

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 13/02/2025

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/611-3 (*)

**Avis du CFEH -
Calcul du BMF au 1er juillet 2025**

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 13/02/2025 et ratifié par le Bureau à cette même date

Introduction

Le 15 janvier 2025, le ministre a soumis une demande d'avis au Conseil fédéral des Établissements hospitaliers (CFEH) concernant le calcul du Budget des Moyens Financiers (BMF) au 1er juillet 2025. Le présent avis aborde les questions soulevées et formule, d'initiative, des conseils supplémentaires sur divers aspects du calcul.

Sous-partie B1

Pour les hôpitaux aigus, la sous-partie B1 est calculée tous les deux ans lors d'années impaires. Exceptionnellement, un nouveau calcul a été effectué en 2024 sur la base des données de référence de 2022, suite au standstill en 2020 et 2021 (période COVID). Le ministre propose de ne pas recalculer au 1er juillet 2025 et de recalculer dorénavant lors d'années paires.

Le CFEH fait remarquer que l'année 2022 était encore fortement influencée par la COVID (unités d'œuvre admissions, jours), de sorte qu'il serait souhaitable de supprimer cette année de la période de référence le plus rapidement possible. En outre, un recalcul au 1er juillet 2025 tiendrait compte de l'extension de l'hôpital de jour en 2023. Cela justifie qu'un recalcul soit effectué au 1er juillet 2025 et qu'à partir de là, le recalcul se fasse de nouveau tous les deux ans lors d'années impaires.

Sous-partie B2

Le Conseil renvoie à son avis spécifique du 13 février 2025 sur l'hôpital de jour pour sa position.

Le Conseil marque son accord avec la suppression de la comparaison entre les admissions RHM et les admissions Finhosta, conformément à son avis du 31 janvier 2019, et propose d'adapter l'AR en conséquence à partir du 1er juillet 2024.

En ce qui concerne l'intégration de la nomenclature adaptée pour la chirurgie rachidienne dans les temps standards (annexe 9), le Conseil note que cette intégration aurait déjà dû avoir lieu en 2024 et insiste pour qu'elle soit introduite assurément au 1er juillet 2025. L'avis 599 ne contenait toujours pas de temps standard pour huit prestations ; un avenant est joint en annexe.

Dans son avis 599-3, le CFEH proposait déjà des temps standard pour la nouvelle spine-nomenclature. Un certain nombre d'interventions étaient encore répertoriées comme restant à déterminer. Le Conseil regrette que les temps standard déjà approuvés ne soient pas repris dans le BMF de juillet 2024. La nouvelle spine-nomenclature (nouvel article 14n) est déjà d'application depuis le 1er septembre 2022, de sorte qu'elle a déjà impacté l'année de référence 2022. Le Conseil recommande d'inclure les temps

standard suivants pour les prestations encore manquantes et les temps standard déjà approuvés pour les calculs dans le BMF de juillet 2025 (voir annexe 1). La proposition est basée sur une approche théorique, étant donné le caractère exceptionnel de ces prestations de nomenclature. Le temps standard a été calculé à partir du temps standard moyen pour des prestations similaires ayant la même valeur K et après alignement avec les hôpitaux qui réalisent ce type de prestations.

Enfin, le CFEH réitère la demande explicite que les administrations de l'INAMI et du SPF Santé publique puissent élaborer une procédure permanente afin que l'impact des modifications de nomenclature sur le BMF soit détecté dès le départ, permettant ainsi de travailler de manière plus proactive.

Le Conseil rappelle également qu'à partir du 1er juillet 2025, toutes les prestations en hôpital de jour de la liste A doivent être ajoutées à l'annexe 9, avec des temps standard identiques à leurs homologues hospitalisés, en conformité avec les avis antérieurs.

Le Conseil approuve la prolongation du gel de la disponibilité permanente du bloc opératoire pour la neurochirurgie, dans l'attente d'un avis du Conseil technique médical sur la corrélation entre les anciens et les nouveaux codes de nomenclature. Dans ce contexte, le Conseil réitère sa demande de créer un groupe de travail permanent au sein du CFEH dans le but d'intégrer de façon systématique l'impact des modifications de nomenclature dans le BMF, le SPF Santé publique et l'INAMI étant chargés de mettre en place les procédures nécessaires pour alimenter ce groupe de travail.

