

SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 12/02/2026

Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/630-2 (*)

Avis CFEH « Calcul du BMF au 1er juillet 2026 »

Au nom de la Présidente du CFEH,
Margot Cloet

Sabine Stordeur
Directrice générale

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 12/02/2026 et ratifié par le Bureau à cette même date

Le 20/11/2025, 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 01/07/2026. Le présent avis aborde les questions soulevées et formule, d'initiative, des avis supplémentaires sur divers aspects du calcul.

Réponses à la demande d'avis

Accord sans commentaire

Pour les points suivants, le CFEH marque son accord avec la proposition formulée dans la demande d'avis :

- Standardisation des arrondis dans les indexations à 5 décimales ;
- Utilisation des journées facturées au lieu des journées réalisées pour la révision du dépassement du nombre de référence pour le secteur psychiatrique. Le CFEH profite de cette suggestion du Ministre pour demander d'appliquer aussi les journées facturées en révision, plus précisément dans le cadre de la garantie de la partie fixe (prise en considération des journées facturées et non plus des journées réalisées en ce qui concerne tous les types de patients non OA - et pas uniquement les patients Mediprima – et pour tous les secteurs). En effet, ce faisant l'administration peut avoir l'assurance que les journées prises en considération sont celles qui ont généré un prix non OA par jour à 100%. Dans le même esprit, le diviseur le plus logique pour déterminer les prix non OA à 100% dans les notifications de BMF, devrait être la somme résultant des [journées réalisées OA + journées facturées non OA], et non les journées réalisées [OA + non OA].
- Clarification des lits agréés à prendre en compte pour déterminer le plafond de 200 lits agréés dans le cas des exceptions géographiques pour les points personnel urgences : prise en considération des lits d'indice C, D, E, M, G, NI, A, K, IB et H.

Éléments avec commentaires

Pour les points suivants, le CFEH formule des commentaires sur les propositions reprises dans la demande d'avis.

Mesures d'observation protectrices

Depuis le 01/01/2025, une nouvelle loi visant à protéger les personnes présentant un trouble psychiatrique est entrée en vigueur. L'imposition d'une mesure de protection est possible si trois conditions sont remplies :

1. il existe un trouble psychiatrique rendant le patient totalement ou partiellement incapable de discernement ;
2. il existe un danger pour la personne concernée ou pour son entourage ;
3. aucun traitement alternatif n'est possible.

À partir du 01/01/2025, la mesure de protection, imposée par le procureur du Roi ou par le juge de paix, peut prendre deux formes : une mesure d'observation protectrice ou un traitement volontaire sous conditions. Cette dernière doit être comprise comme une mesure intermédiaire entre, d'une part, l'admission forcée et, d'autre part, le traitement entièrement volontaire.

La mise en œuvre de la nouvelle loi s'accompagne d'obligations administratives supplémentaires, comme notamment l'introduction d'un rapport médical circonstancié standardisé, l'élaboration d'un plan de traitement... La manière dont la notification doit être effectuée à toutes les parties concernées est également adaptée.

Le financement des tâches administratives du médecin chef de service est réglé dans l'AR BMF du 25/04/2002 via l'article 57. Étant donné que la référence à la législation du 26/06/1990 est dépassée, le CFEH propose, compte tenu du surcoût lié d'une part à l'élargissement du champ d'application et d'autre part aux obligations administratives supplémentaires, de multiplier les montants forfaitaires prévus à l'article 57, 2° par un facteur 1,25 pour les mesures de protection sous observation, et par un facteur 0,80 pour le traitement volontaire sous conditions.

En raison de l'absence de données de base, cela ne peut pas encore entrer en vigueur au 01/07/2026. Le CFEH propose donc de manière pragmatique d'utiliser, comme année de référence pour les calculs à partir du BMF du 01/07/2027, les données de l'année civile 2026. L'Administration peut, début 2027, élaborer à cet effet une courte enquête séparée portant sur un nombre limité de données, dans l'attente d'une intégration structurelle ultérieure au sein de Finhosta. Les données à fournir seront communiquées aux gestionnaires d'hôpitaux via une circulaire début 2026 afin qu'ils puissent se préparer à l'inventaire des données. L'actualisation des calculs dans le BMF pourra se faire sur une base annuelle. Pour les calculs du BMF du 01/07/2026, le CFEH propose, en l'absence de données basées sur la nouvelle législation, de maintenir l'ancienne méthodologie conforme à la législation de 1990, liée aux chiffres de l'année de référence 2024.

