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

**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

Section « Financement »

RÉF. : CNEH/D/SF/104-3(*)

**AVIS DE LA SECTION FINANCEMENT DU CNEH RELATIF AUX COM ET AUX MODALITÉS DE
STRUCTURALISATION DE CERTAINS PROJETS PILOTÉS DANS LE BMF AUX 1^{ER} JANVIER ET 1^{ER} JUILLET
2014.**

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


**Le secrétaire,
C. Decoster**

**(*)CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ LORS DE LA RÉUNION DU 13/03/2014 ET RATIFIÉ LORS DU BUREAU À CETTE
MÊME DATE.**

Suite à la demande d'avis de Madame la Ministre datée du 14 novembre 2013, le groupe de travail ad hoc s'est réuni en date du 28 janvier 2014 et du 20 février 2014.

Remarque préliminaire concernant toutes les propositions de structuration.

La structuration de projets ne peut pas provoquer de sous-financement structurel pour les hôpitaux. On ne peut structurer 'a minima', soit en prévoyant un volume d'ETP insuffisant pour accomplir les missions, soit en se référant à des coûts moyens salariaux insuffisants par rapport aux qualifications demandées.

1. Structuration des équipes algologiques multidisciplinaires pour l'ensemble des hôpitaux aigus au 1/1/2014

La proposition consiste à confirmer le financement prévu par contrat B4 depuis le 1^{er} juillet 2013, à savoir un financement en fonction du nombre de lits agréés (règles de calcul du financement inchangées par rapport aux règles appliquées dans le cadre du dernier « contrat B4 ») : minimum (pour les 100 premiers lits agréés) de 0.1 ETP médecin, 0.25 ETP infirmier et 0.25 ETP psychologue, majoré de 0.01 ETP médecin, 0.1 ETP infirmier et 0.02 ETP psychologue par tranche supplémentaire de 100 lits agréés (donc à partir de 200 lits). Les coûts salariaux de référence sont rappelés ci-dessous. Ceci conduit à un financement de minimum 41.714,40 euros (moins de 200 lits) et de maximum 198.289,80 euros (2.100 lits) et remplace les anciennes « fonctions algologiques » qui étaient précédemment financées à raison de 25.000 euros pour 71 hôpitaux.

	Coût salarial de référence
médecin	119.969,00 €
infirmier	53.146,00 €
psychologue	65.724,00 €

Avis : les membres réitèrent les observations émises dans l'avis du 10 octobre 2013, à savoir un accord sur le principe de la structuration, mais la demande que les coûts salariaux de référence soient revus à la hausse (65.000€ pour l'infirmier et 75.000€ pour le psychologue) afin de ne pas recréer un sous-financement structurel. L'ETP médecin est également repris à un trop faible coût de référence (coût réel de l'ordre de 200.000€) et le nombre d'ETP prévus pour assurer cette équipe reste trop limité.

2. Structuration de la fonction d'hémovigilance pour l'ensemble des hôpitaux aigus au 1/1/2014

La proposition consiste à financer tous les hôpitaux généraux, dans le cadre d'une enveloppe globale de 4.340.000 euros, selon des modalités comparables au financement octroyé au cours de la phase pilote, à savoir :

- un forfait de 10.000 euros par hôpital pour financer l'équipement (software) nécessaire à la traçabilité et le contrôle des produits sanguins
- un montant complémentaire en fonction de la consommation de poches de sang (dans une enveloppe de 1.000.000 d'euros)
- un montant complémentaire en fonction du nombre de lits agréés « pondérés » (dans une enveloppe de 2.290.000 d'euros), selon les pondérations suivantes : 1 point pour les lits E, M, G et L et 2 points pour les lits C, D et NIC.

Dans la phase structurelle, la référence aux lits agréés peut être remplacée par un calcul sur la base des lits justifiés.

Il est également prévu de mener des actions visant à limiter les surconsommations de produits sanguins : la Belgique montre un taux de consommation plus élevé que les autres pays européens et de grandes disparités entre hôpitaux sont observées.

