

**SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT**

Bruxelles, 14 mars 2013.

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

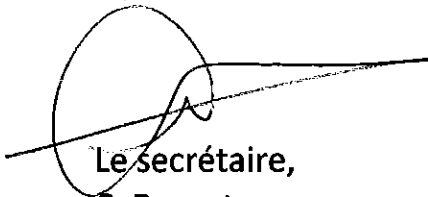
**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section « Financement »

RÉF. : CNEH/D/SF/88-3 (*)

**AVIS DE LA SECTION FINANCEMENT DU CNEH CONCERNANT LE PROGRAMME DE SOINS
« PATHOLOGIE CARDIAQUE ».**

**Au nom du président,
M. Peter Degadt,**


**Le secrétaire,
C. Decoster**

**(*)CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DE LA RÉUNION DU 14/03/2013 ET RATIFIÉ LORS DU
BUREAU À CETTE MÊME DATE.**

En ce qui concerne la demande d'avis formulée par Madame la Ministre en date du 11 décembre 2012 relative aux répercussions éventuelles sur les modalités actuelles de calcul prévues dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 pour le financement des salles d'opération disponibles en permanence, résultant des modifications apportées à la réglementation relative à l'agrément du programme de soins B pour la pathologie cardiaque, il apparaît qu'il y a, au sein de la Section Financement, un avis partagé quant à la lecture qui peut être faite des dispositions reprises dans l'arrêté royal du 15 juillet 2004 (modifié par celui du 12 juin 2012) fixant les normes auxquelles doivent répondre les programmes de soins « pathologie cardiaque » pour être agréés.

Un première lecture (voir annexe A ci-jointe) de laquelle il ressort que seul le programme de soins « pathologie cardiaque » B3 doit nécessairement disposer d'une salle d'opération disponible en permanence ; une seconde lecture (voir annexe B ci-jointe) de laquelle il ressort, tant pour des raisons médicales que de sécurité du patient, que le programme de soins « pathologie cardiaque » B2 doit disposer d'une salle d'opération pour les interventions urgentes, c'est-à-dire prête en un minimum de temps, ce qui ne peut être rencontré qu'en disposant du financement d'une salle disponible en permanence. La seconde option exigera des moyens complémentaires : les attribuer au sein d'une enveloppe fermée aura pour effet de diminuer les budgets disponibles pour les autres blocs opératoires.

La Section Financement souhaite également attirer l'attention de Madame la Ministre sur le fait que l'enveloppe budgétaire disponible pour le financement du personnel du bloc opératoire diminue d'année en année du fait de son lien direct avec le nombre de points calculé pour les lits justifiés (des unités de soins) alors que l'activité en bloc opératoire augmente, elle, d'année en année : cela se vérifie au niveau de l'évolution du coefficient appliqué pour respecter l'enveloppe de points disponible qui, de multiplicateur au début de la mise en oeuvre des dispositions actuelles relatives au financement du personnel infirmier du bloc opératoire (coefficient supérieur à 1), ce qui permettait de couvrir le coût du personnel de la salle de réveil, est depuis plusieurs années devenu réducteur (coefficient inférieur à 1) ; ce qui non seulement signifie qu'il n'y a plus aucun financement pour la couverture des charges du personnel de la salle de réveil, mais qu'en plus le financement accordé pour la couverture des charges du personnel du bloc opératoire calculé pourtant sur la base d'une activité « justifiée » n'est plus suffisant.

Annexe A

Il faut insister sur la lecture mot à mot de l'arrêté « pathologie cardiaque » qui semble non équivoque.

Extraits de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 coordonné « programme de soins pathologie cardiaque » (qui confirment que la salle disponible n'est pas exigée pour les programmes B partiels (B1+B2)) :

« Art. 11. Le programme de soins « pathologie cardiaque » B comprend, outre les activités du programme de soins « pathologie cardiaque » A, toutes les activités mentionnées ci-après, lesquelles sont offertes conjointement comme programme global, sur un site unique :

- 1° le diagnostic invasif, dénommé ci-après programme partiel B1 ;
- 2° la thérapie interventionnelle, non-chirurgicale, dénommée ci-après programme partiel B2 ;
- 3° la chirurgie cardiaque, dénommée ci-après programme partiel B3.

Par dérogation à l'alinéa 1er, les programmes partiels B1 et B2 peuvent être agréés et exploités conjointement sans le programme partiel B3, s'il est satisfait aux conditions définies à la section 6/1.

Par dérogation à l'alinéa 1er, le programme partiel B1 peut être agréé et exploité sans les programmes partiels B2 et B3, s'il est satisfait aux conditions définies à la section 7.

