

Annexe

Note relative à l'analyse de la situation des hôpitaux psychiatriques dans le cadre du COVID-19 : analyse de la situation et propositions du CFEH.

Préalablement, nous voulons rappeler que le mécanisme d'avances/compensation (avec régularisation par la suite) a pour objectif principal de permettre aux hôpitaux et prestataires de soins (indépendants) exerçant en milieu hospitalier de supporter les frais inhabituels liés au Covid-19, et cela dans un contexte de recettes réduites s'ajoutant à des dépenses et coûts en augmentation. L'essence même est d'assurer la viabilité des hôpitaux et d'offrir au personnel hospitalier (y compris le personnel soignant indépendant dans les hôpitaux) la garantie de pouvoir compter sur un revenu décent afin de pouvoir (continuer à) exécuter ses tâches en toute sérénité.

Le CFEH a examiné la situation des hôpitaux psychiatriques et on trouvera ci-après un descriptif du contexte, du financement actuel et des impacts de la crise à court terme et moyen terme (calcul BMF futur et révisions).

En pages 10 à 12 sont repris les propositions relatives aux mesures à prendre.

Contexte

Les hôpitaux psychiatriques ont reçu des instructions pour la continuité des soins, pour la prise en charge des patients covid, etc. et il y a indéniablement un impact en terme de surcoût et de baisse de recettes.

Certains hôpitaux s'inquiètent pour leur sous-occupation, d'autres pour leur sur-occupation (certains hôpitaux généraux ont transféré leurs patients des services A vers les services des hôpitaux psy). De nombreux hôpitaux psychiatriques doivent faire face à une pénurie de masques buccaux et autre matériel de protection. Or, les hôpitaux psychiatriques sont repris dans le mécanisme de répartition fédéral. De même, les besoins en kits de test sont importants.

Dans ce cadre, il y a une certaine incompréhension quant au fait que les hôpitaux psychiatriques sont exclus de l'opération « avance sur trésorerie » et sur les différences de traitement entre HG et HP. Les services A, a, K, k et Sp en psychogériatrie dans les HG sont inclus dans la mesure de trésorerie, contrairement à ces mêmes services dans les HP.

Cependant, dans le cadre des GT liés à la problématique des impacts financiers de la crise covid-19, des analyses sont faites afin d'arriver à des propositions.

Dans le cadre du BMF de juillet 2020, on peut déjà prendre des mesures.

Il est aussi prévu que l'opération de trésorerie pourrait être renouvelée si nécessaire et dans ce cas le champ d'application pourrait être étendu par exemple aux hôpitaux psy, si cela apparaissait nécessaire.

Financement actuel

- 1) Fixation du BMF des hôpitaux psychiatriques

Par rapport aux hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques se différencient par le fait que leur BMF n'est pas calculé en fonction de l'activité (passée) réalisée dans l'hôpital mais sur base, essentiellement, de leur nombre de lits agréés. Ainsi, le BMF des hôpitaux psychiatriques ne varient sensiblement que lorsque le nombre de lits agréés est modifié (sinon nouvelles mesures décidées, positives ou négatives).

Pour rappel, en 1999, la partie B des hôpitaux psychiatriques a été scindée en une sous-partie B1 et une sous-partie B2.

La sous-partie B2 a été calculée sur base des normes de personnel applicables par indice de lits, du nombre de lits agréés par indice de lits et du coût salarial moyen réel 1997 (indexé) du personnel infirmier, soignant et paramédical assimilé. (à laquelle a encore été ajouté le coût réel des produits médicaux 1997) Mais à partir de 1999, alors qu'auparavant la norme de personnel par indice de lit était appliquée par patient (par exemple pour une unité de 30 lits A, 16 ETP étaient financés par 30 patients, en d'autres termes, 16 ETP étaient financés pour 30 lits A occupés à 100%), les normes de personnel sont financées par rapport au taux réel d'occupation des services concernés, en garantissant à partir d'une occupation réelle de 80%, le financement de la norme de personnel auparavant garantie pour 100% d'occupation. En d'autres termes, par exemple pour un service A de 30 lits, pour autant que le service A soit occupé au moins à 80%, l'hôpital est financé pour 16 ETP ; si le service est occupé à 95% l'hôpital ne sera pas davantage financé, par contre si le service A est occupé à 70%, l'hôpital sera financé à raison de $16 \text{ ETP} \times 70\%/80\%$, soit 14 ETP.