Sous-partie B4

Le Conseil prend note de l'intention d'adapter les montants et les définitions et demande une mise à jour de la liste des montants détaillés par convention, dans un souci de transparence. En outre, le Conseil souligne la nécessité d'œuvrer à l'ancrage structurel des projets pilotes, en mettant particulièrement l'accent sur les soins de santé mentale. Le groupe de travail « Structuralisation des projets pilotes B4 » du CFEH rendra un avis à ce sujet ultérieurement.

Sous-partie B5

Le Conseil réitère son avis de 2024. Le Conseil demande que le budget soit augmenté pour former davantage de pharmaciens hospitaliers, afin que davantage de candidats puissent réellement bénéficier d'une rémunération uniforme. La masse d'indexation ne peut pas être utilisée à cette fin, le CFEH préférant indexer les montants existants. De même, il est à nouveau demandé que les économies réalisées via la forfaitisation des médicaments soient réinvesties dans les officines hospitalières et la pharmacie

clinique, étant donné que le budget a fortement diminué entre 2006 (336,2 millions d'euros) et 2023 (192,6 millions d'euros).

Révisions

Médecine de la reproduction

Le Conseil prend connaissance de la proposition alternative pour le traitement des données. Le Conseil tient à signaler qu'il incombe au Collège des Médecins « Médecine de la Reproduction » de se charger de l'inventaire, du nettoyage des données (*data cleaning*), de l'analyse et du rapportage des données FIV (BELRAP). Cette instance garantit l'élaboration des rapports annuels au niveau belge (accessibles au public) et permet aux hôpitaux individuels de demander des données via un système en ligne. Cette prestation de service est appréciée très positivement par les hôpitaux. Le Conseil est d'avis que la disponibilité de cette base de données devrait suffire pour fournir les données nécessaires au calcul du BMF.

Si, à terme (et au plus tôt le 1er juillet 2026), cette façon de faire venait à disparaître, le Conseil propose la solution suivante :

- À terme, le Conseil souhaite supprimer le caractère révisable pour cette sous-partie. Cela nécessitera toutefois un budget supplémentaire pour effectuer une mise à jour basée sur les dernières données connues et non plus sur la dernière révision. Les mises à jour pourront alors utiliser les données OA T-3 rapportées par l'INAMI et les données non-OA T-3 rapportées par l'hôpital. De cette manière, en année T, il est possible de tenir compte des données comptabilisées T-3 +24 mois, ce qui reflète une image plus complète des prestations effectuées en T-3 que les données comptabilisées +6 mois.
- Dans l'attente de ce budget supplémentaire, la provision peut être calculée sur la base des données BELRAP, tant qu'elles sont disponibles. Si ces données deviennent indisponibles dans le futur, la provision peut alors être calculée sur la base des données INAMI T-3 et la révision basée sur les données de l'année concernée fournies par les hôpitaux via Finhosta, tant pour les patients OA que pour les patients non-OA

Tableau du personnel

Le Conseil approuve la suppression du contrôle systématique de ce tableau à partir de la révision de 2018, afin que tous les hôpitaux soient évalués sur un pied d'égalité. Le Conseil souligne cependant que ce tableau reste une source cruciale d'informations sur le personnel financé par le BMF. Le Conseil demande que l'administration continue à fournir systématiquement ce tableau par hôpital, avec les critères remplis, ainsi que le calcul du BMF au 1er juillet.

