



Direction générale Soins de Santé
Service Financement des Hôpitaux

INAMI
Service de soins de santé

Circulaire à l'attention des gestionnaires
et des présidents des conseils médicaux -
hôpitaux généraux et psychiatriques

DATE: 21 DÉCEMBRE 2021

CONTACT: FIN.FED.COVID@HEALTH.FGOV.BE

OBJET : Intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie du COVID-19 -
Vérification par le réviseur du pourcentage moyen de prélèvement 2019

Madame, Monsieur,

En raison de la pandémie de COVID-19, les hôpitaux ont reçu des avances en 2020 dans le but d'éviter que les activités hospitalières ne soient mises en danger par des problèmes de trésorerie. Entre-temps, les premiers décomptes provisoires de chaque hôpital pour 2020, selon les modalités prévues par l'arrêté royal du 30 octobre 2020, modifié par l'arrêté royal du 26 septembre 2021, ont été transmis aux hôpitaux. Les décomptes provisoires ont été établis sur base de données connues par les administrations et celles transmises par les hôpitaux.

L'un des paramètres transmis par les hôpitaux concerne le **pourcentage annuel moyen de prélèvement (X_i %)**, c'est-à-dire le pourcentage des honoraires qui reviennent à l'hôpital, conformément à l'article 4, § 3, 2.2. de l'arrêté royal. Chaque hôpital qui entre en ligne de compte pour une intervention forfaitaire dans les frais de fonctionnement financés par les prélèvements sur les honoraires¹, pour la période mars à juin 2020 et/ou juillet à décembre 2020, doit, dans le cadre de l'exécution de l'arrêté royal, formuler une proposition détaillée et documentée de X_i en accord entre le gestionnaire et le Conseil médical. Lors des décomptes provisoires, X_i , tel que transmis par l'hôpital dans la collecte ad hoc de fin 2020, a été utilisé. Les décomptes définitifs seront effectués avec le pourcentage annuel moyen de prélèvement (X_i) tel que vérifié par les réviseurs. À cet effet, le dossier complet, composé du calcul, de la documentation relative à X_i , de la confirmation par le président du Conseil médical et de la vérification du réviseur, doit être transmis à l'administration.

¹ à savoir : l'hôpital qui, en appliquant l'étape 1 de l'art. 4 §3, 2.1 de l'AR IFFE, constate qu'il y aura une intervention.

Dans la circulaire aux hôpitaux du 9 mars 2021, nous vous avons déjà informé que l'appréciation au regard de la collecte des données Finhosta offre peu de garantie que le calcul interne de l'hôpital du pourcentage annuel moyen de prélèvement ait été effectué correctement. Cela peut s'expliquer par la grande diversité au sein des hôpitaux : de réglementations financières, de statut des prestataires de soins et par une certaine diversité dans le traitement comptable.

Par conséquent, comme annoncé, le réviseur de l'hôpital sera appelé à vérifier le pourcentage annuel moyen de prélèvement, conformément à la disposition de l'arrêté royal IFFE. La circulaire aux hôpitaux du 30 mars 2021 a informé qu'**en vue d'une vérification uniforme** un délai supplémentaire était nécessaire pour développer une méthodologie uniforme en concertation avec les réviseurs des hôpitaux (représentés par l'Institut des réviseurs d'entreprises (IRE)). Cette méthodologie uniforme est nécessaire à, d'une part, une régularisation correcte et, d'autre part, à une attribution également correcte des fonds publics. De son côté, l'IRE a également informé les réviseurs des hôpitaux de ce report et de l'élaboration commune d'une procédure uniforme.

Les travaux de l'IRE en vue d'une méthode réalisable de vérification uniforme (en termes de procédure, de contenu et de timing) ont été menés en consultation avec les administrations et ont été achevés entre-temps. Le but de cette circulaire est d'informer les hôpitaux, tandis que l'IRE est chargé de la communication vers les réviseurs des hôpitaux. La méthode de travail convenue relève de la norme ISRS 4400 "agreed-upon procedures".

La présente circulaire donne des directives plus précises pour le calcul de X_i et décrit également le processus et le calendrier, en tenant compte de la vérification par les réviseurs.

Les administrations du SPF et de l'INAMI d'une part et l'IRE d'autre part ont convenu de ce qui suit :

- Les réviseurs vérifient le calcul du pourcentage moyen de prélèvement X_i basé sur l'exercice comptable 2019 par rapport aux normes fixées par l'IRE, sur base de la documentation compilée par l'hôpital.
Vous trouverez, en annexe de cette circulaire, un aperçu des principes et définitions utiles.
- Les réviseurs discutent avec l'hôpital des incohérences ou incertitudes éventuelles qu'ils ont identifiées. Les hôpitaux ont donc encore la possibilité d'ajuster leurs calculs et/ou leur documentation avant de les soumettre aux administrations.
Nous informons ici que, pour les décomptes finaux, il ne sera tenu compte que des éléments vérifiés par le réviseur dans le calcul et la proposition du taux de prélèvement.