Avis : Il y a accord sur le principe de la structuration. Toutefois, dans la mesure où cette fonction dépend de la pharmacie hospitalière, il est demandé que le financement passe par la sous-partie B5 du BMF.

Il est demandé que les critères soient affinés à l'avenir, tenant compte des initiatives qui seront prises par la 'plate-forme hémovigilance' pour limiter les surconsommations du sang.

Quant à un calcul basé sur les lits agréés ou sur les lits justifiés, il n'y a pas d'unanimité des membres.

3. Structuration de la fonction de liaison interne en gériatrie pour l'ensemble des hôpitaux aigus disposant d'un service G au 1/1/2014

La proposition consiste à prévoir un financement de la fonction de liaison interne en gériatrie en tenant compte du nombre de patients de 75 ans et plus pris en charge dans des unités d'hospitalisation non-gériatriques au sein de l'hôpital, avec un financement minimum de 2 ETP et maximum de 6 ETP calculé comme suit :

- le minimum de 2 ETP sera assuré pour la première tranche (entamée) jusque 1000 patients de 75 ans et plus pris en charge dans des unités non-gériatriques
- avec une majoration de 0,25 ETP par tranche entamée de 500 patients supplémentaires
- en tenant compte d'un taux d'occupation normatif de 85% au sein des unités de gériatrie (services G)
- et d'un coût salarial moyen de 56.000 euros par ETP (au lieu des 45.881,10€ pris en considération dans le cadre des projets-pilotes)

Ceci conduit donc à un financement par hôpital compris entre 112.000 euros et 336.000 euros (dans le cadre des projets-pilotes, le financement était forfaitaire et égal à 183.524,40 euros pour tous les hôpitaux).

Avis : Pour éviter un sous-financement de cette fonction, il est demandé de prendre en compte un coût salarial moyen de 65.000 euros. Pour rester dans l'enveloppe budgétaire disponible, cela pourrait se faire en modulant les tranches supérieures à 1000 patients.

Il est aussi fait remarquer que les patients de plus de 75 ans admis dans les services Sp ne doivent pas être pris en considération pour l'analyse d'une éventuelle sous-occupation des services G, mais ils doivent être repris dans les patients pour le financement de la liaison.

Certains membres proposent d'accorder un financement plus important aux hôpitaux avec un grand nombre de patients de plus de 75 ans. Dans la réglementation actuelle, le nombre de lits Gpot financés est limité à 6. Pour les hôpitaux avec un grand nombre de patients gériatriques, ce nombre maximum est largement insuffisant. Par cette limitation, ils ont besoin de recevoir plus pour la fonction de liaison. Il est proposé d'accorder 1 ETP pour la première tranche de 1000 patients et 0,5 ETP pour les tranches suivantes de 500 patients sans limitation à 6 ETP.

D'autres membres considèrent qu'il faut s'en tenir à l'avis du CNEH (mixte) rendu le 16 mai 2013 CNEH/D/429-3 et confirmé par l'avis de la Section Financement du 10 octobre 2013 CNEH/D/SF/97-3.

4. Structuralisation de la fonction d'hôpital de jour gériatrique pour l'ensemble des hôpitaux aigus disposant d'un service G au 1/7/2014

La proposition consiste à adapter le financement à l'activité réelle au sein des hôpitaux de jour, sur la base des enregistrements RHM (dans lequel, depuis juillet 2010, les hospitalisations gériatriques de jour sont enregistrées). Ceci supposerait un préfinancement révisable selon l'activité réelle.

Sur la base des données RHM 2010 – 2011, 76 hôpitaux ont renseigné des prises en charge en hôpital gériatrique de jour (dont 68 sur les 84 qui avaient un contrat B4).

