
**Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins**

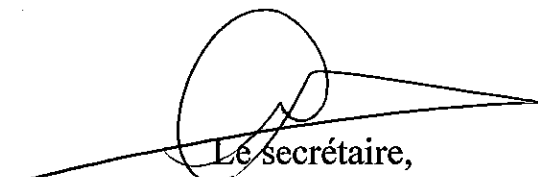
**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Section « Financement »

RÉF. : CNEH/D/SF/ 73-2 (*)

**AVIS DE LA SECTION FINANCEMENT DU CNEH RELATIF À LA MODIFICATION
DE FINHOSTA**

Au nom du président,
M. Peter Degadt,


Le secrétaire,
C. Decoster

Dans le cadre de la simplification administrative et dans un souci d'améliorer les récoltes de données existantes et d'éviter la récolte de données non pertinentes, inutilisées ou récoltées par ailleurs, le groupe de travail « simplification » a examiné les propositions présentées par l'administration.

Il est proposé les modifications suivantes :

Tableau 5 :

Suppression du tableau en ce qui concerne les données relatives au personnel. Le tableau 13 sera complété pour permettre de prendre en compte les ETP et l'ancienneté par barème et ainsi réunir dans un seul et même tableau les données de personnel.

Cette modification est réalisée à des fins de clarté et ne préjuge en rien des règles qui seront utilisées pour le calcul de la moyenne salariale. Cette matière est traitée dans le GT B2 qui fera une proposition en la matière.

En ce qui concerne les appareillages : la collecte est maintenue en tableau 5 et complétée des informations relatives aux dates et valeurs des upgrades ainsi que de la valeur d'acquisition.

Tableau 6 :

Le tableau 6 est supprimé à partir de 2012 et n'est pas obligatoire pour les collectes 2010 et 2011.

L'administration si nécessaire travaillera avec le secteur à l'élaboration d'une collecte ad hoc dans le cadre des besoins de données pour ce qui concerne le transfert ultérieur des compétences sur les sous parties A1 et A3 vers les Communautés et Régions.

Un nouveau tableau 6 est élaboré, reprendra les données du tableau 5 autres que celles relatives au personnel et aux appareillages :

Nombre d'accouchements, nombre de colloqués, nombre de cycles FIV, journées hospitalisation de jour gériatrique

Tableau 9 :

Le tableau est adapté pour tenir compte de la date de début de contrat de location en plus du montant (valeur réelle) et ne reprendra plus que les seuls immeubles.

Tableau 11 :

Le contenu étant devenu obsolète, le tableau tel qu'il existe est supprimé et remplacé par un tableau libellé « délai de facturation », totalement conforme à l'enquête telle que connue actuellement par les institutions hospitalières. Cette enquête deviendra de ce fait inutile.

Le groupe de travail prend acte des modifications imposées dans le cadre de l'Observatoire de la mobilité des patients et annoncées par circulaire du 18 octobre 2011.

Celle-ci implique en Tableaux 4 et 8 une nouvelle numérotation des organismes assureurs qui rend inutile l'item « type de patients ». (voir annexe)

Les membres regrettent cependant que l'annonce des modifications a été faite avant la consultation officielle des organes d'avis.



RIZIV
INAMI



DG1 FOD Volksgezondheid
DG1 SPF Santé publique

Classement de l'ensemble des catégories de patients dans les hôpitaux belges

Il est important d'élaborer une nouvelle définition des catégories de patients au sein des hôpitaux belges, afin de clarifier la manière dont ces différents types de patients peuvent être reliés aux différentes modalités de financement, en l'occurrence:

