**Arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19**, publié au Moniteur belge le 12 novembre 2020 (ci-après dénommé aussi « AR IFFE »).

**La FAQ peut toujours faire l'objet d'une adaptation.**

**Ce qui est modifié est indiqué en bleu.**

Cette FAQ est une explication de l'AR IFFE, du rapport y afférent et des arrêtés ministériels d’exécution.

Toute question concernant ce qui est susmentionné : (fin.fed.covid@health.fgov.be).

**Dans la table des matières : CTRL + clic sur le bouton gauche de la souris pour consulter l'élément souhaité**

Inhoud

[**1.** **Contexte** 2](#_Toc67817054)

[**2.** **Principales modifications apportées à la FAQ par rapport à la version du 14 décembre 2020** 3](#_Toc67817055)

[**3.** **La suite** 4](#_Toc67817056)

[**4.** **AR du 30 octobre 2020 fixant les modalités d’octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19** 5](#_Toc67817057)

[4.1. **Chapitre 1 : à quoi servent les interventions ?** 5](#_Toc67817058)

[4.2. **Chapitre 2 : intervention forfaitaire dans les frais exceptionnels : quels frais et quelles interventions ?** 5](#_Toc67817059)

[4.3. **Chapitre 3 : intervention pour les hôpitaux afin qu'ils puissent continuer à payer les frais de fonctionnement récurrents dans le cadre d'une diminution de leurs activités** 6](#_Toc67817060)

[***Q & R Chapitre 3*** 8](#_Toc67817061)

[4.4. **Chapitre 4 : intervention pour les activités supplémentaires des prestataires de soins habituellement financés par des honoraires** 9](#_Toc67817062)

[***Q & R Chapitre 4 (généralités, pour les MSF/MGF : cf. FAQ distincte)*** 12](#_Toc67817063)

[4.5. **Chapitre 5 : intervention pour la disponibilité des prestataires de soins qui sont rémunérés par des honoraires, dans le cadre de l'obligation de réserver un pourcentage de capacité en lits pour les soins COVID-19** 15](#_Toc67817064)

[4.6. **Chapitre 6 : modalités spécifiques pour les compensations aux prestataires de soins habituellement rémunérés par des honoraires (pour leurs activités supplémentaires et leur disponibilité)** 15](#_Toc67817065)

[4.7. **Chapitre 7 : Planning du calcul et des décomptes** 16](#_Toc67817066)

[***Q & R Chapitre 7*** 17](#_Toc67817067)

[4.8. **Chapitre 8 : généralités** 18](#_Toc67817068)

[4.9. **Interventions pour cotisations personnelles et tickets modérateurs** 18](#_Toc67817069)

[4.10. **Interventions pour les patients non AMI** 18](#_Toc67817070)

1. **Contexte**

Au moment de l'épidémie de coronavirus COVID-19, le secteur a indiqué que les hôpitaux pourraient rapidement être confrontés à des problèmes de liquidités en raison de la réduction des activités normales (et donc des recettes de facturation) alors qu’en même temps les charges habituelles étaient maintenues et que certaines charges exceptionnelles s’y ajoutaient. Comme il n'était pas encore possible à ce moment-là de faire une estimation correcte des moyens nécessaires pour fixer une intervention fédérale pour ces coûts, le gouvernement a procédé au versement d'avances de trésorerie. À cette fin, trois arrêtés royaux de pouvoirs spéciaux (n° 8 et n° 10 du 19 avril 2020 et n° 35 du 24 juin 2020) ont été adoptés, permettant au gouvernement de verser **une**  **avance totale de** **2 milliards d'euros** aux hôpitaux :

1. Fin avril, une avance d'un milliard d'euros a été accordée aux hôpitaux généraux au prorata du montant de leur facturation habituelle à l'INAMI. Ce montant sera comparé à l’intervention que le gouvernement prévoit pour la période COVID-19 du premier semestre 2020 pour les hôpitaux généraux et psychiatriques, avec un décompte provisoire fin 2020 et un décompte définitif en 2023.
2. En deux versements, fin juillet et début octobre, un montant supplémentaire d’un milliard d'euros a été accordé. En plus des hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques peuvent désormais bénéficier d'une avance sur l’intervention. La répartition provisoire entre les hôpitaux a de nouveau été basée sur le montant de leur facturation à l'INAMI. Ce montant sera comparé à l’intervention prévue pour le second semestre 2020, avec un décompte provisoire au premier semestre 2021 et un décompte définitif en 2023.

L'actuel AR IFFE fixe les objectifs, la méthode d'intervention et la méthode de calcul par budget partiel, ainsi que le timing de la régularisation pour les hôpitaux généraux et psychiatriques, en premier lieu pour le premier semestre 2020 et à étendre ensuite au second semestre. L'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) ainsi qu’une consultation approfondie et constructive au sein d'un groupe de travail mixte *ad hoc* Medicomut - CFEH ont servi de base à l’établissement des **principes** qui ont ensuite été traduits dans l’AR IFFE du 30 octobre 2020.

Les **montants** des forfaits hospitaliers pour les frais supplémentaires des hôpitaux (cf. ci-après 2.2) seront publiés dans des arrêtés ministériels distincts. Afin de déterminer les montants de ces forfaits pour les frais supplémentaires, le SPF SPSCAE a organisé des enquêtes successives auprès des hôpitaux, après la contribution du CFEH et un avis a été sollicité auprès de ce dernier. La participation d’un grand nombre d’hôpitaux ont permis de déterminer les frais supplémentaires sur une base objective.

