SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Bruxelles, le 14/02/2024

Réf. : CFEH/D/599-3 (*)

Avis du CFEH relatif au Budget des moyens financiers 2024

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière (par e-mail) le 14/02/2024 et ratifié par le Bureau à cette même date

Introduction

Le 5 décembre 2023, le Conseil des Établissements Hospitaliers a reçu une demande d'avis de la part du Ministre concernant les modifications de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du Budget des Moyens Financiers de l'année 2024. Dans la première partie de la présente, le Conseil souhaite exprimer son avis suite aux différentes propositions d'adaptations énoncées dans la demande d'avis du Ministre. Dans la seconde partie, le Conseil soumet de sa propre initiative un certain nombre de points d'attention.

Demande d'avis du 5 décembre 2023

Sous-Partie B4

Adaptations des montants de l'article 63

Le Conseil prend acte de l'adaptation des montants à l'article 63 §1, 2 et 3. En outre, il demande à être informé au fur et à mesure de la concrétisation de ces projets et de la liquidation effective des budgets anticipés qui y sont associés.

Concernant le projet SNOMED CT, le montant initial de 6.4 millions € du Plan de Relance Belge devait être réparti sur 3 ans (2022, 2023, 2024). Le Conseil note que la dernière tranche de 2.12 millions € est prévue pour l'année 2024. Ce montant est destiné aux projets B4 concernant les traductions, la préparation de mappings entre SNOMED et d'autres logiciels, etc. À la connaissance du Conseil, ce budget n'est pas connecté aux initiatives concernant l'intelligence artificielle, comme référencé dans l'avis. Il demande confirmation de cela.

Indexation des contrats B4

Le Conseil soutient la proposition d'indexer annuellement les contrats B4 dès la deuxième année pour les contrats reconduits qui concernent du personnel et/ou des frais de fonctionnement. Grâce à cette extension, seuls des contrats spécifiques de consultance, d'étude, de logiciels etc. qui ne concernent pas du personnel ne seront pas indexés.

En outre, le Conseil demande que tous les contrats à indexer fassent l'objet d'un rattrapage pour les 7 indexations intervenues en 2021 et 2022 comme il l'a déjà stipulé dans son avis du 22 mai 2023 (CFEH/D/578-2). L'utilisation des 20 millions d'euros de moyens supplémentaires pour les indexations en retard doit également être clarifiée.

Enfin, le Conseil a reçu une liste de tous les contrats B4 couverts par l'article 63. Il demande que cette liste soit élargie à tous les contrats[1] et mise à jour au début de chaque année (cf. confection du budget) dans un souci de transparence. Il note dans cette liste que certains projets ne font pas l'objet d'une indexation, tandis que ces contrats couvrent bien du personnel et/ou des frais de fonctionnement. Il s'agit entre autres de :

- Ligne B4-2000 : projets PIT
- Plusieurs lignes du Plan cancer (B4)

2053	PLAN CANCER	SOUTIEN BANQUE DE CELLULES
2054	PLAN CANCER	SOUTIEN DES TUMOROTHEQUES
2055	PLAN CANCER	COORDINATION DE LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

[1] Y compris, par exemple, les contrats dans le cadre du Plan cancer, les stagiaires pharmaciens,…

Dès lors, il demande à ce que tous les projets qui financent du personnel et/ou des frais de fonctionnement en art. 63, 64 ou d'autres projets, soient désormais également indexés et qu'un montant de rattrapage soit accordé pour l'indexation qui aurait dû intervenir au 01/07/2023.

Structuralisation des projets pilotes

Dans de nombreux avis formulés dans le passé, le Conseil a insisté sur le besoin de structuraliser les projets en cours. Ainsi, le Conseil souhaite rappeler son avis du 22 mai 2023 (CFEH/D/578-2) :

> *Le CFEH a formulé un avis plus spécifique à ce sujet pour la structuralisation des équipes mobiles (fonction 2) et les projets d'intensification (fonction 4), dans le cadre des projets Art 107. Le CFEH demande la réalisation intégrale de cet avis (CFEH/D/500-3 du 12.12.2019) qui, par extension, s'applique également aux projets pilotes en cours dans les hôpitaux généraux et aux autres projets pilotes dans les hôpitaux psychiatriques. Le CFEH demande qu'un planning d'évaluation et de structuralisation de tous les projets pilotes en cours soit établi à court terme en concertation avec le Conseil.*

Un avis séparé du GT « Structuralisation contrats B4 » permettra d'établir une liste des projets à structuraliser et de définir les modalités de structuralisation. Le délai pour le BMF de juillet 2024 étant trop court pour parvenir à un inventaire et des modalités concrètes, ce GT visera un avis pour l'automne 2024 et une intégration pour le BMF de juillet 2025. Plus spécifiquement pour la structuralisation des projets de l'article 107, l'avis de 2019 sera concrétisé plus avant.

Adaptations de l'article 73 §4 et 5

Le CFEH note que la proposition reprise dans la demande d'avis n'est techniquement pas applicable. Les éléments clés qui sous-tendent la proposition du CFEH et qui tiennent compte de son précédent avis[2] mais aussi de l'argumentation du Conseil d'état sont les suivants :

- Prise en compte de l'arrêt du Conseil d'Etat : annulation du facteur de correction appliqué à l'article 73 §5 en ce qui concerne la facture de responsabilisation et également appliqué à l'article §4 ;
- Objet des adaptations : prise en compte de l'ensemble des charges de pension pour l'hôpital liés aux retraités statutaires du personnel hospitalier.
    - La proposition d'adaptation de la facture de responsabilisation retenue est basée sur l'avis du CFEH du 13/12/2018.
        - Le montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle de l'hôpital est déterminé par déclaration sur l'honneur en vue du BMF1/7/2024 (et tant qu'il n'y a pas d'alternative)
    - Piste examinée si le SFP /ONSS peut fournir des chiffres permettant d'identifier, au sein de l'administration publique, le pourcentage d'employés hospitaliers à la retraite.
    - Aussi bien la contribution de responsabilisation provenant à la fois des collaborateurs hospitaliers nommés à titre permanent qui étaient inscrits au registre du personnel de l'hôpital dans le passé que les employés hospitaliers qui avaient été mis à la disposition de l'hôpital privé ou public.

