

FAQ après les décomptes provisoires IFFE 2020 (1^{er} et 2^{ème} semestre 2020)

1) Général et pour rappel

- ✓ Les éléments qui n'ont pas encore été calculés dans les décomptes provisoires mais qui sont prévus pour le décompte définitif :
 - marge de délivrance des implants (voir art. 4 §3/1)
-> les administrations examinent l'inclusion dans le deuxième décompte provisoire du 2^{ème} semestre 2020
 - chômage temporaire (voir art. 9 §2 a))
 - appel aux stocks fédéraux (cf. art. 9 §2 b))

- ✓ Dans de nombreuses composantes de l'IFFE, la partie INAMI de la facturation est prise en compte, telle que comptabilisée par les organismes assureurs aux semestres correspondants 2019 et 2020.
 - Après leur contrôle et paiement, l'INAMI reçoit les dépenses comptabilisées par les organismes assureurs (OA).
 - Le calcul le plus récent est basé sur ce qui était connu à l'INAMI le 30 juin 2021.
 - En outre, les hôpitaux peuvent facturer jusqu'à 2 ans après la date de prestation.Par conséquent, cela signifie que les décomptes provisoires sont calculés avec des données de facturation incomplètes. Pour le premier semestre 2020, nous disposons déjà de données plus complètes et donc plus précises que pour le second semestre 2020. Pour la plupart des hôpitaux, le deuxième décompte provisoire du premier semestre 2020 est déjà assez complet pour les rubriques concernées.

Lors du décompte définitif, la facturation INAMI complète (=avec date de prestation dans le semestre concerné 2020 et 2019) sera toujours prise en compte.

Ceci est valable, autant pour la diminution de l'activité au niveau de l'hôpital (voir poste 2) qu'au niveau national (utilisée pour l'intervention éventuelle dans la rémunération de base du MSF, voir poste 3).

- ✓ Résultat du calcul préliminaire par hôpital :
 - 2^o semestre 2020 :
 - montant calculé < avance :
sera pris en compte (récupération) lors du décompte définitif (via BMF 1/1/2024)
 - montant calculé > avance :
 - en premier lieu: "compensation de dettes" tenant compte du résultat du premier décompte provisoire 1^{er} semestre 2020
 - puis: le cas échéant, paiement de la différence (janvier 2022)
 - 1^{er} semestre 2020 (deuxième décompte provisoire) :
 - paiement/récupération de la différence via BMF 1/7/2023, tenant compte du paiement éventuel lors du premier décompte provisoire.

- ✓ Une ultime collecte de données 2020 sera encore organisée, en vue du décompte définitif. Contrairement aux décomptes provisoires, pour les décomptes définitifs, il ne sera pas tenu compte des données transférées qui ne sont pas correctes ou pas complètes.

Il s'agit, par exemple, d'incomplétudes ou d'inexactitudes

- dans les numéros INAMI et autres informations concernant les prestataires de soins (y compris MSF et MGF);
- vis-à-vis des « autres » prestataires de soins financés avec des honoraires (salariés et indépendants), notamment s'il y a des prestations INAMI facturées à leur nom;
- enregistrer tous les patients aux Urgences qui ont eu un test PCR comme « patients COVID-19 suspected»;
- ...

- ✓ Le calendrier des décomptes provisoires et des recalculs n'a pas encore été décidé.

2) Poste 1 Intervention pour frais exceptionnels

- ✓ Le template du deuxième décompte provisoire du premier semestre 2020 des hôpitaux **psychiatriques** contient un montant incorrect par jour pour la prise en charge des patients COVID-19 (voir b) uniquement **dans la version néerlandophone**.
Le calcul lui-même est **correct** et utilise le montant de 144,10 € pour le premier semestre (voir l'arrêté ministériel du 11 février 2021).
- ✓ Les nombres de jours COVID dans les décomptes provisoires 2020 des hôpitaux généraux, tels que fournis par Sciensano sont définitifs.

Pour financer le surcoût des soins COVID aux hôpitaux généraux, le SPF utilise les définitions et les données de Sciensano, comme conseillé en 2020 par le CFEH (voir avis 517-8 du 8 octobre 2020) et comme ancré dans l'arrêté ministériel (AM)(voir la disposition ci-dessous).

Il existe des directives claires de Sciensano aux hôpitaux généraux concernant les informations (y compris les jours- patients COVID par catégorie) qu'ils sont tenus de communiquer quotidiennement (voir [Déclaration obligatoire - Hôpitaux | Coronavirus CoVid-19 \(sciensano.be\)](#)).

La demande de Sciensano concerne le nombre de patients COVID confirmés dans une unité COVID (LimeSurvey). Ce sont ces jours-patients qui représentent un surcoût pour les hôpitaux et qui donnent droit au financement supplémentaire.

L'AM détermine, entre autres, quelle version des données Sciensano sera utilisée dans les décomptes (ex. pour l'année 2020 : tel que communiqué par Sciensano au SPF le 31 mars 2021).