La sous-partie B1 a été fixée, sur base des charges réelles constatées en 1997 (indexées) mais compte tenu du solde disponible après avoir défalqué de la partie B disponible le B2 calculé pour chaque hôpital psychiatrique sur base des règles applicables à partir du 01/01/1999

2) Liquidation du BMF des hôpitaux psychiatriques

Il faut faire une distinction entre patients Non OA et patients OA entre partie fixe et partie variable du BMF.

La partie fixe du BMF est constituée du total du BMF diminué de 20% des sous-parties B1 et B2

La partie variable du BMF est constituée de 20% des sous-parties B1 et B2

Par ailleurs, contrairement aux hôpitaux généraux pour lesquels (sinon pour les unités de grands brûlés et les unités de soins palliatifs), il n'y a pas de nombre de référence calculé, pour les hôpitaux psychiatriques un nombre de référence est calculé fixé comme suit (article 87, § 3 de l'AR du 25 avril 2002):

§ 3. Pour les hôpitaux psychiatriques, un seul nombre de référence est fixé qui est constitué de la manière suivante :

$[(8) \sum (\text{nombre de lits de jour et de nuit par service au 1er janvier} \times 365 \times T) + (\text{nombre de lits de jour ou lits de nuit par service au 1er janvier} \times 251 \times T)]$

où :

$T = A, T, T_f, [(15) T V_p] = 80 \%$

$[(8) A_j, A_n, T_j, T_n = 80 \%$

$K = 70 \%$

[(8) Kj = 70 %]

[(8) Kn = 70 %]

Modalités de liquidation du BMF

a) Pour les patients relevant d'un des organismes assureurs (les 7OA) ,

- la partie fixe du budget visée à l'article 86, §1er, est liquidée en douzièmes par les unions nationales des organismes assureurs visés au §1, en proportion de leur part respective pour l'hôpital concerné au cours du dernier exercice connu et ce, dans le délai fixé par le Ministre qui a la fixation du budget des moyens financiers dans ses attributions.

- pour la partie variable du budget, telle que visée à l'article 86, §2, un prix par paramètre est fixé de la manière suivante :

* pour les hôpitaux psychiatriques : 100 % de la partie variable sont liquidés par un paramètre constitué du nombre de référence visé à l'article 87, §3. (*)

(*) : plus exactement, le diviseur « nombre de journées » utilisées pour la liquidation du montant facturé par journées aux patients 7OA est constitué du nombre de référence auquel est appliqué le % de patients 7OA sur le nombre total de patients ; ce % est en fait le résultat de (Journées 7OA / Journées total) d'un exercice retenu comme exercice de référence

b). Pour les patients ne relevant pas d'un organisme assureur, il est fixé un prix par paramètre de la manière suivante :

la partie fixe du budget et la partie variable du budget, telles que visées à l'article 86, sont additionnées et divisées par le nombre de référence visé à l'article 87, §2, ou à l'article 87, §3, selon qu'il s'agisse d'un service Sp palliatifs ou unités de grands brûlés, ou d'un hôpital psychiatrique.

- Partant du système de financement actuel, on peut formuler les constatations suivantes : les modalités de liquidation du BMF pour les hôpitaux psychiatriques sont très peu dépendantes de l'activité réelle qui a été déployée dans l'hôpital concerné puisque soit fixées sur base des douzièmes, soit fixées sur base d'un nombre de référence qui est calculé de manière théorique en fonction des types et nombre de lits agréés et des taux d'occupation normatif appliqués par indice de lits ;

- il y a un manque de liquidité (du moins pour assurer la totalité de la liquidation du BMF attribué) si le nombre de journées facturées (journées 7OA et/ou journées Non OA) est inférieur aux nombres de journées (basée sur le nombre de référence) ayant servi de diviseurs pour calculer les montants à facturer par journée (soit aux patients 7OA, soit aux patients Non OA) , mais la réalité de cette perte de liquidité (trésorerie) ne peut être appréhendée qu'une fois l'exercice de financement concerné clôturé.