Réduction du BMF suite à la limitation des circoncisions

Le Conseil constate que le montant d'économies estimé provient de la valorisation en points de base de la diminution estimée des prestations. Sans prise en compte proactive de cette économie dans le BMF, il y a un risque de réaliser une économie non structurelle via la partie variable du BMF, qui, en outre, surestimera la valorisation d'une journée « circoncision ». Pour cette raison, le Conseil **suggère de procéder de la manière suivante**, similaire à ce qui a été réalisé en 2023 avec le transfert des maxiforfaits, mais dans l'autre sens :

- Lors de la notification des BMF au 01/07/2026 et 01/07/2027 :
 - L'économie de 921.568,36 € est réalisée via une ligne distincte dans le BMF (B2) les 2 premières années. Cette ligne est ventilée au prorata du nombre de prestations « circoncision » réalisées en hôpital de jour chirurgical au cours de l'année de référence pour le calcul de l'activité justifiée, telles qu'identifiées dans les données RHM ;
 - Les dénominateurs utilisés pour calculer un montant par admission/journée sont corrigés afin décompter les prestations supprimées¹. Il est tenu compte de la réduction estimée de 7.258,73 cas. Ces cas sont ventilés de la même manière que la ligne d'économie, au prorata du nombre de prestations « circoncision » en hôpital de jour chirurgical ;
- À partir de la notification BMF au 01/07/2028 : après 2 ans, la ligne d'économie est intégrée à la masse B2-200 et il n'y a plus lieu de corriger le dénominateur pour la notification des prix

¹ Sans quoi il y aurait une double économie via la partie variable.

de journée/admission puisque les données de référence sont relatives à l'année 2026 qui tient compte de la limitation des cas.

Cette méthode est donc applicable dès le 01/07/2026. Pour le premier semestre 2026 (01/01 – 30/06), étant donné que les budgets sont déjà notifiés, l'économie se réalisera de manière mécanique via la partie variable.

Par ailleurs, le Conseil prend l'initiative de proposer, à l'avenir, une méthode simplifiée et opérationnelle pour refléter dans le BMF les glissements budgétaires que provoqueront les futures modifications concernant l'hospitalisation chirurgicale de jour, et ce à la suite des travaux du groupe de travail tripartite CFEH–INAMI–Médicomut. En raison des volumes importants, un mécanisme de suivi transparent sera indispensable.

En outre, l'implémentation concrète de cette mesure s'est traduite par la **création d'un code distinct** dans le cas d'une circoncision chez l'enfant de moins de 6 ans. Le code nomenclature initial de la prestation est maintenu (260934-260945). Celui-ci figure bien sur la liste A dans l'annexe 3 (financement hôpital de jour) et sur l'annexe 9 (financement du quartier opératoire) de l'AR BMF. En revanche, le nouveau code pour la circoncision chez l'enfant de moins de 6 ans (**262614-262625**) **doit y être ajouté**. Le CFEH demande l'adaptation de la liste A et de l'annexe 9 en ce sens.

Ajustement des critères « hors système » B1 et B2

La demande d'avis porte sur plusieurs clarifications :

- 1) Préciser que la modification du nombre de lits doit être égale ou supérieure à 25 %

Le CFEH marque son accord avec cette précision.

- 2) Indiquer que le calcul de ce pourcentage porte sur l'ensemble des secteurs budgétaires, avec une adaptation des règles pour les secteurs Sp, Sp soins palliatifs et grands brûlés

Le CFEH demande que le calcul ne porte que sur le secteur budgétaire aigu. En effet, la raison du passage « hors système » en cas de modification du nombre de lit trouve sa justification dans le fait que l'année de référence pour le calcul des lits justifiés n'est plus représentative de la situation actuelle. Il n'y a donc pas de raison de tenir compte des modifications de nombre de lits dans les autres secteurs budgétaires.