Le décompte définitif des frais occasionnés par la crise COVID-19 pour les deux semestres de l'année 2020 est prévu pour 2023. Dans l'attente, des **décomptes semestriels provisoires** seront déjà effectués à court terme. Les soldes positifs (le montant calculé de l'intervention est supérieur à l'avance déjà octroyée) en faveur de l'hôpital seront payés immédiatement à l'hôpital, tandis que les soldes négatifs ne seront pas réglés avant 2023, par le biais des montants de rattrapage du BMF. Concrètement, pour le premier semestre, cela signifie que tous les hôpitaux psychiatriques se verront accorder un montant (solde positif), car ils n'ont pas reçu d'avance pour cette période.



1. **Principales modifications apportées à la FAQ par rapport à la version du 14 décembre 2020**

De nouvelles précisions sont apportées à cette FAQ. Les plus importantes sont les suivantes :

* un **nouveau décompte provisoire** pour le premier semestre 2020 est prévu après le décompte provisoire du second semestre ;
* pour le **second semestre 2020**, le ministre souhaite suivre les principes de l’AR IFFE 1 y compris ce qui sera précisé ou ajouté dans l’AR IFFE 2 (à l’exception des financements uniques (les forfaits de démarrage et les interventions pour les formations données et suivies) sous réserve de corrections et précisions limitées et avec quelques interventions spécifiques comme la prime d’encouragement exceptionnelle et les forfaits d’implication) ;
* concernant les **MSF et MGF** (pour lesquels il existe aussi une FAQ spécifique) :
	+ tous les MSF et MGF en milieu hospitalier entrent en ligne de compte pour leurs activités de soins au sein de l’hôpital, y compris s’ils ont apporté un soutien temporaire ou à temps partiel au cadre médical durant la crise et si leurs activités normales se situent en dehors de l’hôpital ou hors du cadre des soins à l’hôpital;
	+ l’enveloppe hospitalière prévue pour les MSF et MGF, composée d’un montant par ETP médecin en formation et pour des efforts supplémentaires, doit être octroyée **exclusivement** aux MSF et MGF qui ont travaillé à l’hôpital au cours de la période concernée ;
	+ pour l’intervention servant à la continuité du versement du salaire de base du MSF, le rôle du maître de stage est précisé ;
	+ une nouvelle enquête est prévue pour le premier semestre 2020 concernant les MSF et MGF;
* en ce qui concerne **le pourcentage de prélèvements**, il est demandé à chaque hôpital de fournir la documentation prévue par l’AR IFFE, accompagnée de l’accord du conseil médical et du réviseur d’entreprise (voir circulaire du 9 mars 2021). La date de soumission (initialement demandée le 12 avril) est reportée à une date ultérieure encore à annoncer en concertation avec l’association des Réviseurs;
* dans les décompte provisoires les interventions pour **les tickets modérateurs, les quotes-parts personnelles des bénéficiaires, la marge « implants »**  et pour les **patients non couverts par l’AMI** sont ou seront calculées;
* pour ce qui est du financement des activités supplémentaires des prestataires de soins habituellement financés par les honoraires, il est indiqué quand et comment il est tenu compte des médecins et autres prestataires de soins, des prestataires de soins salariés ou indépendants, etc.
1. **La suite**

Comme déjà indiqué au point 2, le ministre envisage une extension des interventions au-delà des montants à charge de l’AMI, c'est-à-dire en intervenant dans le manque à gagner sur le **ticket modérateur**, les **quotes-parts personnelles** ou la **marge de délivrance des implants**, ainsi qu'en indemnisant la perte de recettes provenant des **patients non OA** de la même manière que ce qui est prévu pour les patients AMI. Il a également prévu un nouveau **forfait pour les prestataires de soins** (forfait d’implication) actifs pendant la deuxième vague. Les principes de son attribution ont été établis en concertation avec le groupe *ad hoc* CFEH-Medicomut et sur base de l'avis du CFEH. Les ajouts, corrections et **extensions au second semestre** feront l’objet d’un AR modificatif de l’AR IFFE, mais les décomptes provisoires en tiennent ou en tiendront déjà compte

L’envoi du décompte provisoire des hôpitaux généraux relatif au premier semestre a fait apparaître plusieurs corrections ou précisions à apporter. Il s’agit des erreurs méthodologique, par exemple de la non-utilisation des montants et du nombre de lits les plus récents (issus de l’arrêté ministériel fixant les forfaits pour les hôpitaux généraux) ou du fait que certaines données ont été actualisées depuis, etc. Dans l’optique de ce **nouveau décompte provisoire** du premier semestre, les hôpitaux auront la possibilité de réintroduire certaines données pour la même période et de fournir des données supplémentaires comme sur les médecins en formation.