3) Révision du BMF des hôpitaux psychiatriques

3.1 Révision de la partie fixe du BMF (on doit s'assurer que l'hôpital a bien perçu l'entièreté de la partie fixe du BMF, aussi bien celle concernant les patients 7OA que celle concernant les patients Non OA)

Si la partie fixe perçue durant l'exercice de financement revu (donc du 01/07/année t – 30/06/ année t+1) est inférieure à la partie fixe calculée pour l'exercice de financement concerné \Rightarrow attribution, en révision, du trop peu perçu (donc indemnisation positive) ;

Si la partie fixe perçue durant l'exercice de financement revu (donc du 01/07/année t – 30/06/ année t+1) est supérieure à la partie fixe calculée pour l'exercice de financement concerné \Rightarrow récupération, en révision, du trop-perçu (donc indemnisation négative)

De manière pratique :

- l'indemnisation est positive si le nombre de journées Non OA réellement facturées (réalisées) durant l'exercice de financement revu est inférieur au nombre de journées Non OA « contenu » dans le nombre de référence retenu pour la liquidation du BMF de l'exercice de financement revu ;
- l'indemnisation est négative si le nombre de journées Non OA réellement facturées (réalisées) durant l'exercice de financement revu est supérieur au nombre de journées Non OA « contenu » dans le nombre de référence retenu pour la liquidation du BMF de l'exercice de financement revu ;

3.2. Révision de la partie variable du BMF

- si le nombre de journées réalisées (journées 7OA et journées Non OA) durant l'exercice de financement revu est inférieur au nombre de référence utilisé pour la liquidation du BMF de l'exercice de financement revu \Rightarrow aucune indemnisation accordé à l'hôpital concerné (cela signifie qu'il ne percevra jamais la totalité de la partie variable du BMF attribuée pour l'exercice de financement revu puisque son activité réelle déployée durant cet exercice de financement a été inférieur à l'activité escomptée qui correspond au nombre de référence calculé pour l'exercice de financement revu) ;

- si le nombre de journées réalisées (journées 7OA et journées Non OA) durant l'exercice de financement revu est supérieur au nombre de référence utilisé pour la liquidation du BMF de l'exercice de financement revu \Rightarrow il y a récupération du trop-perçu (cela signifie que l'hôpital, in fine (après révision) ne percevra jamais plus que la totalité de la partie variable du BMF attribuée pour l'exercice de financement revu);

3.3 Autres mesures :

3.3.1. Comparaison critères de personnel versus personnel présent ;

3.3.2. TPP/QPP ;

3.3.3. Mesures de fin de carrière (MFC) ;

3.3.4. Prime d'attractivité ;

3.3.5. Complément fonctionnel

Pour la révision de ces différentes mesures, il faut voir quelles vont être les conséquences d'une part sur le calcul des critères et d'autre part sur le personnel présent des mesures prises dans le cadre de la crise Covid-19 traitement à domicile des patients séjournant en lits partiels, transferts de patients en provenance des services psychiatriques des hôpitaux généraux, mise en place d'unité Covid-19 au sein des hôpitaux psychiatriques, personnel hospitalier atteint par le Covid-19, ...) et notamment de la mise au chômage temporaire éventuelle d'une partie du personnel de l'hôpital psychiatrique.

4. Conséquences sur les BMF suivants

Comme déjà écrit plus avant, le BMF de l'hôpital psychiatrique n'est pas impacté au 01/07/année t+2 pour l'activité réelle de l'année t ou de l'année t-1. Donc, toutes choses étant égales par ailleurs (= si pas de modifications de la législation), la crise liée au Covid-19 ne devrait pas avoir (sinon en C2, ou en B4 pour de nouvelles études-pilotes) de conséquences marquantes sur la fixation du BMF des hôpitaux psychiatriques. Il est cependant à noter que l'impact pourrait être plus marqué pour les hôpitaux pédopsychiatriques qui tombent tous à 50% ou en dessous du nombre de journées de référence.

De la même façon, les diviseurs « journées » utilisés pour la liquidation du BMF à notifier au 01/07/année t+2 ne sont pas réellement impactés par l'éventuelle modification d'activité qui serait constatée durant l'année t puisque les diviseurs journées qui seront utilisés pour la liquidation du BMF à notifier au 01/07/année t+2 sont constitués sur la base du nombre de référence calculé en fonction du nombre de lits agréés (même si le diviseur « journées » utilisé pour la liquidation de la partie variable pour les patients 7OA au 01/07 année t+2 dépend du % (nombre de journées 7OA réalisées en année T / nombre total de journées réalisées en année t, il n'y a pas vraiment de raison objective pour que ce % soit sensiblement impacté par la modification d'activité éventuelle constatée durant la période de crise Covid-19).