- L'hôpital envoie le pourcentage annuel moyen 2019 de prélèvement confirmé par la signature du Président du Conseil médical, le calcul et la documentation correspondante et le rapport du réviseur aux administrations pour le 31 octobre 2022 via fin.fed.covid@health.fgov.be .
- Nous vous rappelons que les administrations peuvent également poser des questions supplémentaires aux hôpitaux. Ce sera notamment le cas lorsque le réviseur fait, dans le rapport, référence à des écarts, des ambiguïtés et des incohérences.
- Le pourcentage annuel moyen de prélèvement qui sera utilisé dans les décomptes définitifs, ne pourra être communiqué aux hôpitaux au plus tôt que dans le courant du 4^{ème} trimestre 2022.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

Brieuc Van Damme

Annick Poncé,

Directeur-Général
Service Soins de Santé
INAMI

Directeur-Général a.i.
Direction-Générale Soins de Santé
SPF Santé Publique

ANNEXE: principes et définitions

Pourcentage annuel moyen de prélèvement X_i = % des honoraires qui incombent à l'hôpital

Le pourcentage de prélèvement X_i calculé sur base de la **comptabilité hospitalière⁽²⁾ de 2019** est le rapport procentuel entre

- (numérateur) la part de tous les honoraires de tous les prestataires de soins qui revient à **l'hôpital** pour couvrir les coûts de fonctionnement y afférents
- et
- (dénominateur) **tous les honoraires** de tous les prestataires de soins

Quelques clarifications supplémentaires :

- les honoraires de tous les prestataires de soins de santé comprennent:
 - les honoraires pour les patients ambulatoires et hospitalisés, les honoraires pour les soins à basse variabilité
 - la nomenclature et pseudo-nomenclature
 - les indemnités pour les prestataires de soins habituellement financés par des honoraires, dans certaines conventions INAMI, pour autant que la partie dédiée aux honoraires soit clairement spécifiée par type de prestataire
 - les facturations forfaitaires et les facturations par prestation
 - les suppléments d'honoraires
 - les honoraires de disponibilité et de permanence, ...
 - les autres facturations de prestations des prestataires de soins aux patients ou aux tiers (p. ex. aux compagnies d'assurance, aux entreprises, aux clubs sportifs,...) qui s'inscrivent dans des expertises, des études cliniques, des contrôles préventifs, des check-up,
- La somme des honoraires de tous les prestataires de soins de santé est divisée en deux parties :
 - **Partie des prestataires de soins de santé indépendants** = partie pour les prestataires de soins de santé, immédiatement ou ultérieurement, directement ou indirectement, par prestataire de soins de santé, par discipline, par association, par catégorie professionnelle,...

² Dans certains hôpitaux, les conseils médicaux perçoivent (une partie des) honoraires pour les prestations médicales. Ces honoraires sont alors également pris en compte pour le calcul du taux de prélèvement moyen 2019, sous réserve de justification comptable.

- **Partie hôpital** = tous les frais à charge des honoraires : frais de fonctionnement, y compris les frais de tarification, de facturation et de recouvrement ou autres coûts similaires à charge des honoraires, y compris les coûts de préservation de l'hôpital.
- **Dotation d'honoraires à un fonds ou à une provision en 2019** : lorsque la destination du fonds ou de la provision est irrévocable, les dotations brutes sont traitées dans le calcul de X_i de la même manière que si ces honoraires avaient été accordés immédiatement (soit pour l'hôpital, soit pour les prestataires de soins indépendants).
- Dans le calcul du pourcentage de prélèvement moyen, les éléments suivants ne peuvent pas être repris dans le numérateur ou dans le dénominateur :
 - parrainage (sponsoring) ou mécénat, revenus provenant de l'organisation ou de la participation active à des conférences, séminaires, etc. ... ;
 - forfaits d'hospitalisation (de jour), de douleur chronique, d'oncologie, ... ;
 - les montants prévus dans les conventions INAMI qui doivent également rémunérer les prestataires sans qu'il y ait une partie spécifiquement définie ;
 - les notes de crédit pour les ristournes (de volume) ou les marges bénéficiaires sur les implants, les médicaments, les dispositifs médicaux ou les consommables, ... ;
 - des montants provenant du Budget des Moyens Financiers pour la rémunération des prestataires de soins de santé indépendants (par exemple, médecin-chef, médecin de l'équipe de soins palliatifs, médecin de l'équipe algologique ou du centre multidisciplinaire de la douleur chronique, hygiéniste hospitalier, médecin chargé de la gestion des données ou de l'enregistrement, etc.).
Toutefois, un médecin-chef, un médecin chargé de l'enregistrement, etc. peut être rémunéré pour une partie (en plus de la rémunération du BMF) à partir des honoraires. Cette partie fait alors partie de la part des prestataires indépendants ;
 - la facturation/récupération de frais par l'hôpital pour l'utilisation des polycliniques, hospitalisations de jour, ... (p.ex. pour le loyer et l'entretien de l'infrastructure, le secrétariat, les consommables, ...) si les honoraires ne sont pas dans la comptabilité de l'hôpital. Les prestations qui ne sont pas reprises dans la comptabilité hospitalière sont considérées comme celles d'un cabinet privé pour lequel l'hôpital ne reçoit pas d'interventions.
- Il n'y a pas de différence pour la somme des (pseudo)honoraires :
 - s'ils sont facturés par l'hôpital ou par le prestataire pour compte de l'hôpital ou par le Conseil médical ;

