
**Direction générale
Soins de Santé**

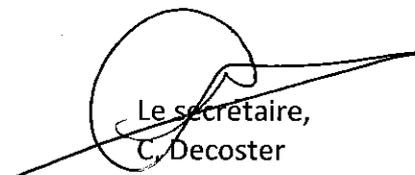
**CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Section « Financement »

Réf. : CNEH/D/SF/ 117-3 (*)

**AVIS DE LA SECTION FINANCEMENT DU CNEH RELATIF À LA MODIFICATION DE L'A.R. du 25 AVRIL 2002
RELATIF À LA FIXATION ET À LA LIQUIDATION DU BUDGET DES MOYENS FINANCIERS DES HÔPITAUX AU
1^{ER} JUILLET 2015 FORMULÉ À LA SUITE DE LA DEMANDE D'AVIS DE MADAME LA MINISTRE EN DATE DU
10 FÉVRIER 2015.**

Au nom du président,
M. Peter Degadt,


Le secrétaire,
C. Decoster

(*) CET AVIS A ÉTÉ APPROUVÉ PAR LA SECTION FINANCEMENT LORS DE LA RÉUNION DU 07/05/2015 ET RATIFIÉ PAR LE BUREAU À CETTE MÊME DATE.

Complémentairement à son précédent avis daté du 12 février 2015 relatif à la même demande, Madame la Ministre trouvera ci-après l'avis de la section Financement du Conseil National des Etablissements Hospitaliers (CNEH) en ce qui concerne les éléments suivants de la sous-partie B2 du budget des moyens financiers des hôpitaux généraux.

Mini-forfaits

En ce qui concerne la partie du financement relative aux mini-forfaits affectée au financement B2 des services d'urgences, le pourcentage de 20 % retenu dans le BMF au 1^{er} juillet 2014 semble insuffisant compte tenu de l'activité réelle (pour laquelle auparavant des mini-forfaits étaient facturés), que cette activité soit appréhendée via les données RHM ou via les données d'honoraires facturés.

La section Financement n'est pas en mesure de proposer pour le 1^{er} juillet 2015 de nouvelles modalités de répartition du budget « mini-forfaits » mais elle continuera ses travaux afin de formuler un avis en la matière pour le budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2016.

Mesure d'économie accouchements

La section Financement répète, conformément à son avis précédent du 11 décembre 2014, que l'économie demandée de 18,727 millions d'euros ne peut être réalisée par une réduction d'un demi jour de la durée des séjours en maternité. Elle tient également à attirer l'attention de Madame la Ministre sur l'iniquité des modalités de répartition de l'économie telle qu'elle est appliquée pendant le 1^{er} semestre 2015.

La Section Financement du CNEH souligne dès maintenant qu'une deuxième économie de ce type est impossible sans compromettre la viabilité financière des maternités.

Si cette économie semble incontournable pour 2015, il est proposé de revoir les modalités d'application, avec effet au 1^{er} janvier 2015, de la façon suivante.

Le CNEH souhaite ne plus considérer l'économie imposée comme une économie à réaliser auprès du service de maternité, mais comme un prélèvement global sur le BMF de l'ensemble des hôpitaux généraux, hybrides et psychiatriques.

Certains membres estiment toutefois que, puisque l'économie a été annoncée initialement comme une économie ayant trait au service de maternité, elle ne peut s'appliquer qu'aux hôpitaux généraux (aigus). Ces membres se réfèrent également à des économies déjà appliquées et au sous-financement structurel dans un certain nombre de rubriques du BMF des hôpitaux psychiatriques et hybrides, ainsi que les besoins importants en ce qui concerne la psychiatrie médico-légale, les enfants et la jeunesse ... En outre, reprendre les hôpitaux psychiatriques et hybrides crée un précédent qui peut à l'avenir être appliqué dans les deux sens.

Le CNEH propose également d'isoler le financement du quartier d'accouchement du financement du service de maternité. L'activité du quartier d'accouchement est fonction du nombre d'accouchements et non de la durée de séjour au service de maternité.

