

Bruxelles, le 22 septembre 2016

---  
**Direction générale Soins de santé**

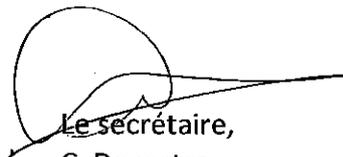
---  
**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

---  
**Section « Financement »**  
---

**RÉF. : CNEH/D/SF/ 132-4(\*)**

**AVIS DE LA SECTION « FINANCEMENT » DU CNEH FAISANT SUITE À  
LA DEMANDE DE MADAME LA MINISTRE DATÉE DU 08 JUIIN 2016  
AYANT TRAIT AUX MESURES D'ÉCONOMIES DANS LE BMF DES  
HÔPITAUX AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2017**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

  
Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DE LA RÉUNION DU 22/09/2016 ET RATIFIÉ LORS DU BUREAU À  
CETTE MÊME DATE.

Dans son courrier daté du 8 juillet 2016, Madame la Ministre sollicite l'avis du Conseil National des Etablissements hospitaliers sur des propositions d'économies structurelles envisagées à partir de 2017. L'effort demandé au secteur des hôpitaux s'élève à 52,2 millions d'euros (BMF et hospitalisation de jour).

De manière préalable, le CNEH rappelle les considérations générales invoquées dans son courrier du 01/09/2016: la situation financière difficile du secteur telle que démontrée par les études MAHA, le sous-financement du secteur, la demande de réorganisation efficiente du secteur, l'intégration du financement des réseaux et des avancées dans la réforme du financement.

Le Conseil national rappelle à nouveau les engagements de madame la Ministre dans le cadre de son plan d'approche de la réforme du financement des hôpitaux à ne pas réduire les budgets des soins de santé et à ne pas réaliser des économies pures et simples.

Le CNEH rappelle que le Budget des Moyens Financiers, qui est une enveloppe fermée, n'est en rien la cause du dépassement du budget soins de santé.

Le CNEH souhaite attirer l'attention de Madame la Ministre sur plusieurs principes généraux fondamentaux.

Toute mesure d'économie dans le secteur BMF, qui est déjà sous-financé, ne ferait qu'appauvrir globalement le secteur et risquerait de mettre à mal la qualité des soins.

Les hôpitaux s'opposent par principe aux économies liées à des sous-parties spécifiques du BMF. L'actuel financement, calculé à partir des différentes sous-parties, n'est pratiquement pas basé sur les coûts réels. A côté de l'intervention des honoraires, les déficits pour plusieurs sous-parties, qui résultent d'un sous-financement structurel pour une série de rubriques, sont financés au moyen d'éventuelles rares marges dans d'autres sous-parties. En économisant sur des sous-parties susceptibles de générer une marge, les déficits structurels ne feront qu'augmenter. Un nouveau système de financement doit permettre une meilleure harmonisation entre les coûts justifiés et leur rétribution.

Il faut alors aussi se préoccuper de tous les coûts non couverts actuellement et qui grèvent dangereusement les finances des hôpitaux : les coûts liés à la stérilisation en sont un exemple, et plus généralement l'ensemble des postes de la sous partie B2.

Toute diminution du financement aura une conséquence immédiate sur le maintien de certains emplois au sein des hôpitaux.

Une économie de 52 millions représente plus de 830 emplois.

En outre, le CNEH insiste sur le constat que le risque existe d'une augmentation du coût à charge du patient via des suppléments d'honoraires.

Le CNEH estime qu'une économie ne peut être envisagée que pour autant qu'elle aille de pair avec la suppression d'une obligation qui soit liée au financement.

Les hôpitaux optent pour des mesures qui ralentissent toutes nouvelles dépenses et qui peuvent diminuer les charges à l'avenir.

Le CNEH insiste sur le caractère arbitraire des mesures envisagées dans la demande d'avis de Madame la Ministre et à l'unanimité exprime son refus de trouver des économies en supprimant purement et arbitrairement une sous-partie du BMF, ou qui cibleraient un secteur hospitalier particulier, ou des hôpitaux spécifiquement, ou l'hospitalisation de jour.

Le CNEH souhaite au travers de groupes de travail ad hoc se pencher sur l'ensemble des financements et missions spécifiques, sur leur adéquation et leur pertinence en lien avec la réforme générale du financement souhaitée par Madame la ministre.

Comme promis dans son plan d'approche, il convient de garantir les moyens actuels, voire d'injecter de nouveaux moyens, y compris au niveau des administrations, pour s'assurer de la possibilité effective de la mise en œuvre de la réforme du paysage hospitalier et du financement.

Une modification du financement ne peut que se matérialiser de manière progressive afin de permettre, le cas échéant, aux hôpitaux de disposer d'une période transitoire pour adapter leur structure.

Dans le cadre de la réorganisation du paysage hospitalier, le CNEH invite la Ministre à lancer une nouvelle opération d'incitant financier à la rationalisation dont l'octroi serait limité dans le temps. L'économie ou le budget résultant de cette rationalisation devrait être réinvesti pour permettre aux hôpitaux de se réorganiser.

A cet égard, le CNEH demande à madame la Ministre de pouvoir être associé rapidement et de manière active à la réforme et notamment celle relative aux réseaux qu'elle souhaite mettre en œuvre.