Données INAMI

Le ministre propose d'ajouter les notions de « prestations effectuées » et de « données comptabilisées » dans l'AR. Le Conseil encourage l'administration à définir le plus clairement possible les règles en la matière. Le Conseil souhaite que les définitions suivantes soient utilisées :

- Pour le calcul des provisions sur la base des données INAMI :
 - Utilisation de l'année de référence T-2, calcul dans le BMF du 01/07/T
 - Prestations effectuées qui ont trait à la facturation du 01/01/T-2 au 31/12/T-2. Ces prestations peuvent être facturées jusqu'à deux ans après la date de prestation.
 - Utilisation des données comptabilisées : aujourd'hui, l'administration utilise des données comptabilisées jusqu'au 30/06/T-1. Or, il s'agit généralement d'une facturation jusque mars T-1, compte tenu du délai entre la comptabilisation et le traitement. C'est trop court pour obtenir une vue relativement complète. Contre-proposition du CFEH :
 - Idéalement (si l'INAMI peut fournir à temps) : 31/12/T-1
 - Si ce n'est pas possible : 30/09/T-1
- Pour le calcul des révisions sur la base des données INAMI :
 - Utilisation des données de l'année révisée T
 - Prestations effectuées qui ont trait à la facturation du 01/01/T au 31/12/T. Ces prestations peuvent être facturées jusqu'à deux ans après la date de prestation.
 - Utilisation des données comptabilisées : aujourd'hui, l'administration utilise des données comptabilisées jusqu'au 30/06/T+2 (pour la COM). Cela n'inclut pas encore tout le délai de facturation. Contre-proposition du CFEH, pour toutes les révisions basées sur les données INAMI :
 - Idéalement (si l'INAMI peut fournir) : 31/03/T+3
 - Sinon : 30/06/T+3

Le Conseil réitère également sa demande d'un feed-back plus détaillé sur les données INAMI et d'une procédure structurée permettant aux hôpitaux de formuler des remarques qui, si elles sont fondées, pourront conduire à des corrections dans le calcul.

Avis d'initiative

Sous-partie A2

Le taux d'intérêt fixe de 2,68 % est insuffisant, compte tenu de l'évolution actuelle des taux d'intérêt. Le Conseil propose de le rendre à nouveau révisable à partir de 2025, conformément à la méthodologie appliquée jusqu'en 2016 mais en tenant compte des effets de la 6ème réforme de l'État, c'est-à-dire en augmentant la valeur des

pourcentages P conformément au point 2 du courrier CFEH/C/04-2017-bis adressé par le CFEH à la ministre De Block le 28/06/2017, et repris en annexe de l'avis CFEH/D/462-3 du 26 octobre 2017.

Sous-partie B2

Le Conseil approuve l'intégration du budget des maxiforfaits dans la ligne 200 et renvoie également à ses avis spécifiques du 13 février 2025 sur l'hôpital de jour et les produits médicaux pour des éléments complémentaires.

Dans plusieurs avis antérieurs, le Conseil a par ailleurs annoncé soutenir la proposition d'intégrer structurellement le mécanisme de répartition du Fonds blouses blanches 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 par exemple la psychiatrie (y compris des lits de pédopsychiatrie légale) et la rééducation fonctionnelle. Dans un souci de simplification administrative et d'intégration des financements, le Conseil réitère son soutien à cette proposition qui demande une modification législative pour simplifier le système de contrôle.

Le CFEH réitère ses avis précédents concernant les forfaits soins à basse variabilité (CFEH/D/586-1 du 30 octobre 2023 et CFEH/D/599-2 du 14 février 2024).

Dans le calcul des points supplémentaires de la sous-partie B2 basés sur la nomenclature, les prestations INAMI 2019 couvertes par les soins à basse variabilité (SBV) ont été correctement incluses à leur valeur théorique (au lieu de 0 €) dans le BMF au 01/07/2023.

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 ceux-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 dans le BMF au 1er juillet 2021 et au 1er juillet 2022 afin de valoriser correctement toutes les prestations 2019, en utilisant de façon cohérente 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, et d'opérer cette correction positive a fortiori lorsque l'hôpital a fait officiellement la remarque.

Sous-partie B4 : P4P – HSMR

Le CFEH marque son accord avec la nécessité de travailler au moyen d'indicateurs. Ces indicateurs doivent cependant être pertinents, valides, transparents et cohérents. L'objectif premier des indicateurs est d'encourager un effet d'apprentissage visant à améliorer la qualité.

