SPF SANTÉ PUBLIQUE SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 28/09/2023

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf.: CFEH/D/583-2 (*)

Avis relatif au transport interhospitalier

Au nom de la Présidente du CFEH, Margot Cloet

Sabine Stordeur Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 28/09/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date

1. Introduction

Le ministre demande un avis sur l'utilisation d'un budget de 13,494 millions d'euros, à intégrer dans le budget des moyens financiers (BMF). Ce budget couvre à partir du 01.01.2024 le transport interhospitalier non urgent des patients admis, qui sont adressés par un hôpital pour être admis dans un autre hôpital.

Les frais de transport pour le transport interhospitalier non urgent de patients admis, qui retournent à l'hôpital le même jour, étaient déjà inclus dans le BMF (AR 25/04/2002, article 12, §2 a, 3°).

Pour les transports interhospitaliers urgents, dans le cadre des plans de réforme et de refinancement de l'Aide Médicale Urgente, un PIT supplémentaire par réseau hospitalier sera alloué, qui pourra également être utilisé pour les transports interhospitaliers urgents à partir du 01.01.2024. Ce transport sera régulé par le centre 112.

Le Conseil indique qu'à l'heure actuelle, il n'est pas clair par ce qu'il faut entendre par transport interhospitalier "non urgent" et "urgent".

Le ministre demande également un avis sur une éventuelle contribution des patients.

2. Avis du CFEH

Le CFEH apprécie les efforts du ministre pour augmenter l'accessibilité financière des patients en réduisant la facture des patients.

Dans son avis du 09/02/2023 avec référence CFEH/D/570-1 sur le transport interhospitalier, le Conseil a donné un avis négatif sur l'intégration du montant de 13,494 millions d'euros pour le transport interhospitalier dans le BMF.

Le Conseil a proposé une voie alternative consistant en une allocation pour le transport interhospitalier – avec accompagnement médical et/ou infirmier - par le biais de l'assurance maladie obligatoire.

Le Conseil maintient son avis du 09/02/2023.

Le Conseil réitère les principales raisons de la proposition alternative au lieu de l'intégration dans le BFM :

- 1. En l'absence de données objectives, il est actuellement impossible de juger si le budget clôturé envisagé est adéquat.
- 2. Le montant est basé sur un échantillon (trop) limité et non représentatif (différences entre la composition des réseaux, les distances, la répartition géographique).

La proposition alternative du Conseil répondait au souci du ministre de faire face aux factures extrêmement élevées des patients en cas d'assistance médicale et/ou infirmière.

3. Considérations sur la demande du ministre

Le Conseil, malgré son avis négatif sur l'intégration des 13,494 millions d'euros pour les transferts interhospitaliers (non urgents) dans le BMF, a examiné les différents éléments de la présente demande d'avis du ministre et souhaite émettre les réserves suivantes :

1. Répartition du budget

Le ministre propose une intégration du budget de la sous partie B1 en fonction de la taille de l'hôpital et propose d'utiliser à cet effet les 4 groupes existants tels que définis par la taille dans la sous partie B1. Les points seront attribués au prorata du nombre de lits.

Le Conseil indique qu'il est préférable de prendre également en compte d'autres facteurs :

- Renvoi : les grands hôpitaux, qui sont souvent responsables des missions de soins suprarégionales, sont également confrontés à des transports interhospitaliers vers l'hôpital de référence ou vers un hôpital de la région où vit le patient. En outre, ces hôpitaux accueillent également des patients admis par transport préhospitalier urgent pour des pathologies et des traitements spécifiques (par exemple, accident vasculaire cérébral, traumatisme, oxygénothérapie hyperbare, etc.) et qui, après l'admission aigüe, sont parfois dirigés vers un autre hôpital pour des soins de suivi.
- Il existe de grandes différences dans les coûts de transport en fonction des distances entre les hôpitaux, les temps d'intervention et de la raison du transport. Les types de transport varient d'un hôpital à l'autre.
 - Il semble donc approprié d'inclure les **distances** entre les hôpitaux, temps d'intervention, types d'interventions et zones d'intervention¹ comme paramètre dans un futur modèle.
- Il faut s'attendre à des **changements dans l'offre** de soins dans le cadre de la poursuite de l'extension des réseaux hospitaliers. Une organisation efficace du transport interhospitalier au sein du réseau (y compris le financement) sera alors nécessaire.
- Le transport interhospitalier est lié à l'activité de l'hôpital. Le nombre de lits agréés n'est pas un reflet exact de l'activité. Le conseil préfère utiliser la définition suivante pour un "lit":