Les hôpitaux psychiatriques ainsi que les autres acteurs du secteur des soins de santé mentale, sont dans une phase de réforme importante. Plusieurs projets ont été entamés (projets art. 107 pour les groupes cibles adultes et projets pour une nouvelle politique pour les enfants et les adolescents) et avec le même budget, un impact plus important a été réalisé. Par ailleurs, de nombreux autres projets sont encore en cours (psychiatrie médico-légale) ; ils s'inscrivent dans le cadre d'un master plan pour le secteur des soins de santé mentale. De nouvelles économies risquent de ralentir la dynamique au sein du secteur des soins de santé mentale, alors que cela s'avère crucial pour la réussite de la réforme, mais elles sont aussi en contradiction avec l'avis précité du CNEH, qui préconise une série d'adaptations préalables au système de financement actuel. Sur toutes les dépenses réalisées en matière de soins de santé, seuls 6% sont affectés au secteur des soins de santé mentale. Cette proportion est inférieure à la proportion affectée dans de nombreux autres pays et elle n'est pas du tout en lien avec les besoins croissants en matière de soins de santé mentale et l'écart important de traitement

Le groupe de travail permanent psychiatrie soutient entièrement cette position ci-dessus qu'il a lui-même développé par ailleurs dans un avis .

Si, en dépit de ces principes généraux, le secteur devait se voir imposer 52,2 millions d' économies, le CNEH souhaite faire part à madame la Ministre de propositions alternatives à celles suggérées dans sa demande d'avis et attire son attention sur le fait que celles-ci permettront de réaliser des mesures d'économies temporaires à concurrence du montant exigé, tout en donnant le temps à l'élaboration de mesures plus structurelles qui auront le moins d'impact possible sur l'emploi dans le secteur.

Un budget récurrent de 50 millions d'euros est prévu à partir de 2016 pour permettre de financer une première étape dans la mise en œuvre de la nouvelle classification de fonction développée par l'IF-IC.

Le CNEH constate que de nombreuses raisons (essentiellement techniques) ont rendu impossible la mise en œuvre de l'IF-IC en 2016.

Le CNEH prend bonne note de la volonté du secteur hospitalier d'implémenter une nouvelle classification de fonctions plus en phase avec les impératifs d'une gestion moderne des ressources humaines au sein des institutions de soins ainsi que des avancées réalisées par les partenaires sociaux pour la mettre en œuvre le plus rapidement possible. Le CNEH prend également bonne note du soutien apporté par madame la Ministre à cette réforme.

Le CNEH constate par ailleurs que tous les problèmes techniques (dont plus particulièrement ceux liés à l'élaboration de certains barèmes) ne sont pas encore résolus et qu'une mise en œuvre effective de l'IF-IC au 1er janvier 2017 ne sera sans doute pas possible. Sans vouloir préjuger des futures évolutions des discussions entre partenaires sociaux, le CNEH estime raisonnable de ne pas réserver pour cette mise en œuvre la totalité de 50 millions d'euros prévus pour 2017 en courant le risque de voir une partie de cette somme non utilisée alors que des économies ont été imposées par ailleurs. Le CNEH propose donc d'économiser/réserver 25 millions d'euros pour l'IFIC en 2017, la mise en œuvre n'étant effective qu'au 1<sup>er</sup> juillet 2017, sachant que 50 millions seront requis en année pleine à partir de 2018.

Par ailleurs, sans préjudice du coût réel total de l'IF-IC qui ne pourra pas être évalué avant quelques mois, à l'issue d'une phase de rapportage en cours depuis juillet 2016, le CNEH constate que des sommes importantes devront encore être libérées au bénéfice de l'IF-IC au cours des prochaines années.

Dans un contexte budgétaire difficile, le CNEH propose, pour permettre de rendre l'économie demandée structurelle à partir de 2018 et pour financer l'implémentation progressive de l'IFIC, qu'une partie des moyens nécessaires soit cherchée dans la suppression ou la révision partielle d'une série de mesures prises dans le cadre des accords sociaux conclus au cours des 10 dernières années, en particulier au niveau des mesures d'aménagement de fin de carrière ou des primes pour TPP-QPP. Les membres du CNEH sont bien conscients que cette recherche de moyens nécessite un consensus entre partenaires sociaux et recommande à madame la Ministre de les encourager à accepter le débat dans une perspective de maintien du volume de l'emploi.

Il convient, par ailleurs, de préciser que l'insuffisance des provisions de financement en regard des coûts, à vitesse de croisière, des mesures de fin de carrière ou des primes pour TPP-QPP impactent très négativement la trésorerie des hôpitaux.

Pour les fins de carrière, la provision actuelle dans le BMF au 1er juillet 2016 est de 202.684.927 euros. Or le coût total est estimé sur base de Finhosta 2014 à 234.094.787 euros. A ce sous financement, il faut ajouter l'impact attendu pendant encore 8 années de croissance de budget pour atteindre le rythme de croisière. L'estimation du coût de la mesure à vitesse de croisière sera transmise prochainement.

En ce qui concerne le financement des TPP et QPP, depuis 2013, la provision financée dans le BMF est inférieure à l'estimation après révision.

Pour les années 2013 à 2016, ce sous-financement s'élève à 64 millions d'euros et sera dû aux hôpitaux lors des révisions concernées.

Le CNEH refuse que des économies supplémentaires soient imposées au secteur suite à la non anticipation de l'effet boule de neige ou à des coûts à vitesse de croisière des mesures d'aménagement des fins de carrières ou des primes pour TPP-QPP qui sont le résultat de décisions prises dans le passé et qui ont été contestées à l'époque par le CNEH.

Le CNEH souhaite que, dans le futur, tout soit mis en œuvre pour mesurer de manière correcte l'impact à moyen et long terme de toute nouvelle mesure afin d'éviter cet effet boule de neige.