- si le paiement a lieu après facturation ou à l'initiative de l'INAMI, comme cela peut être le cas pour les honoraires de disponibilité ou de permanence, ... ;
- si les prestations 2019 sont facturées dans l'exercice 2019 même ou si elles ont été comptabilisées au 31.12.2019 comme "à facturer" ou déjà en 2019 comme "créance douteuse" ;
- à qui la facture est adressée : au patient ou au tiers payant (à la mutualité/INAMI, à l'assurance accidents du travail ou hospitalisation privée ou à une assurance étrangère, au CPAS, SPF justice, ...) ;
- si les prestations 2019 ont déjà donné lieu à un remboursement aux prestataires de soins indépendants en 2019 même ou plus tard ;
- généré par les médecins ou par les autres prestataires de soins ;
- généré par les prestataires de soins indépendants ou salariés.

Intervention dans les coûts de la rémunération de base des médecins-spécialistes en formation (MSF) et le **lien avec le pourcentage de prélèvement** :

Comme c'est le cas pour toutes les composantes de l'AR IFFE, le gouvernement ne prévoit qu'une seule fois un montant, soit en ajoutant aux moyens :

- pour lesquelles le **Conseil médical** fixe les principes de répartition, voir l'AR IFFE art. 6, § 3, e) : si la facture (séparée) au maître de stage indépendant n'est pas dans la partie hôpital (numérateur) dans le calcul du pourcentage de prélèvement X_i .

Dans ce cas, l'hôpital indique dans les collectes de données (Excel), par MSF, que les coûts sont 'finalement' supportés par le médecin indépendant.

L'intervention est fixée par MSF, par mois : 5 000 € * % de réduction nationale de la facturation INAMI du semestre en question.

- de **l'hôpital** via la garantie des frais de fonctionnement, voir AR IFFE art. 4, § 3 : si reprises dans le numérateur dans le calcul du pourcentage moyen de prélèvement X_i , si la rémunération du MSF est incluse dans les frais de fonctionnement couverts par l'hôpital. Ceci sera certainement le cas si le maître de stage est salarié, mais donc également si les prélèvements à l'hôpital comprennent ces frais pour les MSF.

Dans ce cas, l'hôpital déclare, par MSF, dans les collectes de données (Excel) que les coûts sont à sa charge.

Dans ce cas, l'intervention dans la rémunération des MSF est comprise dans :
pourcentage de prélèvement moyen * la facturation des honoraires non perçus.

- si, pour un même MSF, certains coûts sont supportés par le maître de stage et d'autres par l'hôpital, l'hôpital décide en concertation avec le Conseil médical la manière dont cela sera traité dans la collecte des données (Excel) et dans le décompte.

Nous faisons référence à la collecte des données et l'obligation d'un enregistrement correct en Excel. Il y a un impact tant sur le calcul de l'intervention que sur la partie à qui (hôpital ou Conseil médical) le paiement est effectué.

La « cohérence » entre numérateur et dénominateur

Il a toujours été souligné que le numérateur et le dénominateur dans le calcul du pourcentage annuel moyen de prélèvement doivent être "cohérents". Nous vous rappelons quelques exemples (non-exhaustifs) :

- pour les conventions INAMI, des honoraires sont ajoutés au numérateur (partie hôpital) et dénominateur (100%), à condition que l'INAMI ait spécifié explicitement la partie par type de prestataires financés normalement avec des honoraires (et jamais le montant total si d'autres frais de fonctionnement de l'hôpital sont à couvrir);
- si l'hôpital récupère des frais auprès des prestataires indépendants, mais les honoraires correspondants ne se trouvent pas dans la comptabilité hospitalière. Dans ce cas les frais récupérés ne peuvent pas faire partie du montant au numérateur;
- s'il y a des coûts qui sont couverts via des fonds ou des provisions, uniquement les dotations 2019 aux fonds et provisions sont prises en compte;
- un hôpital A qui rémunère un prestataire d'un autre hôpital B, via l'intervention de l'hôpital B : l'hôpital A peut en tenir compte dans son calcul du pourcentage de paiement comme s'il paie directement le prestataire;
- ...