Perte de recettes

Ces recettes sont destinées à couvrir les coûts de personnel, de fonctionnement et la partie honoraires.

- pour ce qui concerne les honoraires de surveillance
- autres financements INAMI (postcure, conventions INAMI)
- adaptation des hôpitaux à la situation sanitaire

Une baisse des entrées, du nombre de journées facturées et des honoraires de surveillance peut s'expliquer par une réorganisation des services suite aux consignes sanitaires.

Les chambres doubles ou quadruples ont parfois dû être transformées en chambre seule pour :

- accueillir les entrées et évaluer leur état symptomatique pendant 7 jours (absence de tests en suffisance, surtout au début de la crise).
- accueillir les patients développant des symptômes suspects durant leur séjour
- accueillir les patients positifs covid.

Dans les hôpitaux psychiatriques le BMF représente environ 90 % du chiffre d'affaires (à vérifier avec maha et finhosta) (pour hop généraux environ 40 %, voire un peu moins).

Cela signifie concrètement que par le versement des douzièmes, les recettes sont assurées pour environ 80% (à condition que les jours non OA soient restés, en ordre de grandeur, les mêmes que le nombre de l'année de référence).

Les journées ne tombant pas à zéro et les mesures ayant été prises au niveau de l'INAMI pour permettre la facturation pour des patients traités même à domicile, on peut estimer que pour l'instant que dans un hôpital psychiatrique moyen, les recettes sont garanties à plus de 90 %. Seulement pour les petits hôpitaux et les hôpitaux axés sur la pédopsychiatrie, cela ne sera probablement pas le cas.

En conclusion, pour les hôpitaux psy, la facturation/perception de la recette BMF n'est pas sensiblement « perturbée » par la crise Covid-19 dans les hôpitaux psychiatriques ; ceci sera bien sûr à évaluer dans le futur.

On trouvera cependant ci-dessous l'analyse des différentes situations rencontrées et l'impact potentiel justifiant des solutions à court et moyen terme.

1. Hôpitaux psychiatriques reprenant l'activité de lits psychiatriques d'hôpitaux généraux

Deux mouvements se dessinent. Certains hôpitaux psy ont vidé leurs lits de patients qui pouvaient être traités chez eux et ainsi reprendre des patients des unités psy des hop généraux. Un autre mouvement résultant en une baisse de l'occupation se rapporte aux structures de soins intermédiaires composés de divers partenaires (HG, HP...). Les HP jouent ici un rôle de facilitateur notamment en mettant une infrastructure à disposition. Leur financement est ici en principe hors BMF. L'INAMI a élaboré une nomenclature spécifique pour les médecins.

➤ analyse

En termes de trésorerie, cela signifie :

1. pendant l'exercice de financement considéré :
 - facturation de la partie variable plus importante si par ailleurs les journées des patients ayant laissé leurs lits et qui sont soignés à domicile, sont toujours facturables. Si ces patients ou une partie d'entre eux venaient à être pris en charge dans des lits gelés, cela posera problème du fait que plus aucun personnel n'est rattaché à ces lits en raison de leur participation aux équipes mobiles. En pratique, il faudra donc faire appel à du personnel d'autres services ou à du personnel supplémentaire..
 - pas d'augmentation de la partie fixe
2. Lors de la révision de l'exercice de financement considéré :
 - comparaison des critères versus personnel présent : en principe, il faudrait plus de personnel présent qu'avant transfert pour justifier le personnel calculé suivant critères, sauf si les patients psychiatriques transférés d'un hôpital général sont

hébergés dans des lits non agréés En cas d'admission dans des lits gelés, la remarque est la même qu'au point 1 ;

