

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, le 14 avril 2016

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

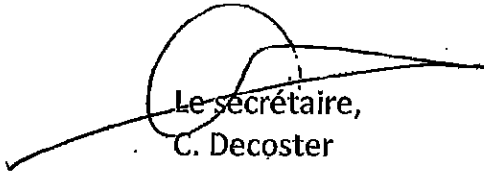
---  
**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

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

Réf. : CNEH/D/SF 127-4(\*)

**AVIS DE LA SECTION « FINANCEMENT » DU CNEH RELATIF À LA DEMANDE D'AVIS  
CONCERNANT LES MODIFICATIONS A APPORTER À L'A.R. DU 25 AVRIL 2002 POUR CE QUI  
CONCERNE LE BMF AU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2016.**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

  
Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DE LA RÉUNION DU 14/04/2016 ET RATIFIÉ LORS DU BUREAU À  
CETTE MÊME DATE.

Avis de la Section Financement du Conseil national des établissements hospitaliers du 14 avril 2016 sur les éléments repris dans la demande d'avis de Madame la Ministre du 9 mars 2016 concernant les modifications à apporter à l'AR du 25 avril 2002 pour ce qui concerne le BMF 2016, ainsi que dans la demande d'avis du 9 mars 2016 concernant spécifiquement l'intégration d'un accélérateur afin de permettre la mise en œuvre du Dossier Patient électronique Intégré dans les hôpitaux.

### Sous partie B2

#### NRG

Les membres ont pris connaissance des propositions présentées par l'Administration relatives à des modifications du système NRG en ce qui concerne les éléments suivants :

- Suppression de 5 items considérés comme non relevant pour le système de financement

Certains membres ne sont pas convaincus de la nécessité de supprimer ces items. Certains attirent l'attention sur le fait que ces critères sont justement des critères importants pour refléter l'activité infirmière, notamment sur des aspects qualitatifs des soins et l'intensité des soins.

Certains membres plaident également pour ne pas introduire des petites modifications dans le système, mais de poursuivre les analyses afin de revoir le système en profondeur tant sur les items que sur la répartition entre points de base et points complémentaires.

D'autres membres sont, par contre, convaincus par la proposition de l'administration et font remarquer qu'il ne s'agit pas d'une contestation de l'importance des activités infirmières, mais bien que la prise en compte de ces 5 items n'offre pas de plus-value en ce qui concerne le financement de points supplémentaires, comme démontré par les points d'attention apportées par l'administration.

Certains membres sont d'avis que ces activités sont par ailleurs déjà reprises dans le financement de base.

L'avis sur ce point est donc partagé.

- Définition des groupes :

La Section ne peut accepter la proposition visant à ne retenir que 2 groupes d'épisodes de soins et rappelle son avis CNEH SF 117-3 du 7 mai 2015 :

« 2° La Section Financement propose également de revoir la constitution des groupes C, D, E et soins intensifs de la manière suivante :

-) pour le groupe CD, tous les épisodes de soins à profil non intensif sur base des NRG, des unités de soins C, D, L et I (patients « adultes ») seraient retenus ;

-) pour le groupe E, tous les épisodes de soins à profil non intensif sur base des NRG, des unités de soins E et I (patients « enfants ») seraient retenus ;

-) pour le groupe soins intensifs, seraient retenus uniquement les épisodes de soins à profil intensif sur base des NRG indépendamment de l'unité de soins C, D, L, E ou I dans laquelle ils sont facturés. »

Il faudra examiner la possibilité d'identifier les patients à profil non intensif hospitalisé en index I.

- Propositions de 3 scenarii concernant l'application de la médiane
  - Application de la médiane CD, tous les points sont diminués de la médiane CD
  - Application de la médiane CD et médiane I, tous les points CD et E sont diminués de la médiane CD et les points I de la médiane I
  - Application de la médiane CD, tous les points CD et E sont diminués de la médiane CD et les points I NE SONT PAS diminués

Les membres prennent connaissance des scenarii et regrettent de ne pouvoir disposer du temps nécessaire pour pouvoir analyser les effets potentiels de ces modifications, surtout si ceux-ci s'avèrent avoir des impacts importants sur le financement.

Il semble clair qu'il ne faut pas tenir compte de la médiane en I, mais au-delà de cela, les membres ne souhaitent pas se positionner sur l'un des scenarii proposés. Les membres souhaitent pouvoir analyser auparavant les différentes implications de ces propositions. En conclusion, les membres proposent de ne pas modifier à ce stade-ci pour le BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2016 le système actuel en ce qui concerne la médiane.