Par analogie avec le financement distinct du service C et du quartier opératoire, la section Financement plaide en faveur de la création d'une norme de 9,6 ETP par 24 lits M (C/D = 12/30) et de répartir le solde du budget de la maternité, à l'exclusion du budget correspondant au supplément accordé pour les lits MIC et du budget octroyé pour le N*, ce qui correspond dès lors au financement du bloc d'accouchements, en fonction du nombre d'accouchements.

En ce qui concerne l'économie elle-même, le CNEH préconise ce qui suit:

1ère phase : L'économie à réaliser en 2015 de 18,727 millions € est diminuée du budget prévu pour le forfait « Reconditionnement 2015 » de 15,962 millions €. Après compensation, il reste un solde de (18,727 millions € - 15,962 millions € =) 2,765 millions € à économiser en 2015.

2ème phase : Pour réaliser l'économie restante de 2,765 millions € en 2015, 2 alternatives sont possibles:

Proposition 1 : Le solde est réparti au prorata des éléments (B1+B2) des hôpitaux concernés .

Proposition 2 : L'économie de 2,765 millions est réalisée par la réduction d'un demi-jour de la durée de séjour pour les APR-DRG 540 et 560, SOI 1 et 2 :

Apr Drg_FR	SOI	
560 - accouchement par voie basse	1	4,11
560 - accouchement par voie basse	2	4,48
540 - accouchement par césarienne	1	5,62
540 - accouchement par césarienne	2	6,39

Pour éviter qu'à la suite de cette dernière proposition, la diminution de la durée de séjour justifiée mette encore davantage sous pression la durée de séjour réelle et engendre une spirale à la baisse, le CNEH plaide pour l'introduction d'une durée de séjour justifiée fixe. Cette durée de séjour ne pourrait plus être adaptée qu'après une étude motivée.

Un certain nombre de membres ne peuvent marquer leur accord sur la mesure compensatoire proposée consistant à supprimer le forfait reconditionnement 2015. Ils estiment inacceptable de remettre en cause ledit forfait dans la mesure où des travaux ont été réalisés ou non (choix de l'institution) et qu'aucune annonce préalable de suppression du forfait n'a été faite *in tempore non suspecto*. Ces membres se réfèrent en outre au document « Explications à l'intention des Communautés et régions concernant le projet d'avis de la section Financement du CNEH ... ». Dans ce document reprenant la procédure entre Communauté/région et Fédéral n'apparaît, tant qu'à présent, à aucune étape la remise en cause du forfait.

La Section Financement déclare vouloir être associée à une étude approfondie visant à réorganiser les soins, depuis les soins prénatals jusqu'aux soins postnatals. Elle estime judicieux d'examiner les possibilités de nouvelles modalités de prise en charge et d'alternatives susceptibles d'écourter le séjour en hôpital.

Enfin, la Section Financement voudrait, dans ce contexte, formuler une recommandation : il y aurait lieu d'envisager de pouvoir facturer le séjour du nouveau-né en dehors du séjour de la mère dès la naissance de telle façon à pouvoir enregistrer distinctement de celui de sa mère les données relatives au séjour du nouveau-né.

Correction moyenne salariale

Concernant le personnel pris en compte pour le calcul de cette correction moyenne salariale, il est proposé par certains membres de revenir à la situation qui prévalait dans le passé, c'est-à-dire retenir pour le calcul du coût théorique salariale de l'hôpital (et donc du coût salarial théorique national) l'ensemble du personnel infirmier et soignant renseigné dans l'enquête ad hoc par l'hôpital et ne pas se limiter au seul personnel infirmier et soignant financé par le B2 (au travers du nombre de points « personnel ») et du B7.

Il est également proposé par d'autres membres de la Section Financement de garder la modalité de calcul actuelle, c'est-à-dire limiter le personnel pris en compte pour le calcul de cette correction moyenne salariale au seul personnel infirmier et soignant financé par le B2 (au travers du nombre de points 'personnel') et du B7.

Dans le cadre du calcul de cette 'correction moyenne salariale', la Section Financement insiste sur la nécessité de mettre en place des contrôles croisés des données de personnel utilisées par exemple au travers des données des RHM et du cadastre relatif à l'ensemble du personnel hospitalier – données FINHOSTA, cadastre qui permettra une standardisation et une plus grande fiabilité des données communiquées par les hôpitaux en matière de personnel occupé (voir à ce sujet l'avis CNEH/D/SF/102-3 du 13 mars 2014).