Il est proposé de prévoir un préfinancement calculé par tranches de niveau d'activité afin tenir compte des grandes disparités. Si on calcule un forfait basé sur le montant de 171 euros par séjour (montant estimé par la SBGG), on peut estimer les forfaits suivants:

Base du calcul	NB patients/sem	forfait
9 patients	<10	80.028
15 patients	10-20	133.380
25 patients	20-30	222.300
35 patients	30-40	311.220
45 patients	>40	400.140

Le montant de 80.028 euros doit alors permettre aux hôpitaux n'ayant pas bénéficié de contrat B4 par le passé de démarrer une activité gériatrique de jour. On peut envisager que, pour ces hôpitaux, ce montant leur soit garanti pendant une période limitée.

Avis : Les membres estiment qu'il y a lieu de prévoir, en complément, un financement des frais de services communs pour l'hôpital de jour.

Il est également demandé que le montant forfaitaire par prise en charge en hôpital de jour soit porté à 175 euros conformément à l'avis mixte du CNEH du 16 mai 2013.

En ce qui concerne la phase transitoire pour les hôpitaux qui n'ont pas encore démarré l'activité, il est proposé que, dès la seconde année, la correction sur l'activité réelle soit appliquée.

5. Structuralisation de la fonction de coordination locale de don d'organes pour l'ensemble des hôpitaux aigus au 1/7/2014

Les normes concernant cette fonction sont publiées depuis novembre 2012. Cependant, seule une vingtaine d'hôpitaux (en Flandre) a aujourd'hui fait l'objet d'un agrément. Pour les autres, les dossiers sont en cours auprès des régions et communautés.

La proposition consiste à accorder le financement de la fonction aux hôpitaux qui disposent d'une unité de soins intensifs pour autant qu'ils aient introduits une demande d'agrément avant le 31 mai 2014, ce montant étant récupérable si l'hôpital n'obtient pas d'agrément pour 2015.

En 2015, l'agrément de la fonction sera pris en considération pour le financement.

Le montant du financement actuel est forfaitaire (30.000€ - 50.000€ - 70.000€ - 90.000€ ou 110.000€) mais varie en fonction du nombre de lits agréés de l'hôpital multipliés par le coefficient 'nperciz'.

Cette formule vise à estimer l'intensité de l'activité aux soins intensifs.

Avis : Accord moyennant l'actualisation du coefficient 'nperciz'.

6. Structuralisation des équipes nutritionnelles pour l'ensemble des hôpitaux aigus au 1/7/2014

La proposition consiste à généraliser le financement comme prévu dans les projets-pilotes.

Le financement actuel des projets correspond à un montant de base de 15.000 euros majoré d'une partie variable de maximum 10.000 euros, au sein d'une enveloppe fermée correspondant à un montant moyen de financement de 20.000 euros (actuellement : financement entre 18.532€ et 25.000€ pour les hôpitaux généraux).

Avis : Les membres soulignent l'insuffisance des moyens disponibles pour réaliser les missions confiées à l'équipe nutritionnelle. A cette occasion, ils font également remarquer le coût salarial pris en considération pour le financement des diététiciens dans le cadre du plan cancer est sous-estimé.

Ils rappellent en outre leur demande d'examiner les possibilités d'étendre la fonction aux hôpitaux psychiatriques (dont 13 ont déjà participé à la phase de projets-pilotes).

7. Structuralisation de la pharmacie clinique pour l'ensemble des hôpitaux aigus au 1/7/2014

La proposition consiste à financer 0.25 ETP pharmacien clinicien par tranche entamée de 200 lits agréés, avec un maximum de 2 ETP, sur la base d'un coût salarial de 85.000 euros (au lieu de 67.267€ dans le cadre des projets-pilotes).

Cette formule conduit cependant à réduire le financement accordé à certains (13) 'petits' hôpitaux qui bénéficiaient d'un financement pour 0.5 ETP ou 1 ETP dans le cadre des projets-pilotes.

Il est, dès lors, proposé de prévoir une phase transitoire au cours de laquelle leur financement serait progressivement réduit alors que les hôpitaux qui démarrent seraient, dans un premier temps, plafonnés à 0.75 ETP.