À la suite du budget P4P dans le BMF de juillet 2024, le Conseil souhaite rédiger un avis d'initiative concernant le nouvel indicateur Hospital Standardized Mortality Ratio (HSMR). Cet indicateur englobe 40 % du budget P4P, avec utilisation de ce ratio pour accorder, de façon linéaire, des points de 0 à 40 qui seront ensuite multipliés par le nombre de lits justifiés pour attribuer du budget. Un score est attribué à un hôpital au moyen d'un ratio, le rapport entre la mortalité observée et la mortalité attendue étant corrigé en raison de différences dans la population de patients. Si le nombre de décès observé est égal au nombre de décès attendu, on obtient un ratio de 1. Si le ratio est supérieur à 1, le risque de mortalité dans un hôpital donné est plus élevé qu'attendu et inversement.

Le CFEH formule 3 demandes concernant l'utilisation de ce score pour la répartition du financement P4P entre hôpitaux.

Premièrement, le CFEH regrette que la correction pour les différences dans la population de patients ne s'étende pas à l'existence ou absence d'une fonction palliative et au profil socio-économique de patients hospitalisés. Ces deux variables ont bel et bien un impact sur le ratio. Le CFEH demande donc :

- de neutraliser l'impact des patients palliatifs (ICD-10 code: code Z51.5 "Encounter for palliative care") et qui sont hospitalisés dans le cadre d'une euthanasie, sur base des codes de pathologie spécifiques lors du calcul de cet indicateur ;
- d'étudier la manière dont le profil socio-économique peut être pris en compte ;

pour ainsi présenter une image plus objective et parvenir à un financement plus équitable.

Deuxièmement, la méthodologie d'une répartition linéaire des points ne semble pas honnête, puisque sans différences statistiques, elle est bel et bien assortie de conséquences financières. Si aucune différence significative ne peut être démontrée, il n'est pas non plus correct que des différences de financement en découlent. Ainsi, un hôpital au ratio plus élevé peut se voir attribuer davantage de budget que si l'on se base également sur les intervalles de confiance de 95 %. Le CFEH demande que l'attribution du financement repose sur des écarts statistiquement significatifs. Le CFEH demande

que le budget « HSMR » soit réparti en 2025 selon de nouvelles modalités telles que détaillées ci-dessous :

- les trois catégories communiquées dans le feed-back aux hôpitaux sont utilisées pour attribuer du financement : plus bas qu'attendu, comme attendu, plus haut qu'attendu (voir annexe 2 : graphique du SPF Santé publique). Ces catégories ont été établies sur la base de l'intervalle de confiance de 95 % lors de la détermination du ratio HSMR ;
- lors de l'application de ces trois catégories, une pondération peut être attribuée par catégorie, un meilleur résultat entraînant un financement plus important. Concrètement, nous conseillons ce qui suit :
 - tous les hôpitaux situés dans la catégorie *Plus bas qu'attendu* reçoivent un coefficient de pondération de 1,2
 - ceux de la catégorie *Comme attendu* reçoivent un coefficient de pondération de 1
 - ceux de la catégorie *Plus haut qu'attendu* se voient attribuer un coefficient de pondération de 0,8
- Le financement est finalement réparti entre les hôpitaux en fonction de leur nombre pondéré de lits justifiés.

Troisièmement, le CFEH remarque que le feed-back communiqué aux hôpitaux se limite aujourd'hui à un seul chiffre : le ratio HSMR obtenu. La fiche d'indicateur HSMR disponible sur le site du SPF Santé publique permet certes aux hôpitaux de comprendre comment ce score a été calculé, mais il ne les informe aucunement sur le détail du résultat individuel obtenu. Les données internes de l'hôpital ne lui permettent pas de recalculer son score à son échelle, puisque le calcul nécessite par définition l'accès aux données nationales. Dès lors, l'hôpital ne dispose in fine pas des informations nécessaires pour améliorer son ratio HSMR, ce qui est pourtant le premier objectif recherché du financement P4P. Dans la fiche d'indicateur mentionnée, nous avons relevé le passage suivant : « *La mortalité attendue est ensuite calculée pour chaque séjour (sur base des modèles définis à l'étape précédente)* »¹. Dans un souci de transparence, le CFEH demande des données plus détaillées, et plus précisément d'envoyer à tous les hôpitaux, pour chacun de leurs séjours, l'estimation de la mortalité attendue qui a été calculée. En l'absence d'un tel feed-back, le mécanisme de financement ne peut prétendre à encourager l'amélioration de la qualité.

