

Loi relative au financement groupé des soins hospitaliers [à basse variabilité]

Groupes de patients visés – Arrêtés royaux pour la mise en œuvre – Avis du Comité de l'assurance

Question n° 3209 posée le 11 février 2019 à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et de l'Asile et la Migration, par Madame la Représentante FONCK¹

Le projet de loi relatif au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité a été adopté en séance plénière le 12 juillet 2018. Mais de nombreux arrêtés royaux sont nécessaires pour mettre en œuvre cette loi.

Lors des débats, vous aviez répondu au sujet des groupes de patients visés par le projet de loi que vous attendiez "l'avis du Comité de l'assurance" et estimiez "qu'il n'est dès lors par opportun de publier les listes. Des listes non définitives des groupes visés ont cependant déjà été mises à la disposition des hôpitaux afin que ces derniers puissent se préparer. Il s'agit de 57 groupes qui ont été définis sur la base de leur degré de sévérité APR-DRG ainsi qu'en fonction de la présence ou de l'absence de certains codes de nomenclature ou codes ICD".

1. Où en êtes-vous dans la rédaction des arrêtés royaux nécessaires à la mise en œuvre de cette loi ?
2. a) Pourriez-vous notamment nous éclairer sur le contenu de l'arrêté royal déterminant les groupes de patients visés par cette loi ?
b) Le Comité de l'assurance a-t-il rendu son avis à ce sujet ?
c) Pourriez-vous nous informer de la liste des groupes de patients visés ? Cette liste a-t-elle changé par rapport à celle déjà transmise aux hôpitaux ?

Réponse

Au mois de juillet, le Parlement a en effet adopté la loi relative au financement groupé des soins hospitaliers [à basse variabilité], et un grand nombre de principes sont déjà expliqués dans cette loi du 19 juillet 2018. Un arrêté d'exécution est pris en vue de la mettre en œuvre. Dans celui-ci sont notamment repris :

- l'indication et la définition des groupes de patients à basse variabilité au 1^{er} janvier 2019 qui seront associés à des critères d'inclusion et d'exclusion. Cela signifie concrètement : le code et le degré de sévérité de l'enregistrement des pathologies, généralement associés à la présence ou l'absence de certains codes spécifique de la nomenclature

1. Bulletin n° 180, Chambre, session ordinaire 2018-2019, p. 153.

- les prestations et séjours pour les patients dits à basse variabilité qui ne sont pas couverts par le montant global prospectif
- la méthode de calcul du montant
- la part personnel des bénéficiaires
- la date d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

Le Comité de l'assurance a reçu des explications sur l'arrêté royal lui-même ainsi que sur les annexes reprenant l'énumération de ces groupes de patients. Ce Comité a également eu l'opportunité de formuler des remarques. À la suite de ces remarques, des adaptations mineures ont d'ailleurs encore été apportées. Ces réunions ont eu lieu le 16 avril et le 10 septembre 2018.

L'arrêté royal comprend effectivement encore toujours 57 groupes de patients sur lesquels le secteur a déjà reçu des informations.

L'arrêté royal a été approuvé par le Conseil des ministres le 9 novembre et a été publié dans le Moniteur belge du 18 décembre 2018. Les montants définitifs par groupe patient ont également été publiés dans le Moniteur belge (31.12.2018).