En ce qui concerne la progressivité :

Une partie des membres propose :

- d'augmenter à 50% le pourcentage applicable aux NRG (qui est de 30% pour l'instant) ;
- de supprimer la limite de 0,04 point en plus ou en moins par lit justifié par rapport à l'application RIM 2005-2006 à 100% (utilisée dans la Sous-partie B2 au 01.07.2013)
- pour ce qui est des points supplémentaires des lits à caractère intensif, ne plus utiliser un système de déciles, mais travailler plutôt avec une part de marché, comme pour les points supplémentaires CD et E.

Ces membres sont d'avis que le RIM ne donne pas lieu à un financement correct parce que, tant les données que les techniques de calculs sur lesquelles il se base ont plus de 10 ans et n'ont plus aucun lien avec la réalité sur le terrain.

Les données pour le calcul des NRG sont basées sur des dates plus récentes et par conséquent donnent une meilleure image de l'activité actuelle sur le terrain.

Bien que le système NRG doit être affiné, le passage à du 50/50 ne donne pas d'indication sur un choix final à propos d'une option.

Une autre partie des membres estime que l'outil NRG n'est pas encore suffisamment élaboré et fiable et propose de maintenir provisoirement le mode de calcul actuel. Certains évoquent aussi le fait qu'on devrait, avant de modifier le pourcentage actuel, regarder les autres critères utilisés pour le calcul des points complémentaires, notamment celui concernant la nomenclature pour éventuellement modifier ou supprimer ces critères et ajouter le budget y relatif dans un système NRG amélioré.

Les membres sont toutefois d'accord à l'unanimité de donner davantage de moyens à l'Administration pour développer les NRG et poursuivre leur analyse. En particulier, des moyens concrets doivent être affectés aux contrôles et aux audits.

Il est donc nécessaire que les travaux au sein du CNEH puissent se poursuivre de manière continue en ce qui concerne l'examen du système NRG avec des experts de terrain et de l'administration.

### Urgences

Les membres ont pris connaissance de la présentation faite par l'Administration concernant l'évolution du nombre de patients passant par les Urgences depuis l'entrée en vigueur des nouvelles règles de financement des Urgences d'application à partir de juillet 2013.

En ce qui concerne la demande de Madame la Ministre, si sur base de cette analyse, il y a lieu d'adapter les modalités prévues actuellement dans l'AR du 25 avril 2002 relatif au financement des urgences, les membres constatent qu'il n'y a pas d'évolution significative du nombre de patients qui serait en lien avec le système de financement ; dès lors, il n'y a pas lieu de procéder à des modifications mais bien de procéder à l'application des règles prévues dans l'AR du 25 avril 2002.

-----  
Outre les points relatifs à la sous partie B2 repris dans la demande d'avis, la Section souhaite attirer l'attention de Madame la Ministre également sur les éléments suivants :

### Mini-forfaits :

La Section Financement propose de répartir, au 1<sup>er</sup> juillet 2016, le budget disponible (B2 + B7) comme suit :

- 50% sur base des nouveaux critères urgences et
- 50% sur base du nombre d'épisodes ambulatoires (hôpital de jour médical), avec perfusion d'au moins une spécialité figurant sur une liste de médicaments prédéfinie. Celle-ci peut être validée par les experts issus des hôpitaux dans les prochaines semaines.

### Produits médicaux :

La section Financement poursuit ses travaux en vue d'élaborer de nouveaux critères de répartition. Dans l'intervalle, il est proposé de ne pas modifier le financement existant.

### Durées standards :

La Section Financement demande instamment d'adapter la liste figurant à l'annexe 9 de l'AR du 25 avril 2002 aux dernières évolutions de la nomenclature.

### Nomenclature de réanimation :

Les 2 codes suivants ont été indubitablement oubliés dans la liste de 'l'annexe 4, 1) à l'AR du 25 avril 2002 et doivent impérativement y être ajoutés dans le BMF 1/7/2016: 211282 et 211304.

### Sous partie B4

#### ONSS-APL (ORPSS)

Les membres ont pris connaissance du budget complémentaire de 10,5 millions provenant du « tax shift » et affecté à la problématique spécifique du coût de la prise en charge des pensions du secteur public pour les statutaires.

Ce budget doit encore être intégré dans le budget global des hôpitaux avant de pouvoir être inscrit et liquidé dans le BMF.