- pour la partie fixe :
 - si l'ajout des journées NON OA réalisées par les patients psychiatriques provenant d'un hôpital général a pour conséquence de dépasser le nombre de journées Non OA contenues dans le nombre de référence (ou d'accroître ce dépassement) il y aurait récupération du trop-perçu (ou récupération d'un plus grand trop-perçu) ;
 - si l'ajout des journées Non OA réalisées par les patients psychiatriques provenant d'un hôpital général a pour conséquence de diminuer la différence positive entre le nombre de journées Non OA contenues dans le nombre de référence et le nombre de journées Non OA réalisées (dans ce cas, les journées Non OA réalisées, malgré l'ajout des journées Non OA réalisées par les patients psychiatriques provenant d'un hôpital général, restent inférieur au nombre de journées Non OA contenues dans le nombre de référence), le manque de recettes est moindre pour l'hôpital psychiatrique que s'il n'y avait pas eu cet ajout et donc l'indemnisation positive sera de moindre importance.
 - si compensation il y a pour les hôpitaux psychiatriques ayant accueillis des patients psys des hôpitaux généraux, celle-ci ne doit pas se faire au détriment de l'enveloppe disponible pour l'ensemble du secteur.
- pour la révision de la partie variable : sans adaptation du nombre de référence,
 - si l'ajout des journées réalisées par les patients psychiatriques provenant d'un hôpital général a pour conséquence de dépasser le nombre de référence (ou d'accroître ce dépassement) il y aurait récupération du trop-perçu (ou récupération d'un plus grand trop-perçu) ;
 - si l'ajout des journées réalisées par les patients psychiatriques provenant d'un hôpital général a pour conséquence de diminuer la différence positive entre nombre de référence et journées réalisées (dans ce cas, les journées réalisées, malgré l'ajout des journées réalisées par les patients psychiatriques provenant d'un hôpital général, restent inférieur au nombre de référence), le manque de recettes est moindre pour l' »hôpital psychiatrique que s'il n'y avait pas eu cet ajout.
- conséquences pour la révision des autres mesures TPP/QPP, MFC, prime d'attractivité, complément fonctionnel : il n'y a pas de conséquences. Ce sont uniquement les ETP rémunérés qui ont droit à ces primes.

2. hôpitaux renvoyant des patients à domicile (pour y être traités)

le taux d'occupation des hop psy semble être quand même moins élevé

➤ **analyse**

Les hôpitaux concernés peuvent continuer à facturer les journées passés, en traitement, à leur domicile par ces patient

- En termes de trésorerie, cela n'aurait aucun impact puisque la facturation (de la partie variable) continue comme si ces patients étaient traités à l'hôpital (et les douzièmes continuent à être versés), et cela ni durant l'exercice de financement concerné, ni lors de la révision de l'exercice concerné.
- conséquences pour la révision des autres mesures TPP/QPP, MFC, prime d'attractivité, complément fonctionnel : Il reste à voir si le nombre de jours de traitement à domicile facturés sera suffisant pour compenser pleinement la diminution des journées réelles d'hospitalisation au sein de l'hôpital.

3. Hôpitaux intégrant des unités Covid-19 (soit patients transférés d'un hôpital général, soit patients « internes » atteints du Covid-19) :

patients Covid-19 qui étaient transféré de l'hôpital général vers l'hôpital psychiatrique ou patients « internes » devenant covid ou patients covid amené via tiers (voir plus loin, mise en observation)

➤ **analyse**

Il s'agit d'un mix des deux situations précédentes

coûts complémentaires des patients covid

Il s'agit ici souvent de petites unités qui, en termes relatifs, doivent employer plus de personnel provenant d'autres services. Le surcoût s'explique principalement par l'aménagement des unités, le matériel de protection et les kits de test. Nous renvoyons ici à la liste des surcoûts et au canevas.

Dans le cas où l'accueil au sein d'un hôpital psychiatrique a eu lieu sous la rubrique « centre de soins de liaison », les jours d'hospitalisation ne seront pas inclus dans le BMF. Dans ce cas, il peut y avoir une diminution du revenu.

4. Hôpitaux prenant davantage de patients psychiatriques (hors hôpitaux généraux)

➤ **analyse**

situation comparable à celle reprise sous le point 1.

