

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/612-1 (*)

**Avis d'initiative du CFEH -
Produits médicaux des unités de soins**

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

Le CFEH constate que :

- le budget des produits médicaux représente une part importante de la sous-partie B2, où un budget d'environ 300 millions d'euros est réparti entre les hôpitaux. Les modalités de répartition de ce budget sont prévues dans l'article 46, §3, 2°, c) de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers, et repose sur un classement des hôpitaux en déciles (document explicatif en annexe). Des glissements dans les déciles, par exemple suite à des erreurs de calcul, ont par conséquent un impact financier généralement important au niveau d'un hôpital individuel ;
- le CFEH a pointé du doigt ces dernières années divers problèmes dans le calcul des produits médicaux dans la sous-partie B2. Certains de ces problèmes ont déjà débouché sur des avis, d'autres font actuellement l'objet d'une analyse. Les avis déjà formulés ne sont que partiellement suivis et parfois tardivement (et uniquement pour l'avenir, pas pour le passé), de sorte que des problèmes qui n'ont pas été corrigés sont à nouveau abordés maintenant au sein du GT « Dossiers individuels », sur la base de remarques de la part des hôpitaux concernés ;
- il reste une marge d'amélioration dans le feed-back qui été donné aux hôpitaux, afin de leur permettre de vérifier l'exactitude du calcul de leur financement.

Dans le présent avis, le CFEH souhaite donc offrir un inventaire des problématiques liées au calcul « produits médicaux des unités de soins ». Pour chaque élément identifié, le CFEH formule une proposition pour la correction à apporter à la méthode de calcul. Le CFEH s'exprime également sur le format du feedback souhaitable à l'avenir.

Journées facturées *case mix* (2024–...)

Dans le calcul du BMF au 01/07/2024, un nouveau problème concerne une sélection erronée des journées facturées dans le cadre du calcul du *case mix* de l'hôpital. L'administration a en effet seulement pris en compte les journées d'admissions ayant généré uniquement des journées d'hospitalisation en services aigus, alors qu'elle aurait dû également prendre en compte les journées en services aigus pour des admissions effectuées en partie dans des services non aigus.

Le CFEH demande une correction à partir du BMF au 01/07/2025, et une correction rétroactive pour le BMF au 01/07/2024 quand l'effet est positif pour l'hôpital. L'administration a annoncé son intention de procéder à la correction dans le BMF au 01/07/2025. Cet élément met en lumière le besoin de concertation préalable avec le secteur afin de pouvoir anticiper et éviter de telles erreurs à l'avenir.

Année de référence (2024–...)

Un deuxième problème a été identifié dans le calcul du BMF au 01/07/2024, qui concerne l'utilisation d'années de référence différentes dans le cadre de la fixation de la valeur par journée qui à son tour sert à classer les hôpitaux en déciles :

- Au numérateur, on calcule les dépenses normalisées, sur la base des journées d'hospitalisation 2019, valorisées sur la base de la valeur normalisée par journée d'hospitalisation 2019 ;
- Au dénominateur, on utilise les journées (RHM / FINHOSTA) d'hospitalisation 2022, éventuellement corrigées pour les journées de soins G, et les lits justifiés 2022.

De ce fait, dans le cas d'une activité en baisse (journées d'hospitalisation 2022 < 2019), l'hôpital se verra attribuer une valeur artificiellement plus élevée par lit et dans le cas d'une activité en hausse (journées d'hospitalisation 2022 > 2019), l'hôpital se verra attribuer une valeur artificiellement moins élevée par lit que si on avait utilisé la même année de référence. Il en résulte un biais certain dans la comparaison entre les hôpitaux. Ceci a uniquement un impact sur le calcul lorsqu'à cause de cela l'hôpital grimpe ou descend dans les déciles.

L'administration estime avoir strictement appliqué l'arrêté, puisque l'arrêté relatif au calcul de la correction des journées de soins G stipule explicitement que les journées réalisées issues de Finhosta et du RHM se rapportent à l'année qui sert de référence pour le calcul de l'activité justifiée de l'année considérée. Le CFEH est d'avis que cette application fausse le calcul.

Le CFEH demande d'adapter l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers à partir du 1^{er} juillet 2024 afin de prévoir explicitement que la même année de référence est utilisée au numérateur et au dénominateur, pour toutes les données utilisées, et indépendamment de l'année de référence servant au reste du calcul du B2. Le CFEH demande l'application du calcul corrigé à partir du BMF du 01/07/2025 et demande une correction du calcul dans le BMF au 01/07/2024 lorsque l'impact est positif pour l'hôpital.