Le terme "lit" désigne les lits justifiés ou les lits agréés pour les indices pour lesquels les lits justifiés ne sont pas calculés ou pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1 et 2 de l'arrêté royal du 25/04/20002 relatif à la détermination et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux. Le nombre de lits justifiés est celui utilisé lors de l'établissement du budget des moyens financiers de l'année de service concernée et [(43)] le nombre de lits agréés est celui connu du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement au 1er janvier de l'année concernée".

Concrètement, cela signifie que tous les lits (y compris les lits Sp, les lits Sp palliatifs et les lits des unités de traitement des grands brûlés) sont inclus dans le calcul.

En ce qui concerne la proposition de répartition des points, certains membres suggèrent d'adapter le nombre de points par lit. D'autres membres notent que la répartition proposée par le ministre est subjective, mais en raison du manque de données disponibles, ils n'ont pas de proposition de répartition plus objective.

-

¹ Par exemple, les zones urbaines où le coût est fixé à un taux forfaitaire

Proposition de la demande d'avis :

groupe	lits groupes	pondération	Toatal points
> 200 lits	1500,00	4	6000
200-299	5182,00	3	15546
300-449	10633,00	2	21266
450+	35051,00	1	35051
	52366,00		77863
budget	13494000,00		
Montant/point	173,30		
Adapté aux			
hôpitaux de			
grandeur			
différente	Montant par HOP		
HOP 150 lits	103982,64		
HOP 250 lits	129978,30		
HOP 350 lits	121313,08		
HOP 550 lits	95317,42		
HOP 750 lits	129978,30		
HOP 950 lits	164639,17		

Le raisonnement est le suivant : plus l'hôpital est petit, plus le transport externe est nécessaire.

Proposition du Conseil:

Certains membres estiment que la différenciation dans la distribution des points est trop importante, ce qui conduit à des résultats particuliers et à des effets indésirables. Il existe de plus également une corrélation entre l'activité hospitalière et le transport interhospitalier.

Ces membres proposent donc de réduire les différences et de passer progressivement de 2,5 points par lit à 1 point par lit dans les 4 groupes, par étapes de 0,5 point par groupe et d'adopter un calcul échelonné, qui pourrait se présenter comme suit :

Par hôpital, les points suivants sont attribués par lit :

- pour les 200 premiers lits, 2,5 points par lit
- pour les lits compris entre 201 et 300 lits, 2 points par lit,
- pour les lits compris entre 301 et 450 lits : 1,5 point par lit
- pour les lits supérieurs à 450 lits : 1 point par lit.

Pour un hôpital de 950 lits, la répartition serait donc, à titre d'exemple, la suivante :

 $200 \times 2,5 \text{ points} + 100 \times 2 \text{ points} + 150 \times 1,5 \text{ points} + 500 \times 1 \text{ point} = 1425 \text{ points}.$

Le calcul ci-dessus n'a pas encore pris en compte les **transports interhospitaliers entre hôpitaux psychiatriques et entre hôpitaux psychiatriques et généraux.**

Le transport interhospitalier vers et depuis les hôpitaux psychiatriques et entre les hôpitaux psychiatriques peut inclure des soins psychiatriques pour, par exemple, un patient psychiatrique ayant besoin de soins somatiques, des patients psychiatriques en HG ou HP qui, en raison de leurs problèmes spécifiques, seraient mieux admis dans un autre hôpital psychiatrique lorsqu'un cadre approprié est disponible pour le groupe cible spécifique auquel appartient le patient. Le Conseil propose donc d'allouer une partie du budget aux hôpitaux psychiatriques.