- Le CFEH rappelle également la pénurie évoquée à l'article 73 §4-5 et le besoin de ressources supplémentaires, voir l'avis CFEH 580-4 du 6/7/2024 sur les besoins prioritaires 2024 :

[2] CFEH/D/503-2

- *« Les obligations imposées aux hôpitaux publics par les législations sur les pensions statutaires mettent leur continuité financière en péril. Il faut arrêter l'impact de l'augmentation exponentielle de ces charges et honorer la couverture des cotisations de pension de base et de responsabilisation, imposées par la législation. Ce problème dépasse le secteur des soins de santé et doit être financé par des moyens au-delà la norme de croissance. Une injection de la totalité du besoin estimé (203 millions €) est demandée en 2024 étant donné l'ampleur de la problématique et la croissance continue des coûts qui y sont liés ».*

- Point d'attention : le CFEH profite de l'occasion pour utiliser de manière conséquente le terme "nommé à titre permanent" dans l'article 73, paragraphes 4 et 5. En effet, à l'heure actuelle, il s'agit d'un mélange de "nommé à titre permanent" et de "statutaire"

Pour répondre à l'annulation du Conseil d'Etat portant sur les alinéas 2, 3 et celui relatif au coefficient B du §5 de l'article 73, le Conseil propose une correction pour le passé (période 1/7/2019-30/6/2024) identique à ce qui est proposé ci-après à partir du 1er juillet 2024 pour le paragraphe 5, à savoir donc une suppression du coefficient B au §5 et une déclaration sur l'honneur (accompagnée d'une facture) qui fournit le montant de la cotisation de responsabilisation dû par l'hôpital (public ou privé).

Le Conseil propose que la correction ne soit réalisée que pour les hôpitaux pour lesquels celle-ci a un impact positif. Le Conseil veut neutraliser l'impact négatif éventuel afin de ne pas compromettre la sécurité budgétaire pour les années déjà clôturées dans les hôpitaux. Il ne serait pas correct de punir aujourd'hui les hôpitaux sur une période passée pour une législation corrigée *a posteriori*, non connue au moment de l'exercice. Les corrections positives rétroactives à réaliser nécessitent un budget supplémentaire (limité) qui peut provenir des provisions constituées pour les recours (environ 96 millions d'euros en 2024).

Le Conseil propose donc de maintenir le §4 pour la période du 1/07/2019 au 30/06/2024. Un §4bis serait introduit pour adapter la formule utilisée à partir du 01/07/2024 afin qu'elle soit alignée avec la formule adaptée pour le nouveau §5 (voir ci-dessous) :

§4 bis.
A partir du 1er juillet 2024 et ensuite chaque année civile, il est octroyé un forfait (X) :

- aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales pour compenser une partie des charges qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales
- et aux hôpitaux qui disposent et/ou disposaient de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné.

Le personnel hospitalier nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.

Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont, pour chaque année de référence, l'addition de :

- la charge totale de cotisation de pension de base de la masse salariale de l'hôpital, pour les agents hospitaliers actifs nommés à titre définitif, qu'ils soient sur le payroll de l'hôpital ou qu'ils soient mis à sa disposition.
- et, le cas échéant, du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle de l'hôpital, pour les agents hospitaliers nommés à titre définitif pensionnés, qu'ils aient été sur le payroll de l'hôpital ou mis à sa disposition.

La responsabilisation individuelle en lien avec les pensionnés hospitaliers nommés à titre définitif qui sera prise en compte, pour les hôpitaux privés et publics, est constituée :
- de la cotisation facturée directement par l'ONSS
- et de la cotisation résultant de la facturation par l'administration provinciale ou locale qui a mis les agents hospitaliers nommés à titre définitif à la disposition de l'hôpital.

Le budget disponible de [71.753.332,74 euros (index au 1er janvier 2020)] est réparti de la manière suivante :
X = [(A * B) + C] / D * budget disponible
où :
A = charge annuelle de cotisation de pensions de base, relative à l'année de référence, pour l'hôpital ;
B = pourcentage de personnel actif nommé à titre définitif renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104 travaillant dans l'hôpital au cours du 4e trimestre de l'année de référence;
C = charge annuelle de responsabilisation, relative à l'année de référence, pour l'hôpital, le cas échéant, et limitée au montant associé aux agents hospitaliers ;
D = total des charges annuelles [(A * B) + C] pour le pays pour l'année de référence.

Les données reprises ci-dessus, pour les paramètres A et B, sont fournies par l'Office national de sécurité sociale et l'année de référence est la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé.

Le paramètre C repris ci-dessus est déterminé à partir d'une déclaration sur l'honneur, qui sera à remettre par tous les hôpitaux (publics et privés) :

- En ce qui concerne l'hôpital privé ou public qui dispose et/ou disposait de personnel nommé à titre définitif mis à sa disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné, le forfait octroyé n'est maintenu que si l'hôpital fourni, chaque année, la preuve formelle qu'il a supporté effectivement, pour chaque pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé, la charge financière de pension de ce personnel y compris, le cas échéant, la charge de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle. La preuve est fournie sous forme d'une déclaration sur l'honneur, qui comporte aussi le montant réel de la cotisation de responsabilisation supportée par l'hôpital. La déclaration sur l'honneur doit être signée par le gestionnaire de l'hôpital et contresignée par l'affilié au Fonds susmentionné.
- En ce qui concerne l'hôpital public avec des agents hospitaliers nommés à titre définitif, la déclaration sur l'honneur porte sur le montant de la cotisation de responsabilisation réellement supportée par l'hôpital pour les agents hospitaliers.

Les modèles de déclaration sur l'honneur sont publiés sur le site du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Celle-ci doit être envoyée à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be pour le 28 février de l'année pour laquelle le forfait est calculé. A celle-ci doit être annexée la facture liée à la cotisation de responsabilisation, provenant de l'ONSS et/ou de l'administration provinciale ou locale qui a mis les agents hospitaliers nommés à titre définitif à la disposition de l'hôpital.

A partir de l'année 2025, la répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'Office national de sécurité sociale (paramètres A et B) et par l'hôpital (paramètre C). »

La formulation pour la répartition du montant visé au §5 pourrait prendre la forme suivante :

« A partir du 01/07/2019, il est octroyé un forfait (Y) :

- aux hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales
- et aux hôpitaux qui disposent et/ou disposaient de personnel nommé à titre définitif mis à leur disposition par une administration provinciale ou locale affiliée au Fonds susmentionné pour compenser une partie des charges de cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle qui résultent de la loi du 24 octobre 2011 mentionnée au § 4.

Le personnel hospitalier nommé à titre définitif pris en considération est celui renseigné avec un code de nomenclature NACE-BEL d'activités hospitalières, à savoir les codes 86.101, 86.102, 86.103 et 86.104.