La Section Financement suggère également à Madame la Ministre d'examiner la faisabilité de l'abandon de cette 'correction moyenne salariale'.

Utilisation des NRG dans le calcul de la sous-partie B2.

1° En ce qui concerne le financement du caractère intensif des lits C, D et E.

-) En tout premier lieu, la Section Financement propose pour le financement du caractère intensif des lits C, D et E sur base des NRG de diviser la somme des points des épisodes de soins intensifs par le nombre total de jours-patients C, D, E, I et d'apporter cette correction avec effet rétroactif dans le calcul de la sous-partie B2 au 1^{er} juillet 2014.

-) Ensuite, elle est d'avis de garder pour le financement du caractère intensif des lits C, D et E les trois critères actuellement utilisés, la nomenclature, le RIM/NRG et le NPERCIZ et cela selon leur importance actuelle, à savoir 20 %, 40 % et 40 %. Certains membres suggèrent d'abandonner l'utilisation, dans ce contexte, de la nomenclature et d'accorder aux deux critères restants une pondération égale à 50%.

-) Par ailleurs, en ce qui concerne les modalités d'utilisation des NRG dans le financement des lits C, D et E à caractère intensif, certains membres plaident pour le maintien des modalités actuelles au travers d'un classement en déciles alors que d'autres sont favorables à la répartition du nombre de points 'disponibles' sur la base de la part de marché « points NRG des épisodes de soins intensifs » de chaque hôpital.

-) Enfin, il est proposé de supprimer la borne maximale d'oscillation de + ou -0,04 points par lit C, D et E par rapport au point par lit calculé sur base du RIM. Certains membres estiment que cette suppression ne peut être effective que pour autant que soient maintenues les pondérations actuelles (70 % RIM, 30 % NRG). Ces membres sont en effet d'avis que la modification de ces pondérations ne pourra intervenir que lorsque seront connus les résultats des analyses apportant les réponses aux questions qui se posent encore concernant l'utilisation des NRG dans le calcul de la sous-partie B2. D'autres membres par contre sont d'avis quant à eux qu'il n'est plus acceptable d'accorder une pondération de 70% aux données d'enregistrement RIM vieilles de près de 10 ans et qui ne sont plus du tout représentatives de l'activité infirmière actuelle. Ils reconnaissent aussi qu'un certain nombre de questions concernant la technique NRG doivent être examinées et trouver une réponse. Ils sont d'avis que ces questions ne peuvent être un facteur bloquant pour accomplir un pas supplémentaire dans l'utilisation des NRG et proposent dès lors d'accorder à chacun des deux critères un poids égal, soit 50% pour le RIM et 50% pour le NRG.

2° La Section Financement propose également de revoir la constitution des groupes C, D, E et soins intensifs de la manière suivante :

-) pour le groupe CD, tous les épisodes de soins à profil non intensif sur base des NRG, des unités de soins C, D, L et I (patients « adultes ») seraient retenus ;

-) pour le groupe E, tous les épisodes de soins à profil non intensif sur base des NRG, des unités de soins E et I (patients « enfants ») seraient retenus ;

-) pour le groupe soins intensifs, seraient retenus uniquement les épisodes de soins à profil intensif sur base des NRG indépendamment de l'unité de soins C, D, L, E ou I dans laquelle ils sont facturés.

Produits médicaux

La Section Financement considère que les critères de répartition de l'enveloppe 'points produits médicaux' doivent être revus.

La Section Financement examinera d'autres critères à l'horizon du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2016.

Données Nomenclature INAMI

La Section Financement attire l'attention de la Ministre sur la nécessité de mettre à jour pour le BMF au 1^{er} juillet 2015, les listes des prestations nomenclature utilisées dans le BMF, et en particulier les annexes 4 et 9 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, compte tenu des adaptations intervenues dans la nomenclature INAMI (insertion de nouveaux codes en remplacement de codes supprimés notamment en ce qui concerne les prestations de réanimation).

D'un point de vue général, la Section Financement attire l'attention de la Ministre sur la nécessité d'une adaptation automatique des listes de référence de codes INAMI figurant dans l'AR du 25 avril 2002 en parallèle à l'évolution de la nomenclature des soins de santé.