Dans l'arrêté ministériel du 21 décembre 2020 fixant les indemnités forfaitaires prévues à l'article 3, § 1er, de l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une contribution financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, à l'égard des hôpitaux **généraux**, il est précisé (art. 2, alinéa 2) :
"Les données relatives à l'année 2020 telles que transmises par Sciensano au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement jusqu'au 31 mars 2021 inclus seront utilisées pour le calcul des indemnités forfaitaires du premier et du deuxième semestre 2020. Les données relatives au 1er semestre 2021 telles que transmises par Sciensano au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement jusqu'au 30 septembre 2021 inclus seront utilisées pour le calcul des indemnités forfaitaires du premier semestre 2021. Les données relatives aux mois de juillet 2021 jusqu'à septembre 2021 inclus tels que soumis par Sciensano au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et

Environnement jusqu'au 31 décembre 2021 inclus sont utilisés pour le calcul des indemnités forfaitaires pour les mois de juillet 2021 jusqu'en septembre 2021 inclus."

Le conseil du CFEH a également été suivi d'inclure dans le financement les journées des patients COVID 'suspected' (=non encore confirmés) pour les mois de mars et avril 2020.

- ✓ **Le nombre d'ETP pris en compte dans le calcul des forfaits surcoûts « à l'échelle de l'hôpital » correspond aux données FINHOSTA 2018.**

Les décomptes sont effectués conformément à l'avis 517-8 du CFEH du 8 octobre 2020 qui stipule : « *Le forfait « A l'échelle de l'hôpital » est attribué par mois (HP et HG) à chaque hôpital sur la base du nombre d'ETP Finhosta 2018 par hôpital, en tant que mesure de la taille de l'hôpital. »*

Les coûts supplémentaires 2020 du secteur ont été divisés par le nombre d'ETP pour avoir une clé de répartition qui reflète la taille des hôpitaux. Les ETP proposés étaient ceux connus en 2020 par le SPF (année 2018, Finhosta).

3) Poste 2 Budgets garantis

- ✓ **forfaits médicaments** : la méthode de calcul sera différente lors du décompte définitif.
 - Les décomptes provisoires tiennent compte de la facturation effective des forfaits médicaments, telle que connue dans les données *trimestrielles* de l'INAMI. Concrètement, cela signifie que pour le mois de mars 2020, 1/3 du montant facturé du premier trimestre 2020 a été pris en compte.
 - Lors du décompte définitif, les données *mensuelles* seront prises en compte, ce qui conduira à un résultat plus correct.
 - pour le ticket modérateur (€0,62/jour), le calcul est basé sur le nombre de jours (comparaison 2020 – 2019)

- ✓ **BMF** : Le Budget de Moyens Financiers garanti par semestre est complété jusqu'à 100% pour les patients OA et non OA. Dans les deux cas, cela signifie un complément (en plus de la facturation réelle du semestre) pour la partie variable. Cette partie variable est différente selon qu'il s'agit de patients OA ou non OA. Il a été tenu compte du fait que la partie variable diffère selon le type de budget (aigu, SP, ...).
 - **partie patients OA** : la méthode de calcul pour les patients OA est différente dans le décompte provisoire du 2ème semestre 2020 que dans le décompte définitif.
 - Dans le décompte provisoire, dans le seul but de se rapprocher du montant définitif du 2e semestre 2020, il a été fait usage des données *comptabilisées* à l'INAMI au cours de ce semestre.
 - Le décompte définitif tiendra compte de tous les montants *facturés* pour les mois de prestation de juillet à décembre 2020.

- **partie patients non-OA** : la méthode de calcul du deuxième décompte provisoire du 1er semestre 2020 est correcte, contrairement à celle du décompte provisoire du 2ème semestre 2020.
 - le deuxième décompte provisoire du 1er semestre 2020 :
 - méthode de calcul correcte
 - décompte provisoire du 2ème semestre 2020 :
 - méthode de calcul incorrecte (ignorant la partie fixe)
 - Il sera possible d'utiliser le nombre réel de jours non OA de 2020 dans les décomptes finaux, qui d'ici là auront été transférés au SPF SP Via Finhosta. Dans l'intervalle, les derniers jours non OA connus (de 2019) sont utilisés dans les décomptes provisoires.

Nous vous signalons que pour quelques hôpitaux généraux, le calcul part d'un BMF incorrect pour le 2^{ème} semestre 2020. Les lits de placement familial n'auraient pas dû être intégrées dans le BMF. Les écarts sont plutôt limités et seront corrigés dans le prochain décompte.

