

Bruxelles, 13 mars 2014.

**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

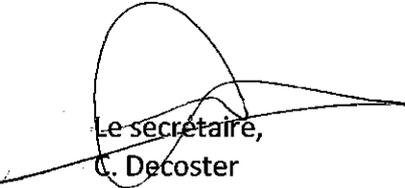
**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section « Financement »

RÉF. : CNEH/D/SF/100-3(*)

**AVIS DE LA SECTION FINANCEMENT DU CNEH RELATIF À LA COLLECTE DES DONNEES DANS LE
CADRE DU PASSAGE AU CODAGE EN ICD-10.**

Au nom du président,
M. Peter Degadt,


Le secrétaire,
C. Decoster

(*) CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DE LA RÉUNION DU 13/03/2014 ET RATIFIÉ LORS DU BUREAU À
CETTE MÊME DATE.

Faisant suite au courrier de Madame la Ministre relatif à la problématique de la collecte des données RHM, la Section Financement du Conseil National des Etablissements Hospitaliers souhaite proposer un nouveau timing en la matière.

Ce timing a pour objectif d'abaisser la tension dans les hôpitaux, permettre de rattraper le retard actuel, préparer les codeurs en leur donnant un temps de formation suffisant, mettre à profit un temps de période de test, et garantir une continuité des enregistrements afin de pouvoir répondre aux demandes notamment internationales en matière de statistiques hospitalières.

Il y a deux propositions qui ont été retenues. Celles-ci sont présentées schématiquement en annexe 1. Ci-dessous sont énumérés les avantages et inconvénients.

Proposition 1 (voir annexe 2) : proposition selon laquelle le codage en ICD-9 est arrêté une année plus tôt que prévu.

De manière générale, la proposition vise à respecter les principes suivants :

- éviter la "schizophrénie" d'un double encodage en ICD 9 et ICD 10 sur une période donnée et terminer au plus tôt l'encodage en ICD 9.
- rendre disponibles toutes les équipes pour la formation ICD 10 à l'automne 2014 au plus tard (dès juillet 2014 pour la plupart des hôpitaux)
- disposer de données RHM en années complètes pour tous les exercices de financement (et revenir à N-2 dès 2018 avec les données 2016)
- Néanmoins,
- La proposition peut avoir pour effet de travailler 2 ans d'affilée avec les données de 2013 (2016 et 2017) si l'enregistrement de 2015 n'est pas utilisable.

La proposition permet également de rencontrer les points suivants :

- Permettre aux hôpitaux retardataires de se « remettre à flot », éventuellement avec l'aide des hôpitaux qui respectent les délais comme cela a été évoqué en séance. Les retardataires ne le sont assurément pas par choix délibéré...
- Mettre tous les hôpitaux dans les meilleures conditions pour un passage au codage ICD 10, nouveau langage à apprendre pour tous les codeurs. Ce faisant, le risque d'un développement d'un « marché parallèle » (débauchage de codeurs dans des sociétés privées lucratives) semble minimisé.
- Elle permet de respecter un calendrier de transmission des données de fin de semestre + 6 mois.
- Sauf pour 2017 où le risque est de travailler avec des données N-4 (RHM 2013), elle permet dès 2018 de travailler avec des données N-2 (2016) alors que le rythme actuel est N-3 (2014/07 avec les données RHM 2011). A cet égard, une ouverture reste cependant possible : travailler avec RHM 2015/02 et 2016/01 dans le financement 2017/07 et avec RHM 2016 complet dans le financement 2018/07.

Avantages :

- Pas d'investissement supplémentaire pour l'ICD-9
- arrêter les firmes commerciales qui tiraient avantages des retards des hôpitaux en leur proposant leur « aide »
- les hôpitaux ont plus de temps pour rattraper leur retard
- tous les hôpitaux doivent être à même de commencer au 1er janvier 2015 la période test

Inconvénients :

- Annonce tardive
=> certains hôpitaux ont déjà commencé le codage
- 2015 est la première année de codage en ICD-10-BE

=> risque réel que la qualité ne soit pas optimale et donc 2015 devrait être utilisé en test
=> il est en effet peu réaliste d'imaginer utiliser cette première année dans le cadre du financement

- pertinence de "jeter par dessus bord" un codage qui fonctionne bien pour commencer plus vite avec un nouveau codage