- **situation des équipes mobiles¹** : pour ces équipes, des frais viennent s'ajouter pour les masques et autre matériel de protection. En cas de soins assertifs, des visites à domicile sont

¹ DATE 17/03/2020

CONTACT Dr. Paul Pardon **Aux responsables de tous les établissements de santé dans le secteur de la santé mentale**
Pour info aux Fédérations hospitalières et des établissements de soins

2.Équipes mobiles 2A et 2B et équipes mobiles dans le secteur de la santé mentale

Malgré la propagation du coronavirus, il n'est nullement question d'arrêter le fonctionnement des équipes mobiles. Il n'est pas plus question que les équipes mobiles transfèrent leurs patients vers d'autres services de soins à domicile ou hôpitaux. Les soins à domicile sont actuellement les plus appropriés

encore assurées par des psychiatres (surtout dans les équipes 2b). Il est possible de facturer des honoraires pour les consultations à distance.

- **Situation des services K médico-légaux** (convention B4 : les projets for-K risquent de ne pas atteindre le taux d'occupation prévu dans les conventions B4. Il faudrait prévoir une garantie budgétaire pour ces projets. Cette situation s'applique à tous les hôpitaux psychiatriques ayant des conventions B4 spécifiques.

En plus du projet B4 «for-K», une garantie budgétaire est également requise. Par exemple. les budgets pour l'intensification / fonction 4 art 107. Dans le cas contraire, les lits gelés ne pourront pas être prélevés sur la garantie budgétaire des honoraires.

- **problématique des mises en observations** : certains HP comptent davantage d'admissions forcées, d'autres moins. La possibilité de révision de cette rubrique fait qu'aucun problème de financement ne se pose dans l'immédiat.

Perte de financement, par rapport à une année « normale » si le nombre de « mis en observation » admis en 2020 sert de référence pour l'année 2022, par exemple. Mais en 2020, si l'hôpital est financé pour des « colloqués » et qu'il n'en admet pas ou qu'il en admet moins, le financement lui est maintenu (et comme il ne s'agit pas d'un élément révisable, le financement « trop perçu » en 2020 en sera jamais récupéré)

- situation après la crise :

Nous prévoyons également des difficultés dans la suite du confinement. En effet, il y a moins d'admissions actuellement (il faut tenir compte d'urgences et impositions judiciaires éventuelles et donc peu d'entretiens d'admission pour préparer la suite. Le retour à un taux d'occupation habituel prendra probablement du temps. Il ne fait aucun doute ici que plusieurs évolutions s'observeront. Les bonnes pratiques de prise en charge à domicile qui sont temporairement rendues possibles à l'heure actuelle, pourront éventuellement prendre un caractère définitif après la pandémie de Covid-19. Dans ce cadre, nous renvoyons aux propositions de réforme de la loi relative aux admissions forcées où les soins à domicile devraient être élargis. Il est assurément recommandé que la garantie de réaliser le nombre de journées de référence continue à courir pendant le 2^{ème} semestre complet de l'année de financement. C'est important surtout pour les HP de petite taille.

L'impact « faible » pour 2020 doit être envisagé avec prudence d'une part compte-tenu de la suite de la crise et d'autre part du redémarrage post-crise.

Surcoûts

1. Surcoûts liés au personnel

Chaque membre de l'équipe mobile est, lorsqu'il se rend chez des patients à domicile, équipé de :

- o Document d'isolement
- o Masque chirurgical ou autre masque buccal
- o Savon...

Fournissez suffisamment de matériel tel que des gants, solutions hydro-alcooliques, des masques buccaux, ... dans la mesure du possible et en fonction des disponibilités. Rationalisez l'utilisation des produits les plus rares, évitez le gaspillage.

Il peut y avoir des surcoûts liés au paiement d'heures supplémentaires et de prestations inconfortables, primes de garde, recrutements supplémentaires, emploi de personnel plus coûteux en raison notamment de personnel absent pour maladie et l'augmentation considérable du nombre d'heures de formation et de leur organisation.

2. Surcoûts liés au matériel/appareillage

Les surcoûts se rapportent à l'achat de matériel de protection : masques, blouses, lunettes de sécurité, produits médicaux, produits de nettoyage/stérilisation (désinfectants, gels...), coûts supplémentaires pour l'organisation de consultations et réunions vidéo / téléphoniques (totems, webcams, ...).

3. Surcoûts liés à la désinfection

La désinfection des véhicules, espaces/locaux et vêtements de travail augmentera. Il sera éventuellement fait appel à des techniciens spécialisés.