Les charges prises en considération pour le calcul du forfait sont celles du montant de la cotisation complémentaire de pension au titre de responsabilisation individuelle pour les agents hospitaliers nommés à titre définitif pensionnés, qu'ils aient été sur le payroll de l'hôpital ou mis à sa disposition.

La responsabilisation individuelle en lien avec les pensionnés hospitaliers nommés à titre définitif qui sera prise en compte, pour les hôpitaux privés et publics, est constituée :

- de la cotisation facturée directement par l'ONSS
- et de la cotisation résultant de la facturation par l'administration provinciale ou locale qui a mis les agents hospitaliers nommés à titre définitif à la disposition de l'hôpital.

Le budget disponible de [12.260.100 euros (index au 1er janvier 2020)] est réparti de la manière suivante :

Y = A / C * budget disponible

où :

A = Charge annuelle de responsabilisation relative à l'année de référence pour l'hôpital, limitée au montant associé aux agents hospitaliers ;

C = Total des charges annuelles (A) pour le pays de l'année de référence.

Le paramètre A repris ci-dessus est déterminé à partir d'une déclaration sur l'honneur, qui sera à remettre par tous les hôpitaux (publics et privés). Le contenu de la déclaration sur l'honneur et de son annexe sont prévus au §4bis du même article.

La répartition du budget disponible est actualisée chaque année en tenant compte des données concernant les éléments visés ci-dessus de la pénultième année précédant celle pour laquelle le forfait est calculé. Les données sont fournies par l'hôpital.

Pour maintenir le droit au financement, l'hôpital doit prouver, chaque année, que le nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif ou d'ETP nommés à titre définitif mis à sa disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné n'est pas supérieur au nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif, sur son payroll ou mis à sa disposition, de l'année 2018.

Pour ce faire, le gestionnaire de l'hôpital envoie chaque année pour le 31 mars, à l'adresse com.finhosp@health.fgov.be, une déclaration sur l'honneur, qui fait apparaître le nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif, sur son payroll ou mis à sa disposition, de l'année 2018 et le nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif, sur son payroll ou mis sa à disposition de l'année précédant celle de l'envoi de l'attestation. Pour les hôpitaux ayant des ETP nommés à titre définitif mis à leur disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé des administrations locales et provinciales, l'attestation susmentionnée doit être contresignée par le responsable de l'administration susmentionnée.

Si l'attestation requise n'est pas transmise dans le délai imparti, le financement octroyé pour l'année pour laquelle l'attestation a été demandée est récupéré. La même chose vaut au cas où, de l'attestation expédiée, il ressort que le nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif ou d'ETP nommés à titre définitif mis à disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds susmentionné de l'année précédant celle de l'envoi de l'attestation, est supérieur au nombre moyen d'ETP nommés à titre définitif ou d'ETP nommés à titre définitif mis à disposition de l'année 2018, ou encore si le contenu de l'attestation ne concorde pas avec la réalité. Dans tous ces cas, l'hôpital ne pourra plus disposer d'un financement ultérieur dans le cadre de cette mesure. Le budget récupéré est réparti, lors d'un budget des moyens financiers ultérieur, entre les hôpitaux qui remplissent les conditions fixées ci-dessus pour l'année concernée. Cette répartition se fait selon les modalités de répartition de l'année concernée. »

Il conviendra d'étudier la meilleure manière d'introduire ce paragraphe, pour garantir l'effet rétroactif uniquement si celui-ci est positif pour l'institution. Cela devra être étudié d'un point de vue juridique.

Adaptations relatives au financement de Cybersecurity

Dans sa proposition pour le BMF de juillet 2024, le Ministre détaille une répartition en trois financements distincts :

- Un financement des initiatives individuelles – ou direct, à répartir entre caque hôpital afin de financer les investissements individuels nécessaires à l'amélioration de la cybersécurité. L'allocation du budget disponible pour ce financement est de 80%.

- Un financement pour les initiatives collectives qui est alloué pour les projets collectifs pour autant qu'ils bénéficient à l'ensemble du secteur. L'allocation disponible pour ce financement collectif est de 15%.
- Un financement d'accélérateurs, à hauteur de 5% du budget, qui sera attribué sous forme de récompense aux hôpitaux qui participent activement à l'enrichissement du Programme Cybersécurité.

Le CFEH estime qu'il n'est pas possible de se prononcer sur une demande d'avis sur la répartition du financement sans s'exprimer en même temps sur les modalités d'implémentation et de justification de ce financement. Dès lors, un avis (réf. CFEH/D/600-1) distinct plus spécifique a été rédigé par le groupe de travail « Cybersecurity » sur le sujet en incluant les modalités d'implémentation et de financement.

Sous-Partie B5 – Formation des pharmaciens

Le CFEH demande que l'honoraire du pharmacien hospitalier en formation soit automatiquement indexé dans les contrats avec les hôpitaux à partir de 2024, par analogie avec l'indexation de la sous partie B5 du BMF. Jusqu'à présent, les hôpitaux formant des pharmaciens hospitaliers devaient financer eux-mêmes le "manque à gagner" sur cette indemnité. L'indexation n'élimine pas l'écart avec le coût salarial réel, mais évite au moins qu'il n'augmente davantage à l'avenir.

Par ailleurs, si l'autorité souhaite que davantage de pharmaciens hospitaliers soient formés, le CFEH demande que la partie du budget « pharmacien hospitalier en formation » soit augmentée du montant nécessaire pour que davantage de pharmaciens hospitaliers puissent effectivement être formés, et recevoir une rémunération uniforme pour ce faire. Le CFEH ne suit donc pas la proposition du ministre d'utiliser la masse d'indexation (2% à partir de septembre 2023) pour des ETP supplémentaires.

En outre, le CFEH réitère sa demande historique pour que l'économie réalisée par l'INAMI grâce à la forfaitisation (partielle) des médicaments soit réinjectée pour adapter le financement des officines hospitalières et le développement de la pharmacie clinique. Pour rappel, ce budget a diminué de 336,2 millions € en 2006 à 192,6 millions € en 2023.

Sous-Partie B9

Fonds Blouses Blanches (Zorgpersoneelsfonds)

Le Conseil s'accorde sur la proposition d'homogénéiser les données utilisées entre l'estimation en vue de la concertation sociale préalable concernant l'affectation des moyens du fonds blouses blanches et le calcul du BMF de l'année N, c'est-à-dire, de permettre l'utilisation des données N-1 pour les lits agréés au lieu des lits agréés N. Le but étant de permettre d'avoir une concordance FBB année N entre l'estimation en vue de la concertation sociale préalable et les budgets calculés dans le BMF afin que les hôpitaux aient une répartition de leur Fonds Blouses Blanches au plus juste fin de l'année N-1 et de garantir ainsi une sécurité du budget et de son utilisation.