Dans le cadre du budget disponible de 13,494 millions d'euros, le CFEH souhaite voir effectuer un prélèvement anticipé de 7,0 millions d'euros spécifiquement pour les hôpitaux généraux, étant donné que ces moyens étaient initialement destinés à financer la fonction de coordination des réseaux d'hôpitaux cliniques. Le budget restant de 6,494 millions d'euros est alloué aux hôpitaux généraux et aux hôpitaux psychiatriques selon la répartition traditionnelle (85,5 % - 14,5 %). La masse à distribuer pour les hôpitaux généraux s'élève donc à 12,552 millions d'euros et à 0,942 million d'euros pour les hôpitaux psychiatriques.

L'application de la technique de pondération aux lits et places peut se faire de manière générique pour les deux groupes.

Sur la base du total globalisé des points de tous les hôpitaux généraux, un montant par point est déterminé (12,552 millions divisés par le total des points des hôpitaux généraux) à partir duquel le droit au financement de chaque hôpital général peut être calculé.

Le même mécanisme de distribution s'applique aux hôpitaux psychiatriques pour distribuer les 0,942 million d'euros à chaque hôpital psychiatrique sur la base du total des points des hôpitaux psychiatriques.

Quelle que soit la proposition d'attribution de points retenue, il est plus que probable que le résultat ne reflétera pas fidèlement le coût réel des transports par hôpital. La prise en compte des transports interhospitaliers médicalement et/ou infirmièrement assistés par l'assurance maladie obligatoire (cf. supra) permettrait de remédier à ce problème.

Pour les transports interhospitaliers, la facture du transport en ambulance est à la charge de l'hôpital référent. En effet, c'est lui qui est responsable de l'appel au service d'ambulance (par l'intermédiaire de son propre service d'ambulance ou d'une société externe). La contribution du patient (voir cidessous) sera également facturée par l'hôpital référent

4. Encadrement médical et infirmier des transports interhospitaliers non urgents

Plusieurs membres du CFEH ont indiqué que la distinction entre transport interhospitalier urgent et non urgent n'est pas toujours claire. C'est certainement le cas lorsque l'état du patient nécessite une surveillance infirmière et/ou médicale.

Pour l'accompagnement infirmier des transports interhospitaliers **urgents**, le ministre prévoit un PIT supplémentaire par réseau à partir du 01.01.2024. Il existe des numéros de nomenclature qui peuvent être facturés pour l'accompagnement médical des transports interhospitaliers urgents. Les numéros de nomenclature sont repris dans l'annexe de cet avis.

Toutefois, il existe également des transports interhospitaliers "planifiés" qui nécessitent une surveillance infirmière et/ou médicale. Un exemple est le transfert planifié d'un patient "stable" des soins intensifs de l'hôpital A vers l'hôpital B, accompagné d'un infirmier ou d'un médecin. Il ne s'agit

pas d'un transport interhospitalier "urgent", mais il est nécessaire d'assurer une surveillance infirmière et/ou médicale supplémentaire pendant le transfert.

Cette surveillance supplémentaire ne peut pas être couverte par la nomenclature annexée pour la surveillance médicale ou toute autre indemnité pour la surveillance infirmière.

Ces médecins et/ou infirmiers spécialisés ne sont pas disponibles pour des activités à l'hôpital pendant ce transfert.

Pour cette orientation supplémentaire, on ne peut pas se fier à la nomenclature jointe pour l'orientation médicale ou à toute autre allocation pour l'orientation infirmière.

Ces médecins et/ou infirmiers spécialisés ne sont pas disponibles pour des activités à l'hôpital pendant ce transfert.

Le Conseil estime que ce coût doit être mis en évidence et propose de suivre cet accompagnement supplémentaire via l'enregistrement, dans le but d'objectiver ce transport spécifique et d'élaborer des propositions en vue d'une éventuelle amélioration du financement.

5. Participation du patient

Le Conseil est d'avis que l'élaboration juridique d'une exception dans l'arrêté royal du 25/04/2002 sous la forme de frais de décontamination du véhicule après le transport n'est pas la solution souhaitée. Une telle description "concrète" est source de discussions avec le patient sur la facture patient.

Le Conseil est favorable à l'élaboration d'un arrêté royal distinct pour cette contribution du patient, par analogie avec l'AR réglementant la contribution du patient pour les transports urgents en ambulance.