1. soit via l'allocation d'un BMF par hôpital, conformément aux dispositions de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, conformément à **l'article 115** de la loi sur les hôpitaux; dans ce cas, la partie fixe du BMF (pour toutes les sous-parties: à 100%, à l'exception des sous-parties B1 et B2 : à 80 %) est liquidée en douzièmes et, pour la partie variable (20% des sous-parties B1 et B2), un montant est fixé par admission/journée d'hospitalisation AMI.
2. soit par le biais d'un prix par paramètre d'activité sur la base du budget des moyens financiers (le budget est divisé par un nombre de jours de référence et on fixe donc un **prix par journée**) conformément à **l'article 116, § 1^{er}**, de la loi sur les hôpitaux;
Art.116. § 1er. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, et dont les soins hospitaliers donnent lieu à une intervention en application de l'article 110, le Roi peut fixer, selon les conditions et les règles déterminées par Lui, un prix par paramètre d'activité sur la base du budget des moyens financiers.
3. soit par le biais d'un **prix minimal par** paramètre d'activité, sur la base du budget des moyens financiers, conformément à **l'article 116, § 2**, de la loi sur les hôpitaux (modifié par la loi du 4 juin 2007 modifiant la législation en vue de promouvoir la mobilité des patients);
Art. 116, § 2. Pour les patients qui ne relèvent pas d'un organisme assureur, tel que visé à l'article 115, alinéa 1er, et dont les soins hospitaliers ne donnent pas lieu à une intervention en application de l'article 110, le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, selon les conditions et les règles déterminées par Lui, un prix minimal par paramètre d'activité, notamment sur la base du budget des moyens financiers."

Division en catégories de patients suivant le système de financement dont ceux-ci relèvent:

1. **Patients bénéficiant de l'application des modalités de financement 1 (art. 115 de la loi sur les hôpitaux)**

A Patients couverts par l'AMI:

les patients affiliés à l'un des (7) organismes assureurs visés dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, **et les assimilés**, à savoir les patients assurés à l'étranger qui

- en vertu d'un Règlement de l'Union européenne (notamment le Règlement (CE) 883/2004 ou le Règlement (CEE) 1408/71),
 - dans le cadre d'accords de collaboration bilatéraux ou multilatéraux relatifs aux soins de santé transfrontaliers (IZOM, ZOAST, etc.) et fondés sur les dispositions des Règlements européens,
 - ou en vertu d'un accord en matière de sécurité sociale (tel que, par exemple, les accords passés par la Belgique avec des pays tiers en matière de sécurité sociale),
- ont droit, lors de leur séjour dans un hôpital belge, à des soins médicaux conformément aux règles applicables en vertu de l'assurance belge obligatoire pour les soins médicaux à la charge du pays où ils sont assurés pour leurs dépenses de santé.

Ils apportent la preuve de ce droit en produisant le document approprié, tel que:

- les documents S1, S2, ou S3, ou SED S072, SED S008, SED S010, etc.
 - une carte européenne d'assurance maladie, ou
 - les formulaires E.112, E.106, E.109 of E.121, E.123.
-
- un formulaire spécifique E.112, comme par exemple E.112 SMUR, E.112 MRTW, IZOM EMR E.112+, etc.
-
- HR-BE.111, HR-BE.128, TB.8, TunB.11, RM-BE.111, Medicare-Card, QUE-BE.128, ...
 - Alg.B.6, Alg.B.10, Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, ...

Exemples:

- un assuré IT de nationalité russe subit un traitement médical planifié dans un hôpital bruxellois (document S2),
- un assuré CH subit un traitement médical planifié dans un hôpital liégeois (document E.112),
- un assuré français subit un traitement dans un hôpital belge dans la région frontalière belgo-française sur la base d'un E.112 MRTW,
- des touristes couverts par une assurance soins de santé dans l'un des 31 pays où s'applique le Règlement (CE) 883/2004 ou le Règlement (CEE) 1408/71 et demandent à bénéficier ici de soins médicaux sur la base d'une carte européenne d'assurance maladie,
- des touristes couverts par une assurance soins de santé dans l'un des pays avec lesquels la Belgique a conclu un accord bilatéral ouvrant l'accès aux soins médicaux pendant un séjour provisoire (TB.8, Tun.B.11, HR-BE.111, RM-BE.111, etc.),
- des travailleurs, indépendants, pensionnés, etc., ainsi que les membres de leur famille qui résident en Belgique et bénéficient ici de soins médicaux sur la base d'un document S1, formulaire E.106 of E.109 of E.121, Alg.B.6, Alg.B.10,

Alg.B.15, TB.16, Tun.B.13, RM-BE.106, RM-BE.109, RM-BE.121, HR-BE.106, HR-BE.109, HR-BE.121, etc.

pour le compte du pays ayant délivré le formulaire.

Remarque :

- Il ne s'agit en l'occurrence que de l'hospitalisation classique, à l'exception donc des soins ambulatoires;
- Il s'agit en l'occurrence d'assurés étrangers qui séjournent temporairement en Belgique (p.ex. touristes, travailleurs en détachement, étudiants, assurés ayant obtenu une autorisation préalable, etc.) ou qui résident en Belgique et ont droit dans notre pays à bénéficier de soins à charge d'un autre pays.