Le Conseil demande par ailleurs d'intégrer les montants définitifs directement dans le BMF de janvier. En effet comme il s'accorde sur la proposition d'homogénéiser les données utilisées entre l'estimation et le calcul du BMF à partir de 2024, les montant fournis dans l'estimation en vue de la concertation sociale et les montants calculés dans le BMF juillet sont normalement identiques. Le Conseil demande

en outre qu'un calcul complet et détaillé soit inclus dans la communication aux différents hôpitaux, en partant du macro-budget disponible et de sa répartition entre les secteurs fédéraux.

Finalement, dans plusieurs avis antérieurs (520-1, 542-1), le Conseil a annoncé soutenir la proposition d'intégrer structurellement le mécanisme de répartition du Fonds dans la sous-partie B2 du BMF. Cette proposition faite en juillet 2020 détaillait une augmentation de 10 % du financement de l'encadrement infirmier et soignant dans la sous-partie B2 pour le secteur budgétaire aigu (à savoir les unités de soins, les S.I., les urgences et le bloc opératoire) et une augmentation à concurrence d'un ETP pour les autres secteurs budgétaires comme la psychiatrie (y compris des lits de pédopsychiatrie légale) et la rééducation fonctionnelle. Le Conseil réitère son soutien à cette proposition.

Extension du personnel à prendre en compte dans les forfaits IFIC

Personnel MAD statutaire détaché d'un CPAS ou d'une autre autorité publique :

Le Conseil marque son accord sur la proposition de financer le forfait IFIC pour ce personnel à partir du 1er juillet 2021 via le budget IFIC du secteur public. En effet, ces employés relèvent du champ d'action de l'IFIC tel que stipulé dans le protocole d'accord du Comité A.

Personnel des associations hospitalières

Le Conseil marque son accord sur la proposition de financer le forfait IFIC pour le personnel des associations hospitalières agréées et qui ont un statut juridique propre (au sens de la loi sur les hôpitaux et de l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter) et qui rémunèrent leur personnel selon les barèmes IFIC. L'octroi du financement, à partir de la date d'agrément de l'association, s'effectue au moment de la révision de l'année considérée et pour autant que cette révision n'a pas encore été clôturée.

Le Conseil soutient également le financement de toute autre mesure accord social du secteur hôpitaux pour autant que les associations adhèrent aux CCT qui les organisent et les appliquent effectivement à leur personnel..

De manière générale, le Conseil estime que la même logique peut s'appliquer à toutes les formes de collaboration formalisées prévues par la loi sur les hôpitaux (groupement, association de services, réseaux locorégionaux) qui répondent aux conditions précitées.

Etudiants

Le Conseil marque son accord sur la proposition de financer le forfait IFIC pour les étudiants qui se trouvent sur le payroll de l'hôpital étant donné qu'ils se voient d'office appliquer les barèmes IFIC. Ce principe est d'ailleurs déjà appliqué par l'administration de la santé publique du SPF dans les révisions (voir les réponses dans la FAQ correspondante) et est également conforme à la CCT et aux protocoles d'accord conclus. Les étudiants médecins, les étudiants médecins spécialistes en formation et les étudiants en stage non rémunéré sont exclus de ce financement. Si l'étudiant est occupé via un bureau d'intérim, la réglementation relative au travail intérimaire lui est applicable.

Personnel intérimaire

En ce qui concerne le financement du personnel intérimaire pour l'IF-IC, la demande d'avis propose un financement conditionné à l'application du barème IF-IC pour ce personnel et limité au personnel pris en compte pour remplir la norme B2.

Le CFEH partage l'objectif de limiter le recours excessif au personnel intérimaire et surtout aux infirmiers de projet. Néanmoins, dans le contexte des pénuries de personnel, il constate également que les hôpitaux sont contraints de recourir au travail intérimaire pour garantir la continuité de leurs services. Dès lors, le CFEH émet l'avis suivant.

Sur le principe de financer l'IF-IC, le CFEH trouve nécessaire d'étendre la proposition du ministre à tout le personnel intérimaire. En effet, la loi[3] impose aux agences d'intérim d'accorder à leur personnel la même rémunération que le personnel permanent de l'hôpital. Le barème IF-IC est donc d'application pour ce personnel, et supporté par l'hôpital via la facture de l'agence d'intérim. Dans ce contexte, il apparait superflu de demander aux hôpitaux de prouver l'application du barème IF-IC pour le personnel intérimaire. En outre, étant donné cette obligation légale, il convient de prendre en considération le personnel intérimaire pour le financement des autres mesures « accords sociaux » dans la mesure où les prestations ont été effectivement accordées et que toutes les autres conditions d'octroi du financement ont été remplies.

Selon le CFEH, la limitation du financement au seul personnel de la norme B2 présente plusieurs problèmes. Tout d'abord, étant donné les contraintes auxquelles sont confrontés les hôpitaux, cette limitation du financement n'est pas un outil adéquat pour limiter l'utilisation de personnel intérimaire : cela doit passer par une évolution du cadre légal et réglementaire. De plus, si l'objectif de ce financement est de répondre à la problématique de la pénurie de personnel, il convient de souligner que cette pénurie ne se limite pas au seul personnel soignant. En outre, cette limitation est incohérente avec le financement de base, pour lequel le personnel intérimaire est pleinement pris en considération, aussi bien pour le personnel soignant que non soignant. Enfin, il n'est techniquement pas possible d'étiqueter le personnel (de l'hôpital et intérimaire) comme « relevant de la norme » ou « en supplément de la norme ». La norme elle-même est d'ailleurs difficile à définir : le personnel soignant normatif ne se limite pas aux financements dans la sous-partie B2, il y a aussi des financements de personnel normatif dans d'autres sous-parties (B4, B9), et des services non normés pourtant susceptibles également d'un recours nécessaire à l'intérim.

Le CFEH propose dès lors d'appliquer le financement de l'IF-IC à tout le personnel intérimaire[4], pour autant que l'hôpital puisse fournir une preuve des efforts de recrutements réalisés. Cette preuve sera fournie au moment des révisions.

Le CFEH souhaite également mettre en avant trois considérations supplémentaires. Premièrement, il est essentiel de contrôler le respect de la réglementation en matière d'infirmiers de projet de manière qu'ils ne puissent plus être engagés de façon inappropriée sous contrat d'intérimaire lorsque, dans la pratique, ils remplacent du personnel hospitalier permanent. Cela garantira qu'ils ne puissent jamais entrer dans le champ d'application du financement de l'IF-IC. Deuxièmement, pour la prise en compte

[3] Article 10 de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à disposition.