En ce qui concerne les médecins en formation, nous attirons l’attention sur le fait qu’une FAQ spécifique a été publiée reprenant toutes les informations et explications sur les indemnités complémentaires relatives aux MSF et MGF (voir [https://www.health.belgium.be/fr/sante /organisation-des-soins-de-sante/hôpitaux /financement-des-hôpitaux/hôpitaux/Document](https://www.health.belgium.be/fr/sante%20/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux%20/financement-des-hopitaux/hopitaux#Document))

Comme déjà indiqué sous point 2, une circulaire du 9 mars 2021 a été envoyée aux gestionnaires d’hôpitaux et aux présidents des conseils médicaux, demandant des explications concernant le **pourcentage de prélèvements** communiqué, ainsi que l’accord à ce sujet de la part du président du conseil médical et du réviseur d’entreprise (voir art. 4, §3.2.2 de l’AR IFFE et point 3.3 ci-après). La date de soumission est reportée et sera communiquée.

Un **reporting hospitalier** sera également mis au point, comme le prévoit l’AR IFFE (art. 10, 3.) Ce reporting portera en particulier sur l’utilisation des moyens prévus dans l’article 6 de l’AR IFFE.

Par ailleurs, la possibilité, sur le plan juridique, de soutenir à nouveau les hôpitaux et les prestataires hospitaliers en cette période difficile persistante, en relation avec les évolutions de la **situation COVID en 2021**, est actuellement en préparation au niveau des administrations et pourra ensuite être examinée par les autorités

1. **AR du 30 octobre 2020 fixant les modalités d’octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19**
	1. **Chapitre 1 : à quoi servent les interventions ?**
2. *Pour les* ***frais exceptionnels*** *occasionnés par l'épidémie de coronavirus COVID-19 qui ne sont pas couverts par les financements habituels (détaillés au Chapitre 2 de l'AR).*
3. *Pour les* ***frais de fonctionnement récurrents*** *alors que les hôpitaux sont confrontés à une diminution de leurs activités régulières et de leurs recettes (détaillés au Chapitre 3 de l'AR).*
4. *Pour les* ***activités supplémentaires*** *des prestataires de soins, qui ne sont pas couvertes par les financements habituels (détaillées au Chapitre 4 de l'AR).*
5. *Pour l'obligation de* ***disponibilité*** *d'un pourcentage de la capacité pour les soins COVID-19 (détaillée au Chapitre 5 de l'AR).*
	1. **Chapitre 2 : intervention forfaitaire dans les frais exceptionnels : quels frais et quelles interventions ?**

Les soins dispensés dans le cadre de cette épidémie entraînent des frais de fonctionnement supplémentaires, notamment pour l'achat de matériels et services en tout genre, et des frais de personnel supplémentaires, en raison de l'augmentation du nombre de travailleurs et de la nécessité pour le personnel régulier d'accomplir davantage de prestations supplémentaires et de services de garde.

Les différents montants X et Y pour le premier semestre seront fixés par arrêtés ministériels, sur la base des informations récoltées auprès des hôpitaux qui ont participé volontairement aux enquêtes et sur la base des avis du CFEH.



* 1. **Chapitre 3 : intervention pour les hôpitaux afin qu'ils puissent continuer à payer les frais de fonctionnement récurrents dans le cadre d'une diminution de leurs activités**

L’AR garantit des interventions aux hôpitaux afin qu'ils puissent continuer à supporter les frais de fonctionnement récurrents et assurer la continuité des soins. De nombreuses prestations, et par conséquent facturations et recettes, disparaissent lors d'une recrudescence de la COVID-19, tandis que l'hôpital est confronté à des frais fixes et récurrents.

Le montant « normal » est garanti. Afin de déterminer le montant de l'intervention, il est tenu compte des facturations qui ont (tout de même) eu lieu pendant la période COVID concernée, de mars à juin 2020 inclus, au cours de laquelle la majorité des activités régulières ont été progressivement réduites.

Cf. article 4, § 2 :

Les budgets ci-dessous sont « corrigés » pour le premier semestre ou pour la période de mars à juin 2020, par hôpital jusqu'à 100 % du budget calculé, prévu ou attendu pour 2020 s’il n’y avait pas eu cette épidémie. Ce « budget attendu » est calculé sur la base de la facturation des prestations dont la date se situe au cours de la même période de 2019, telle que reprise dans les documents P de l'INAMI, augmentée de l'index global des honoraires 2020.

Il est donc garanti que les budgets suivants sont complétés jusqu'à 100 % du montant attendu en circonstances normales, par hôpital :



Comme cela a déjà été mentionné, le même principe sera appliqué pour toute la période du second semestre 2020.

Pour les frais de fonctionnement supportés par l'hôpital pour l'exécution des prestations INAMI, habituellement compensés par des retenues d’**honoraires** (article 4, §3) :

1. Pour chaque hôpital, il convient de vérifier dans un premier temps s'il existe une intervention financière pour cette partie, à l’aide du paramètre suivant :



Où :



L’AR permet une intervention pour ce budget partiel et « corrige » cette perte uniquement si, comme on peut s'y attendre au moins pour la première période COVID, l'hôpital a facturé moins d'honoraires à partir de mars jusqu’au juin 2020 par rapport à la même période de 2019 (compte tenu de l'indexation globale des honoraires en 2020) ou Ai < 0.