A' Les patients belges affiliés auprès de l'un des 7 OA bénéficiant de soins médicaux à charge du Fonds des Accidents du travail, du Fonds des maladies professionnelles, les cas de droit commun et résultant d'une erreur médicale, et du Fonds Spécial d'Assistance (régularisation a posteriori par le biais du système des subrogations).

2. Patients bénéficiant de l'application du mode de financement n° 2 (art. 116, § 1^{er} de la loi sur les hôpitaux)

B **Patients non couverts par l'AMI relevant de l'article 110** : les patients belges non couverts par l'AMI, pour lesquels les soins hospitaliers donnent lieu à une intervention soit de l'Office de sécurité sociale d'outre-mer, soit de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins, soit de l'Institut national des invalides de guerre, anciens combattants et victimes de guerre, soit d'un Centre public d'aide sociale (tels que définis à l'article 110 de la loi relative aux hôpitaux)

B' Les patients belges "affiliés" auprès de l'un de ces 4 organismes et bénéficiant de soins médicaux à charge du Fonds des Accidents du travail, du Fonds des maladies professionnelles et du Fonds Spécial d'Assistance (régularisation a posteriori par le biais du système des subrogations).

3. Patients bénéficiant de l'application du mode de financement n° 3 (art. 116, § 2 de la loi sur les hôpitaux)

C1 Les patients européens non couverts par l'AMI qui ne font pas partie des assimilés de la catégorie A (c.-à-d. les patients n'ayant pas droit à des soins médicaux sur la base d'un document E.IXX ou des documents S ou SED délivrés par le pays où ils ont une assurance maladie) et qui sont admis dans un hôpital belge et y reçoivent des soins médicaux en vertu du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (conformément au principe de la libre circulation des biens, des services et des personnes). Ces soins médicaux peuvent être dispensés:

- a) dans le cadre de contrats de soins conclus avec des organismes étrangers d'assurance soins de santé (p.ex. patients néerlandais hospitalisés en Belgique dans le cadre d'un contrat de soins conclu par leur organisme d'assurance soins de santé avec un hôpital belge).

Pour faire la transparence à cet égard, l'article 92/1 de la loi sur les hôpitaux prévoit désormais également que le gestionnaire de l'hôpital doit communiquer

toutes les conventions en matière de mobilité transfrontalière des patients que l'hôpital conclut.

- b) aux patients qui choisissent de venir se faire soigner en Belgique, et ce dans le cadre d'une initiative individuelle (privée) - (les cas dits "Kohl & Decker").

Remarque :

Les patients qui, à l'avenir, seront admis pour traitement dans un hôpital belge en vertu de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers relèveront de la catégorie C1.

- C2** Les personnes de nationalité UE/EEE qui sont couvertes par une assurance soins de santé en vertu du statut d'une institution de droit international ou européen (p.ex. les fonctionnaires affiliés au RCAM c.à.d. au régime commun d'assurance maladie des fonctionnaires européens, ou encore les fonctionnaires OTAN).

⇒ *Les catégories C1 et C2 précitées sont soumises à l'application de l'article 116, § 2 de la loi sur les hôpitaux, mais en réalité aucun autre montant que celui correspondant au prix fixé (par jour) à l'article 116, § 1^{er} de la loi sur les hôpitaux, ne peut être facturé; aucun autre tarif ne peut être appliqué.*

- C3** Les patients non européens, qui ne relèvent pas d'accords internationaux (bilatéraux) et se font soigner dans un hôpital belge dans le cadre d'un contrat de soins ou d'une initiative individuelle (privée).

⇒ *Cette catégorie est soumise à l'application de l'article 116, § 2 de la loi sur les hôpitaux, pour lequel un arrêté (délibéré en Conseil des ministres) doit encore être pris afin de fixer le prix minimum par paramètre d'activités.*

⇒ *Cette catégorie est la seule pour laquelle il faudrait mettre au point un "nouveau système de financement"!*

Exemples:

- le "cheik arabe/millionnaire russe" qui se fait soigner dans un hôpital belge;
- les contrats que les hôpitaux belges concluent avec les organismes d'assurance soins de santé de pays tiers en ce qui concerne le traitement des clients desdits organismes d'assurance soins de santé.

4. Les autres patients

D1 Les non-assurés sociaux