- Pour les frais suivants, une indemnisation supplémentaire devra être accordée dans le cadre du BMF :
 - Masques buccaux, blouses et lunettes de protection...
 - Gels désinfectants pour les mains
 - Frais relatifs à l'aménagement temporaire d'une unité de cohorte ou de quarantaine distincte (peu importe si les patients admis dans l'unité proviennent de l'hôpital même)
 - Infrastructure de coûts supplémentaires pour que le personnel puisse recevoir des visites « numériques »
 - Désinfection des chambres, unités... où des cas d'infection ont été constatés
 - Surcoûts liés à des flux de déchets séparés
 - Médicaments supplémentaires à la suite du traitement de patients infectés
 - Surcoûts liés aux tests de laboratoire
 - Personnel
 - Personnel de soins (absence en période de salaire garanti, heures supplémentaires, surcoût prestations supplémentaires...)
 - Personnel de soutien (absence en période de salaire garanti, surcoût dû au télétravail, augmentation du nombre d'heures de nettoyage, ...)
 - Matériel de communication
 - Frais de transport de patients d'hôpitaux psychiatriques vers des hôpitaux généraux et inversement
 - ...

La plupart de ces frais supplémentaires devraient être indemnisés autant que possible de manière forfaitaire afin de limiter la charge administrative d'une réelle justification pour les hôpitaux et l'administration du SPF Santé publique. On peut envisager à cet égard de mettre en place un système à paliers, ou un système qui évolue en fonction du paramètre utilisé.

Mesures

- **mesures déjà prises :**

décision de la commission de convention hôpitaux psy, notamment en lien avec le covid 19 et la possibilité pour les patients psychiatriques d'avoir un statut « hospitalisé » alors qu'ils sont à domicile mais auraient dû être en hôpital de jour Cette possibilité de facturation aura plutôt un effet compensatoire sur l'occupation (compensation d'une baisse de l'occupation en hôpital de jour par la facturation de consultations à distance).

. Uniquement toutefois sur les honoraires de surveillance.

- **à examiner :**

Des instructions pour la facturation des consultations à distance devront être données dans finhosta par exemple pour l'enregistrement des journées etc ...

- **propositions :**

➤ **Les quatre principes suivants sont proposés :**

1. Garantie qu'au moment du décompte final de € 1 mia, tous les HP peuvent ouvrir le droit à une partie des moyens, selon des paramètres à convenir.
2. Garantie que les dépenses supplémentaires pour les frais de fonctionnement des HP seront financées via le BMF selon des modalités restant à préciser (système forfaitaire, à paliers, etc.), ainsi qu'une compensation des moins-values (honoraires...).
3. Des principes cohérents qui prévoient que lors de la révision de l'exercice 2020 pour les parties budgétaires B1 et B2 (sur base de l'année de financement, en l'occurrence du 1er juillet 2019 au 30 juin 2020), une mise à niveau s'effectuera sur une base semestrielle jusqu'au nombre de référence de journées d'hospitalisation (proportionnellement $\frac{1}{2}$ de l'année) pour les hôpitaux qui n'ont pas généré suffisamment de journées d'hospitalisation au niveau de tout l'hôpital (= à travers tous les services) suite à la crise. Cela permet de garantir que la partie variable sera elle aussi au final entièrement octroyée aux hôpitaux. Cette mise à niveau se fait pour la partie variable, et non pour le tableau de suivi des effectifs (tableau B2 qui compare les normes basées sur l'occupation par service à l'occupation réelle en ETP). Compte tenu de la flexibilité nécessaire en termes de personnel, de l'augmentation des absences pour maladie, des certificats de quarantaine et du chômage temporaire éventuel, il est conseillé de ne pas inclure le tableau B2 spécifique comme facteur révisable lors de la révision de l'exercice 2020 (respect de ce qui est complété réellement par rapport à ce qui est complété de manière normative) pour l'HP. Tous les autres éléments révisables liés au personnel (complément d'emploi, prime d'attractivité, etc.) continueront de faire partie de la révision ordinaire de 2020.
4. Tous les budgets partiels liés au nombre de journées à réaliser (accords B4, ...) sont garantis à 100% dans la révision 2020.

Ces principes font en sorte qu'aucun changement ne doit être apporté au système de facturation actuel.