- RHM 2014 devait servir de base au BMF 2017, cela signifie qu'on va perdre 2 années de codage sur les données ICD
=> normalement il était prévu de baser le financement BMF 2015 sur les données RHM 2012 et 2013

- Les données du RHM 2013 vont être utilisées 2 fois (BMF 2016 et BMF 2017)

=> Crainte que certains hôpitaux vont avoir une « forte » attention pour les données 2013 et finalement ne pas les envoyer à temps, ne pas rattraper leur retard et donc ne pas être prêtes pour étudier l'ICD-10

=> or beaucoup d'hôpitaux ont rattrapé leur retard (voir annexe 4)

=> cela aurait donc été possible d'utiliser 2013 pour le BMF 2015 et 2014 pour le BMF 2016 et d'utiliser l'ICD-10 dans le cadre du BMF 2018 (basé sur des données 2016)

- Les firmes commerciales et autres initiatives privées payantes demandent actuellement beaucoup d'argent pour commencer les formations en ICD-10

=> or elles n'ont pas accès aux documents et le SPF n'a pas encore donné d'instructions officielles

il y a donc un risque pour les hôpitaux

=> car la formation par le SPF n'est prévue qu'à partir de mi 2014 (cela correspond au planning prévu, or pour l'instant le SPF est mis sous pression pour commencer plus tôt)

- Risque que certains codeurs soient occupés actuellement à travailler sur l'ICD-10 au lieu de tout mettre en œuvre pour livrer les données attendues en ICD-9

- **proposition 2 (voir annexe 3): délais initiaux proposés**

1. coder en ICD-9-CM jusqu'au RHM 2014/2 compris
2. arriver le plus rapidement possible à respecter les délais légaux pour livrer les données (cad 5 mois après le semestre)
3. Commencer les formations mi 2014 comme prévu
4. Utiliser le RHM 2015 comme test
Les hôpitaux décident eux-mêmes quels séjours ils veulent coder
L'administration assure le feed back
5. Eventuellement rendre le codage d'un certain pourcentage "X" du RHM 2015/2 obligatoire pour s'assurer que les hôpitaux participent bien
Les délais pour les autres parties du RHM devant être respectés.
6. La première livraison de données codées, complètes et correctes serait obligatoire en ICD-10 pour le RHM 2016/1
Le délai légal de livraison des données du RHM 2016/1 est fin novembre 2016
Soit :
 - plus de 2 ans après le début de la formation
 - plus d'1 an après le dernier délai légal pour l'ICD-9 (RHM 2014/2 en mai 2015)
7. pour le BMF 2017 on utilise RHM 2014
8. Pour le BMF 2018 on utilise le RHM 2016

Avantages :

- Il ne manque qu'une seule année de données ICD
- RHM 2014 est utilisable pour le BMF 2017
- Le timing reste celui qui a été annoncé
- Les formations seront prêtes et il y aura assez de temps pour former et tester
- Puisqu'il y a assez de temps, cela permet de terminer les codages en ICD-9 pendant que d'autres commencent à se former en ICD-10
- Les délais légaux peuvent être respectés
- =>Le RHM 2016/2 doit être rentré sur base des délais légaux pour fin mai 2017
- =>En cas de retard on applique des sanctions
- =>L'administration a 6 mois de temps pour réaliser les audits nécessaires avant que les données ne soient utilisées dans le financement.

Inconvénients :

- Il faut trouver des solutions pour les hôpitaux qui accumulent les retards
- Il n'y a pas de séparation « stricte » entre le dernier codage en ICD-9 et le début de la formation

Annexe 1 : résumé

Enregistrement des codes ICD

| Voorstel | MZG 2013/1 | MZG 2013/2 | MZG 2014/1 | MZG 2014/2 | MZG 2015/1 | MZG 2015/2 | MZG 2016/1 | MZG 2016/2 |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|
| Voorstel 1 | | | geen code | geen code | ICD10 test | ICD10 | ICD10 | ICD10 |
| Voorstel 2 | | | | | ICD10 test | ICD10 % verplicht | ICD10 | ICD10 |

| Voorstel | Fin 2016 | | Fin 2017 | | | | Fin 2018 | |
|------------|-----------|-----|--------------------------|-------|-------|--|----------|-----|
| Voorstel 1 | MZG2013/1 | N-3 | MZG2014/1 | ICD10 | N-1,4 | | MZG2016 | N-2 |
| | | | MZG2015/2-1 MZG2016/1 | ICD10 | N-1,5 | | | |
| Voorstel 2 | MZG2013/1 | N-3 | MZG2014/1 | ICD10 | N-1,4 | | MZG2016 | N-2 |