- 3) Définir clairement la période de référence : si la réduction est atteinte en plusieurs phases sur deux exercices, seule l'année où le seuil de 25 % est effectivement atteint sera prise en compte

Le CFEH préconise de continuer les modalités de calcul telles qu'appliquées actuellement par l'administration et expliquée au GT. Chaque année de recalcul du BMF, la situation de l'hôpital en lits agréés au début de l'exercice de financement (01/07/x) est comparée avec le nombre de lits agréés moyens de la période de référence (logiquement la moyenne de l'année x-2). Cette vérification est réalisée tous les ans.

Période de liquidation des mesures ouvertes au 01/01

Le CFEH marque son **désaccord** avec la proposition formulée dans la demande d'avis. En effet, dans le cas de financements structurels, décaler la liquidation de 6 mois revient mathématiquement à supprimer 6 mois de financement. En outre, les mesures ouvertes au 01/01/X sont budgétisées en année pleine dans le budget global, et il est important de pouvoir assurer la cohérence entre les budgets prévus et les moyens réellement alloués au secteur.

Dès lors, le Conseil formule la proposition alternative suivante pour les mesures structurelles ouvertes au 01/01/X :

- Le budget est acquis dès le 01/01/X ;
- Les modalités de calcul (répartition du budget, conditions applicables, etc.) entrent en vigueur dans leur totalité au 01/07/X ;
- Pour l'année X, le 1^{er} semestre est couvert en octroyant, au 01/07/X, un montant de rattrapage en C2 équivalent à l'octroi du budget au 01/07/X. Ce montant de rattrapage n'est liquidé que jusqu'au 31/12/X afin de liquider le financement pour un semestre ;
- En cas de modification des modalités de calcul, l'entrée en vigueur de la nouvelle méthode est toujours alignée sur une nouvelle notification du BMF (01/07) afin d'éviter une lourdeur administrative suite au recalcul du 1^{er} semestre d'une année donnée.

Le Conseil attire l'attention sur le fait que cette manière de procéder aurait dû être appliquée par l'administration dans les BMF notifiés au 01/07/2025 concernant le budget destiné à la **cybersécurité**, qui représente un financement structurel de 16 millions €. Le financement liquidé pour le 1^{er} semestre 2025 a été récupéré au titre d'un décalage dans le temps de la liquidation. Le CFEH demande que les moyens pour couvrir le premier semestre 2025 relatifs aux 16 millions structurels annuels (soit 8 millions) soient liquidés au secteur via un montant de rattrapage en C2.

Pour les mesures ponctuelles, la problématique de perte structurelle de financement n'est pas d'application. Le Conseil suggère néanmoins de procéder de la même manière pour des raisons de cohérence et de lisibilité.

Harmonisation des délégations de signature

Le CFEH marque son **accord** avec la proposition d'adapter l'arrêté pour harmoniser les possibilités de délégation de signature. En outre, le CFEH suggère de permettre cette délégation **également pour les contrats B4** afin d'accélérer le processus. En effet, aujourd'hui, les contrats sont rarement signés avant leur démarrage, ce qui retarde la liquidation.

Synchronisation des révisions sur la base de l'année civile

Le CFEH marque son accord avec la proposition de synchroniser les révisions sur la base de l'année civile, car cela permettra une correspondance complète entre les révisions et l'exercice comptable. Le CFEH identifie cependant un cas de figure dans lequel la transition présente un risque et pour lequel il formule une proposition :

Lors d'une transition d'une année de financement vers une année civile, il faudra finalement scinder une révision. Cela signifie que soit trois semestres seront pris ensemble, soit un semestre sera revu séparément.