Pour 2026, le SPF Santé publique prépare un programme pluriannuel P4P. Le Conseil insiste sur une participation active de toutes les parties prenantes et s'engage à formuler un avis en la matière d'ici le printemps 2026 au plus tard, en vue d'une structuralisation de cette méthode de financement. Outre la nécessité d'une cohérence dans la

¹ [P4P 2022](#) | Cf. p.3, à la fin de la section « Procédé utilisé pour calculer l'indicateur HSMR ».

planification des indicateurs sur le long terme, nous demandons instamment que le programme P4P soit le plus possible aligné sur les autres initiatives de promotion de la qualité.

Le CFEH insiste pour que la politique P4P et l'utilisation d'indicateurs soient coordonnées en temps utile avec les experts nécessaires et en concertation avec le secteur, avec définition d'une vision et d'une trajectoire à plus long terme.

Sous-partie C2

Le CFEH a constaté que les lignes de rattrapages positifs C2-9702 et C2-9714 relatives à l'implémentation de l'IFIC à 100% à partir du 1er juillet 2021, respectivement dans les hôpitaux privés et dans les hôpitaux publics, ont été récupérées indûment par le SPF via les lignes de rattrapages négatives respectives C2-9748 et C2-9747 à partir du BMF 1/7/2024.

Cette récupération est indue car ces budgets n'ont pas trait au 1^{er} semestre 2021 mais concernent des provisions nécessaires au passage à 100% IFIC au 1er juillet 2021 (doublement des lignes respectives B9-1314 et B9-1315 sur 6 mois pour que les hôpitaux obtiennent le budget complet de 6 mois d'implémentation IFIC à 100%). Ceci était très clairement expliqué dans l'avis CFEH/D/548-2 du 27 janvier 2022 que l'administration avait très bien mis en œuvre dans les BMF 1/7/2021 et 1/7/2022 via les rattrapages positifs, et a réduit à néant avec ces récupérations dans le BMF 1/7/2024. Même si cette mesure fait l'objet d'une révision, cette récupération porte atteinte à la trésorerie des hôpitaux et doit donc être restituée via 2 lignes de rattrapages positifs dans le BMF 1/7/2025.

Une 3^{ème} ligne de rattrapage positif C2-9713 octroyés aux hôpitaux publics et effectivement relative à l'IFIC 1er semestre 2021 a été récupérée à juste titre par le SPF à partir du BMF 1/7/2024 via la ligne de rattrapage négative C2-9746. Cependant, ce budget ($42,6/2 = 21,3$ millions) accord social public 2017 (1er semestre 2021) récupéré doit encore être transféré vers un fonds INAMI Accord social public hôpitaux, pour en décider l'affectation en concertation sociale publique. Le CFEH demande que ce fonds soit constitué rapidement.

Annexe 1 : proposition de temps standard pour les codes spine manquants

Nomenclatuur-code hospitaal	Korte omschrijving prestatie	Voorstel standaardtijd
224022	^^ Décompression de la moelle épinière au niveau de la colonne cervicale par voie transorale, transmaxillaire ou transmandibulaire	320
224044	^^ Décompression de la moelle épinière au niveau de la colonne cervicale par voie transorale, transmaxillaire ou transmandibulaire, y compris la reconstruction	360
226026	^^ Scoliose d.m.v. antérieure release met interpositie van greffes, op 3 niveaus of meer	480
226041	^ Scoliose d.m.v. "growing rods" - implantatie van staven	215
226063	^ Scoliose d.m.v. "growing rods" - implantatie van anchors of ankers	215
226166	^^ Totale in blok sacrectomie voor tumor zonder reconstructie	260
226181	^^ Totale in blok sacrectomie voor tumor met reconstructie	430
226601	Plaatsing van een spacer tussen de processus spinosi	100

Annexe 2 : catégories de pondération du financement P4P

Distribution du HSMR et des intervalles de confiance