Par dérogation à l'alinéa 1er, le programme de soins global « pathologie cardiaque » B, composé des programmes partiels B1, B2 et B3, peut être exploité sur deux sites, s'il est satisfait aux conditions définies à la section 8. »

(...)

« Section 6/1 Exploitation des programmes partiels B1 et B2 sur un site autre que celui du programme de soins global « pathologie cardiaque » B.

Art. 22/2. Par dérogation à l'article 11, alinéa 1er, les programmes partiels B1 et B2 peuvent être offerts sur un site séparé, pour autant qu'ils répondent aux normes d'agrément visées aux articles 12, 13, 16 à l'exception de l'alinéa 1er, 2°, 17, 18 à l'exception du paragraphe 1, 2°, et du paragraphe 2, alinéa 2, 19, alinéa 1er, 19/1, 20, 21, 22 et 22/1 et pour autant que cela se fasse dans le cadre d'une association avec un hôpital disposant d'un programme de soins global « pathologie cardiaque » B.

(...) »

« Art. 16. Le programme de soins B doit répondre aux conditions logistiques prévues pour le programme de soins A et doit, en outre, disposer des moyens logistiques suivants :

1° un laboratoire de cathétérisme cardiaque comprenant au moins deux salles d'angiographie équipées de détecteurs à panneau plat;

2° au minimum deux salles d'opération dont une à usage hybride et dont une est toujours préparée pour des interventions urgentes;

3° les équipements ICT de transmission de données et téléconférence afin de permettre à tout moment la concertation entre les équipes médicales dans le cadre du réseau tel que visé à

l'arrêté royal du 12 juin 2012 fixant les normes d'agrément pour le réseau pathologie cardiaque'.

Le programme de soins B doit être organisé de telle façon qu'une coronarographie et une intervention coronarienne percutanée (ICP) peuvent être pratiquées sur des patients atteints d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation ST sur l'électrocardiogramme (infarctus STEMI), dans les 30 minutes qui suivent leur admission à l'hôpital. »

Il ne faut donc pas lire que l'article 16 et considérer que « tout programme B (même partiel B1 B2) doit avoir une salle disponible en permanence », En effet, il y a un article 11 qui définit le programme de soins « pathologie cardiaque » B = programme complet mais prévoit la dérogation d'un B1 + B2 sans B3, en renvoyant à un article 22/2 qui confirme qu'il est bien autorisé de faire un B1 B2 sur un site séparé et que, dans ce cas, on n'exige justement pas la salle disponible en permanence (cf. « 16 à l'exception... » dans l'article 22/2).

Annexe B

- En ce qui concerne la « 1ère lecture » de l'arrêté :

Le fait que l'article 16, 2° prévoit que les hôpitaux disposant d'un programme B3 doivent disposer de : *au minimum deux salles d'opération dont une à usage hybride et dont une est toujours préparée pour des interventions urgentes* n'influence en rien la question sur le cathétérisme cardiaque interventionnel et son caractère urgent et par définition non planifié. En effet, *cette notion de salle préparée pour des interventions urgentes au sein du programme B3 n'était pas présent initialement dans l'arrêté du 15/07/04. Elle n'est apparue qu'en juin 2012 avec l'AR du 12/06/2012.* La précédente disposition en vigueur stipulait simplement : *au minimum deux salles d'opération équipées de manière appropriée.* Il n'était pas mention de salle disponible en permanence.

- La vision défendue par la « seconde lecture » répond à une analyse de l'historique des règles de financement ainsi que les normes applicables au service de cathétérisme cardiaque interventionnel reprises ci-dessous.
- Finalement, la question de l'attribution des 20 points aux futurs hôpitaux disposant d'un B2 agréé doit être considérée plus globalement.

Le nombre d'hôpitaux qui se verront agréer pour un programme B2 sera minime, l'impact sera marginal en comparaison des changements qui interviennent à chaque recalcul de la sous-partie B2.

Il y a déjà aujourd'hui d'autres facteurs qui font que les points distribués et donc que le coefficient « respect des points disponibles » quartier opératoire évolue. Citons par exemple le nombre d'hôpitaux bénéficiant d'une salle disponible pour la neurochirurgie. Les établissements se regroupant pour former des ensembles de plus en plus grands, le nombre d'hôpitaux remplissant les critères pour la neurochirurgie est en augmentation. Le fait qu'aucun moyen complémentaire n'ait jamais été prévu n'a jamais empêché que ce financement soit octroyé.