➤ **honoraires**

Il est demandé une garantie pour les honoraires de surveillance afin de compenser la perte pour les médecins liée à une baisse de l'occupation ainsi que pour les médecins et autres prestataires indépendants restés sur le pont pour mettre en place des « systèmes de prise en charge » non reconnus par la nomenclature INAMI. Les honoraires garantis peuvent se baser sur p. ex. la moyenne des trois dernières années connues, exprimée par lit/place agréé(e) encore en exploitation (c'est-à-dire à l'exception des lits et places gelé(e)s).

En plus de la garantie des honoraires de surveillance, une garantie doit également être demandée pour les autres frais d'hospitalisation (PDV, admission & sortie, ...). De nombreux hôpitaux ont également perdu de l'argent « ticket modérateur » parce que l'hospitalisation à domicile est plus difficile à prouver; si nécessaire, il doit également être récupéré.

De plus, tous les hôpitaux n'ont pas de système de mise en commun. Pour les hôpitaux qui financent leurs médecins « forfaitairement », l'impact de la perte d'honoraires est encore plus important / plus direct et incombe entièrement à l'hôpital.

➤ **proposition de la commission convention INAMI**

1. Adaptations de l'article 7 de la Convention nationale entre les établissements et services psychiatriques et les organismes assureurs.

Réglementation actuelle

Cf. art. 7 de la convention entre les établissements et services psychiatriques et les OA

- Indemnité horaire (montant horaire : 11,71€). Ce tarif équivaut de facto à une rémunération de séances de groupe.
- Limité à maximum 6 h par jour calendrier et à maximum 15 h par semaine calendrier.

Adaptation : permettre une postcure par communication vidéo

Les séances de groupe sont remplacées par des séances individuelles par communication vidéo.

- Séance individuelle de 45 minutes par patient
- Tarif : 40 euros. En tiers payant et sans ticket modérateur ni supplément, comme d'habitude pour les postcures.
- Par communication vidéo à distance ou par appel vidéo sécurisé (avec cryptage « de bout en bout »). Par contact téléphonique si ce n'est pas possible pour le patient.
- Séances dispensées par l'équipe thérapeutique de l'hôpital.
- Maximum 1 séance de 45 minutes par jour, avec un maximum de 3 séances par semaine
- Facturation au moyen d'un nouveau pseudocode.

Cette adaptation est d'application du 14 mars 2020 au 30 juin 2020, et peut le cas échéant être prolongée si la crise perdure.

2. Demande d'autoriser une prise en charge en hôpital de jour psychiatrique par demi-journées et non par présence exigée de 7 heures, est largement soutenue par le secteur.

Le groupe de travail « Flexibilisation des soins à temps partiel » (présidé par Yves Wuyts) de l'organe de concertation Santé mentale **adultes** du SPF, a d'ailleurs rendu un avis en ce sens, de même que le CFEH dans son avis CFEH/D/498-1 du 12 septembre 2019 « Avis du CFEH pour le k-jour (phase 2) » en ce qui concerne les **enfants et adolescents**.

En **période hors-Covid**, l'exigence de 7h de présence par journée est un frein à bon nombre de projets thérapeutiques et n'est plus en phase avec l'évolution des soins en santé mentale qui demande plus de flexibilité à travers les structures de soins et de l'aide générale, ou avec l'organisation de la société et les besoins de socialisation (disponibilité de l'adulte, scolarité de l'enfant, ...).

Durant cette période Covid, cette demande est encore accrue étant donné les exigences socio-sanitaires. Les patients réinvestissent les hôpitaux de jour mais ceux-ci sont soumis à des règles de distanciation telles, que le nombre de personnes pouvant être accueillies est limité. Des possibilités de contacts téléphoniques existent, mais avec d'évidentes limites du point de vue thérapeutique et certains patients refusent ce types d'appels. Une prise en charge possible par demi-journées permettrait de dédoubler des groupes thérapeutiques entre la matinée et l'après-midi et ainsi respecter la distanciation, mais aussi accueillir un plus grand nombre de patients sur une journée.

Les méthodes de travail "à distance" temporaires (hospitalisation à domicile, suivi à domicile et consultations téléphoniques et vidéo) devraient être prolongées jusqu'à ce qu'une analyse approfondie ait été réalisée.

La proposition demanderait une adaptation de la convention INAMI psychiatrique hôpitaux – organismes assureurs, des règles de tarification / facturation, des règles et normes de financement du BMF et des honoraires.