Cela n'a **aucun impact sur la partie fixe**, étant donné que la comparaison est effectuée entre le budget notifié, diminué de la partie variable (20 % de B1 + B2), et les recettes de la partie fixe des patients AMI ainsi que les recettes de la partie fixe des patients non-AMI par semestre. Il s'agit donc d'une comparaison réalisée par semestre, pour laquelle il n'y a pas de différence dans le montant de rattrapage, qu'elle soit calculée sur trois semestres ou sur un seul.

En ce qui concerne la **partie variable**, il existe en revanche un impact **uniquement pour le type budgétaire PSY**, puisqu'elle repose sur des jours de référence, avec récupération des jours dépassant le nombre de référence, mais sans compensation pour les jours non réalisés en dessous de ce même nombre. Si les jours réels s'avèrent supérieurs aux jours de référence, la

comparaison entre les recettes et le budget à recevoir entraînera un montant de rattrapage négatif pour ce semestre. Cependant, dans l'année de financement, les deux semestres sont additionnés en termes de jours réels et de jours de référence **avant** le calcul du budget à recevoir, ce qui permet de compenser l'effet d'un semestre par l'autre. Si le calcul est effectué uniquement par semestre, l'excédent de jours réels ne pourra plus être compensé par les déficits de jours réels de l'autre semestre par rapport aux jours de référence, ce qui entraîne un impact financier plus lourd. **Le Conseil plaide donc pour qu'au cours de l'année de transition, trois semestres soient révisés ensemble** (addition des jours réels et des jours de référence sur trois semestres avant comparaison), avant d'opérer le passage vers une révision basée sur l'année civile. Cela pourra s'appliquer au moment de la révision de l'exercice 2026-2027 pour basculer vers l'année civile (2026-2 + 2027-1 + 2027-2).

En outre, le CFEH suggère que les contrats B4 puissent également suivre la logique de l'année civile d'un point de vue de la liquidation, afin d'éviter le décalage actuel systématique de 6 mois.

Adaptation de la législation relative aux données COM

Le CFEH marque son désaccord avec la proposition d'accélérer la disponibilité des données COM pour les révisions. Il renvoie à ce sujet à son avis CFEH/D/611-3 « Calcul du BMF au 1^{er} juillet 2025 » dans lequel il formulait une proposition pour la définition des données INAMI utilisées aussi bien pour les provisions que les révisions. Au sujet de ces dernières, il demandait l'application des définitions suivantes :

- « 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 CFEH peut refaire une analyse une fois la révision « nouveau système » en vitesse de croisière, pour l'ensemble des éléments révisés.

En outre, le CFEH rappelle également sa demande suivante reprise dans le même avis :

*« 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. »*

De manière plus générale, le CFEH a appris que l'INAMI est en train de réviser le financement des soins oncologiques, y compris les MOC. Le CFEH demande d'anticiper l'impact de cette révision sur le BMF au sein d'un groupe de travail commun consacré aux modifications de la nomenclature.

Mesures de fin de carrière

Le Conseil souhaite soumettre une **proposition de modernisation** des mesures de fin de carrière sans octroyer davantage de jours de congés à tous les travailleurs. La proposition suivante est reprise parmi les priorités communes des employeurs dans le cadre du prochain accord social :

Les jours de fin de carrière représentent un volume de temps important. Un travailleur à temps plein actif dans le secteur des soins peut compter sur environ 568 jours de fin de carrière au cours de la **période allant de 45 à 65 ans, ce qui correspond à environ 2,4 années de travail**. Il s'agit de journées concentrées en fin de carrière. Compte tenu du vieillissement de la population salariée, cela crée une charge et une pression croissantes sur le lieu de travail et sur les autres travailleurs.

Nous proposons d'adapter la réglementation pour **étendre la possibilité de choix entre les dispenses de prestations et la prime au personnel soignant** et de permettre que ce **choix soit réversible tout au long de la carrière**. Cela pourrait constituer une réponse à la problématique mentionnée ci-dessus et pourrait éventuellement mener à un renforcement significatif du personnel au chevet des patients.