Dans la « facturation 2020 », il n’est pas tenu compte de la facturation des nouveaux codes de nomenclature. Ces nouveaux codes de nomenclature (p. ex. pour les tests PCR) s’accompagnent en effet de frais de fonctionnement complémentaires des hôpitaux. Par contre, les nouveaux codes de nomenclature 2020 seront pris en compte pour des prestations qui se substituent à d’autres prestations (p. ex. téléconsultation au lieu de consultation). Enumération de ces codes en annexe.

1. Si la condition pour cette intervention est remplie, le SPF SPSCAE calcule, en se fondant sur l’AR, le budget à octroyer de chaque hôpital sur la base du pourcentage moyen de prélèvements Xi. L'hôpital propose lui-même le pourcentage de prélèvements Xi ; la méthode de calcul s'effectue en accord entre le gestionnaire et le Conseil médical. Elle est concise mais soigneusement documentée. La justification est demandée, avec la confirmation du conseil médical et du réviseur d’entreprise (voir la circulaire dd. 9 mars 2021). Dans le cadre des calculs provisoires de 2020, Xi est utilisé pour déterminer le montant provisoire.



Les pourcentages qui ont été transmis par les hôpitaux dans la collecte de données du premier semestre s’écartent fortement de ce que l’administration peut déduire des informations issues de la collecte de données statistiques FINHOSTA pour l’année 2018. C’est pourquoi il est demandé, par voie de circulaire (9 mars 2021), à chaque hôpital (gestionnaire et président du conseil médical) de préciser sur base de quelles données l’hôpital a calculé le pourcentage de prélèvements communiqué. Ces données ainsi que l’explication doivent être documentées et détaillées sur la base des éléments comptables, qu’il s’agisse des recettes ou des frais, ainsi que des autres explications vérifiables grâce à des sources officielles. Ces explications basées sur la comptabilité doivent être validées dans leur ensemble par le réviseur d’entreprise, qui dès lors en confirme l’exactitude.

Dans l’éventualité où cette procédure donnerait pour certains hôpitaux un taux de prélèvement différent de celui préalablement communiqué, le taux validé par le réviseur d’entreprise remplacerait le taux de prélèvement initialement communiqué, lors du décompte définitif, comme le prévoit l’AR IFFE.

1. Les administrations calculent le montant de ce budget partiel par hôpital : **Xi \* Ai**

***Q & R Chapitre 3***

* Que sont les « documents P » de l’INAMI ?
* *Les documents P sont des données semestrielles que les organismes assureurs transmettent à l'INAMI dans un délai de quatre mois. Ces données englobent les prestations effectuées, les prestataires de soins, les prescripteurs, les lieux où les prestations ont été effectuées et les lieux d'hospitalisation (mais n’englobent pas les prestations par patient).*
* *Grâce aux documents P, l’INAMI dispose de la facturation des honoraires pour les patients hospitalisés et ambulatoires des hôpitaux à tous les organismes assureurs, par mois de prestation et de facturation et les comptabilise à 2 moments de l'année : le 30 juin et le 31 décembre.*
* Pourquoi les données de facturation dans le décompte provisoire sont-elles encore incomplètes et cela sera-t-il encore le cas dans le décompte définitif ?
* *Dans le premier décompte provisoire (fin 2020 pour le premier semestre 2020), il a été tenu compte de la facturation du premier semestre (respectivement de 2019 et 2020) en possession de l’INAMI au 30 juin.*

*D’une part, l’hôpital peut encore facturer jusqu’à 2 ans après la date de prestation et la facturation elle-même risque donc d’être encore incomplète avant fin 2022. D’autre part, les données de facturation hospitalière ne sont pas directement en possession de l’INAMI, qui les reçoit après traitement des organismes assureurs.*

*La méthode conduit donc inévitablement à des données de facturation incomplètes. Cependant, les données de facturation sont obtenues de la même manière pour les deux années, de sorte que la comparaison (entre 2020 et 2019) donne une idée générale. C’est le cas dans une moindre mesure pour les hôpitaux qui ont connu un retard de facturation lors d’une des deux années.*

* *Lors du décompte définitif, les données de facturation seront complètes, car le calcul sera effectué avec les facturations AMI au 31 décembre 2022 avec date de prestation dans le premier semestre 2020. À ce moment-là, la période de facturation légale (de 2 ans à partir de la date de prestation) sera dépassée.*
* Si le décompte provisoire mène à des montants « indicatifs », le décompte provisoire a-t-il du sens ?
* *Le décompte provisoire permet à chaque hôpital, dans un premier temps, de voir la méthodologie utilisée et les paramètres utilisés. Sur base de la méthode de travail, et dans l’optique du dépôt des comptes annuels 2020, l’hôpital pourra, avec ses propres données de facturation, évaluer correctement le montant à percevoir en 2023 pour 2020. Le premier décompte provisoire comporte quelques erreurs qui seront corrigées dans un nouveau décompte provisoire pour le premier semestre 2020 (p. ex. décomptes par convention et par type de forfait hôpital de jour, montants exacts pour les forfaits des surcoûts et nombre correct de lits de l’arrêté ministériel, indemnisation correcte des MSF et MGF après nouvelle collecte de données, rectifications ponctuelles...)*

*En vue d’un calcul correct, le premier décompte provisoire a montré que pour certains problèmes spécifiques (biologie clinique et anatomopathologie), une analyse et une concertation plus approfondies s’imposent encore.*

*En outre, un financement sera octroyé aux hôpitaux généraux sans service de soins intensifs, à condition qu’ils aient eu des activités en lien avec la COVID-19 ou aient prévu une capacité d’accueil pour ce type de patients. Cela sera également repris dans la modification légale.*

* 1. **Chapitre 4 : intervention pour les activités supplémentaires des prestataires de soins habituellement financés par des honoraires**

Le schéma ci-dessous indique quelles interventions sont prévues dans quels cas.