A l'examen technique des différentes mesures envisagées dans la demande d'avis de la Ministre, le CNEH constate que les propositions ont été insuffisamment étayées et analysées et leurs conséquences sous-estimées, plus particulièrement en ce qui concerne les mesures à concurrence d'un montant de 15 millions d'euros, avancées dans le cadre de l'économie à réaliser par transfert entre hospitalisation classique vers hospitalisation de jour et de l'hospitalisation de jour vers l'ambulatorio.

Ces propositions de mesures ont été discutées dans un groupe de travail mixte réunissant les membres de la section financement du CNEH et les membres de la Commission de conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs.

Sans préjudice de possibles économies, le GT mixte considère que ce sont en priorité les éléments médicaux et paramédicaux ainsi que les éléments liés à la qualité et à l'accessibilité des soins qui sont prioritaires dans les choix à poser. Ce ne sont pas uniquement les éléments budgétaires qui doivent guider le choix de réaliser un traitement en hospitalisation classique, en hospitalisation de jour ou en ambulatorio. Le transfert d'activité doit être justifié médicalement et assurer une qualité et une accessibilité équivalentes. Ce n'est qu'à ces conditions qu'une prise en charge moins chère pour la sécurité sociale trouvera sa totale justification.

Le CNEH fait remarquer que, dans la pratique, l'économie envisagée concerne uniquement les coûts marginaux, vu que les coûts de personnel et des infrastructures restent à charge de l'hôpital.

Après un premier examen technique compte tenu du délai imparti, le GT émet un avis négatif à ce stade sur les mesures de transferts d'activités envisagées. Des travaux d'analyses complémentaires s'avèrent en effet indispensables :

- Vérification du caractère médicalement justifié de chacun des transferts envisagés (types de patients « transférables » : réserves sur l'âge, les comorbidités, ...), de la garantie du maintien de qualité et sécurité (en particulier garantie de stérilisation correcte des matériels utilisés...), vérification de la sécurité tarifaire et de l'accès aux soins, ...
- Correction de la technique de valorisation des économies potentielles : un B2 par jour n'est pas « économisé » en pratique, examen d'impact sur les honoraires de surveillance, honoraires forfaitaires par admission et par jour, forfait pharmacie, ...

Le CNEH insiste pour que les mesures prises garantissent réellement une prise en charge du patient à coûts moindres tout en assurant une qualité équivalente de soins et prestations médicales ou paramédicales ainsi que l'accessibilité financière des patients.

Conclusion sur la non faisabilité technique des mesures d'économies proposées dans l'avis de la Ministre :

Le CNEH propose de lancer un groupe de travail mixte CNEH-CCHOA avec pour objectif d'adapter les listes A et B et les critères de sélection de l'hospitalisation de jour inappropriée, les listes des prestations donnant lieu à forfaits de la convention Hôpitaux- OA, ainsi que des prestations qui pourraient être réalisées en ambulatoire.

Le groupe de travail serait invité à actualiser les listes mais également à identifier et chiffrer les économies structurelles possibles et étayées, à l'horizon de la confection du budget 2018. Le groupe de travail devrait donc publier un rapport endéans les 12 prochains mois<sup>1</sup>.

Dans l'hypothèse où la Ministre imposerait la réalisation d'économies au secteur dès le 1er janvier 2017, et pour l'année 2017, **la Section financement constate** :

- qu'il semble exister une sous-utilisation de dépenses au niveau de l'hospitalisation de jour convention H-OA à hauteur de 5 millions d'euros en base annuelle par rapport à l'objectif budgétaire ;
- que si on réduit linéairement les forfaits d'hospitalisation de jour non chirurgicaux convention Hôp-OA à concurrence du solde de l'économie imposée, cela ne pourrait se faire qu'à titre purement transitoire, en attendant les conclusions du GT mixte CNEH-CCHOA et pour autant que les conclusions de ce GT démontrent la possibilité effective de conduire à des économies structurelles à réaliser en 2018, mais cela provoquerait immédiatement un effet en terme d'emploi.

En ce qui concerne l'économie relative à la sous partie A2, le CNEH **rappelle** qu'il y a déjà une économie structurelle d'environ 6 millions en 2016 réalisée dans le cadre du transfert des compétences et le CNEH insiste d'ailleurs pour qu'il n'y ait pas d'autres modifications des modalités en vigueur.

Le CNEH **constate** par ailleurs que cette économie n'avait pas été prise en compte dans le cadre des estimations techniques de juin 2016 et de manière « mécanique », il s'agit de facto d'une non dépense de près de 12 millions d'euros pour 2017.

En conclusion, le CNEH fait donc ainsi une proposition alternative permettant de dégager des pistes à court terme tout en initiant un processus relatif à des mesures structurelles en concertation avec les acteurs et partenaires concernés.

---

<sup>1</sup> Il sera notamment porté attention à l'étude menée par le KCE dont les résultats sont attendus pour 2017

***Etude 2015-51 (HSR) Choix de cadre de soin pour la chirurgie élective: hospitalisation de jour versus hospitalisation classique***

Etude en cours - La Belgique suit la tendance internationale à une augmentation des interventions de chirurgie élective en hospitalisation de jour. Toutefois, les mesures politiques pour soutenir la substitution des hospitalisations classiques par l'hospitalisation de jour (lorsqu'elle est appropriée) ont à peine été adaptées au fil du temps et le choix actuel du cadre de soins est à peine étayé scientifiquement.

Le but de cette étude est d'examiner quelle part des interventions de chirurgie élective, pour lesquelles l'hospitalisation de jour est possible et souhaitable, par exemple sur la base de preuves scientifiques, de tendances internationales et d'un benchmarking hospitalier, pourrait effectivement être réalisée en hospitalisation de jour en substitution d'une hospitalisation classique.