[4] Uitsluitend interim tel que défini à l'article 7 de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à disposition. Cela ne concerne donc pas les travailleurs – par exemple les projectverpleegkundigen - visés à l'article 31 et 32 de cette même loi (dans le cadre de la mise de travailleurs à disposition).

des ETP, le CFEH préconise d'appliquer la règle 1 ETP = 1520 heures de prestations, conformément à l'application pour le financement du quartier opératoire en sous-partie B2. Troisièmement, le CFEH demande que ces propositions soient accordées avec un effet rétroactif dès 2018, qui est l'année du démarrage de l'IF-IC privé et qui n'est pas encore revue (pour aucun hôpital). Les données peuvent être récoltées par collecte de données *ad hoc* pour les années pour lesquelles PERONE ou FINHOSTA ont déjà été clôturés.

Mesures sociales du secteur public

Le Conseil a déjà émis son avis concernant le renforcement RH dans les hôpitaux publics dans l'avis CFEH/D/572-1 du 9 février 2023. Le Conseil jugeait alors opportun qu'un financement provisionnel soit également appliqué pour les hôpitaux publics, selon la mesure décrite pour les hôpitaux privés, cf. mesure jusqu'à 1 ETP supplémentaire soft RH. Le CFEH rappelle que le ministre a la possibilité de prendre une décision dans ce sens, même sans accord en comité A, et que des simulations ont montré que c'est budgétairement possible tout en respectant les enveloppes budgétaires existantes. Il insiste sur la nécessité d'homogénéiser cette mesure entre secteurs publics et privés.

Adaptations de l'arrêté

En ce qui concerne les fusions

Le Conseil soutient l'objectif de clarification de la législation concernant les fusions pour assurer une application uniforme des mesures de la sous-partie B4.

Selon l'administration les lignes suivantes ne devraient être accordées qu'une seule fois par numéro d'agrément pour l'hôpital fusionné dans le BMF au 01/01/2024.

Tableau 1 – Financements B4 dans le BMF au 01/01/2024 qui ne sont accordés qu'une seule fois par institution ou qui comportent une partie fixe qui n'est également accordée qu'une seule fois par numéro d'agrément

Sous-partie Onderdeel	**Ligne Lijn**	**Libellé**	**Omschrijving**
B4	600	Infirmière hygiéniste	Verpleegster ziekenhuishygiëne
B4	700	Médecin hygiéniste	Geneesheer ziekenhuishygiëne
B4	902	Art. 55 Collecte : Partie fixe	Art.55 Gegevensregistratie : vast deel
B4	912	Elektronisch Patiëntendossier (Governance structuur) : bedrag per ziekenhuis	Dossier patient informatisé (Structure de gouvernance) : montant par hôpital
B4	913	Elektronisch Patiëntendossier (Deelname aan Peer Reviews) : bedrag per ziekenhuis	Dossier patient informatisé (Participation Peer Review) : montant par hôpital
B4	950	Cybersecurity	Cybersecurity
B4	1500	Permanente vorming	Formation permanente
B4	2010	Programme de soins G : Hôpital de jour gériatrique	Zorgprogramma G : Geriatrisch dagziekenhuis
B4	2021	Equipe algologiques multidisciplinaires	Multidisciplinair algologisch team
B4	2200	Fonction palliative : équipe mobile	Palliatieve functie : mobiele equipe
B4	2400	Infections nosocomiales	Nosocomiale infecties
B4	3500	Financement Personnel accompagnant	Begeleider intreders en herintreders
B4	4300	Fonction de médiation	Bemiddelingsfunctie

Le Conseil ne peut pas marquer son accord sur la proposition de réduire certains montants à un seul financement par numéro d'agrément dans le cas des montants historiques tels que celui du financement du personnel accompagnant (B4-3500) ou de la formation permanente (B4-1500). Pour les montants historiques, le Conseil préconise d'appliquer strictement l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 avec addition des montants. Cela garantit également la neutralité budgétaire. D'ailleurs, le Conseil renvoie vers les travaux du GT permanent sur les dossiers individuels pour la régularisation du financement de la ligne B4-3500 et la note déposée par certains de ses membres (annexe 1).

Il est proposé de régulariser le financement de ce sous-budget de manière uniforme pour tous les hôpitaux de fusion créés à partir du 1er juillet 2002.

Ainsi, par exemple pour la ligne B4-3500, la réintégration des montants indûment récupérés peut se faire dans le BMF à partir du 1er juillet au sein de la ligne budgétaire B4-3500, complétée par un montant de rattrapage pour la régularisation de la période écoulée depuis la fusion.

Il faut également examiner les lignes budgétaires qui n'existeraient plus au 01/01/2024. Les effets positifs sur le passé peuvent être liquidés via un montant de rattrapage en sous-partie C2.

Enfin, le Conseil soutient la proposition de prise en compte des impacts des fusions uniquement au 1er janvier ou 1er juillet.

Modalités de défusion

Le Conseil suit la proposition du Ministre d'engager un médiateur du SPF Santé publique et continuera à travailler au sein d'un GT spécifique sur une proposition de règles plus précises de défusion.

Le Conseil soutient la proposition de prise en compte des impacts des fusions et défusions uniquement au 1er janvier ou 1er juillet.

En ce qui concerne les dispositions de mécanismes particuliers : articles 91quater et 97bis

Le Conseil a analysé les articles 91quater et 97bis, jugés obsolètes dans la demande d'avis. Selon le Conseil, les mécanismes prévus par ces articles n'ont rien d'obsolète puisqu'ils s'inscrivent dans le cadre de la collaboration entre établissements hospitaliers. Il n'y est nulle part fait référence au concept de bassins de soins, et ces mécanismes demeurent dès lors des incitants intéressants à renforcer la collaboration entre hôpitaux, y compris au sein de réseaux locorégionaux. Le Conseil estime donc que ces articles sont toujours d'actualité et doivent être maintenus.En ce qui concerne les rattrapages

Le Conseil est favorable au principe d'assurer la légalité des pratiques existantes dans le cadre des rattrapages C2 en précisant l'arrêté royal à ce sujet. Il pourra s'exprimer sur le fond de la proposition s'il reçoit une proposition concrète sous forme de texte modificatif de l'arrêté.