* Certaines interventions ne sont pas prévues pour les hôpitaux psychiatriques dans les cas où certaines activités, pour lesquelles une indemnité financière est prévue, ne sont pas pratiquées dans ces hôpitaux.

Certaines prestations supplémentaires font déjà l'objet d'un financement pour les prestataires de soins salariés et l'intervention est par conséquent réservée aux prestataires de soins indépendants, car (cf. Chapitre 3 de l'AR) le coût des prestataires de soins salariés est déjà garanti à l'hôpital comme partie des frais de fonctionnement récurrents financés par le biais des honoraires, et une deuxième intervention n’est donc pas prévue.

À l’exception des interventions pour les MSF/MGF, qui disposent de deux primes brutes individuelles garantie (250€ par mois à partir de mars et montant unique de 985€ par ETP pour les prestations de septembre à novembre) et d’une enveloppe commune pour les gardes prestées par les médecins en formation, permanences et engagements supplémentaires (composée de 600€ par mois par ETP MSF/MGF), interventions qui sont destinées exclusivement aux MSF/MGF, le Conseil médical dispose d'une autonomie assez large dans l'attribution du montant pour autant que l’objectif de l’intervention soit respecté. Les moyens soient alloués aux médecins indépendants ou autres prestataires de soins qui sont rémunérés par des honoraires et qui ont presté des activités liées aux soins, à l'organisation, à la coordination, à la communication, etc. ou aux formations dans le contexte et à cause de l’épidémie de coronavirus COVID-19. Ceci englobe également la concertation dans le cadre des plans de crise et d'urgence et de la stratégie de sortie de crise au sein de l'hôpital.

Les critères d’attribution ainsi que les attributions seront demandés dans le cadre du *reporting* (cf. article 10 de l’AR).

Il est à noter que l'intervention dans la rémunération de base des MSF (cf. article 6 § 2 et § 3, e), 1.) n'est prévue que si leur coût salarial est supporté par les médecins indépendants, les pools de médecins, etc. L’intervention est également prévue si, par exemple, l’hôpital fait office d’organisme de paiement, mais récupère ensuite intégralement ces montants auprès de(s) (association de) médecins indépendants. Si les hôpitaux prennent en charge le coût salarial des MSF, le financement est déjà prévu par l'article 4, § 3. Le calcul sera donc basé sur le nombre d'équivalents temps plein MSF qui sont (finalement) à charge d'un prestataire de soins indépendant et non de l'hôpital, comme indiqué par l’hôpital d’affectation dans les informations fournies lors de la collecte de décembre 2020.



Représentation schématique des budgets partiels qui se rapportent aux MSF et MGF dans les hôpitaux durant les mois de 2020 en question :