Le CNEH rappelle encore que toute économie aura un impact en termes de qualité et d'emploi.

Le CNEH insiste pour que les mesures ci-dessus soient prises de manière transitoire ou portent sur la trésorerie, comme sur le A2, dans l'attente de propositions structurelles. Propositions résultant d'une part des partenaires sociaux dans le cadre d'aménagements des accords sociaux et d'autre part d'un groupe de travail CNEH-CCHOA avec pour objectif, à l'horizon de la confection du budget 2018, d'adapter les listes A et B et les critères de sélection de l'hospitalisation de jour inappropriée, les listes des prestations donnant lieu à forfaits de la convention Hôpitaux- OA, ainsi que des prestations qui pourraient être réalisées en ambulatoire.

Ces propositions structurelles cadreront avec la volonté de la ministre de réorganiser le secteur, et le CNEH demande à être associé de manière active à la réflexion et rappelle d'ores et déjà que cette réorganisation ne peut pas conduire à des économies.

La section de financement émet un avis négatif sur les mesures suggérées par la Ministre dans sa demande d'avis.

En cas d'économies imposées, le CNEH demande à madame la ministre de tenir compte des principes généraux émis dans le présent avis

Enfin, le CNEH souhaite pouvoir être reçu par madame la Ministre afin de pouvoir exprimer son point de vue et expliquer de manière claire et détaillée le présent avis.

---

**Projet d'avis concernant la demande de madame De Block relative aux mesures d'économies.**

**1. Concernant l'économie de 15 millions d'euros avancés dans le cadre de l'économie réalisée par transfert entre hospitalisation classique vers hospitalisation de jour et de l'hospitalisation de jours vers l'ambulatoire**

**a. Glissement de l'hospitalisation classique vers l'hôpital de jour**

**Remplacements des Pacemakers**

La taskforce a estimé l'économie théorique possible en multipliant le nombre de journées classiques comptabilisées en 2014 pour les séjours relatifs au remplacement de pacemakers par la valeur moyenne du B2 et en soustrayant de ce montant les dépenses qui seraient réalisées en hôpital de jour.

Dans la pratique, les hôpitaux ne pourront économiser que sur les coûts variables, vu que les coûts fixes de personnel et des infrastructures restent à charge de l'hôpital.

L'économie escomptée est largement surévaluée.

Le GT rappelle qu'une diminution d'un financement doit correspondre à une diminution équivalente des charges qui lui correspondent. Ce qui n'est absolument pas le cas ici puisque l'économie possible sera bien inférieure à celle qui a été calculée.

Il faudra par ailleurs tenir compte du fait que plus de 70% des patients concernés rencontrent au moins un des critères susceptibles de justifier qu'ils soient traités lors d'un séjour hospitalier plutôt qu'en hospitalisation de jour. Le fait de supprimer un budget équivalent au financement de la sous-partie B2 pour tous les patients concernés par le remplacement de leur pacemaker ne correspond pas à la réalité clinique et risque de favoriser la sélection de la patientèle.

Le GT considère néanmoins que plusieurs prestations chirurgicales réalisées habituellement en hospitalisation classique pourraient faire l'objet d'une investigation en vue de déterminer, avec l'aide du corps médical, si elles ne pourraient pas être réalisées en hospitalisation de jour.

Le CNEH propose de lancer un groupe de travail afin d'examiner l'opportunité d'adapter la liste B et d'élargir ainsi la liste des prestations à réaliser en hospitalisation de jour.

Question technique : vérifier les codes inami

Le GT remet un avis négatif à ce stade, compte tenu des éléments importants encore à investiguer.

**b. Glissement de l'hospitalisation de jour vers les soins ambulatoires :**

**i. Cystoscopie**

***Présentation de la mesure***

Tableau initial de l'impact budgétaire dans la note de la Task Force :

		gevallen	Prijs groep 1	uitgaven
260271+260293	2016	50.000	165,02	8.251.000
260271+260293	2017	52.500	165,02	8.663.550
forfaits biologie/permanentie	2016	50.000	84	4.200.000
forfaits biologie/permanentie	2017	52.500	84	4.410.000
<b>Total 2016</b>				<b>12.451.000</b>
<b>Total 2017</b>				<b>13.073.550</b>

Le nombre de cas de cystoscopie pour 2016 et 2017 a fait l'objet d'une estimation et a été multiplié par le forfait de groupe 1 et par les honoraires forfaitaires de biologie clinique et de permanence.

Le GT fait remarquer que les honoraires forfaitaires repris dans le tableau contient en réalité 2 types de forfaits différents : les forfaits de biologie clinique par admission destinés en particulier à couvrir la permanence médicale du laboratoire, et les forfaits pour le financement de la permanence médicale intrahospitalière Urgences et Soins intensifs.

Ensuite, contrairement au code 260293, le code 260271 est majoritairement utilisé (93,55% des cas) et ne permet pas la facturation de ces honoraires forfaitaires.

La ligne "forfaits biologie/permanence" doit en conséquence être revue considérablement à la baisse.

Le GT fait également remarquer que les permanences financées par ces forfaits doivent en tout état de cause continuer à être assurées et qu'il ne serait pas normal d'en diminuer le financement (réinjection nécessaire des moyens).