L'intention n'est pas que la contribution du patient puisse également être facturée aux patients qui ne reviennent pas le jour même.

L'adaptation de l'AR 25/04/2002, article 12, §2 a) 3° pourrait alors se présenter comme suit :

- transport externe de patients pour autant que ce transport ne résulte pas d'une admission dans un autre hôpital;
- les transports externes de patients à la suite d'une admission dans un autre hôpital; vers un autre hôpital, à l'exclusion du forfait à charge du patient prévu par l'arrêté royal du XXX (participation du patient dans le cadre du transport interhospitalier)".

Cette participation à charge du patient est essentielle : il faudra s'assurer de la compatibilité juridique d'un tel forfait avec la prise en charge des transports interhospitaliers par le BMF et, le cas échéant, modifier la législation pour qu'il puisse être mis à charge du patient.

Le Conseil demande que les options juridiques soient approfondies.

Dans le nouvel arrêté royal relatif à la contribution du patient au transport interhospitalier, outre la disposition selon laquelle le patient doit payer à l'hôpital une contribution équivalente à celle du transport interhospitalier urgent, un certain nombre de conditions relatives à **l'enregistrement** peuvent également être incluses.

L'enregistrement de ces données permet d'évaluer le budget disponible et d'adapter le modèle de financement à l'avenir (voir ci-dessous).

Une énumération non exhaustive des données à enregistrer, que le Conseil estime utiles, est la suivante :

- Arrivée et place de départ de l'hôpital
- Distances de transport inter-hospitalier : voir supra
- Temps d'intervention (date- heure)
- Transport entre hôpitaux des réseaux ou vers un hôpital hors réseau : ces données peuvent être utiles dans le cadre de l'adaptation du modèle de financement.
- Type de transport : y a-t-il un besoin d'accompagnement médical ou infirmier (cave il s'agit de transports interhospitaliers non urgents),
- Transport vers et depuis l'hôpital psychiatrique
- Transport couché ou assis
- Prix facturé par les ambulances

Une solution pourrait consister à transférer ces enregistrements au SPF Santé, comme c'est le cas pour les données de Finhosta, par exemple.

Toutefois, le Conseil n'est pas favorable à l'utilisation de la vaste collecte de données par le biais d'Ambureg pour la collecte de données.

La proposition de données à enregistrer est vaste. La charge administrative pour le personnel hospitalier doit être aussi faible que possible. Par exemple, on pourrait imposer que certaines des données susmentionnées (telles que les distances, les temps d'intervention, le type de transport, etc.) soient fournies par les services d'ambulance (par exemple via la facture ou une communication ad hoc à l'hôpital).

Il est également évident que cette contribution du patient est indexée, comme c'est le cas pour la contribution du patient, qui est fournie pour les soins médicaux d'urgence.

L'AR peut prévoir que ni les suppléments ni les paiements non remboursables ne peuvent être facturés au patient.

Pour protéger le patient, il est préférable ici d'inclure cette contribution du patient dans le maximum à facturer. (idem pour la participation du patient au transport interhospitalier urgent).

6. Évaluation et monitoring

En raison du manque de données objectives actualisées et du fait que divers changements peuvent survenir dans le paysage hospitalier à l'avenir (comme la centralisation et le déplacement des missions de soins, la redéfinition de 'ce qu'est un hôpital',...), qui peuvent avoir un impact sur le transport interhospitalier, il est difficile de déterminer une clef de répartition.

La répartition à appliquer de ce budget ne peut donc l'être que pour une période de deux ans, combinée à un suivi et à une évaluation approfondis du budget disponible et de l'adéquation de sa répartition aux coûts.

Le Conseil réitère sa position de garantir le paiement correct des frais de transport réels pendant cette période d'enregistrement par le biais d'une allocation de l'assurance obligatoire. Il ne s'agit en aucun cas de répercuter la facture sur le patient ni sur l'hôpital.

Les avis sur le caractère révisable ou non du financement pendant ces deux premières années sont partagés au sein du Conseil, qui ne peut donc pas être unanime sur ce point. D'une part, certains

membres souhaitent parvenir à un financement plus correct de cette manière, tandis que d'autres ne souhaitent pas ajouter une incertitude et une complexité supplémentaires.

