



Nos réf : CGH/AP/CC/Circulaire BMF 2012-2

Circulaire

Date: **13 JUIL. 2012**

à l'attention du gestionnaire de l'hôpital

Contact : Votre gestionnaire de dossier
Tél. : 02.524.87.00.
Fax : 02.524.87.79.

OBJET : Budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2012

Modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Madame, Monsieur,

La présente circulaire vise à préciser les modifications qui vont être apportées à l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux aux 1^{er} janvier et 1^{er} juillet 2012.

Le projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 est actuellement soumis aux procédures légales et réglementaires requises.

Je me permets également de vous renvoyer à la circulaire du 19 décembre 2011 sur le budget des moyens financiers au 1^{er} janvier 2012 pour les mesures d'application à compter du 1^{er} janvier 2012.

Sous-partie A1

A. Reconditionnement

Au 1^{er} janvier 2012, un montant supplémentaire de 15.962.609 euros est réparti entre les hôpitaux au prorata de leur nombre de lits agréés.

Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au moment du calcul.

Le montant ainsi attribué à chaque hôpital constitue un forfait devant permettre à l'hôpital concerné de couvrir les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2012.

S'il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2012 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2012 sont supérieures au forfait alloué, les charges réelles seront retenues. Dans ce cas, les charges d'amortissement des travaux de reconditionnement concernés sont couvertes sur base réelle jusqu'au terme de l'amortissement de ces travaux de reconditionnement.

Si, au contraire, il est constaté lors de la révision annuelle du budget des moyens financiers en 2012 que les charges réelles d'amortissement des travaux de reconditionnement amortissables la première fois en 2012 sont inférieures au forfait alloué, le forfait attribué sera maintenu.

B. Calcul du forfait couvrant les charges liées à l'amortissement du matériel d'équipement médical

Pour le calcul de ce forfait pour les hôpitaux aigus, les modalités de répartition du budget disponible par groupe d'hôpitaux prévoient, dans une première étape, la répartition de ce budget disponible entre certaines activités.

Cette répartition se fait sur base de critères identifiés pour chacune des activités retenues.

Dans le cas où un des critères de répartition identifiés pour une activité retenue ne peut être appliqué, la part du budget disponible correspondant à cette activité est répartie entre les autres activités du même groupe au prorata des montants attribués.

Sous partie A3

Le Conseil des ministres du 2 décembre 2011 sur le budget des soins de santé pour 2012 a prévu, à compter du 1^{er} janvier 2012, une diminution du financement forfaitaire des appareillages RMN (< 1 tesla) et de radiothérapie (accélérateurs linéaires), à hauteur de 511.000 euros.

Cette diminution porte sur le forfait de chaque appareillage financé au 1^{er} janvier 2012 et diminue donc le financement octroyé, à raison de 3.554,74 euros par RMN et de 2.150,97 euros par accélérateur linéaire.

Sous-partie B2

A. Prise en compte des données RIM 2006

Les dernières données disponibles du RIM (résumé infirmier minimum) datent toujours du premier semestre 2006.

Le système mis en place lors du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2011 est maintenu.

B. Financement des services d'urgence

J'ai décidé de suivre l'avis du CNEH, du 8 mars 2012, concernant les urgences et je souhaite introduire de nouvelles modalités du financement des services d'urgences qui seront implémentées, de manière progressive sur 5 années, à partir du 1^{er} juillet 2013.

Il est prévu de procéder à deux calculs en parallèle et de les utiliser chaque année de la manière suivante :

BMF	1 ^{er} calcul	2 ^e calcul
01/07/2013	90 %	10 %
01/07/2014	80 %	20 %
01/07/2015	60 %	40 %
01/07/2016	30 %	70 %
01/07/2017	0 %	100 %

Le 1^{er} calcul est le suivant :

a) Il est octroyé un nombre de points de base par 100 lits justifiés. Les nombres de points de base par 100 lits justifiés sont les suivants:

- pour les hôpitaux qui répondent aux conditions fixées dans le code n° 590166 de la nomenclature visée dans l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités : 3 points;
- pour les hôpitaux qui répondent aux conditions fixées dans les codes n° 590181, 590203 ou 590225 de la nomenclature précitée : 5 points.

b) Le nombre de points de base par hôpital est augmenté en fonction de la valeur par lit occupé des suppléments pour les prestations médicales d'urgence pour des patients hospitalisés durant les deux derniers exercices connus, visées dans l'article 26, §1^{er} de la nomenclature précitée, exceptées les prestations de biologie clinique.

Pour l'application de l'alinéa précédent, les hôpitaux sont répartis en déciles selon la valeur croissante par lit occupé des suppléments visés ci-dessus.