***Avis:***

L'honoraire de l'urologue pour les 2 prestations est de respectivement 49 et 75 euros avec lequel il doit se rémunérer, couvrir les coûts d'infrastructures, de personnel, de matériel (endoscopes), de stérilisation adéquate... Ce qui est totalement impossible sauf, soit à demander d'importants suppléments aux patients, soit à largement économiser sur la qualité.

Le GT attire également l'attention sur le risque de transfert massif de l'activité vers des cabinets privés, hors contrôles de qualité et de facturation.

Le GT remet donc un avis négatif sur cette proposition pour les raisons suivantes :

- Les charges supportées restent identiques pour l'hôpital
- Le coût à charge du patient va s'accroître avec des suppléments d'honoraires en particulier en cabinet privé. La crainte existe de ne pas pouvoir garantir la qualité actuelle. Etre contraint à diminuer la qualité de certains soins pour respecter la

contrainte budgétaire est en totale contradiction avec les politiques de promotion de la qualité qui sont en cours d'implémentation dans les hôpitaux.

## **Instillations pour vessie**

### ***Présentation de la mesure***

Au départ, la Task Force proposait de remplacer le maxiforfait par de nouveaux honoraires. Voir tableau d'impact budgétaire qui suit.

<u>berekening</u>	Gevallen	Prijs		
maxiforfait	9.634	132,00	1.271.688,00	
forfaits				
biologie/permanentie	9.634	84,00	809.256,00	
totale kost	9.634	216,00	2.080.944,00	A
nieuw honorarium	9.634	42,00	404.628,00	B
<b>besparing</b>			<b>1.676.316,00</b>	A-B

En réunion de la commission de convention Hôpitaux du 30 août 2016, dans l'hypothèse où cette mesure serait décidée arbitrairement, les membres ont préconisé le remplacement du maxiforfait par un nouveau forfait spécifique pour les instillations vésicales en hôpital de jour, au lieu de nouveaux honoraires.

Cette prestation concerne en effet un traitement oncologique de jour et s'inscrit dans la problématique générale de l'activité de l'hôpital oncologique de jour et de l'évolution des prises en charge des patients qui y sont traités ou qui, à partir d'un traitement initié en hôpital de jour, sont suivis à domicile. La Commission des conventions entre les hôpitaux et les organismes assureurs a inscrit ce point à l'ordre du jour de ses travaux.

Compte-tenu de ce qui précède, le GT considère que la prestation pour laquelle une économie est proposée doit s'inscrire dans la réflexion globale relative à l'activité oncologique de jour dont le coût couvert par les forfaits est essentiellement constitué par la surveillance infirmière et les divers autres frais de fonctionnement.

Cela signifie qu'il n'y a pas d'économies réalisées à l'intérieur de l'honoraire forfaitaire de biologie clinique/permanence. Cela donne le tableau adapté ci joint sous l'hypothèse d'un nouveau forfait arbitraire de 42 €.

<u>berekening</u>				
maxiforfait	9.634	137	1.319.858,00	A
nieuw forfait	9.634	42	404.628,00	B
<b>besparing</b>			<b>915.230,00</b>	A-B

### ***Avis***

Par rapport au fait de pointer spécifiquement cette activité et à la valeur d'un nouveau forfait qui lui serait associé, le GT émet un avis négatif et considère qu'il est indispensable

d'analyser plus largement l'ensemble de l'activité réalisée en hospitalisation de jour et de déterminer :

- Les prestations qui pourraient être transférées vers l'ambulatorio
- Les coûts attachés à chaque prestation et d'adapter le financement à ces coûts

### Dents de sagesse

D'une part, le GT considère que l'ensemble de l'effectif B2 financé forfaitairement pour les lits C de jour associé au nombre de codes d'extraction de dents de sagesse, ne pourra pas être libéré par la mesure. L'économie annoncée ne pourra pas être réalisée en termes de coûts pour l'hôpital.

D'autre part, supprimer les codes relatifs à l'extraction de dents de sagesse de la liste A des codes « hôpital de jour » implique qu'une hospitalisation de jour ne sera plus financée pour ces extractions.

Le GT estime qu'appliquer telle quelle cette mesure implique un renvoi systématique des patients concernés vers les consultations des dentistes ou des stomatologues, et en particulier en cabinet privé, hors contrôles de qualité et de facturation. Le GT estime en outre n'avoir pas en mains tous les éléments médicaux nécessaires pour prendre position par rapport à une telle politique d'accès aux soins et renvoie à madame la Ministre la responsabilité d'une telle décision.

Le GT émet un avis négatif et considère qu'il est indispensable d'analyser plus largement l'ensemble de l'activité réalisée en hospitalisation de jour et de déterminer :

- Les prestations qui pourraient être transférées vers l'ambulatorio.
- Les coûts attachés à chaque prestation et d'adapter le financement à ces coûts.

### Soins de plaies

#### Proposition de mesure

		Max. bedrag
Thuisverpleging	Verbandwissel 1,5 verpleegkundige 3/week	€ 567.00
	Toezicht 4/week	€ 150.00
	Kwaliteitsbewaking door referentieverpleegkundige	€ 37.08
	Overleg bij ontslag uit het ziekenhuis	€ 42.00
Ziekenhuis	Overleg bij ontslag uit het ziekenhuis	€ 42.00
Huisarts	Overleg bij ontslag uit het ziekenhuis	€ 42.00
Patiënt	Huur gratis ... prijs varieert?	€ 0.00
	Aankoop verbandmateriaal	€ 225.00
	Honorarium consultatie in het ziekenhuis	€ 0.00
	<b>Totaal NDT thuis</b>	<b>€ 1 105.08</b>

Coût par jour : 52,62 euros = 1105,08/21 jours

Complémentaire à la demande d'avis du 6 juillet, l'INAMI a demandé que le secteur BMF soit amputé d'un budget de 1.074.000€ vers un projet article 56 de soins infirmiers à domicile.