Versions de groupers (2018–2024)

Ce problème a déjà fait l'objet de précédents avis du CFEH¹. La problématique peut être résumée comme suit :

« Il est apparu que la référence nationale de la valeur des honoraires par journée par [APR-DRG, SI] appliquée aux journées par [APR-DRG, SI] de chaque hôpital pour le classement en déciles produits médicaux B2 est restée inchangée depuis le calcul du BMF 1er juillet 2016 (grouper APR-DRG v28). Le casemix individuel de l'hôpital (journées par [APR-DRG, SI] de l'hôpital) pris en considération a été évolutif d'année en année (en année RHM de référence et en version de grouper APR-DRG v28 => v31 => v34 => v36), mais il a été comparé à des données nationales en grouper APR-DRG v28 figées depuis le BMF 1er juillet 2016 (données nationales 2013). »²

Cette problématique a été résolue lors du calcul du BMF au 01/07/2024, mais sans application rétroactive. Le CFEH estime que les erreurs du passé doivent également faire l'objet d'une

¹ Nous vous renvoyons à ce sujet aux avis 559-2 « Avis concernant le calcul de la sous-partie B2 et forfaits soins à basse variabilité » (09/06/2022), 586-1 « Avis du CFEH – BMF 2022-2023 » (30/10/2023) et 599-3 « Avis du CFEH relatif au Budget des moyens financiers 2024 » (14/02/2024).

² Extrait de l'avis 559-2 « Avis concernant le calcul de la sous-partie B2 et forfaits soins à basse variabilité » (09/06/2022).

rectification dans chaque cas où la correction à apporter a un impact positif pour l'hôpital : « nous demandons 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 »³.

Pour la correction à partir du BMF au 01/07/2021, le calcul est rendu d'autant plus simple que les données de référence BMF 1/7/2024 corrigées sont les mêmes qui auraient dû être utilisées dans le calcul des BMF 1/7/2021, 2022 et 2023 puisqu'elles s'appuient sur un même fichier MATI données 2019 en confection à l'administration. Il n'existe aucune raison de ne pas effectuer cette rectification. Le CFEH répète dès lors sa demande de procéder aux corrections positives rétroactives pour les diverses années concernées, dans le BMF au 01/07/2025, et a fortiori quand l'hôpital a fait officiellement la remarque.

Soins à basse variabilité (2021–2024)

Ce problème a également déjà fait l'objet de précédents avis du CFEH⁴. La problématique peut être résumée comme suit : les valeurs des prestations « soins à basse variabilité » introduits en 2019 ont été mises automatiquement à 0 € dans le calcul de la valeur normalisée par lit occupé des prestations médicales dans les BMF 1/7/2021, 2022 et 2023. Comme pour la problématique précédente, celle-ci a été résolue lors du calcul du BMF au 01/07/2024, mais sans application rétroactive.

Le CFEH estime que les erreurs du passé doivent également faire l'objet d'une rectification : « Le CFEH demande de corriger cette erreur avec effet rétroactif, 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 ⁵. 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 »⁶.

Comme pour la problématique des groupers, la correction rétroactive est d'autant plus simple que les données de référence BMF 1/7/2024 corrigées sont les mêmes qui auraient dû être utilisées dans le calcul des BMF 1/7/2021, 2022 et 2023 puisqu'elles s'appuient sur un même fichier MATI données 2019 en confection à l'administration. Il n'existe aucune raison de ne pas effectuer cette rectification. Le CFEH répète dès lors sa demande de procéder aux corrections positives rétroactives pour les diverses années concernées, dans le BMF au 01/07/2025, et a fortiori quand l'hôpital a fait officiellement la remarque.

³ Extrait de l'avis 586-1 « Avis du CFEH – BMF 2022-2023 » (30/10/2023).

⁴ Nous vous renvoyons à ce sujet aux mêmes avis 559-2, 586-1 et 599-3.

⁵ Ndlr : la problématique des soins à basse variabilité pris à la valeur 0 € s'est également présentée au niveau du calcul des points complémentaires CDEI. Pour ce calcul-là, la correction a été opérée dès le BMF au 01/07/2023, alors qu'une année de plus a été nécessaire pour corriger le même élément au niveau du calcul des produits médicaux.

⁶ Extrait de l'avis 586-1 « Avis du CFEH – BMF 2022-2023 » (30/10/2023).

Feedback (pour le futur)

Afin de permettre aux hôpitaux de procéder aux vérifications nécessaires, le CFEH demande d'ajouter le numéro de séjour au feed-back dans le fichier « B2_EXXX_BUDGET_20JJ_MAT ». Dans ce fichier en effet, les séjours ayant le même DRG et le même degré de gravité sont actuellement agrégés. De ce fait, il n'est pas possible pour l'instant de déterminer les séjours où des erreurs ont éventuellement été commises, et cela ne permet pas à l'hôpital de donner un feed-back aux unités de soins quant à l'utilisation de matériels médicaux. Le GT demande dès lors à l'administration d'ajouter le champ « numstay » et de transmettre ce feed-back plus détaillé aux hôpitaux pour le calcul du BMF au 01/07/2023 et au 01/07/2024.