Avis : Comme déjà mentionné dans l'avis du 10/10/2013, les membres rappellent la demande d'examiner l'élargissement de la pharmacie clinique aux hôpitaux psychiatriques et de prévoir le financement de cette activité via la sous-partie B5.

Ils insistent également sur le manque de moyens consacrés à cette initiative essentielle.

8. Structuralisation du trajet de soins pour les patients internés

La proposition consiste à rendre structurels les projets mis en place dans les hôpitaux concernant les patients adultes 'medium risk', soit 6 unités destinées aux adultes (Bierbeek, Rekem, Zelzate, Bruxelles, Dave et Tournai) et 4 unités pour les délinquants sexuels (Beernem, St Niklaas, St Truiden et Tournai). La structuralisation devrait être autorisée comme elle a pu l'être pour les projets PTAC/SGA qui ont donné lieu aux lits « IB » adultes.

Avis : Les membres confirment l'avis relatif aux modalités de financement pour le traitement des personnes internées (groupe-cible des adultes medium risk) du 12 septembre 2013 (réf. CNEH/D/PSY/436-1) et demandent que le financement des 10 projets actuels soit transféré de l'article 63, §2 de l' A.R. du 25 avril 2002 à un financement structurel dans le BMF, en attendant des normes de programmation et d'agrément.

9. Financement des actions 10/11 du plan cancer, basées sur le nombre de COM à partir du 1/7/2014

La proposition vise à contenir, à l'avenir, les dépenses liées à ces actions et à permettre une plus grande stabilité du financement pour les hôpitaux. Le budget affecté en 2009 représentait 32.4 millions et se situe, sur base de l'activité 2009, à 52.5 millions.

Il est dès lors proposé d'octroyer aux hôpitaux un financement par tranche (par exemple, les mêmes tranches que pour le financement des diététiciens) calculé sur le nombre des '1^{ères} COM' (code 350372-350383) et de conserver une petite marge dans l'enveloppe (2.5 millions) pour octroyer un forfait supplémentaire aux hôpitaux qui, soit sont les destinataires de patients après transfert (et donc ne peuvent plus facturer de 1^{ère} COM, mais prennent effectivement en charge les patients), soit prennent en charge un nombre plus important de patients 'non-O.A.' (données actuellement non disponibles, mais une enquête est en cours auprès des hôpitaux). Sur la base des données de l'échantillon permanent, il apparaît qu'entre 3 et 5 % des patients font l'objet d'un transfert au cours de leur prise en charge.

Le montant du financement serait par ailleurs revu tous les 5 ans sur la base d'une actualisation des données.

Avis : Dans ce domaine en constante évolution (accroissement du nombre de cas), les membres estiment qu'il n'est pas pertinent de travailler dans une enveloppe fermée et indiquent que sur la base de l'activité 2011, le budget de ces mesures atteint 63 millions €. Ils suggèrent une révision sur la base de l'activité de l'année T-1 et demandent de continuer de prendre en considération, outre les 1^{ères} COM, également les 'COM de suivi' (code 350276-350280) et les 'COM supplémentaires (autre hôpital)' (code 350291-350302) qui sont parfaitement justifiables en termes de prise en charge correcte des patients. Ils estiment que l'application correcte de la nomenclature devrait être contrôlée et la nomenclature affinée le cas échéant.

Par ailleurs, pour ne pas accroître le sous-financement des hôpitaux, ils estiment que le nombre d'ETP financé doit être calculé en prenant en considération des coûts moyens salariaux de référence corrects (à adapter dans l'article 64 §1^{er} et §2). Ils rappellent également l'avis précédent de la Section Financement concernant la mesure « soutien nutritionnel » (article 64 §7), visant à ne pas fermer le budget de cette mesure et à actualiser le nombre de COM de référence. Pour cette dernière mesure le coût moyen de référence du diététicien est également trop bas et devrait être adapté.