Le GT émet un avis négatif:

- Le GT considère qu'en toute cohérence, ce projet devrait être géré dans le cadre de l'appel à projet de l'hospitalisation à domicile et non via un article 56 spécifique
- Le CNEH estime qu'il n'est pas du ressort/de la responsabilité du secteur des hôpitaux de financer les honoraires des infirmiers à domicile Le GT s'interroge sur le bienfondé des chiffres avancés (en nombre de journées "épargnées" en hôpital, en valeur associée à ces journées, et en supervision en ETP).

### **1. Concernant l'économie sur le A2**

Le montant de la sous-partie A2 du Budget des Moyens Financiers de juillet 2016 s'élève à 58,428 millions d'euros. Il est censé couvrir le délai entre la prestation et le paiement par la mutuelle. Il s'agit d'un financement forfaitaire, quelle que soit l'ampleur des charges réelles. Le BMF intervient sur base d'un taux d'intérêt le plus bas du marché et déterminé en effectuant la moyenne entre le taux de base moyen du crédit de caisse augmenté de 0.50 point et le taux moyen de straight loans augmenté de 0.50 point, taux constatés durant l'année civile pénultième à l'exercice de la fixation du BMF.

Le taux d'intérêt est fixé en 2016 à 3,68%.

Le taux peut être revu lors de la révision annuelle du BMF en cas de variation significative du taux, à savoir une variation de minimum 0,20 point du taux.

La Ministre propose de réduire le taux de 1%, à savoir de le fixer à 2,68% pour le BMF de 2017. Cette mesure permet d'économiser 15,877 millions d'euros sur la provision retenue du BMF 1/7/2016 (et non 14 millions d'euros repris dans la demande d'avis). Cette économie est une mesure de trésorerie avec un impact récurrent<sup>2</sup> jusqu'à la révision de l'exercice concerné.

Le CNEH insiste d'ailleurs pour qu'il n'y ait pas d'autres modifications des modalités en vigueur.

Suite au transfert aux Communautés et Régions, à dater du 1er juillet 2014, de la compétence relative au financement de l'infrastructure et des équipements hospitaliers (sous-parties A1, en ce y compris les frais de pré-exploitation et A3 du budget des moyens financiers) et de la couverture, par les dotations dont disposent les différentes entités fédérées, des charges y afférentes à partir du 1er janvier 2016, la base de calcul de la sous-partie A2 (l'élément B de la formule de calcul reprise à l'article 30 de l'arrêté royal du 25 avril 2002) ne tient plus compte du montant des sous-parties A1 (en ce y compris les frais de préexploitation) et A3

Le montant de la sous-partie A2 calculé dans le cadre du BMF de juillet 2015 sur l'ensemble des sous-parties, y inclus les sous parties A1 et A3 (et ne tenant donc pas compte de la mise à zéro dans certaines C/R des forfaits de ces sous parties au 1er janvier 2016) était de 62,939 millions.

Soustraire de la base de calcul de la sous-partie A2, le montant des sous-parties A1 et A3 génère une réduction structurelle automatique du A2 d'environ 6 millions d'euros

#### **Avis :**

Le CNEH pointe la réduction structurelle automatique du A2 de l'ordre d'environ 6 millions d'euros relative à la non prise en compte de la sous partie A1/A3. Le CNEH insiste pour que l'on n'introduise plus d'autres modifications des modalités en vigueur.

### **Concernant la proposition de trouver des moyens dans la sous partie B7B (20.6m€) et la ligne 4100 de la sous-partie B4 –article 74(7.8m€)**

<sup>2</sup> L'économie s'élève cumulativement à 79,4 millions d'euros si la révision à lieu après 5 années.

## Rappel juridique

Le nombre de lits universitaires est fixé en Belgique par un arrêté royal du 24 décembre 1980 fixant le nombre maximum de lits qui est d'application pour la programmation des hôpitaux universitaires. Sur base des lits qui leur sont octroyés, les Universités peuvent proposer au Roi de désigner les lits au sein d'un hôpital universitaire, mais également au sein d'un service, d'une fonction ou d'un programme de soins hospitalier universitaire.

- L'article 4 de la loi sur les hôpitaux indique que *sont considérés comme hôpitaux universitaires, services hospitaliers universitaires, fonctions hospitalières universitaires, ou programmes de soins universitaires, les hôpitaux, services hospitaliers, fonctions hospitalières ou programmes de soins qui, eu égard à leur fonction propre dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique et de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales, répondent aux conditions fixées par le Roi et sont désignés comme tels par Lui sur la proposition des autorités académiques d'une université belge qui dispose d'une faculté de médecine offrant un cursus complet.*
- L'arrêté royal du 7 juin 2004 reprend les conditions de désignation qui doivent être respectées pour pouvoir être désigné par le Roi en tant qu'hôpital universitaire ou service, fonction ou programme de soins hospitalier universitaire. Il faut à cet égard noter que les conditions sont les mêmes qu'il s'agisse de désigner un service, une fonction ou un programme de soins. Si le service, la fonction ou le programme de soins hospitalier répond aux conditions, le service, la fonction ou le programme de soins pourra, sur proposition de l'Université, être désigné par le Roi, par un arrêté royal, en qualité de service, fonction ou programme de soins hospitalier universitaire. Les conditions à remplir sont repris à l'article 1bis de l'arrêté royal du 7 juin 2004.