Une discussion sur ces jours de carrière a également été reprise dans les priorités du cabinet du Ministre Vandenberghe. Étant donné qu'une éventuelle adaptation du système actuel relève des compétences des partenaires sociaux, le CFEH propose que cette proposition soit examinée dans le cadre d'un accord social tripartite. Bien entendu, le financement devra ensuite être adapté à la mesure potentiellement révisée.

Concernant la possibilité de simplifier le calcul des mesures de fin de carrière, le Conseil estime que le système n'est pas encore en vitesse de croisière pour les raisons suivantes :

- Les dernières révisions, qui datent de 2017, montraient l'octroi de rattrapages positifs importants ;
- L'âge de la retraite légale augmente de 65 ans à 67 ans ;
- La flexibilisation demandée ci-dessus requiert le maintien d'une révision de ce système.

Dès lors, le CFEH estime qu'il n'est pas encore possible de supprimer le caractère révisable de ce financement.

Le CFEH propose de réexaminer cette demande de simplification à l'occasion du BMF du 01/07/2027, à condition que des données chiffrées soient alors disponibles concernant les révisions jusqu'en 2024, ainsi que la décision des partenaires sociaux relative à la suggestion de modernisation mentionnée ci-dessus.

Dans le cadre de la mise à jour demandée, le CFEH souhaite également attirer à nouveau l'attention sur la CCT (conventions collectives de travail) du 4 mars 2011. Cette CCT stipule que les « heures du soir » (heures inconfortables) font également partie des « prestations irrégulières ».

Art 3 §1 *“Par prestations irrégulières, on entend les prestations effectuées le dimanche, les jours fériés et le samedi, ainsi que les prestations lors d'un service interrompu ou pendant la nuit.”* Sur cette base, il n'est plus fait de distinction entre les prestations irrégulières et les heures dites “inconfortables”. Les deux catégories sont considérées comme heures irrégulières.

Dans l'AR BMF:

Art. 79 §2c: Sont assimilés aux membres du personnel les travailleurs qui, pendant une période de référence de 24 mois précédant le mois dans lequel ils atteignent l'âge de 45, 50 ou 55 ans, ont presté au moins 200 heures chez le même employeur, dans une seule ou plusieurs fonctions,

pour lesquelles ils ont perçu le supplément pour prestations irrégulières (dimanche, samedi, jour férié, service de nuit ou services interrompus) ou toute autre indemnité relevant d'une convention collective de travail ou d'un protocole d'accord, ou ont bénéficié d'un repos compensatoire suite à ces prestations.

Dans l'AR BMF, il est explicitement fait référence à une possible adaptation via une CCT (voir soulignement).

Les secrétariats sociaux ont adapté leur outil de calcul en ce sens, mais il reste incertain que ce mode de calcul sera également utilisé lors des contrôles effectués par le SPF et les gestionnaires de dossiers. En effet, le SPF a répondu à cette question posée par les secrétariats sociaux en indiquant que cet élément n'est pas à prendre en compte dans le calcul des 200 heures nécessaires pour une assimilation. Le CFEH demande que les heures du soir soient prises en compte dans le calcul des 200 heures de prestations irrégulières (cf. la CCT du 4 mars 2011) et que cette simplification soit appliquée de manière cohérente dans le comptage utilisé par le SPF, et ce pour toutes les années de service encore à réviser.

Avis d'initiative

Sur plusieurs aspects du calcul BMF, le Conseil souhaite formuler des propositions d'initiative.

Neutralisation de l'impact de la réforme des rythmes scolaires sur les enregistrements DI-RHM

Le CFEH demande à l'administration d'analyser, dans le courant du premier trimestre 2026, les effets potentiels **de la réforme des rythmes scolaires** réalisée en Fédération Wallonie-Bruxelles (FWB) sur les enregistrements DI-RHM et les points complémentaires NRG. Le CFEH donnera un avis ultérieur, a priori pour la plénière de mars, sur le sujet lorsqu'il disposera des résultats de cette analyse. Sur le principe, le CFEH préconise d'utiliser des périodes qui garantissent une représentativité équitable des échantillons de données infirmières collectées sur l'ensemble du territoire belge, et ce dès le BMF au 01/07/2026.