Pour les trois premiers déciles, les points de base sont multipliés par 1 ; pour les 4^e, 5^e et 6^e décile par 1,20 ; pour le 7^e décile par 1,40 ; pour le 8^e décile par 1,60 ; pour le 9^e décile par 1,80 et pour le 10^e décile par 2.

Le 2^e calcul est le suivant :

Le nombre de points de l'article 46 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 est réparti proportionnellement entre les hôpitaux sur base du nombre de points d'unités d'urgence déterminé selon les modalités suivantes (qui font l'objet d'une nouvelle annexe 6) :

Annexe 6 : Détermination du nombre d'Unités d'Urgence (UU) réalisées dans l'ensemble du pays.

A. Il est attribué une pondération de 1 (Unité d'Urgence ou UU) à tous les patients donnant lieu à l'enregistrement d'un DM-RHM Urgences.

B. De plus, différents groupes de patients se voient attribuer une pondération complémentaire :

a. Transférés en unités de soins intensifs (adultes et enfants) : + 1 ;

b. Patients avec diagnostic vérifié à l'admission d'un code ICD-9 repris ci-dessous et qui ne sont pas admis en soins intensifs : + 1 ;

Les codes ICD-9 sont les codes :

- 430 = subarachnoid hemorrhage;
- 431 = intercerebral hemorrhage;
- 432 = other and unspecified intracranial hemorrhage;
- 433X1 = occlusion and stenosis of precerebral arteries with cerebral infarction;
- 434X1 = occlusion of cerebral arteries with cerebral infarction;
- 436 = acute, but ill-defined, cerebrovascular disease;
- 437.1 = other generalized ischemic cerebrovascular disease;

c. Patients avec diagnostic psychiatrique et hospitalisés en service psychiatrique (hôpital général ou psychiatrique) ne répondant pas aux critères repris sous a. ou b. : + 1 ;

Les séjours présentent soit :

- un DRG défini comme UAA ou AAA,
- un code ICD-9 allant du 290 au 319 en diagnostic vérifié à l'admission ou en diagnostic secondaire ;

d. Enfants de 0 à 3 ans ne répondant pas aux critères repris sous a. à c. : + 1 ;

e. Enfants de 4 à 15 ans ne répondant pas aux critères repris sous a. à c. : + 0,5 ;

f. Patients de moins de 75 ans provenant d'une MRPA ou MRS et patients de 75 ans et plus ne répondant pas aux critères repris sous a. à c. :

- Si non hospitalisés : + 0,2
- Si hospitalisés = + 0,4 ;

g. Patients arrivés aux Urgences entre 21 heures et 6 heures ne répondant pas aux critères repris sous a. à f. : + 0,1.

La somme des points ainsi attribués aux 1^{er} et 2^e calculs est adaptée d'un coefficient afin de rester dans le nombre total de points retenu pour les services d'urgence de tout le pays, étant entendu qu'au moins 15 points sont attribués aux hôpitaux qui répondent aux n° 590181, 590203 ou 590225 de la nomenclature précitée.

Dès que l'hôpital est agréé soit pour la fonction de première prise en charge des urgences, soit pour la fonction "soins urgents spécialisés", le minimum d'une seule fois 15 points par hôpital quel que soit le nombre de sites lui est assuré pour une seule des deux fonctions.

Pour les hôpitaux agréés pour une fonction 'soins urgents spécialisés' et qui répondent aux conditions suivantes :

- se situer à au moins 25 km d'un autre hôpital disposant d'une fonction agréée 'soins urgents spécialisés' ou se situer dans une communauté où les seules fonctions agréées 'soins urgents spécialisés' sont distantes de plus de 25 km ;

- et disposer au maximum de 200 lits agréés,

le minimum de 15 points est porté à 30 points, étant entendu qu'après application de cette règle, le nombre de points attribué pour l'ensemble du pays ne peut dépasser le nombre total de points disponibles pour le pays.

Sous partie B4

A. Forfaits RPM

Une économie est prévue, à partir du 1^{er} juillet 2012, au niveau du financement de l'enregistrement du résumé psychiatrique minimum (RPM) dans les hôpitaux généraux et psychiatriques.

Cette économie représente un million d'euros en 2012, deux millions d'euros en base annuelle.

Les montants suivants sont portés en diminution des montants par lits agréés sous les index A, T et/ou K.