L'arrêté royal du 10 août 2005 désignant des hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire définit en son article 1<sup>er</sup> les sept hôpitaux universitaires du Royaume.

## Avis

**A l'unanimité, le CNEH exprime son refus de trouver des économies en supprimant purement et arbitrairement une sous-partie du BMF.**

Le financement des sous-parties B7A et B7B se base sur l'article 77 et le financement B4-4100 sur l'article 74 de l'AR du 25 avril 2002. Ces sous-parties avaient été créées en 2002 pour donner plus de transparence dans le cadre du financement des normes et missions spécifiques des hôpitaux et services universitaires, qu'elles soient dans un cadre académique, dans un hôpital universitaire ou dans un service universitaire d'un hôpital général. D'une part les services universitaires, où qu'ils soient situés, doivent répondre à des normes spécifiques, d'autre part les missions spécifiques universitaires sont liées aux recherches et à la formation, aux technologies médicales, aux maîtres de stage ou à la formation des candidats médecins spécialistes. Les conditions à respecter pour conserver les financements B7A et B7B sont identiques.

Le CNEH souligne que les financements B7A, B7B et B4-4100 sont destinés à couvrir des charges supplémentaires effectives et qu'il ne peut être question de les supprimer. Une suppression du financement ne permettrait plus de répondre aux normes et aux missions universitaires et provoquerait des pertes d'emplois.

### **Concernant la proposition de trouver des moyens dans le cadre de la sous partie B8**

**A l'unanimité, le CNEH exprime ici aussi son refus de trouver des économies en supprimant purement et arbitrairement une sous- partie du BMF.**

Le CNEH rappelle que la sous-partie B8, soit 22,7m€ au BMF de janvier 2016, est destinée à financer les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient faible sur le plan socio-économique.

Ces patients engendrent des charges supplémentaires du service social, des surcoûts administratifs, du contentieux, des impayés, des durées de séjour plus longues, une intensité de soins plus lourde ou encore moins d'hospitalisation de jour du fait de l'isolement social...

Or, le contexte socio-économique actuel fait craindre une augmentation des patients précarisés, notamment dans le cadre de l'accueil de migrants mais également suite au constat de l'augmentation croissante de la pauvreté. Les CPAS interviennent de moins en moins et le problème des factures impayées reste d'actualité.

Les coûts actuels liés à l'accueil de la patientèle précarisée ne sont déjà pas entièrement couverts et diminuer les moyens pourrait conduire certains hôpitaux à ne plus prendre en charge ce type de patients et à pénaliser encore plus lourdement les hôpitaux qui les accueilleront.

Certaines régions et certains hôpitaux sont par ailleurs plus concernés que d'autres par l'accueil de cette population et sont également plus touchés par la non recouvrance des créances liées aux factures impayées.

**Le CNEH souligne que la sous-partie B8 couvre des charges supplémentaires effectives et qu'il ne peut être question de la supprimer.**

### **Concernant la proposition de réaliser des économies sur les primes de recyclage financées dans la sous-partie B4 lors de la fermeture de lits**

**Le CNEH exprime ici aussi son refus de trouver des économies en supprimant purement et arbitrairement une sous- partie du BMF.**

Le CNEH rappelle que cette mesure avait été introduite comme incitant dans le cadre d'une réorganisation importante du secteur hospitalier visant la fermeture de lits hospitaliers sans destination. Les hôpitaux concernés pouvaient garder une partie du financement perdu pour maintenir en place du personnel afin d'améliorer les soins.

#### ***Rappel des règles historiques jusqu'à la fin des mesures au 30 juin 2004 :***

##### **Recyclage dans hôpital général**

- AM du 7/8/1986 : octroi d'un montant de recyclage pour les fermetures d'au moins 10% de lits en 1987, le montant de recyclage = 25% de l'économie qui résultait de la fermeture
- AM du 12/8/1987 : règles restent d'application en 1988
- AM du 9/11/1988 : idem pour 1989 mais au moins 5% des lits
- AM du 28/11/1990 : idem pour 1991 mais au moins 5% des lits
- AM du 28/12/1994 : idem pour 1995 mais au moins 10% lits
- AM 2/8/1986: pour 1997 sans condition de % de lits.

Montant de recyclage = 15% de l'économie qui résultait de la fermeture. Si au moins 10% lits, 25% de l'économie

- AM 2/8/1986: pour 1998 sans condition de % de lits. Montant de recyclage = 20% de l'économie qui résulte de la fermeture. Si au moins 10% lits, 30% de l'économie.
- Pour 1/7/2002 jusqu'au 30/6/2004 : La fermeture devait concerner au moins 30 lits. Le montant de recyclage = 20% de l'économie qui résultait de la fermeture de lits.
- AR 24/4/2002 : 7,5% des moyens financiers pour désaffectation lits
- AR 25/02/2007 : indemnisation pour les dépenses afférentes à la fermeture d'un hôpital ou d'une partie d'hôpital si les conditions suivantes sont remplies :  
1° les lits désaffectés ne sont pas remplacés par d'autres lits hospitaliers;  
2° la fermeture doit porter au moins sur 10 lits agréés, à l'exception des hôpitaux de 150 lits agréés ou moins.

Les hôpitaux qui bénéficiaient d'un recyclage au 30/06/02 le maintiennent ;

#### Recyclage dans hôpital psychiatrique

- AM 2/8/1986: Règles très spécifiques pour 1990, 1991, 1994 et 1995. Montant de recyclage = entre 5 et 10 % de l'économie qui résultait de la fermeture.
- AR 25/4/2002 : 7,5% des moyens libérés. + 2,5 % des moyens libérés pour les hôpitaux qui ont pris part à la réalisation de projets visant l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

La prime de recyclage est octroyée dans les hôpitaux généraux pour une durée indéterminée et est conditionnée aux preuves du maintien de l'emploi effectif de ce personnel.