HISTORIQUE DU FINANCEMENT ACCORDE DANS LE BMF

De 1994 (au moins) jusqu'au 1^{er} juillet 2002, la sous-partie B2 des hôpitaux prévoyait l'octroi de 20 points supplémentaires sous certaines conditions parmi celles-ci figurait le fait de disposer « **d'un service de cathétérisme cardiaque interventionnel** ».

Au 1^{er} juillet 2002, le libellé de la condition a été modifié et est devenu :

« l'hôpital dispose d'un service de cathétérisme cardiaque interventionnel agréé ou d'un programme de soins « pathologie cardiaque » B2 agréé ».

L'ajout de ce terme s'explique par le fait que jusqu'en 1999 les normes faisaient référence à l'agrément d'un service de cathétérisme cardiaque (soit pour diagnostic invasif, soit pour cardiologie interventionnelle – AR 18/04/91). A partir de l'AR du 16/06/99, ces normes ont été remplacées et la notion de programme de soins et de programme de soins B2 est apparue.

Les activités de ces programmes sont les suivantes :

- *Le programme partiel B1, visé à l'article 11, 1^o, comprend l'ensemble des techniques d'exploration cardiaque diagnostique inventive, à l'exception des procédures visées aux Chapitres IV, V, VI et VII. L'ensemble des techniques, visées à l'alinéa précédent, comprend au moins les procédures suivantes:*
 1. *le cathétérisme cardiaque gauche et les cathétérismes cardiaques gauche et droit combinés;*
 2. *la ventriculographie;*
 3. *la coronarographie.*
- *Le programme partiel B2, visé à l'article 11, 2^o, comprend l'ensemble des procédures qui, conformément à l'état actuel d'avancement de la technologie médicale, sont*

désignées par le terme de cardiologie interventionnelle, à l'exception des procédures visées aux Chapitres IV, V, VI et VII¹.

En conclusion, à l'origine le financement supplémentaire était prévu pour le service de cathétérisme cardiaque interventionnel. Cette notion a été remplacée par programme de soins B2 dès 1999. Ces deux notions sont équivalentes. Le financement de 1994 à nos jours a toujours fait mention du cathétérisme cardiaque interventionnel .

NORMES IMPOSEES AU SERVICE DE CATHETERISME CARDIAQUE INTERVENTIONNEL (OU B2)

- AR 18/04/91 : *Art. 11. Le service de cathétérisme cardiaque pour cardiologie interventionnelle doit être accessible et opérationnel 24 heures sur 24.*
- AR 16/06/1999 Art 18 § 2. *La permanence médicale doit être organisée de manière telle que les procédures, prévues dans le cadre des programmes partiels B1 et B2, peuvent, à tout moment, en cas d'urgence, être entamées le plus rapidement possible après l'indication*
- Cette disposition se retrouve à l'identique dans l'AR du 8/07/02 et l'AR du 15/07/04. Cette disposition s'est retrouvée renforcée avec les modifications introduites par l'AR du 12/06/12 modifiant l'AR du 15/07/04 puisqu'il est désormais précisé :

Article 16 :...

Le programme de soins B doit être organisé de telle façon qu'une coronarographie et une intervention coronarienne percutanée (ICP) peuvent être pratiquées sur des patients atteints d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation ST sur l'électrocardiogramme (infarctus STEMI), dans les 30 minutes qui suivent leur admission à l'hôpital.

Cette disposition est d'application pour les programmes partiels B1 B2.

- L'AR du 12/06/12 relatif au réseau « pathologie cardiaque » précise également :

Le réseau 'pathologie cardiaque' propose au moins un circuit de soins destiné aux patients présentant un infarctus aigu du myocarde avec élévation ST (infarctus STEMI) et composé des modalités suivantes :

1° en cas d'intervention d'un service mobile d'urgence, le médecin de ce service mobile d'urgence, en application de l'arrêté royal du 2 avril 1965 fixant les

¹ Les chapitres IV à VII concernent : les programme E électrophysiologie, P stimulateur cardiaque, , T transplantation cardiaque et transplantation cœur poumon et C malformations cardiaques congénitales chez l'enfant

modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié, indique un hôpital disposant d'un programme de soins 'pathologie cardiaque' B ou des programmes partiels B1 et B2, comme l'hôpital le plus approprié.

Depuis l'instauration de normes relatives au cathétérisme cardiaque interventionnel, les notions de permanence, de prise en charge des urgences et de rapidité sont évoquées. Ce sont ces éléments qui justifient l'octroi d'un financement supplémentaire.