Le CFEH souhaite également qu'une attention soit portée à d'éventuelles futures réformes des rythmes scolaires en Belgique, puisque cette matière relève des Communautés et peut donc avoir des impacts distincts selon les différentes régions du pays. Il est important de garantir un traitement équitable des institutions.

Absences de longue durée : cotisation de solidarité

Le CFEH souhaite attirer l'attention du ministre sur le **surcoût** qui sera engendré, pour les hôpitaux, par la nouvelle **cotisation de solidarité**, récemment introduite par le gouvernement fédéral, qui entrera en vigueur pour les périodes d'incapacité de travail primaire qui débutent à **partir du 1er janvier 2026**.

A partir de cette date, les employeurs devront payer trimestriellement **30 % de l'ensemble des allocations d'incapacité de travail primaire** que leurs travailleurs malades toucheront pendant les **deux premiers mois d'incapacité de travail primaire** (c'est-à-dire : pour le deuxième et le troisième mois de maladie).

À partir du 1er janvier 2027, la cotisation de solidarité devrait être étendue aux quatre premiers mois d'incapacité de travail primaire (c'est-à-dire aux deuxième, troisième, quatrième et cinquième mois de maladie). Le CFEH demande un **monitoring global** de cette mesure et une **restitution vers le secteur**

pour renforcer/soutenir les services RH dans leurs missions de prévention et de réintégration des travailleurs malades.

Contrairement aux autres secteurs, les hôpitaux sont contraints de remplacer ce personnel en absence de longue durée, pour respecter des normes d'encadrement et préserver la qualité des soins ainsi que pour mener à bien leurs missions de santé publique. Sachant que les hôpitaux peuvent difficilement répercuter les coûts de cette mesure sur les patients, **le CFEH estime que ces établissements devraient être exemptés de l'extension de la mesure** aux troisième et quatrième mois d'incapacité de travail primaire prévue au 1^{er} janvier 2027.

Grouper : cohérence

Le Conseil demande d'appliquer une **utilisation cohérente et uniforme de la version du grouper au sein d'une même année de référence pour l'ensemble des calculs d'activité** (RHM, SBV, honoraires forfaitaires, ...). Pour le **choix du grouper**, le CFEH demande d'utiliser la **dernière version disponible pendant l'année d'enregistrement**, au lieu de la dernière version disponible pendant l'année de l'utilisation de l'enregistrement. Concrètement, pour le **BMF au 01/07/2026**, où les données de référence ont trait à 2024, cela signifie l'utilisation du **grouper version 40** (dernière version disponible en 2024) au lieu du grouper 42 (dernière version disponible en 2026).

En effet, le grouper utilisé pour les données RHM afin de calculer l'activité justifiée doit être le même que celui utilisé pour les rapports de feedback transmis aux hôpitaux pour la même année de référence. Nous pensons notamment à la communication du service Data et Informations de politique, qui annonce à l'avance la version du grouper qui sera appliquée et sur laquelle repose également le calcul des soins à faible variabilité. Les hôpitaux reçoivent ensuite une analyse détaillée basée sur cette version. Il est donc surprenant de constater que le service Contrôle de financement applique ensuite une autre version du grouper pour calculer l'activité justifiée, différente de celle communiquée par le service Data et Informations de politique. Cela complique considérablement l'estimation des budgets par les hôpitaux. Le Conseil estime que ce principe de cohérence constitue un élément essentiel et doit impérativement être respecté.

Simplification calcul P (sous-partie B1)

Au cours des discussions sur la fixation du BMF au 01/07/2026, l'administration a alerté le CFEH sur le fait que la valeur « P », utilisée dans le calcul du B1 au niveau des frais administratifs, ne sera plus disponible. En effet, cette valeur est calculée en lien avec le tableau des critères du personnel soignant, que l'administration ne calculera plus systématiquement pour toutes les institutions.

