

FAQ pour la collecte relative à l'AR IFFE (voir Excel envoyé le 10 novembre 2020)

Préambule :

- L'Excel a été modifié à quelques égards :
 - o Chaque hôpital peut désormais indiquer par MSF si l'hôpital prend lui-même en charge le coût salarial, ou si le coût salarial est finalement payé par une personne, une association, ... en dehors de l'hôpital (dans la plupart des cas, le maître de stage indépendant ou son pool des médecins, ... ;
 - o Les hôpitaux sont en outre invités à communiquer leur pourcentage de rétrocession calculé eux-mêmes (plus d'explications ci-dessous) ;
 - o La demande nominative n'est pas limitée aux médecins, un onglet supplémentaire est ajouté pour tous les autres prestataires de soins qui sont financés par des honoraires.
- Dans cette collecte, la définition de 1 ETP est toujours la suivante : 1 personne 1 mois à temps plein.
- "Temps plein" signifie "ce qui est contractuellement ou par convention considéré comme un temps plein" et ne peut jamais dépasser 1 ETP (ici par mois).
Pour tous les salariés (y compris les médecins sauf les MSF) on estime une semaine de 38 heures pour un emploi à temps plein.
- Les "MSF" (médecins-spécialistes en formation) doivent également être compris comme des "MGF" (médecins-généralistes en formation).

1. L'onglet "Collecte partie 1"

1.1. ETP Chômage temporaire (cellules C11 au C16)

Si, dans la période de mars à juin 2020, l'hôpital a eu recours au système de chômage temporaire, alors le nombre d'ETP dans ce système doit être rempli ici selon la classification Finhosta. La totalité des ETP de l'ensemble de l'hôpital (tous les centres de frais) doivent être repris, à l'exception des centres de frais pour les services non hospitaliers 9XX.

Compte tenu des discussions en cours sur le montant à déduire par ETP en cas de chômage temporaire, les administrations ne tiendront pas encore compte de la réduction pour chômage temporaire dans ce premier décompte provisoire pour le premier semestre 2020, mais en tiendra compte dans un décompte ultérieur.

1.2. Informations pour le calcul de l'indication taux de rétrocession (Cellule C23 - C25)

Indiquer les montants permettant aux administrations de calculer un pourcentage moyen **indicatif** de rétrocession de l'hôpital :

Cellule C24 = montant total des honoraires d'hospitalisation 2019 qui reviennent finalement à l'hôpital, c'est-à-dire sans la rémunération des prestataires de soins indépendants (la description des "honoraires d'hospitalisation" suit).

Cellule C25 = montant total des honoraires d'hospitalisation 2019 (la somme de la part des prestataires de soins indépendants et de la part de l'hôpital).

- ⇒ Permet à l'administration de calculer un taux de rétrocession **indicatif** $Y_i = C26/C27$ et servira ultérieurement de point de départ à l'administration pour vérifier le taux de rétrocession communiqué.
- ⇒ L'administration pourra également utiliser les données de Finhosta pour vérifier le taux de rétrocession.
- ⇒ Cependant, pour cette vérification, chaque hôpital doit également **tenir** une explication claire à **la disposition** des administrations, sachant que les données comptables ne sont pas suffisamment détaillées. Ces notes font référence aux comptes de 2019 et à tout autre document justificatif.

Définition "honoraires hospitaliers" (cellule C24)

1.2.1. Seuls les honoraires (de médecins et de paramédicaux) inclus dans le chiffre d'affaires de l'année 2019 (voir la comptabilité des hôpitaux), s'ils sont facturés¹

- ✓ via le **recouvrement central** (organisée soit par l'hôpital, soit par le Conseil Médical) ;
- ✓ le cas échéant, pour les honoraires des polycliniques de l'hôpital, c'est-à-dire s'ils ne sont pas facturés par le recouvrement central mais par le prestataire de soins indépendant, à la seule condition que les montants soient inclus dans le chiffre d'affaires et la comptabilité de l'hôpital.²

1.2.2. 'Honoraires' (Cellule C25) sont définis comme suit : tous les montants facturés 2019 répartis entre les prestataires de soins et les hôpitaux³.

1.2.3. Dans la cellule C24, seuls les coûts facturés ou retenus⁴ par l'hôpital sont demandés, par opposition aux "honoraires" qui doivent être remplis dans la cellule C25.

¹ Y compris, le cas échéant, l'estimation enregistrée "restant à facturer" à la fin de l'exercice.

² Concrètement, cela signifie que les honoraires des soins ambulatoires dans les polycliniques, des médecins qui organisent leur propre facturation pour cela, et lorsque cette partie des honoraires n'est pas incluse dans les comptes de l'hôpital, **ne sont pas** inclus dans le total des honoraires, cellule C25 (il en va de même pour les frais éventuels facturés à ce titre, ceux-ci ne sont pas inclus dans la cellule C24 - voir ci-dessous).