En ce qui concerne les nouvelles prestations de nomenclature

Le changement de nomenclature concernant la chirurgie de la colonne vertébrale comprend la suppression de codes et l'ajout de nouvelles prestations pour la chirurgie de la colonne vertébrale (arrêté royal du 17 juin 2022 modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale). Il faut aller plus loin que l'ajout de temps standards pour les nouvelles prestations, comme le demande le ministre. Le CFEH

note que les effets directs de la nouvelle nomenclature spine (nouvel Art 14n), applicable depuis le 1er septembre 2022, sur le BMF peuvent être les suivants :

- Les conditions de financement des salles d'opération disponibles en permanence
- Les temps standards d'opération énumérés à l'annexe 9
- L'extension potentielle de l'hôpital de jour (liste A)

En fonction de l'analyse de cette nouvelle nomenclature, le CFEH propose de mettre à jour les dispositions du BMF. Il s'agit de formuler un équivalent à la situation où l'ancienne nomenclature était utilisée. Par ailleurs, le CFEH demande à l'administration de vérifier s'il existe **d'autres effets dans le BMF** que ceux mentionnés ci-dessus, par exemple dans la sous partie B1 ou B2.

Par ailleurs, il convient d'ajouter quelques temps standards dans l'annexe 9 suite à l'extension de l'hôpital de jour depuis le 1er janvier 2023 et suite à l'introduction des conventions " tumeurs rares œsophage et pancréas ".

Enfin, le CFEH souhaite que les administrations de l'INAMI et du SPF Santé publique puissent élaborer une procédure permanente afin que l'impact des changements de nomenclature sur le BMF soit détecté dès la phase initiale et ainsi travailler de manière plus proactive.

Nous examinons ci-dessous chacune des adaptations au moins nécessaires du BMF.

1. **Blocs opératoires en disponibilité permanente (spine)**

Il s'agit en particulier des **salles d'opération** en permanence, où les 20 points supplémentaires par bloc servent à financer le personnel soignant supplémentaire nécessaire pour maintenir un bloc disponible 24 heures sur 24.

En ce qui concerne les conditions de financement des salles d'opération en permanence, il existe plusieurs options pour adapter les dispositions du BMF

Cependant, une proposition étayée nécessite une analyse sur les données de la nouvelle nomenclature spine (introduite à partir de septembre 2022). En effet, l'INAMI a précisé qu'aucun lien 1 pour 1 ne peut être fait entre l'ancienne et la nouvelle nomenclature spine. Les données disponibles à l'INAMI sont actuellement insuffisantes, d'autant plus que la facturation a été retardée en raison de problèmes liés à la plateforme de données de santé.

A faire :

- Le groupe de travail CFEH, en concertation avec l'administration (le SPF SP et l'INAMI), examinera les options lorsque les données 2023 seront disponibles, et formulera une proposition concrète d'adaptation des modalités de financement dans le BMF en vue d'une intégration dans le BMF au 1er juillet 2025.
- Pour ce faire, l'INAMI demandera conseil au CTM et, plus particulièrement, au sous-groupe de travail "spine" du CTM.

Dans l'attente de la révision, le CFEH recommande que le **financement des salles d'opération disponibles en permanence pour la neurochirurgie pour chaque hôpital au 1er juillet 2024 reste le même** que celui alloué dans le BMF du 1er juillet 2023. En revanche, les salles d'opération disponibles en permanence pour la pathologie cardiaque peuvent être recalculées.

2. **Temps standard (spine)**

Pour les temps standards de la nouvelle nomenclature spine, l'annexe 2 de l'avis contient une proposition basée sur une enquête auprès des hôpitaux. Les temps standards proposés sont repris dans l'annexe 9 du BMF avec un code hospitalisé.

3. **Temps standard (hôpital de jour)**

Les propositions de temps standard sont reprises à l'annexe 3 du présent avis. En entrée en vigueur :

- Les 2 codes ambulatoires 354351 et 475996 qui figurent dans la liste A de longue date, de même que les 5 codes hospitalisés 245943, 245906, 252641, 354362 et 476000 peuvent intervenir dans le calcul des temps standards dès le **BMF 1/7/2024** (introduction dans l'annexe 9 AR BMF d'application au 1/7/2024).
- Par contre les **3 codes ambulatoires** 245932, 245895 et 252630 (introduits dans la liste A à partir du 1/1/2023) doivent intervenir dans le calcul du financement du quartier opératoire B2 au plus tôt au **1/7/2025**, càd lorsque les données de référence 2023 seront utilisées. Le même timing sera suivi pour tous les codes ambulatoires avec lesquels la liste A a été étendue à partir du 01/01/2023.

4. **Hôpital de jour liste A (spine)**

Il a été convenu que l'INAMI demande l'avis du CTM sur les prestations potentiellement éligibles à **l'hôpital de jour** (liste A). Le CFEH pourra donner un avis de suivi sur la base de cet avis.

5. **Procédure**

Afin d'assurer une analyse plus systématique de l'impact potentiel sur le BMF, le CFEH propose d'ajouter un critère au processus de décision pour de nouvelles nomenclatures au sein de l'INAMI (cf. modèle de notes Comité de l'Assurance), à savoir s'il y a ou non un impact sur le BMF à examiner et à adapter. De cette manière, les deux administrations peuvent détecter un impact potentiel sur le BMF dès le début des discussions sur les changements de nomenclature. Le CFEH demande que les deux administrations élaborent ensemble une procédure à cet effet.

Le CFEH propose de traiter désormais cette matière au sein d'un **groupe de travail permanent "BMF et nomenclature" :**

- dans la mesure où il y a un impact du changement de nomenclature sur le BMF - ce groupe de travail mixte peut rapidement élaborer des propositions concrètes d'adaptation du BMF
- par le biais de ce groupe de travail, le CFEH peut également soutenir l'administration et l'INAMI dans l'établissement de l'inventaire des liens entre le BMF et la nomenclature et dans l'évaluation de l'impact sur le BMF en cas de changements concrets
- l'administration de l'INAMI peut être invitée de manière permanente dans ce groupe de travail, qui peut également faire appel à des experts en nomenclature

La collaboration INAMI-SPF-CFEH pour la nomenclature spine modifiée est un premier pas important dans cette direction. D'autres points possibles à l'ordre du jour sont la réforme annoncée du trajet de soins oncologiques (COM inclus) et la préparation de la réforme de la nomenclature.

6. Chirurgie du pancréas et de l'œsophage

Le CFEH rappelle également son avis 586-1 du 30/10/2023, page 6 (« Modifications de nomenclature ») et son annexe.