Utilisation dans le BMF

RHM pour BMF 2017

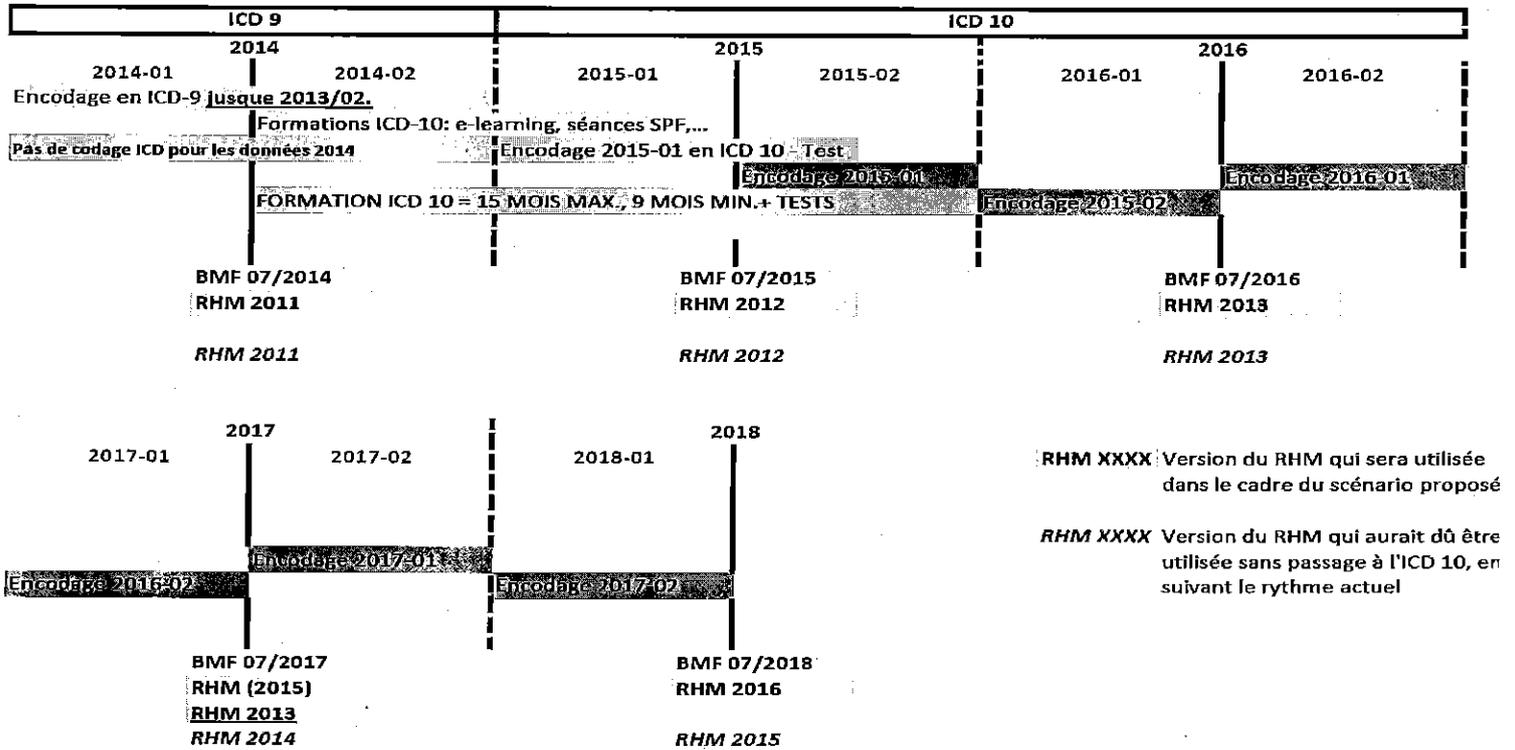
| Voorste | MZG 2013/1 | MZG 2013/2 | MZG 2014/1 | MZG 2014/2 | MZG 2015/1 | MZG 2015/2 | MZG 2016/1 | MZG 2016/2 |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|
| Voorste 11 | | | geen code | geen code | ICD10 test | ICD10 test | ICD10 | ICD10 |
| | | | geen code | geen code | ICD10 test | | | ICD10 |
| Voorste 12 | | | | | ICD10 test | ICD10 % verplicht | ICD10 | ICD10 |