***Q & R Chapitre 4 (généralités, pour les MSF/MGF : cf. FAQ distincte)***

* Qui entre en ligne de compte pour ces rémunérations ?
	+ *Tous les prestataires de soins financés par des honoraires. Le calcul de l’intervention se fait indépendamment de l’octroi. Le but est de prévoir une indemnisation correcte des efforts non rémunérés ou sous-rémunérés durant l’épidémie de COVID-19 pour les prestataires de soins qui se sont mobilisés, proportionnellement à ces efforts.*
	+ *Outre les médecins, d'autres prestataires de soins sont habituellement financés par des honoraires et entrent en ligne de compte pour la rémunération des activités supplémentaires, toujours à condition qu'ils aient participé à des activités liées à l'épidémie de coronavirus COVID-19 (p. ex. les permanences, l'organisation et la coordination COVID-19, la stratégie de sortie de crise, le plan d'urgence et la gestion de crise, les formations, le soutien dans le domaine de l'hygiène hospitalière et dans la lutte contre les infections, ...).*
	+ *Les prestataires de soins qui ne sont normalement pas actifs dans l'hôpital mais qui ont été mobilisés pendant l'épidémie de coronavirus COVID-19, peuvent également entrer en ligne de compte. Il peut s'agir de MSF qui suivent un trajet scientifique, de médecins qui ne sont plus actifs (dans un hôpital), ...*
	+ *Un nombre limité de budgets partiels est également prévu pour les prestataires de soins salariés qui sont financés par des honoraires. L’hôpital a toutefois continué de verser leur salaire mensuel normal, et l'article 4, § 3, de l’AR prévoit déjà une intervention dans ce cadre pour l'hôpital.*
	+ *Il existe un certain nombre de budgets partiels (adaptation des permanences aux urgences au soins intensifs, coordination médicale, hygiène hospitalière et prévention des infections, formation donnée et suivie) uniquement pour les prestataires de soins indépendants qui, dans des circonstances normales, gagnent un revenu grâce à la facturation de prestations. Si, pendant l'épidémie de coronavirus COVID-19, ces prestataires de soins se sont engagés d'une autre manière dans les soins COVID-19 sans pouvoir facturer des prestations pour ces soins, ils ont droit à une rémunération pour leur contribution.*
	+ *Dans la collecte des données, les prestataires indépendants et salariés (médecins et autres) doivent être enregistrés de manière nominative avec une détermination correcte de leur temps de travail consacré à des activités conduisant à la facturation d'honoraires (en ETP), donc à l’exclusion des activités financés via le BMF, conventions INAMI, contrats B4,….*
* Qui ou quel organe décide dans chaque hôpital individuel qui a droit à une intervention ? et quel montant d’ interventions?
	+ *Aucune concertation n'est requise pour la prime brute mensuelle versée aux MSF/MGF, l'instance qui paie en temps normal peut le faire immédiatement.*
	+ *Le Conseil médical décide de l’octroi des interventions aux médecins avec le statut d'indépendant.*
	+ *L'hôpital décide pour les prestataires de soins qui portent le statut de salarié, ainsi que pour les prestataires de soins (autres que les médecins) avec un statut d'indépendant, à moins qu'il est établi un organe ad hoc pour ces prestataires de soins au niveau de l'hôpital.*
* De quelle manière l'attribution effective des interventions par hôpital sera-t-elle vérifiée via le reporting prévu à l’article xx ?
* *Pour tous les budgets partiels concernant les prestataires de soins habituellement rémunérés par des honoraires facturés, un ‘template’ sera fourni dans lequel les critères ou principes d’attribution pourront être inclus pour chaque budget partiel. Une attention particulière sera accordée à l'attribution aux MSF/MGF.*
* Un **délai** a-t-il été fixé pour les paiements aux bénéficiaires désignés par le Conseil médical (y compris les MSF et les MGF qui suivent un stage en milieu hospitalier) ?
* *L’AR actuel IFFE n’impose de délais de paiement pour aucun bénéficiaire. Seuls les décomptes provisoires ou définitifs aux hôpitaux ont été prévus, jamais le délai d’utilisation ou d’exécution par l’hôpital ou par le Conseil médical. La modification de l’AR IFFE prévoira un délai de paiement, en tout cas pour les MSF/MGF.*
* *Les hôpitaux ont reçu deux circulaires, du 17 décembre 2020 et du 5 mars 2021, concernant les interventions pour les MSF et MGF, dans lesquelles il est demandé, en plus du paiement habituel de la rémunération de base, de verser le plus rapidement possible l’intervention unique exceptionnelle de 985 euros aux MSF et MGF et au plus tard pour le 30 avril 2021. Dans ces circulaires, le ministre insiste aussi pour que toutes les obligations vis-à-vis des médecins en formation soient respectées le plus rapidement possible. Si l’hôpital qui perçoit les interventions pour ces mesures (= l’hôpital où le MSF et le MGF sont employés) n’est pas l’organisme de paiement habituel, il est demandé que les accords nécessaires soient pris rapidement avec l’organisme de paiement. De plus amples explications sont indiquées dans la FAQ consacrée aux MSF et MGF.*
* Comment le gouvernement assurera-t-il le suivi de l’octroi des rémunérations ?
* *L’AR IFFE prévoit que les hôpitaux doivent faire rapport de l’utilisation des montants à l’autorité (cf. art. 8, §7 et art. 10, 3.)*
* *Pour la partie MSF, un reporting très détaillé sera demandé, en tenant compte de toutes les parties allouées (rémunération de base, prime brute mensuelle de 250 €, rémunérations de garde et permanence – et la prime du second semestre). La façon dont le Conseil médical a réparti le budget et a alloué les montants individuels et globaux pourra donc être vérifiée pour chaque hôpital.*
* *Un outil de reporting adapté sera transmis aux hôpitaux en 2021, à compléter et à transmettre obligatoirement aux administrations.*
* Les budgets partiels sont établis sur la base du financement existant pour les activités connues et rémunérées. Chaque budget partiel doit-il également être accordé au bénéficiaire habituel de cette rémunération ?
* *L’article 6, § 2, du Chapitre 4 de l'AR dresse la liste des activités supplémentaires qui pourraient être réalisées par des prestataires de soins habituellement financés par des honoraires, pour la bonne organisation des soins COVID-19.*

*Une intervention est prévue pour chacune de ces activités supplémentaires (cf. budgets au §3 de l'AR). Ces budgets partiels rassemblés représentent le montant disponible pour les prestataires de soins rémunérés par des honoraires, et sont calculés par hôpital.*

*La destination finale de ces moyens, pour des activités COVID qui ne peuvent pas être facturées mais qui s’avèrent nécessaires, sera discutée et décidée par l'organe adéquat. Les activités énumérées dans l’AR servent ici surtout de fil conducteur, mais ce sont les efforts supplémentaires fournis au sein de l'hôpital qui détermineront l’attribution de ces interventions.*

*Seule la prime brute mensuelle (250 € + cotisations sociales à charge de l'employeur) octroyée à chaque MSF est fixée, aussi bien en termes de bénéficiaires que de montant.*

*L’enveloppe de l’hôpital pour les MSF et MGF ne peut être utilisée qu’en faveur des MSF et MGF. La répartition exacte fait l’objet d’une décision du conseil médical pour, entre autres, indemniser les gardes et permanences, mais aussi d’autres formes d’efforts supplémentaires fournis par les MSF/MGF dans le cadre de la gestion de crise au niveau de l’hôpital. De plus amples explications sont indiquées dans la FAQ consacrée aux MSF et MGF.*