Suspensions d'autres erreurs : pour analyse

Enfin, le CFEH remarque que dans les BMF 1/7/2020, 2021, 2022 et 2023, la quasi-totalité des journées relatives aux séjours des APR-DRG du MDC 15 « NOUVEAU-NES – AFFECTIONS D'ORIGINE PERINATALE » sont manquantes et donc non valorisées dans la valeur normalisée classante de l'hôpital dans les déciles.

Dans le BMF au 01/07/2024, les séjours des APR-DRG du MDC 15 apparaissent dans le fichier excel « MAT », avec des nombres de journées supérieurs aux nombres de journées réalisées (ZH 2019) et sont valorisées à des valeurs nationales basses.

Le CFEH demande des investigations, la prise en considération de données correctes dans le calcul du BMF 01/07/2025 et une correction rétroactive pour les diverses années écoulées (dans le cas des hôpitaux où elle s'avère positive, a fortiori quand l'hôpital a fait officiellement la remarque)

Annexe

Calcul des coûts des produits médicaux des unités de soins

Document explicatif transmis par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Cette annexe présente une description du calcul réalisé dans le cadre de la détermination des points pour les coûts produits médicaux des unités de soins.

Points disponibles à répartir

Les points à répartir pour ces coûts sont calculés selon l'art. 46 §3. 1°. Au total, 7.91% de l'ensemble des points attribués par le §2 sont distribués entre les agréments.

Répartition des points : points de base par lit

La répartition est réalisée selon les règles établies dans l'art. 46 §3, 2° c) 3^{ème} tiret.

Pour chaque agrément, des points de base doivent être octroyés par lit justifié et/ou agréés si les lits justifiés ne sont pas calculés selon le tableau suivant :

INDEX	POINTS DE BASE/LIT
A, A1, A2	0,18
C (sans caractère intensif)	1
D (sans caractère intensif)	1,03
E (sans caractère intensif)	1,19
G	0,63
H	0,09
IB	0,18
K, K1, K2	0,04
M	1,91
NIC	8,11
Lits à caractère intensif	11,33

Ensuite, ces points de base sont multipliés par un coefficient qui est une fonction de la valeur normalisée des prestations médicales par lit occupé de chaque agrément. Ce calcul est effectué en 3 étapes :

1. Détermination des dépenses normalisées des hôpitaux.
2. Correction des journées du casemix pour tenir compte des journées d'hospitalisation G.
3. Calcul des valeurs par lit occupé des prestations médicales.

Calcul des dépenses normalisées des hôpitaux – Application de l'annexe 14

Les valeurs normalisées nationales par lit occupé des prestations médicales par APRDRG et sévérité/groupe de sévérité sont déterminées sur base des données couplées de l'année de

référence. Les règles pour la détermination de ces valeurs sont établies dans l'annexe 14 de l'AR BMF (point 2) et ne sont pas reprises ici.

Les dépenses normalisées par hôpital sont ensuite déterminées sur base du casemix de l'hôpital. Les règles pour la détermination de ces casemix sont établies dans l'annexe 14 de l'AR BMF (point 3).

En détail, les dépenses normalisées sont calculées selon la formule suivante :

$$DN_h = \sum (NJ_{h.xy} * VN_{xy})$$

Où :

DN_h représente les dépenses normalisées de l'hôpital h

$NJ_{h.xy}$ représente le nombre de journées totales des séjours retenus de l'hôpital h appartenant à l'APDRG x et niveau de sévérité / ou groupe y

VN_{xy} est la valeur normalisée nationale par lit occupé des prestations médicales pour l'APDRG x et niveau de sévérité / ou groupe y

Correction des journées du casemix sur base des journées d'hospitalisation G

Pour les hôpitaux dont le nombre de lits justifiés sous l'index G est supérieur à la moyenne nationale exprimée en lits justifiés, hors lits (A, K, T et IB), les journées d'hospitalisation NJ_h sont corrigées avant le calcul des valeurs par journée.

Cette correction est effectuée en diminuant les journées NJ_h par une fraction des journées d'hospitalisation G. Cette correction est effectuée de la manière suivante :

$$si B_{G,h} > B_{G,NAT}$$

$$NJ_{h,corr} = NJ_h - \left(NJ_{G,h} * \frac{B_{G,h} - B_{G,NAT}}{B_{G,h}} * 100 \right)$$

sinon

$$NJ_{h,corr} = NJ_h$$

Où :

$NJ_{h,corr}$ représente le total des journées facturées de l'hôpital h pour les séjours aigus en service aigus (à l'exception des séjours en APRDRG 955 et 956) après correction G.