En ce qui concerne plus particulièrement la chirurgie du pancréas et de l'œsophage, la proposition concrète vise à insérer les **codes hospitalisés** suivants dans l'annexe 9 BMF **1/7/2024**, avec les temps standards respectifs suivants :

Code hospitalisé	Temps standard (minutes)
242922	300
242841	480
242863	340
242885	300
242900	300
228281	420
228303	640
228325	720
228340	725

Appropriate Care

Le CFEH tient d'abord à noter son opposition de principe à toute diminution du BMF dans le cadre de l'exercice "appropriate care". Le budget global qui finance le BMF est une enveloppe fermée, répartie entre les hôpitaux, qui n'a, ces dernières années, jamais dépassé le budget estimé. Au contraire, il y a systématiquement eu des sous-utilisations dans l'enveloppe du budget global.

Pour répondre plus concrètement à la demande d'avis du Ministre, le CFEH est d'avis:

- de solder les montants de réduction (10,448 millions €) et de réinvestissement (7,75 millions €)
- le solde de 2,698 millions € doit être imputé sur le budget global de telle façon que cela ne constitue pas une économie pour les hôpitaux. Le CFEH identifie deux pistes :
    - soit une prévision budgétaire sur la sous-utilisation du budget du poste 12
    - soit une diminution de la marge (= différence entre le budget disponible et le budget engagé pour les contrats) sur le budget de l'article 63, pour autant que cette marge existe.
- Le CFEH demande au SPF Santé publique d'analyser ces deux pistes concrètes. Si elles ne s'avèrent pas possible, alors le CFEH ne voit aucune alternative à une application linéaire de cette économie.

Avis d'initiative

Le Conseil attire également l'attention, de sa propre initiative, sur les éléments suivants.

Forfaits soins à basse variabilité (points complémentaires et produits médicaux)

Le CFEH réitère son avis précédent concernant les forfaits soins à basse variabilité (CFEH/D/586-1 du 30 octobre 2023). Dans le calcul des points supplémentaires basés sur la nomenclature de la sous-partie B2, les prestations de l'INAMI 2019 couvertes par les soins à basse variabilité (SBV) ont

également été incluses à leur valeur théorique dans le forfait SBV au 01/07/2023 (au lieu de 0 €). Cependant, l'année de référence 2019 (première année de soins à basse variabilité) a également été utilisée dans le BMF au 1er juillet 2021 et au 1er juillet 2022. Dans celles-ci, les prestations de soins à basse variabilité ont été incluses pour une valeur de 0 euro. Le Conseil demande de corriger cela également de façon rétroactive, car il serait incohérent de ne pas utiliser les données de la même année de référence de la même manière dans le BMF. Toutefois, afin de ne pas compromettre la sécurité budgétaire pour les années déjà clôturées dans les hôpitaux, le Conseil propose de ne corriger que les hôpitaux pour lesquels la correction est positive.

De plus, au sujet des produits médicaux, le Conseil réitère sa remarque concernant les forfaits « basse variabilité ». Ceux-ci ont été erronément pris en compte à 0 € dans le calcul des déciles pour le financement des produits médicaux dans les unités de soins en sous-partie B2 au 1er juillet 2023. Le CFEH demande de corriger cette erreur pour le calcul du BMF du 1er juillet 2024 et d'appliquer une correction avec effet rétroactif pour le BMF du 1er juillet 2023, en opérant un recalcul des données nationales par journée et par APR-DRG, SI en tenant compte de la valeur théorique des prestations remplacées par les forfaits basse variabilité de la même façon que la correction opérée pour les points supplémentaires sur base de nomenclature. Concernant la correction rétroactive, afin de ne pas compromettre la sécurité budgétaire pour les années déjà clôturées dans les hôpitaux, le Conseil propose de ne corriger que les hôpitaux pour lesquels la correction est positive.

Produits médicaux : grouper 28 versus 31, 34 et 36

Comme déjà indiqué dans les avis du CFEH/D/559-2 du 9 juin 2022 et CFEH/D/586-1 du 30 octobre 2023, le CFEH demande la correction rétroactive (1/7/2018, 1/7/2019, 1/7/2020, 1/7/2021, 1/7/2022) automatique pour les hôpitaux qui avaient été lésés par la prise en considération de la référence nationale en grouper version 28, alors que les données de l'hôpital auxquelles elles étaient comparées étaient en grouper versions successives 31, 34, 36, et a fortiori quand l'hôpital a fait officiellement la remarque. Afin de ne pas compromettre la sécurité budgétaire pour les années déjà clôturées dans les hôpitaux, le Conseil propose de ne corriger que les hôpitaux pour lesquels la correction est positive.

Radiothérapie

Comme signalé dans son avis n° 576-2, le CFEH constate que le financement ne tient pas compte des nouveaux numéros de nomenclature depuis 2020, ce qui constituerait une économie injustifiée. Le CFEH renvoie à son avis CFEH/D/543-1 du 18 novembre 2021.

Le Conseil demande que ces numéros soient inclus dans le calcul du BMF du 1er juillet 2024. De plus, le Conseil demande qu'une correction rétroactive soit appliquée dans les révisions des années 2022 et 2023 comme énoncé dans les avis précédents.

HUB vaccination

Le Conseil souhaite rappeler son avis CFEH/D/560-3 du 19 septembre 2022 sur le financement des hôpitaux HUB et la campagne de vaccination dans les hôpitaux. Dans cet avis, le CFEH a formulé plusieurs demandes spécifiques liées aux compensations financières (1) pour les hôpitaux HUB pour le traitement des vaccins COVID-19 dans les pharmacies hospitalières des hôpitaux HUB désignés et (2) pour les coûts de vaccination du personnel hospitalier et des tiers. Le Conseil demande que les remarques restantes soient prises en compte le plus rapidement possible.

Utilisation des données RHM 2022

Le CFEH prend note du souhait d'utiliser l'année de référence 2022 pour le calcul de l'activité justifiée au 01/07/2024. Le CFEH est préoccupé par l'impact potentiel de la pandémie Covid en 2022 sur certains hôpitaux, ce qui risque d'influencer leur position en termes d'activité justifiée par rapport aux

hôpitaux ayant été moins impactés. Le CFEH n'a à ce jour cependant pas pu bénéficier d'analyses chiffrées sur le sujet, comme les données RHM 2022 ne sont pas encore à disposition de la cellule financière du SPF Santé publique. Le CFEH va préparer un avis complémentaire pour la plénière du 14 mars dans lequel il analyse cet impact sur base des données RHM, finhosta et INAMI disponibles afin d'identifier ces possible chocs et de vérifier s'ils sont liés au Covid. Si cela s'avère justifié, le CFEH pourrait proposer des dispositifs visant à intervenir dans ces pénalisations liées à la pandémie et insuffisamment couvertes par les compensations IFFE.