Hôpitaux	Economie par lit agréé A, T et /ou K
généraux privés	133,90 euros
généraux publics	133,15 euros
psychiatriques privés	102,71 euros
psychiatriques publics	103,55 euros

B. Plan cancer

En ce qui concerne les financements de l'équipe multidisciplinaire (article 64, §1^{er}) et du data manager (article 64, §2) liés au nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées par l'assurance maladie invalidité (AMI), une actualisation des COM est prévue pour 2012 et 2013 sur base du nombre de COM prestées en 2009 et comptabilisées par l'AMI jusqu'au 30 juin 2011.

De plus, il est dorénavant prévu une révision annuelle des COM utilisées dans le financement de ces 2 mesures sur base du nombre de COM prestées pendant l'année considérée et comptabilisées par l'AMI jusqu'au 30 juin de l'année qui suit.

C. Cotisations de pensions Onss apl

Pour les hôpitaux affiliés au Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL, l'augmentation de la cotisation pension du personnel nommé à titre définitif est compensée sur la base de la différence entre le taux de la cotisation pension de base fixé par l'article 18, 1) à 2), de la loi du 24 octobre 2011, assurant un financement pérenne des pensions des membres du personnel nommé à titre définitif des administrations provinciales et locales et des zones de police locale et modifiant la loi du 6 mai 2002 portant création du fonds des pensions de la police

intégrée et portant des dispositions particulières en matière de sécurité sociale et contenant diverses dispositions modificatives, et le taux de la cotisation pension qui était applicable au 1^{er} janvier 2011 aux hôpitaux affiliés aux régimes de pension visés à ces 1) à 2). Cette différence est appliquée sur la masse salariale réelle servant de base à la cotisation pension de base qui est renseignée par l'ONSSAPL.

Lors des années 2012, 2013 ou 2014, si le total des compensations individuelles visées à l'alinéa précédent dépasse les montants de respectivement 6.505 milliers d'euros, 9.360 milliers d'euros et 12.294 milliers d'euros, un facteur de correction est appliqué sur les compensations individuelles. Ce facteur de correction est obtenu en divisant le montant susmentionné pour l'année en question par la somme des compensations individuelles visées à l'alinéa précédent.

En ce qui concerne l'hôpital privé qui dispose de personnel statutaire mis à sa disposition par une administration locale ou provinciale affiliée au Fonds de pension solidarisé de l'ONSSAPL, l'intervention financière visée aux alinéas précédents peut lui être octroyée s'il fournit la preuve formelle qu'il supporte effectivement la charge financière de ce personnel mis à disposition et ce, y compris, la charge financière de l'augmentation de la cotisation pension visée ci-dessus.

Ce financement est revu annuellement, dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers, sur base des données fournies par l'ONSSAPL pour l'année concernée.

Sous parties B7-B8

Le maintien des financements des sous-parties B7 et B8, 1^o, est subordonné, pour l'instant, à la condition d'appliquer aux patients admis en chambre double et commune, pour l'ensemble de l'hôpital, les tarifs de l'accord médecins-organismes assureurs.

Suite à la jurisprudence du Conseil d'Etat en la matière, cette condition est supprimée à partir du 1^{er} janvier 2013.

Sous-partie B9

Les dispositions de l'article 79octies de l'arrêté royal mentionné en objet, relatives aux emplois supplémentaires financés par l'accord social 2005-2010, prévoient, qu'à partir du 1^{er} juillet 2010, le maintien du financement est soumis à la conclusion d'une convention collective de travail en commission paritaire ou, à défaut, d'un accord local dont une copie doit être envoyée au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

J'ai décidé d'adapter cet article pour permettre à l'hôpital, qui n'a pas encore fourni de copie d'un accord local, de fournir, à tout moment, ladite copie et de bénéficier du financement prévu à compter du calcul suivant de son budget des moyens financiers.

Il n'est pas prévu de rattrapage entre la date de signature et la notification du BMF.

Divers

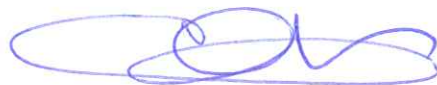
L'article 85 de l'arrêté précité traite de l'indexation du budget des moyens financiers. Il lie ce budget à l'évolution de l'indice des prix à la consommation. Or, dans les faits, l'indexation de ce budget se fait selon l'évolution de l'indice santé.

J'ai décidé de faire référence à l'indice santé qui est défini à l'article 2 de l'arrêté royal du 24 décembre 1993, portant exécution de la loi du 6 janvier 1989 de sauvegarde de la compétitivité du pays.

Une nouvelle liste A 'Codes retenus pour l'identification de l'hospitalisation de jour réalisée' remplace la précédente, comme je vous en ai informés par circulaire du 16 mai 2012.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,



Laurette ONKELINX