Le CFEH rappelle, conformément à l'avis CFEH/D/611-3 sur le BMF 2025, sa demande que l'administration continue à fournir systématiquement ce tableau par hôpital, avec les critères normatifs remplis. Les éléments nécessaires à l'établissement de ce tableau permettent le calcul de la valeur P selon les modalités actuelle, ce qui est préconisé par le CFEH.

Optimisation des modalités de financement liées à la taille critique

Dans le cadre de mesures à budget ouvert, le CFEH propose d'ajouter une tranche de financement supplémentaire pour les lignes qui, en raison de leur taille (effet d'échelle), pourraient subir une éventuelle incidence budgétaire négative. Nous pensons notamment aux lignes de financement suivantes : **l'hôpital de jour gériatrique**, afin de mieux refléter le développement de cette activité dans les hôpitaux. À l'heure actuelle, les tranches prévues sont les suivantes :

# séjours /an	Forfait annuel (au 01/07/2014)	Montant supplémentaire /tranche
---------------	--------------------------------	---------------------------------

entre 0 et 520 séjours	81.900 €	
entre 521 et 1040	136.500 €	54.600 €
entre 1041 et 1560	227.500 €	91.000 €
entre 1561 et 2080	318.500 €	91.000 €
2081 séjours et plus	409.500 €	91.000 €

Certaines institutions ont développé cette activité et dépassent largement la tranche la plus haute, pour un financement plafonné à un forfait annuel de 409.500 €. Le Conseil propose donc, sur le même modèle que ce qui a été fait pour la radiothérapie², de prévoir un forfait de 409.500 € pour l'hôpital qui enregistre entre 2081 et 2600 séjours par an, puis de prévoir un forfait de 91.000 € (au 01/07/2014) supplémentaire par tranche supplémentaire entamée de 520 séjours.

Par ailleurs, le CFEH propose de modifier la première tranche, pour indiquer qu'elle est octroyée entre 1 et 520 séjours, pour éviter de financer une « non-activité ». Le CFEH demande à l'administration, pour 2026, de contacter les hôpitaux qui génèrent 0 séjours et sont pourtant agréés pour le programme de soins gériatrique, pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une non activité et non d'une erreur d'enregistrement.

En outre, pour la ligne B1 600 Transport des patients K, un système similaire est appliqué. Le Conseil demande d'ajouter une tranche de 12 394,68 € (index 1/7/2010) pour chaque tranche supplémentaire de 5 lits.

# erkende bedden	Jaarlijks forfait (01/07/2010)	Bedrag per schijf extra
< 5 bedden	2.478,94 €	
5-10 bedden	12.394,68 €	9.915,74 €
11-15 bedden	24.789,35 €	12.394,67 €
> 15 bedden	37.184,03 €	12.394,68 €

Il existe d'autres éléments aujourd'hui plafonnés dans le BMF, mais dans le cadre de budgets fermés, comme par exemple le financement pour les cadres intermédiaires, pour les ETP diététiciens dans le plan cancer, pour les salles disponibles en permanence, etc. Le CFEH poursuivra les discussions sur ce sujet et d'autres points évoqués lors des discussions en marge du premier avis sur les fusions (notamment les déciles en B2), dans le cadre d'un prochain avis.

Calendrier des récoltes de données

Les hôpitaux sont confrontés à de nombreuses enquêtes et demandes de données émanant du SPF, à des moments très variés. La manière dont ces informations sont demandées (corrections des instructions, corrections des modèles, diversité des canaux de soumission...) ainsi que le caractère imprévisible du calendrier rendent parfois très difficile une vue d'ensemble et un dépôt dans les délais.

Le CFEH demande donc un **aperçu annuel** indiquant **quelles enquêtes sont à attendre et à quel moment**, pour l'année à venir. Nous sommes convaincus que cela favoriserait tant le fonctionnement interne des hôpitaux que le respect des délais. Nous partons du principe que ces informations sont connues en interne au sein de l'Administration et pourraient donc être communiquées au secteur. Cela permettrait aux hôpitaux de mieux s'organiser.

² Voir les avis CFEH/D/489-2 et CFEH/D/528-2 et l'AR du 17/07/2022 qui a créé cette tranche supplémentaire, avec entrée en vigueur au 01/07/2021.