* + *Le calcul visant à déterminer le budget partiel par hôpital (sur la base des rémunérations existantes ou de la nomenclature pour les activités connues) est donc distinct des rémunérations supplémentaires liées à des activités COVID. Concrètement, cela signifie également que les moyens obtenus p. ex. via les rémunérations de permanence ne doivent pas être exclusivement utilisés pour la permanence, mais peuvent également être octroyés pour rémunérer d'autres activités COVID.*
	1. **Chapitre 5 : intervention pour la disponibilité des prestataires de soins qui sont rémunérés par des honoraires, dans le cadre de l'obligation de réserver un pourcentage de capacité en lits pour les soins COVID-19**

À partir du 1er juin 2020, pour chaque lit intensif et non-intensif à réserver obligatoirement, un montant est mis à la disposition des prestataires de soins qui sont rémunérés par des honoraires, uniquement en phase 0.

Pour l'impact résultant de la réservation de lits dans la phase 0 du « Surge Capacity plan » sur l'activité des prestataires de soins financés par des honoraires, un « forfait de disponibilité » est accordé par lit réservé à partir du 1er juin 2020. Les lits réservés concernent les lits d'hôpitaux intensifs et non intensifs, à savoir : 15 % des lits intensifs agréés (n) + 4\*n lits non intensifs, comme imposé par le Comité « Hospital & Transport Surge Capacity » dans la communication du 17 juin 2020.

Cette intervention est calculée sur la base de la moyenne nationale des honoraires facturés (par lit) à l’INAMI pour les séjours hospitaliers en 2018.

Le Conseil médical (pour les médecins indépendants) ou l'hôpital (pour les salariés) ou l’organe ad hoc (pour les autres prestataires indépendants) décide, en fonction des prestataires, de l’octroi du budget global (montant par lit x nombre de lits réservés en phase 0).

* 1. **Chapitre 6 : modalités spécifiques pour les compensations aux prestataires de soins habituellement rémunérés par des honoraires (pour leurs activités supplémentaires et leur disponibilité)**

Quand les montants pour les prestataires de soins sont calculés sur la base des codes de nomenclature existants, on suppose que 70 % de l'intervention INAMI revient aux prestataires de soins. Le montant de cette intervention du gouvernement fédéral correspond alors à ces 70% (et non la partie pour l'hôpital).

Dans la demande des données hospitalières en vue du premier décompte fin 2020, il est prévu de communiquer les informations suivantes : ETP médecins (y compris les dentistes et pharmaciens-biologistes cliniciens), ETP MSF (y compris les MGF en cours de stage au sein de l'hôpital) et ETP autres prestataires de soins disposant de codes INAMI dans la mesure où les honoraires INAMI sont facturés à leur nom. Étant donné que les budgets partiels en dépendent, le statut des prestataires de soins est aussi demandé. En effet, dans les hôpitaux dont les prestataires de soins sont (partiellement) salariés, le salaire mensuel fait partie des frais de fonctionnement récurrents de l'hôpital, tout comme pour les autres employés de l'hôpital. Ce coût fait donc déjà l'objet d'une intervention en application du Chapitre 3 de l'AR IFFE.

Dans la mesure où cela concerne des médecins indépendants, le Conseil médical est l'organe qui attribue les montants. Pour les autres prestataires de soins, la responsabilité incombe à un organe *ad hoc* ou, si celui-ci n’existe pas, à l'hôpital (gestionnaire).

* 1. **Chapitre 7 : Planning du calcul et des décomptes**

Un décompte provisoire du premier semestre 2020 a été effectué fin 2020. Pour fin juin (hôpitaux généraux) et en automne 2021 (hôpitaux psychiatriques), il y aura le calcul provisoire pour le second semestre 2020 (dates indicatives). Par après, il y aura un nouveau décompte pour le premier semestre 2020 avec une série de corrections.

Le détail du calcul sera communiqué à chaque hôpital :

* si votre hôpital présente un solde positif sur la base du calcul provisoire, ce montant sera versé sur le compte bancaire de l'hôpital à brève échéance et en une seule fois.
* Si votre hôpital présente un solde négatif sur la base du calcul provisoire, aucune liquidation (autrement dit recouvrement) n'aura lieu pour le moment.

L’AR prévoit des interventions financières considérables pour les hôpitaux. L’AR évite toutefois un double financement en tenant compte des coûts qui ont été ou sont « répercutés » sur une autre partie. Lors de l’octroi de l’intervention, il est tenu compte du chômage temporaire, des marchandises fournies par le gouvernement et de la non-augmentation des suppléments d’honoraires et des prélèvements à l’hôpital (cf. respect des conditions de l’article 10 - aucune augmentation des suppléments d’honoraires ni des prélèvements à l’hôpital). Ces éléments ne seront pas pris en compte dans les décomptes provisoires fin 2020 mais lors du décompte définitif en 2023

Le décompte définitif suivra en 2023 sur la base des données complètes pour toute l'année 2020. Tant les soldes négatifs que les éventuels soldes positifs non encore attribués, qui résulteront de cet exercice, seront repris dans les montants de rattrapage du budget des moyens financiers de l'hôpital concerné du 1er juillet 2023. À ce moment-là, les règles normales pour faire valoir ses observations par rapport au budget des moyens financiers calculé s'appliqueront, étant entendu que :

* le gestionnaire, en collaboration avec le président du Conseil médical, doit vérifier s'il est possible de parvenir à un accord avec la régularisation définitive ;
* après les observations de l'hôpital et du président du Conseil médical, les informations concernant la décision du ministre sont communiquées au CFEH et au Comité de l'assurance de l'INAMI.