En ce qui concerne la proposition de réunir les financements historiques existants et de répartir l'enveloppe total de 123,485 millions sur base des modalités reprises à l'article 73, § 7, la Section Financement plaide pour garder les financements historiques et pour ajouter le nouveau budget de 10,5 millions uniquement au budget actuel de l'article 73, § 7.

En ce qui concerne les hôpitaux disposant de personnel statutaire et non affiliés à l'ORPSS, il importe de maintenir leur financement historique.

Pour les nouveaux affiliés à l'ORPSS, il importe qu'ils bénéficient des financements complémentaires dès leur année d'affiliation.

#### IFIC

Les membres ont pris connaissance du système présenté par une représentante de l'IFIC.

En ce qui concerne l'intégration des barèmes IFIC dans le système de financement pour les hôpitaux privés, les membres soulignent tout d'abord le risque de discrimination importante et les craintes exprimées tant par le secteur privé et public des conséquences que cela engendrera.

Une telle mesure ne permettra pas en outre de tendre vers un statut plus uniformisé du personnel hospitalier et compliquera la mise en œuvre d'un futur nouveau système de financement.

Cependant certains hôpitaux privés se réjouissent de la décision de commencer la mise en œuvre par étape de l'IFIC.

Les membres expriment aussi leurs interrogations quant à la mise en œuvre pratique :

- il semble techniquement très difficile d'intégrer dans le système de financement du BMF l'implémentation des barèmes IFIC pour les seuls hôpitaux privés, sur base d'un système de répartition juste ;
- les membres de la Section ne voient pas par quel biais intégrer dans le financement du BMF la nouvelle logique présentée et ceci à cause du lien requis dans le financement entre qualification, ancienneté, statut du personnel et financement.
- En tout état de cause, il faudra du temps pour analyser les répercussions et une implémentation ne semble pas réaliste avant 2018 et ne cadre pas avec la volonté de la Ministre (et son agenda) de réforme du financement hospitalier. Les membres se demandent à quoi va servir le budget en 2016, puisqu'il n'est pas réaliste qu'une application d'une éventuelle CCT en 2016 conduise déjà à l'intégration des nouveaux barèmes. Certains plaident pour que ce budget soit alloué pour permettre d'étudier au sein des institutions les effets d'un éventuel passage aux barèmes IFIC. Le passage ne pourrait alors se faire qu'au plus tôt en 2017-2018 et à la condition d'avoir des certitudes sur la couverture du financement intégral des charges (y compris pour le personnel hors-BMF).

En ce qui concerne le budget octroyé de 34,415 millions, les membres rappellent l'évaluation du coût de la mesure chiffré actuellement à environ 500 millions. Les membres insistent donc sur une implémentation du système par étape et en fonction des moyens libérés, afin d'éviter le risque d'un sous financement. Lors de la conclusion éventuelle d'une CCT en la matière, on devra prévoir le lien entre la mise en œuvre et la disponibilité des moyens.

De plus, des questions se posent sur l'impact financier qui n'a pas été prévu et qui concerne le financement de l'intégration de l'IFIC pour les barèmes du personnel « hors BMF » (à charge des honoraires ou de la sous-partie B6).

Enfin, la répartition du budget de 50 millions entre, d'une part, les hôpitaux privés (et convention de revalidation dans les hôpitaux) à raison de 34,415 millions et, d'autre part, les secteurs INAMI de compétence fédérale (càd soins à domicile, Croix Rouge, Maisons Médicales, FPC > forensisch psychiatrische centra) à raison de près de 16 millions ne semble pas correspondre à la réalité du poids de ces secteurs. Cette répartition des 50 millions doit être revue.

Les membres regrettent donc les différences constatées entre les secteurs de soins et que le secteur public n'ait pas été associé aux débats sur l'IFIC.

En ce qui concerne la clé de répartition proposée pour répartir au 1<sup>er</sup> juillet 2016 entre tous les hôpitaux, tant privés que publics, les 34,415 millions (à majorer), les membres suggèrent qu'il serait plus opportun d'utiliser en lieu et place des « lits agréés » :

- soit, selon certains membres, la part respective de la partie B du budget des moyens financiers de chaque hôpital car elle reflète mieux le personnel financé que les lits agréés,
- soit les ETP des hôpitaux renseignés dans FINHOSTA, y compris des projets pilotes, car ils reflètent le personnel réel indépendamment des biais du financement.