P4P

Le Conseil souhaite souligner que, lors du calcul de l'indicateur HSMR dans le cadre du BMF 2025, une discrédance a été constatée entre la méthode de calcul appliquée et la fiche de l'indicateur. Les patients palliatifs codés Z51.5 en diagnostic secondaire, mais recevant des soins palliatifs identiques à ceux codés Z51.5 en diagnostic principal, n'avaient pas été exclus du calcul. Il a également été observé que les patients admis et décédés dans un service SP4 n'étaient pas exclus non plus. Si aucune modification n'est apportée à la méthode générale de calcul du budget P4P 2026, le Conseil souhaite néanmoins insister pour que les exclusions mentionnées ci-dessus soient appliquées correctement.

Le CFEH souhaite également qu'une exclusion soit prévue pour les euthanasies, pour lesquelles un code nomenclature INAMI (107262) existe depuis le 01/11/2025. Cette exclusion sera techniquement possible à partir de l'exercice de financement qui utilise l'année de référence 2026 pour le calcul du P4P.

Le CFEH réitère également sa demande d'étudier comment le profil socio-économique des patients peut être pris en compte dans le calcul du score HSMR.

Le Conseil souhaite également se prononcer sur la méthodologie adaptée pour l'allocation budgétaire liée à l'indicateur HSMR 2025, par rapport à celle de 2024. Le ministre avait alors décidé d'appliquer 50 % d'une répartition linéaire des points, comme en 2024, et 50 % d'une répartition basée sur 3 catégories (« inférieur à ce qui est attendu », « conforme à ce qui est attendu », « supérieur à ce qui est attendu »). Pour 2026, il n'est pas clair si l'on passera à une application à 100 % basée sur ces 3 catégories, ou si la répartition budgétaire restera identique à celle de 2025. Le CFEH rappelle son avis CFEH/D/611-3 « BMF 2025 » dans lequel il demandait « que l'attribution du financement repose sur des écarts statistiquement significatifs » et donc à 100 % sur la base des 3 catégories, avec leurs pondérations respectives (1,2 ; 1 et 0,8).

En outre, le CFEH souhaite également réitérer sa demande suivante concernant le P4P :

« Pour 2026, le SPF Santé publique prépare un programme pluriannuel P4P. [...] Outre la nécessité d'une cohérence dans la 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. »

Salles d'opération disponibles en permanence

Concernant le calcul des salles disponibles en permanence pour la neurochirurgie, gelé à leur niveau tel que calculé au 01/07/2023 en raison de la nouvelle nomenclature « colonne vertébrale », le Conseil rappelle son avis CFEH/D/611-3 « BMF 2025 » :

« 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-financement du quartier opératoire

Conformément à son avis CFEH/D/613-2 « Adaptations du BMF au 01.07.2025 suite à l'élargissement de l'hôpital de jour chirurgical et à la réinsertion des séjours inappropriés », le Conseil propose d'activer un groupe de travail sur la problématique du financement du bloc opératoire et l'actualisation des temps standards.

D'après le Conseil, le mécanisme de calcul actuel mène inévitablement à une réduction injustifiée du coefficient pour rester dans les points disponibles, à cause de deux tendances opposées :

- La durée de séjour diminue, ce qui se traduit dans une diminution des lits justifiés, alors que le budget disponible pour le financement du quartier opératoire y est directement proportionnel ;
- Le nombre d'interventions chirurgicales augmente (d'autant plus à la suite de l'élargissement de l'hôpital de jour chirurgical).

Le Conseil reconnaît qu'il ne sera sans doute pas possible d'élaborer des solutions structurelles d'ici au BMF de juillet 2026, mais il semble néanmoins nécessaire de commencer les travaux dès à présent, afin de pouvoir mettre des propositions réalisables sur la table pour juillet 2027, par exemple.

Groupes de travail et avis distincts

Les thèmes suivants font l'objet d'avis séparés :

- Pensions statutaires (approuvé en plénière de janvier)
- BMUC: en cours d'élaboration