Non utilisation dans le BMF = années "perdues"

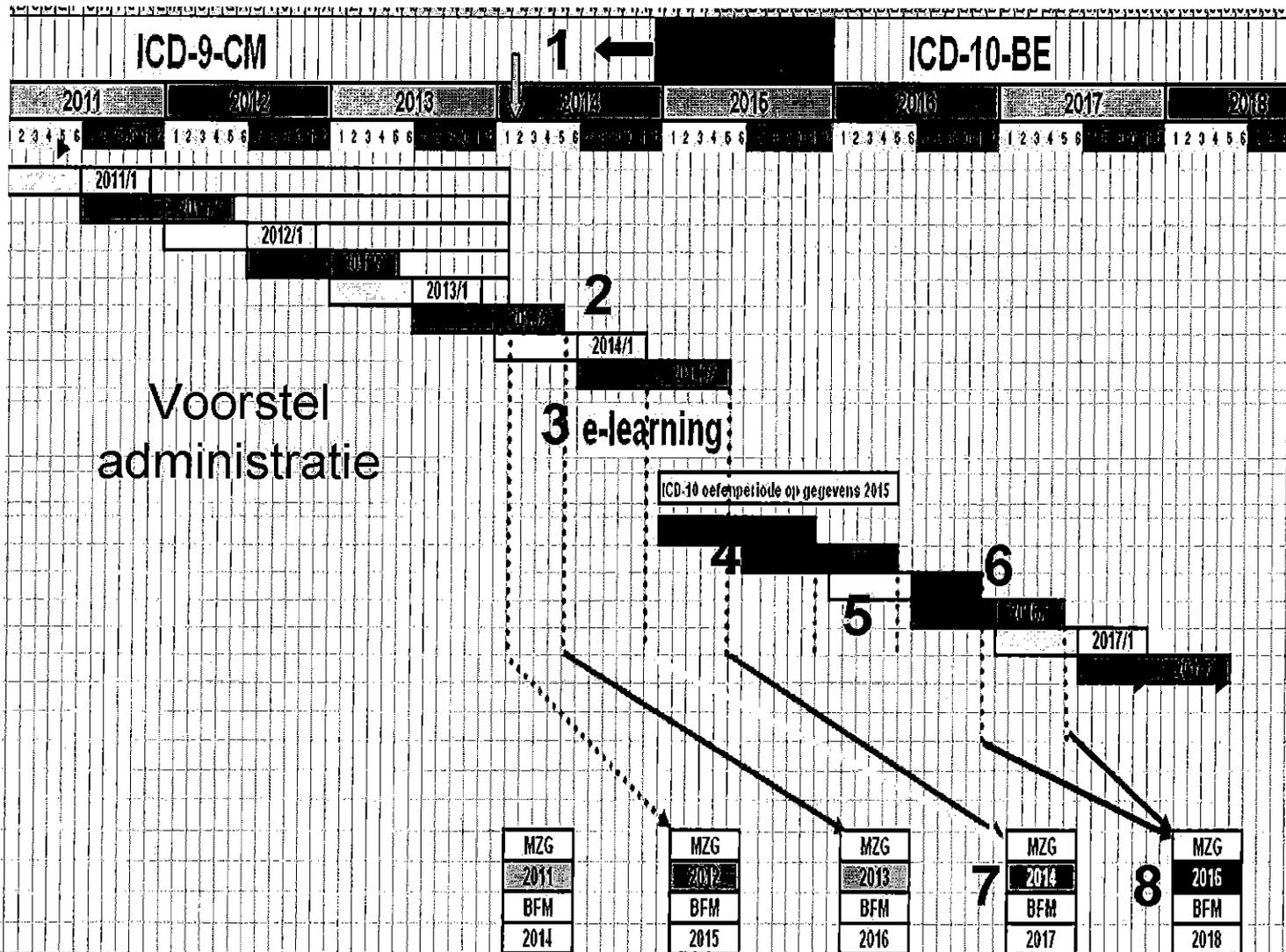
| Voorstel | MZG 2013/ 1 | MZG 2013/ 2 | MZG 2014/ 1 | MZG 2014/ 2 | MZG 2015/ 1 | MZG 2015/ 2 | MZG 2016/ 1 | MZG 2016/ 2 | Opti- maal | Real- istisch | Vol- ledig jaar |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|------------------|-----------------------|
| Voorstel 1 | ICD10 | ICD10 | | | | | ICD10 | ICD10 | 2j | | |
| | ICD10 | ICD10 | | | | ICD10 | ICD10 | ICD10 | 1,5j | 2j | |
| Voorstel 2 | ICD10 | ICD10 | ICD10 | ICD10 | | | ICD10 | ICD10 | 1j | 1j | 1j |