Après deux ans, sur la base des enregistrements, un ajustement de ce financement et du budget peut être effectué (ce financement est-il approprié ?) et le Conseil peut formuler une nouvelle proposition, en tenant compte des paramètres décrits ci-dessus.

Il convient également d'évaluer la clé de répartition entre les hôpitaux généraux et psychiatriques sur la base des enregistrements obtenus.

7. Conditions complémentaires :

- Le Conseil réitère son avis du 09/02/2023 demandant que des tarifs maximaux soient fixés pour les transports interhospitaliers (non urgents) ou une alternative au niveau de la Conférence Interministérielle (CIM). Ceci est important pour réguler la facture du transport, dont le risque financier incombe à l'hôpital.
- Les allocations et prestations existantes doivent être exclues de cette proposition. Nous pensons par exemple à la nomenclature existante pour le transport néonatal, à l'allocation pour le transport de patients oncologiques admis dans un hôpital psychiatrique vers un hôpital général pour un traitement oncologique.

ANNEXE

Nomenclature de l'assistance médicale lors d'un transport médicalisé

Application lors de transferts entre hôpitaux

Code	Libellé	Conditions		Application aux
				transferts entre
590472	Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile en vue d'un transport avec accompagnement médical vers l'hôpital dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés.	AA	Les prestations 590472, 590435, 590446 et 590413 590424 ne peuvent être portées en compte que si le médecin qui exerce la permanence du "service mobile d'urgence" remplit les qualifications visées à l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être reconnue. Les prestations 590472 et 590435 ne peuvent être portées en compte que si le transport urgent avec accompagnement médical se fait suite à un appel au système d'appel unifié. Les prestations 590472 et 590435 ne sont pas cumulables entre elles. Les prestations 590472 et 590446 sont cumulables entre elles. Les prestations 590472, 590435 ou 590446 sont cumulables avec la prestation 590473, 590435, 590446 et/ou 590413 590424 ne sont pas cumulables avec la	
		>	consultation, ni avec la visite. Les prestations 590472,	
			590435, 590446 et/ou 590413 590424 sont toutefois cumulables avec	

500.425			les prestations techniques exécutées lors du transport avec accompagnement médical.	
590435	Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros du groupe d'urgence mobile et du transport avec accompagnement médical d'un patient vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés.	A	Voir ci-dessus.	Non : voir ci-dessus.
590446	Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction reconnue de soins urgents spécialisés pour le transport avec accompagnement médical d'un patient hospitalisé vers un établissement hospitalier autre que l'établissement dont fait partie la fonction reconnue de soins urgents spécialisés, en vue de la fixation en urgence d'un diagnostic et/ou traitement.	A	entre autres, triple condition (surligné et en jaune cidessus): O Patient hospitalisé; O Urgence; O par le médecin qui assure la permanence du SMUR.	Oui: Mais avec cette double condition, ce code ne pourra pas être utilisé: Pour les transferts non- urgents car pas fixation en urgence d'un diagnostic et/ou traitement. Ni pour les transferts urgents avec PIT, car pas SMUR.
590413 590424	Installation et surveillance de respiration contrôlée, sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de fonction cardiaque à l'aide d'un appareil de monitoring qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme, lors du transport urgent avec accompagnement médical	>	entre autres, conditions (surligné et en jaune cidessus): Ourgence; Par le médecin qui assure la permanence du SMUR.	Oui: Mais avec cette condition, ce code ne pourra pas être utilisé: Pour les transferts non-urgents car pas urgence. Ni pour les transferts urgents

	d'un patient dans une ambulance.		avec PIT, car pas SMUR.
109734	Supplément pour assistance médicale pendant le transfert urgent du patient en ambulance à l'hôpital par le médecin généraliste à l'occasion d'une visite à domicile.	Visite à domicile.	Non: ne vise pas les transferts entre hôpitaux.
599303	Honoraires du médecin spécialiste en pédiatrie qui supervise le nouveau-né lors de son transfert vers un service NIC d'un autre établissement de soins.	Urgents et non urgents	