible mais pas de suppléments ou autres contributions personnelles

# Montants à charge des bénéficiaires

- Facturation de **nouvelles formes de soins** dans le cadre des soins de santé : pas de quote-part personnelle et pas de supplément ou contribution personnelle
- Facturation de services en dehors des soins de santé : comme c'est également le cas aujourd'hui, par exemple dans un hôpital, ces services ne peuvent être mis à charge du bénéficiaire qu'à condition qu'il ait le choix d'utiliser cette prestation de services et qu'il soit informé du tarif au préalable. La liste de ces services et des tarifs y afférents doit figurer en annexe à la convention conclue avec le Comité de l'assurance. Ce règlement s'applique également aux formes de séjour alternatives pour lesquelles l'indemnité n'a pas été réglée sur le plan légal.



# Montants à charge des bénéficiaires

- le groupe de travail permanent du Comité de l'assurance établit un **répertoire** de prestations alternatives et veille à une certaine standardisation où, pour une même prestation, un même prix est appliqué dans tous les projets. Cela offre une sécurité tarifaire au bénéficiaire (demande de l'Observatoire des maladies chroniques)

# Montants à charge des bénéficiaires

- S'il existe, en **dehors** de l'assurance obligatoire, une **réglementation** qui prévoit déjà l'application d'un montant à charge du bénéficiaire (par exemple le prix d'hébergement dans une maison de repos et centre de soins de jour): le cas échéant cette réglementation doit être suivie.

# Encore à l'étude : principes administratifs et juridiques + principes de facturation et de paiement

- Statut juridique – Numéro INAMI – relation à eHealth – BCE – responsables, ...
- Communication de l'inclusion via MyCareNet
- Consultation des données MyCareNet
- Instructions de facturation
- Non-assurés, EU, OSSOM, ...
- Questions du CIN concernant facturation et paiement

# Préfinancement

- Le préfinancement est un **point d'attention** important dans le plan financier
- **Soyez créatifs** au niveau des sources de préfinancement (ex. Fonds Européens ou locaux, sponsors, ..)
- **Objectivez** la nécessité d'un préfinancement sur base du planning et coût des actions envisagées pour lesquelles il n'existe aucun financement régulier et sur base de la diminution attendue de vos revenus avant le premier versement des gains d'efficience
- **Dialoguez** avec les Autorités sur le partage du risque financier sur base de vos estimations

# Questions - réponses

- Dialogue à propos des questions posées : au cours de la session commune, cette après-midi
- Possibilité de poser d'autres questions via un formulaire.