L'intervention définitive dépend de la facturation en 2020. Étant donné que la facturation est possible jusqu'à 2 ans après la date de prestation, et que par la suite, les organismes assureurs doivent encore transmettre ces données à l'INAMI, le calcul provisoire de fin 2020 (premier semestre) et mi-2021 (deuxième semestre) est donc basé sur une facturation éventuellement incomplète. C'est pour cette raison que le décompte définitif aura lieu en 2023, qui est le moment le plus proche possible pour identifier correctement tous les paramètres.

***Q & R Chapitre 7***

* Pourquoi y a-t-il un décompte provisoire et un décompte définitif ?
	+ *Les informations sont encore incomplètes en 2020 et même en 2021 et le gouvernement n’est pas encore en mesure de procéder à un contrôle complet et approfondi :*
		- *L’intervention définitive dépend de la facturation au cours des mois de mars à juin 2020, pour plusieurs calculs en exécution de l’AR (ajustements au budget « normal »). La facturation est possible jusqu’à deux ans après la date de prestation. Les calculs provisoires par semestre de 2020 sont donc basé sur une facturation éventuellement incomplète, ou connus/comptabilisés de manière incomplète par l'INAMI.*
		- *Le contrôle des informations communiquées par les hôpitaux ne sera pas encore complètement terminé d'ici la fin de l'année 2021. Si des erreurs devaient toutefois être détectées ou si des explications complémentaires sont nécessaires, il sera alors toujours possible d’y remédier dans le décompte définitif 2023. Le taux de prélèvement communiqué sera p. ex. appliqué, mais le contrôle sera que effectué en 2021.*
* Le chômage temporaire sera-t-il déjà pris en compte dans les décomptes provisoires de 2020 ?
	+ *Non, il ne sera pas pris en compte dans les décomptes provisoires.*
	+ *Toutefois, les hôpitaux sont déjà tenus de communiquer cette information lors des collectes de données : si, au cours de 2020, l'hôpital a eu recours au régime de chômage temporaire, alors les nombres d'équivalents temps plein concernés par le chômage temporaire doivent déjà être introduits conformément à la classification Finhosta. Les nombres pour l'ensemble de l'hôpital (tous les centres de frais) doivent être remplis, à l'exception des centres de frais pour les services non hospitaliers 9XXX.*
	+ *Le montant qui sera déduit par ETP en cas de chômage temporaire lors du décompte final doit encore être décidé.*
* Les équipements de protection individuelle, les produits pharmaceutiques et/ou les dispositifs médicaux reçus par le biais de l'AFMPS seront-ils déjà pris en compte dans le premier décompte provisoire de fin 2020 ?
	+ *Non, ces fournitures ne seront pas encore prises en compte dans le premier décompte.*
	+ *L'AFMPS et l'INAMI fourniront les informations nécessaires au décompte par hôpital.*
* Des corrections s’avèrent nécessaires dans le premier décompte provisoire. Les hôpitaux doivent-ils attendre le décompte définitif de 2023 ?
	+ *Non. Comme déjà dit plus haut, un nouveau décompte provisoire pour le premier semestre 2020 sera réalisé pour l’automne 2021.*
	1. **Chapitre 8 : généralités**

L'intervention financière fédérale exceptionnelle ne sera pas accordée dans sa totalité si l'hôpital récupère les coûts liés à l’épidemie d'une autre manière, en augmentant les suppléments d'honoraires ou en augmentant les prélèvements à l'hôpital.

Chaque hôpital a l'obligation de justifier l'utilisation des budgets. Le gouvernement développera à cette fin un outil de reporting dans le courant du premier trimestre 2021. Les hôpitaux en seront informés en temps utile.

* 1. **Interventions pour cotisations personnelles et tickets modérateurs**

Les tickets modérateurs et quotes-parts personnelles, déduites des données de facturation INAMI (cf. l’ajustement de la facturation), seront compensés si les facturations sont moindres en 2020 qu’en 2019. L’ « ajustement » est limité aux honoraires et aux médicaments, étant donné qu’aucun ticket modérateur n’est facturé au patient pour les autres rubriques comme les conventions INAMI, l’hôpital de jour...

* 1. **Interventions pour les patients non AMI**

Sur base du dernier pourcentage de patients non AMI de chaque hôpital dont dispose le SPF, qui est utilisé dans le calcul du BMF, un montant est ajouté à l’« ajustement » dans la facturation, pour les honoraires, mais aussi pour les conventions INAMI, l’hôpital de jour et les forfaits de médicaments. L’intervention dans les quotes-parts personnelles et les tickets modérateurs est elle aussi majorée pour les patients non AMI.

Pour le décompte final de 2023, on utilisera le pourcentage exact de l’hôpital connu d’ici là pour les patients non AMI pour l’année 2020.

***Annexe***