BMUC

Le Conseil se réfère à la demande d'avis du 22 novembre 2023 spécifique sur le sujet et qui a également des implications pour le calcul du BMF pour l'année 2024. Le Conseil a reçu cette demande à la fin du mois de janvier 2024 ; il renvoie ici vers l'avis rédigé à ce sujet et qui devrait être approuvé lors de la plénière du 8 février 2024.

Liquidation IFFE

Le Conseil approuve l'intégration des différents décomptes IFFE dans le BMF du 1er juillet 2024. Cependant, au vu de l'ampleur des budgets et des incertitudes qu'ils peuvent provoquer, le Conseil propose d'une part que le délai de 30 jours pour faire les remarques sur les décomptes IFFE soit scindé du délai de 30 jours pour les remarques BMF (qui dépend de la parution de l'AR BMF 2024) et d'autre part que les remarques relatives à l'IFFE soient traitées en priorité, avant les remarques relatives au BMF à proprement parler.

Le Conseil demande de décaler de deux mois la période des remarques pour les décomptes IFFE. Il propose d'ouvrir le délai de 30 jours pour les remarques IFFE à partir du 1er septembre 2024 (et jusqu'au 30 septembre 2024) au lieu du 1er juillet 2024.

Le Conseil suggère que les réunions préparatoires à l'examen des recours comprennent toujours des représentants des organisations faîtières (et leurs experts), étant donné le contenu hautement technique et la spécificité des observations formulées dans les recours.

Financement one shot index médecins salariés

Pour compenser l'indexation exceptionnellement élevée 2022-2023 des salaires des médecins hospitaliers salariés, le Conseil général a libéré un montant de 20 millions € "one shot". En effet, le BFM ne prévoit pas de compensation pour l'indexation des salaires des médecins salariés. L'indexation des honoraires médicaux ne compense que partiellement cette lacune. Un montant correspondant à la différence ente l'indexation du budget global des hôpitaux (9,47%) et l'indexation linéaire des honoraires médicaux (7,11%) a été libéré dans le cadre de l'objectif budgétaire.

Ces montants devaient être octroyés via des conventions INAMI article 56 aux hôpitaux concernés mais le Conseil a été informé que la convention pourrait ne pas être utilisable juridiquement. Dans tel cas, le CFEH propose d'intégrer ces montants via le Budget des moyens financiers des hôpitaux concernés afin d'assurer la liquidation de ce budget au plus vite.

Next steps

Le Conseil a identifié les prochaines étapes de travail suivantes dans le cadre du présent avis :

- Structuralisation des projets B4 : réunions du GT « Contrats B4 » pour aboutir à un avis avec des propositions concrètes pour une intégration au BMF de juillet 2025 ;
- Défusions : création d'un GT spécifique pour aboutir à un avis complémentaire avec des propositions concrètes ;

- Nouvelles prestations de nomenclatures : création d'un GT permanent « BMF et nomenclature » et définition d'une procédure en cas de modification de la nomenclature qui a un impact sur le BMF ;
- Utilisation des données RHM 2022 : analyse des données pour un avis complémentaire ;

Annexe 1 : traitement ligne B4-3500 en cas de fusions

Proposition du SPF Santé publique

La note indique que dans le cas des hôpitaux fusionnés, il n'y a pas de base légale définissant les détails de la détermination de la sous partie B4 de l'hôpital fusionné. Cela suggère que, pour calculer l'impact de la fusion, il faut se baser sur ce qui a été déterminé à l'origine pour chaque mesure financée. Dans ce cas, il faut se référer à l'arrêté ministériel du 23.12.1999, par lequel l'attribution du financement pour l'accompagnement des infirmières s'est faite par numéro d'agrément. Le SPF Santé publique en déduit qu'en raison du fait qu'une fusion entre deux hôpitaux crée un nouvel hôpital, un seul financement peut être attribué à l'hôpital fusionné.

Réaction des organisations faîtières

Les organisations hospitalières ne peuvent être d'accord sur le principe de cette réponse.

L'arrêté royal du 25.04.2002 stipule que le financement pertinent, tel qu'il était historiquement applicable au 30 juin 2002, reste attribué aux hôpitaux. Lors de la fusion au 1er juillet 2002, les hôpitaux qui fusionnent auront droit au financement historique de ces lignes budgétaires tel qu'il a été attribué aux hôpitaux qui fusionnent.

Par conséquent, les organisations hospitalières ne peuvent accepter la limitation de ce sous-budget à 1 financement par numéro d'agrément comme proposé par le SPF Santé et demandent l'application stricte de l'arrêté royal du 25.04.2002 pour tous les hôpitaux concernés.

Les organisations hospitalières réitèrent la proposition, telle que contenue dans le PV du Groupe de Travail Permanent sur les Dossiers Individuels du 10 novembre 2022, de régulariser le financement de ce sous-budget de manière uniforme pour tous les hôpitaux de fusion établis à partir du 1er juillet 2002. L'intégration pourra se faire dans le BMF à partir du 1er juillet 2023 au sein de la ligne budgétaire B4-3500, complétée par un montant de rattrapage pour la régularisation de la période passée jusqu'à la fusion.

Au nom des organisations faîtières Gibbis, Unessa, Santhea et Zorgnet-Icuro

Annexe 2 : adaptation des temps standards selon la nomenclature spine modifiée (voir annexe - fichier excel)

Annexe 3 : adaptation des temps standards suite à l'extension de l'hôpital de jour

Nomenclature pour laquelle des temps standards doivent être établis suite à la mise à jour de la liste A à partir du 1.1.2023

245932 - 245943	18	Oftalmologie	Reconstructie van een defect van minder dan een derde van een ooglid	Reconstruction d'une perte de substance de moins d'un tiers d'une paupière	150
245895 - 245906	18	Oftalmologie	Reconstructie van een defect van meer dan een derde van een ooglid, hoofdoperatietijd	Reconstruction d'une perte de substance de plus d'un tiers d'une paupière, temps principal	240
252630 - 252641	22	Plastische heelkunde	Eénzijdige implantatie van een borstprothese of van een borstweefselexpander	Insertion unilatérale d'une prothèse mammaire ou d'un expanseur tissulaire mammaire	180
354351 - 354362	13	Alg. speciale verstr. & puncties	Implantatie van een volledig onderhuids veneus poortsysteem (type port-a-cath)	Implantation d'un système porte veineux totalement sous-cutané (type port-à-cath)	80
475996 - 476000	55	Cardiologie	Vervangen van één of meerdere blijvende intracavitaire elektrode(n) via transveneuze weg	Remplacement d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse	70