Annexe 2 : proposition 1

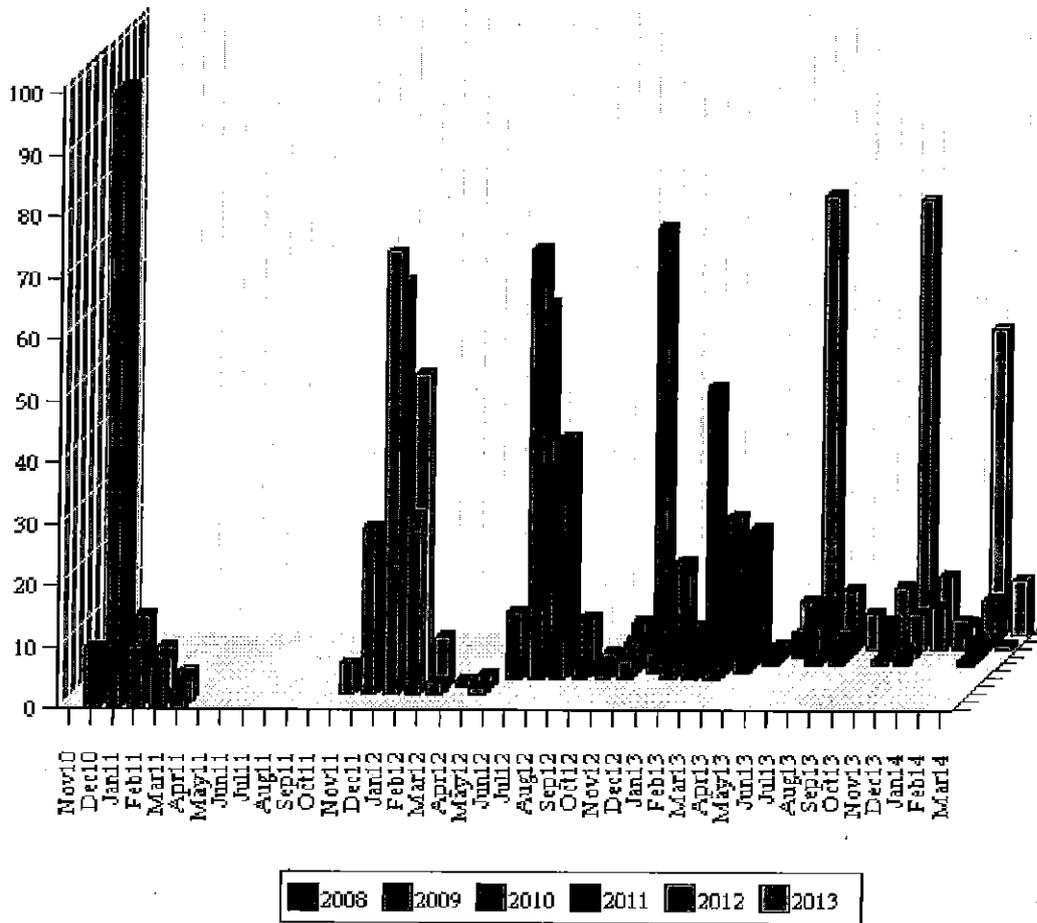
David Lefèbre - FNAMS
Proposition délais RHM - Version 2 - 14-02-2014



Annexe 3 : proposition 2



Annexe 4 : mouvement de rattrapage des retards RHM
 - depuis novembre 2010-



- la plupart des hôpitaux peuvent respecter le timing