Des conventions en ce sens ont été signées par les Ministres successifs avec les hôpitaux concernés. Ces incitants et leur caractère récurrent à durée non déterminée furent déterminants dans les décisions de fermetures.

Le CNEH souligne que les B4 recyclages couvrent des engagements pris concernant des emplois effectifs et qu'il ne peut être question de les supprimer.

Dans le cadre de la réorganisation du paysage hospitalier, le CNEH invite la Ministre à lancer une nouvelle opération d'incitant financier à la rationalisation, mais dont l'octroi pourrait être de façon prédéterminée limité dans le temps.

Le secteur doit disposer d'une période transitoire pour s'adapter au sein de sa structure.

L'économie ou le budget résultant de cette rationalisation devrait être réinvesti pour permettre aux hôpitaux de se réorganiser.

#### **Estimation des coûts des mesures de fins de carrière :**

Coût total estimé sur base de Finhosta 2014 : 234.094.787 €

Suppression de la tranche de 45 à 50 ans, c'est-à-dire 2 heures à 50 ans, 4 heures à 55 ans et 6 heures après 60 ans :

Economie budgétaire estimée = 101.393.276 €

Mais la simulation ne tient pas compte de l'obligation de financer les droits acquis – chaque bénéficiaire garde le bénéfice de l'avantage qu'il a obtenu avant la modification des règles.

L'économie ne pourra produire 100% de son effet qu'au bout d'une période de minimum 5 ans :

le bénéficiaire des règles actuelles qui a 45 ans garde son droit jusqu'à ses 50 ans. A 50 ans, il bénéficiera du droit défini pour l'âge de 50 ans (donc toujours 2 heures).

Des chiffres sur plusieurs années seront fournis ultérieurement.

ESTIMATION DES REVISIONS TPP/QPP sur base de Finhosta 2010 à 2014 RAMING VAN DE HERZIENINGEN BBT/BBK op basis van Finhosta 2010 tot en met 2014						
	HÔPITAUX PRIVÉS PRIVE ZIEKENHUIZEN		HÔPITAUX PUBLICS OPENBARE ZIEKENHUIZEN		TPP/QPP BBT/BBK	Entrée en vigueur droit à la prime Inwerkingtreding recht op de premie
2010	PROVISION - PROVISIE	€ 17.779.070,41	PROVISION - PROVISIE	€ 7.824.429,61	TPP Soins Intensifs et urgence BBT Intensieve zorg en spoedgevallenzorg	1/01/2010
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 11.691.163,81	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 5.084.842,66	TPP Gériatrie BBT Geriatrie	1/01/2010
	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 6.087.906,60	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 2.739.586,95	QPP Gériatrie BBK Geriatrie	1/01/2010
2011	PROVISION - PROVISIE	€ 18.807.724,40	PROVISION - PROVISIE	€ 7.563.173,53	TPP Oncologie BBT Oncologie	1/01/2010
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 15.709.060,92	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 6.238.662,32	TPP Pédiatrie-néonatalogie BBT Pediatrie en neonatalogie	1/08/2012
	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 3.098.663,48	DIFFERENCE - VERSCHIL	-€ 1.324.511,20	QPP Diabétologie BBK Diabétologie	1/08/2012
2012	PROVISION - PROVISIE	€ 19.253.683,21	PROVISION - PROVISIE	€ 8.002.380,22	TPP Santé mentale-psychiatrie BBT Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie	1/10/2013
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 19.464.339,77	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 8.157.594,50	QPP Santé mentale-psychiatrie BBK Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie	1/10/2013
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 210.656,56	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 155.214,27	QPP Soins palliatifs BBK Palliatieve zorg	1/01/2014
2013	PROVISION - PROVISIE	€ 19.364.528,00	PROVISION - PROVISIE	€ 8.071.754,23		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 26.725.046,76	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 11.071.830,20		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 7.360.518,76	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 3.000.075,96		
2014	PROVISION - PROVISIE	€ 19.519.378,37	PROVISION - PROVISIE	€ 8.191.266,68		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 34.340.317,21	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 14.464.620,31		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 14.820.938,84	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 6.273.353,63		
2015	PROVISION - PROVISIE	€ 19.519.378,37	PROVISION - PROVISIE	€ 8.191.266,68		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 34.564.934,14	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 14.536.012,72		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 15.045.555,77	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 6.344.746,04		
2016	PROVISION - PROVISIE	€ 29.814.572,16	PROVISION - PROVISIE	€ 8.273.179,34		
	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 34.910.583,48	COÛT TOTAL APRES REVISION TOTAAL KOST NA HERZIENING	€ 14.681.372,84		
	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 5.096.011,32	DIFFERENCE - VERSCHIL	€ 6.408.193,50		

Estimations 2015 et 2016 sur base des données Finhosta 2014 sans tenir compte des nouveaux agréments intervenus à partir du 1er janvier 2015.  
Ramingen 2015 en 2016 op basis van de Finhosta 2014 gegevens zonder rekening houden met de nieuwe erkenningen vanaf 1 januari 2015.

Pour 2016: Indexation à partir de juin 2016 et ajout d'un budget supplémentaire de 10 millions pour les hôpitaux privés.  
Voor 2016: Indexering vanaf juni 2016 en toevoeging van een bijkomende budget van 10 miljoen voor de privé ziekenhuizen.