En ce qui concerne la proposition de suppression du financement des primes pour les titres et qualifications dans l'AR du 25 avril 2002, les membres rappellent qu'il y a actuellement, en raison du délai entre l'octroi des provisions et celui des révisions, un important sous-financement et ils soulignent que la suppression va engendrer une augmentation de ce sous-financement.

Il y a également lieu de prévoir, à dater de cette suppression et pour les années à venir, la structuralisation inconditionnelle des budgets annuels TPP/QPP de base et complémentaires après ultime révision précédant ladite suppression. Un budget supplémentaire (en sus du budget précité de 34,415 millions, à majorer) doit dès lors être injecté dès le 1<sup>er</sup> juillet 2016, sans attendre lesdites révisions.

En ce qui concerne la suppression du droit par la modification de l'AR concernant le Plan d'Attractivité pour les Professions Infirmières, les membres insistent sur le risque de discrimination entre personnel du secteur privé et du secteur public et sur les effets que cela entraînera ; en outre, ils émettent de grandes inquiétudes en ce qui concerne le maintien des droits acquis et leur financement, ainsi que l'octroi de barèmes majorés à beaucoup plus de personnel qu'aujourd'hui, ceux-ci n'étant plus conditionnés au service d'affectation. Tant la fonction que la formation doivent être financés.

#### Budget supplémentaire ICT

La Section a pris connaissance des modalités proposées concernant l'intégration d'un accélérateur afin de permettre la mise en œuvre du Dossier Patient électronique Intégré dans les hôpitaux.

Les membres souhaitent faire part de leur soutien au projet proposé.

Toutefois, en ce qui concerne les modalités d'application, les remarques suivantes sont émises :

- En ce qui concerne la clé de répartition du budget de 56 millions entre hôpitaux psychiatriques (16 %) et hôpitaux généraux (84%), des membres demandent que cette clé puisse être objectivée et de définir également de manière claire à quelle catégorie et selon quelles modalités seront traités les hôpitaux qui ne disposent que de services G/Sp et A/T (aussi nommés « hôpitaux hybrides »).
- En ce qui concerne la répartition du montant de base, la Section souhaite attirer l'attention sur le fait que les montants proposés semblent comporter des erreurs et souligne le faible montant repris pour les hôpitaux psychiatriques. La clé des lits justifiés pourraient être remplacée par

celle des lits agréés et par indice afin de ne pas créer de discrimination par exemple entre le financement de lits A/K selon qu'ils sont agréés en hôpital général ou en hôpital psychiatrique.

- En ce qui concerne le budget de 40 millions prévus, les membres demandent que celui-ci soit liquidé entièrement en 2016.

Les modalités en vigueur pour les 16 millions doivent être maintenues pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 30 juin 2016 et les 40 +16 millions doivent être liquidés entièrement en 2016, selon les modalités prévues, à tous les hôpitaux en partant du principe que tous les hôpitaux répondront aux critères définis.

Il faut éviter à tout prix d'insérer des modalités liées à des contrats car cela représente une surcharge de travail inutile, les modalités doivent donc être inscrites dans l'AR de financement.

Il faut également éviter de définir des modalités de révisions qui ne pourront être effectives que bien des années plus tard. S'il s'avère que les conditions à remplir pour bénéficier du financement concerné ne sont pas satisfaites, le financement accordé sera récupéré pour les hôpitaux concernés dans le budget des moyens financiers suivant.

- En ce qui concerne le contrôle, les membres insistent pour que celui-ci soit le plus objectif et le plus transparent possible.
- Il faut craindre, compte tenu des modalités de financement proposées, que les petits hôpitaux ne disposeront sans doute jamais des moyens suffisants leur permettant d'atteindre les objectifs définis dans les délais prescrits.

Un groupe de travail spécifique se réunira prochainement et des propositions et recommandations seront faites rapidement de manière complémentaire à cet avis.

#### **Sous-partie B5 :**

Les membres prennent acte du fait qu'il n'est pas prévu de recalculer la sous-partie B5, sauf le budget relatif à la gestion de l'antibiothérapie visé à l'article 75, § 6, de l'arrêté du 25 avril 2002.

#### **Corrections techniques**

Les membres prennent acte des corrections proposées.

Considérations complémentaires

Les membres insistent pour, qu'à l'avenir, les mesures prises tendent le plus possible vers un statut plus uniformisé du personnel hospitalier.



Les membres regrettent également qu'aucun budget complémentaire n'ait été prévu pour la mise en place d'un financement d'un deuxième pilier de pension pour le personnel hospitalier.