NJ_h représente le total des journées facturées de l'hôpital h pour les séjours aigus en service aigus (à l'exception des séjours en APRDRG 955 et 956) = journées du casemix de l'hôpital

$NJ_{G,h}$ représente les journées d'hospitalisation G de l'hôpital h

$B_{G,h}$ représente le nombre de lits justifiés sous l'indice G de l'hôpital h

$B_{G,NAT}$ représente le nombre de lits justifiés sous l'indice G moyen national⁷

⁷ nombre de lits justifiés G moyen national = le nombre total de lits justifiés de l'hôpital considéré, hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB, multiplié par le pourcentage moyen de lits justifiés G constaté au niveau national par rapport au nombre total de lits justifiés hors lits A, Aj, An, T, Tj, Tn, K, Kj, Kn et IB.

Et où :

$$NJ_{G,h} = NJ_h * \frac{FJ_{G,h}}{FJ_h}$$

Avec $FJ_{G,h}$ et FJ_h les journées réalisées FINHOSTA G et totales hors ATK et IB, respectivement.

Finalement, la valeur des prestations médicales par agrément est enfin déterminée par le ratio suivant :

$$V_h = \frac{DN_h}{NJ_{h,corr}}$$

Où V_h est la valeur des prestations médicales par journée de l'hôpital h

Supplémentation des points de base

Les hôpitaux sont alors classés et répartis en déciles sur base de la valeur par journée V. En fonction de leur décile, les hôpitaux reçoivent un coefficient qui est utilisé pour multiplier les points de base par lit (voir tableau). Finalement, les points de base sont totalisés par agrément.

DÉCILE/DECIEL	VALEUR/WAARDE
1	0,8
2	1,1
3	1,4
4	1,7
5	2,0
6	2,3
7	2,6
8	2,9
9	3,2
10	3,5

Limitation des points de base pour rester dans les points disponibles

Les points de base totalisés sont corrigés par un coefficient de limitation pour éviter de dépasser le nombre de points disponibles au niveau national. Ce coefficient de limitation est défini comme le ratio des points disponibles par la somme des points de base de tous les agréments.

Exemple fictif

En juillet 2024, il y a 6.276,93 points disponibles.

La valeur par journée est déterminée selon les règles ci-dessus.

Variable	Description	Valeur exemple
----------	-------------	----------------

DN _h	Dépenses normalisées de l'hôpital	34.332.051,09 €
NJ _h	Journées CASEMIX	296.123
B _{G,h}	Lits justifiés G de l'hôpital	141
B _h	Lits justifiés de l'hôpital (lits hôpital de jour compris)	617
	<i>% NATIONAL LITS G JUSTIFIES</i>	<i>21,40%</i>
B _{G,NAT}	Lits justifiés G national	132
	<i>Correction journées G</i>	<i>Oui car 141 > 132</i>
FJ _{Gh}	Journées réalisées FINHOSTA G	43.216
FJ _h	Journées réalisées FINHOSTA (hors AKT)	171.550
NJ _{Gh}	Journées d'hospitalisation G	74.598
	Coefficient de reduction	6,36%
NJ _{h,corr}	Journées CASEMIX retenues	291.382
V _h	Valeur des prestations par journée	117,83 €

Les agréments sont classés : avec une valeur par journée de 117,83 cet agrément se situe en 30^{ème} position sur 94. Le décile attribué est 4 et par conséquent le multiplicateur des points de base est 1,7. Ensuite les points de base par lit sont attribués et multipliés par le multiplicateur.

<i>Indice de lit</i>	<i>Nombre de lits</i>	<i>Points base /lit</i>	<i>Points de base</i>	<i>Points de base multipliés</i>
	(n)	(p _i)	(b _i) = (n) * (p _i)	(b _i) * 1,7
A	30	0,18	5,4	9,18
A1	15	0,18	2,7	4,59
C (hors caractère intensif)	174	1	174	295,80
D (hors caractère intensif)	173	1,03	178,19	302,92
E (hors caractère intensif)	37	1,19	44,03	74,85
G	141	0,63	88,83	151,01
K	17	0,04	0,68	1,16
K1	12	0,04	0,48	0,82
K2	3	0,04	0,12	0,20
M	26	1,91	49,66	84,42
Lit à caractère intensif	14	11,33	158,62	269,65
<i>TOTAL</i>			<i>702,71</i>	<i>1194,61</i>

Cet agrément obtient un total de 1.194,61 points de base.

Le total des points de base pour l'ensemble des agréments est de 118.815,6 points de base. Le coefficient de limitation pour rester dans les points disponibles est donc de 6.276,93 / 114.362,24 = 0,05489.

L'agrément reçoit donc 1.194,61 * 0.05489 = 65,57 points pour les coûts des produits médicaux des unités de soins.