³ Pour les soins donnés ou la disponibilité des soins : honoraires forfaitaire (pseudo), honoraires (y compris ceux facturés dans le cadre d'une convention INAMI), honoraires de disponibilité et de permanence, honoraires pour les soins à basse variabilité, ainsi que toute autre facture de médecin par prestation et si l'indemnisation AMI est versée ou non aux médecins immédiatement et pour la partie convenue, ou si les honoraires sont versés aux médecins via un fonds (fonds de solidarité, fonds médical, etc.) à une date ultérieure;

Montants : y compris les tickets modérateur, les contributions personnelles et les suppléments ;

Ne seront **pas** inclus :

- Les honoraires médicaux forfaitaires qui sont financés via le BMF (par exemple, médecin-hygiéniste hospitalier, médecin-chef, centre multidisciplinaire de la douleur, équipe de soutien palliatif, ...) car ils sont déjà garantis (voir AR IFFE chapitre 3, §2.1) ;
- Les honoraires médicaux forfaitaires perçus via les conventions de l'INAMI (par exemple, le centre de référence VIH du médecin,...), car ils sont déjà garantis (voir AR IFFE Chapitre 3, §2.2) ;

⁴ Tous les coûts, c'est-à-dire y compris les frais de tarification, de facturation et de recouvrement facturés par l'hôpital ;

1.3 Le pourcentage moyen de rétrocession⁵ calculé par l'hôpital lui-même de 2019 X_i (cellule 26).

Chaque hôpital a la possibilité d'indiquer son propre taux de rétrocession calculé lui-même, là encore "quel pourcentage des honoraires de 2019 revient finalement à l'hôpital".

De nouveau, une proposition détaillée et documentée basée sur les données de 2019 **doit être tenue à la disposition des administrations, établie en accord entre l'administrateur et le Conseil Médical**. C'est ce pourcentage communiqué X_i pour l'année 2019 qui sera déjà utilisé pour le décompte provisoire du premier semestre 2020 par le SPF SP et l'INAMI, en raison du délai **la vérification suivra après le décompte provisoire**.

Dans la perspective du décompte définitif, le SPF SP vérifiera les pourcentages de rétrocession ainsi formulés par rapport au ratio des montants notifiés (voir ci-dessus) et les comparera aux données FINHOSTA. Si nécessaire, les administrations peuvent demander des informations complémentaires. Si cela n'est pas suffisant, ou s'il n'y a pas d'accord du Conseil Médical, la position du réviseur sera décisive.

2. Onglet "partie 2 – MSF" et l'onglet "collecte partie 1" (cellule C18)

Les hôpitaux notent les noms des MSF et MGF, le numéro de l'INAMI, l'ETP, et à condition que leurs **coûts salariaux** soient supportés par l'hôpital ou par une partie externe (dans la plupart des cas, le maître de stage indépendant ou le pool des médecins, ...). Il s'agit des MSF et des MGF qui étaient en formation dans leur hôpital entre mars et juin 2020, même s'ils ont changés de place de stagiaire entre-temps.

3. Onglet "partie 3 Médecins"

Tous les médecins dans des activités de soins (sauf ceux qui n'ont pas de numéro INAMI belge) sont inclus ici pour leur temps partiel. Outre les médecins spécialistes et les paramédicaux, sont mentionnés dans la liste : les médecins généralistes, les résidents, les médecins de salle, etc. dans la mesure où ils sont financés par les honoraires.

- Ne sont **pas** repris dans la liste :
 - Les MSF et MGF (car à remplir dans un autre onglet)
 - le temps partiel en ETP que les médecins consacrent **structurellement** aux soins (liés) ou aux activités stratégiques, mais qui sont rémunérés autrement que via des honoraires. Un exemple est le financement forfaitaire via B4 dans le BMF ou via les conventions de l'INAMI comme un médecin-chef, médecin données stratégiques, hygiéniste hospitalier, médecin coordinateur du centre multidisciplinaire de la douleur, équipe de soutien palliatif, centre de référence pour le VIH...

Ne sont pas inclus : les coûts liés aux honoraires pour les soins ambulatoires dispensés à l'hôpital mais non inclus dans les comptes propres de l'hôpital.

*Supposons qu'un hôpital inclut dans sa comptabilité les coûts et la facture du prestataire de soins pour les frais de fonctionnement de la polyclinique, mais pas les honoraires facturés par le prestataire de soins dans cette polyclinique, alors cela **ne doit pas** repris dans le montant pour l'hôpital.*

⁵ Taux moyen de rétrocession : une "moyenne pondérée" et non la moyenne de tous les taux appliqués

- le temps partiel en ETP que les médecins consacrent **structurellement** à des missions qui sont financées par une organisation externe comme la médecine d'assurance, les études cliniques, le conseil, l'enseignement et la formation, ...

4. Onglet “partie 4 - autre prestataires de soins”

Tous les prestataires de soins de santé qui sont généralement financés par des honoraires pour leurs activités de soins de santé, à l'exception des médecins, et qui ont un numéro INAMI, sont inclus. Il peut s'agir des paramédicaux tels que des kinésithérapeutes, des audiologues, des orthophonistes,

De la même manière que chez les médecins, il est demandé d'indiquer s'ils exercent cette activité hospitalière à titre indépendant ou salarié.

Il va sans dire que le temps partiel des paramédicaux qui sont financés par des autres moyens (par exemple, le Budget des Moyens Financiers - personnel standard, B4,...- financement fixe dans les conventions de l'INAMI,...) ne doit pas être inclus ici.