- ✓ **Tickets modérateurs** : ceux-ci sont déduit de la facturation INAMI
 - les éventuelles tickets modérateurs pour les conventions sont inclus dans les calculs du poste 2A

4) Poste 3 Activités supplémentaires des prestataires de soins financés avec des honoraires

- ✓ Veuillez noter que la prime d'encouragement pour les MSF et les MGF dans les hôpitaux est financée par l'AR IFFE. Les médecins en formation sont exclu de la prime d'encouragement financée via le BMF. Ceci reste le cas si les MSF avaient le même statut que les autres employés de l'hôpital et étaient inclus dans les statistiques du personnel de Finhosta (cat 0). Le cas échéant, cela fait partie de la régularisation du BMF.
- ✓ Dans le décompte, le pourcentage des ETP médecins indépendants par rapport aux ETP de l'ensemble des médecins de l'hôpital est utilisé pour le calcul de l'intervention de la garantie des financements habituels des permanences aux services d'urgence et des soins intensifs (article 6, §3 a) 1). Le fait que le nombre d'ETP de médecins soit utilisé dans le calcul ne signifie nullement que le montant ne peut être distribué qu'aux médecins. Le montant accordé devrait être divisé entre les médecins indépendants et les autres prestataires indépendants financés par des honoraires, au prorata la masse d'honoraires 2019 comme déterminée par l'hôpital.

Pour l'article 6§3, a) 2. et b) l'arrêté royal précise :

§ 3. L'intervention visée à l'article 6, § 1er, pour les activités supplémentaires admises à l'article 6, § 2, est fixée comme suit :
 a) 1. Pour les mois de mars, avril, mai et juin 2020, les honoraires de permanences facturés pour les soins intensifs et le service des urgences, codes 590203 & 590332 et 590181 & 590310, dans chaque hôpital général sont complétés au niveau des prestations pour la période mars, avril, mai et juin 2019, et indexés avec l'index global des honoraires intervenu entre 2019 et 2020.

Cette intervention n'est applicable qu'aux prestataires de soins indépendants vu la couverture similaire pour les prestataires salariés par les montants octroyés par ailleurs à l'hôpital notamment par l'article 4, § 3.

2. Étant donné que pendant les mois de mars, avril, mai et juin 2020, les services de soins intensifs et d'urgence ont dû être dupliqués en une zone COVID-19 et une zone non COVID-19, ces honoraires de permanence, codes 590203 & 590332 et 590181 & 590310, sont doublés, pour cette période, sur la base du montant de la même période 2019, et indexés avec l'index global des honoraires intervenu entre 2019 et 2020.

Cette intervention est applicable aux prestataires de soins tant indépendants que salariés.

b) Pour les permanences de nuit et de week-end dans les autres services hospitaliers non-intensifs où les patients COVID-19 sont hospitalisés, le budget disponible est calculé en deux étapes :

i. calcul au niveau national du montant annuel par jour de permanences dans les services de soins intensifs, codes 590203 & 590332. En d'autres termes, le total des honoraires des permanences dans les services de soins intensifs pour 2019/nombre de jours d'hospitalisation dans les services de soins intensifs en 2019 ;

ii. 50 % de ce montant est allouée pour chaque journée en services non intensifs pour des patients COVID-19.

Cette intervention est applicable aux prestataires de soins tant indépendants que salariés.

- Dans le décompte provisoire nous ajoutons, pour l'art. 6, § 3, a) 2. et b), la répartition entre les prestataires indépendants et salariés conformément à l'article 8, § 3, alinéa 4 (règle de répartition interne) : « La proportion visée à l'alinéa 1er est utilisée pour la répartition interne au sein de l'hôpital des budgets partiels qui s'appliquent aux prestataires de soins tant indépendants que salariés. » = rapport entre indépendants et salariés.
- Les montants pour les prestataires salariés appartiennent à l'hôpital et celui-ci est responsable du paiement de tous les prestataires de soins salariés, financés par des honoraires (médecins et autres).
- Pour les interventions destinées aux indépendants et salariés, après le partage entre ces deux groupes, une répartition du budget pour les indépendants doit être effectuée (médecins – autres prestataires) de la même manière.

5) Poste 4 et poste 4bis – forfaits de disponibilité et d'implication

- ✓ Le nombre de lits par hôpital est déterminé comme suit, et arrondi:
 - lits ICU réservés = 60% des lits ICU agréés + 15% extra + 25% extra
= 100% des lits ICU agréés
 - lits non-ICU réservés = 6 * 60% des lits ICU agréés
 - lits HFNO = 15% des lits ICU agréés
- ✓ La capacité à réserver pouvait être assurée au sein d'un réseau. Si l'obligation était garantie au niveau du réseau, le réseau devrait envisager la répartition correcte de ces interventions. Veuillez noter qu'après répartition de ces montants aux hôpitaux du réseau, la distribution de ces montants aux prestataires de soins devrait être faite par les organes qui en sont responsable suivant l'AR IFFE.
- ✓ L'administration étudie actuellement les modalités d'octroi aux hôpitaux dits hybrides ou spécialisés des forfaits de disponibilité et d'implication pendant les périodes concernées.