
Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/556-2 (*)

Avis sur la programmation de lits Sp1 à Sp5 : aspects budgétaires et financiers (partie 2)

Au nom du Président,
Margot Cloet

Annick Poncé
Directeur général ad interim

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 12/05/2022 et ratifié par le Bureau à cette même date.

Le présent avis se situe dans le prolongement de l'avis 540-2 sur la programmation de l'offre de soins hospitaliers (18/11/2021) et de l'avis 549-1 relatif au critère de programmation des lits Sp1 à Sp5 (10/02/2022), formulés en réponse à la demande d'avis du ministre Vandembroucke du 30/06/2021. L'objet du présent avis est de traiter des **aspects budgétaires et financiers** liés à une création de lits Sp supplémentaires via la reconversion de lits aigus en lits Sp.

1. Considérations budgétaires sur la reconversion de lits aigus en lits Sp

La programmation des lits Sp1 à Sp5 étant quasiment atteinte, l'avis 549-1 a proposé une **première réévaluation de la programmation** de ces lits sur base des données disponibles, plus spécifiquement sur base de l'évaluation prospective du « besoin normatif en lits » effectuée par le KCE dans son étude 289 (« Capacité hospitalière 2025 »)¹.

Dans cet avis, le CFEH suggère de fixer le critère de programmation des lits Sp1 à Sp5 à **0,639 lits pour 1.000 habitants**, ce qui correspond à 7.362 lits selon les chiffres de la population au 01/01/2021 et à **la programmation de 1.371 lits supplémentaires** au niveau national, qui vient s'ajouter aux 4 lits encore disponibles au sein de la programmation actuelle. Cet avis du CFEH n'inclut pas l'existence d'initiatives déjà transversales telles que les hôtels de soins et les centres de convalescence. À l'avenir, cependant, il pourrait s'agir d'un secteur important dans le continuum des soins en particulier dans le domaine des soins intégrés. Ce secteur fonctionne **de manière complémentaire aux hôpitaux** et complémentaire aux lits Sp particulièrement.

Si ce nouveau critère de programmation devait être appliqué et donner lieu à la création de 1.375 lits Sp supplémentaires, par le biais de la reconversion de lits aigus en lits Sp selon les règles actuelles de reconversion et de financement, ceci impliquerait d'**importants transferts de moyens du BMF du secteur aigu vers les lits Sp** (impact pour les sous-parties B1, B2 et B5). Sur base des taux de reconversion actuels (0,73 lits Sp pour 1 lit C ou D²), la reconversion de 1.884 lits aigus (C ou D) en 1.375 lits Sp donnerait lieu à un **transfert budgétaire évalué à 189 millions EUR (index 01/03/2022)**. Il n'est pas réaliste d'appliquer uniquement le système de reconversion existant dans un contexte budgétairement neutre pour des reconversions de cette ampleur :

- tout d'abord, il n'existe actuellement pas un potentiel de reconversion de 1.884 lits aigus justifiés en lits Sp. Il conviendrait d'objectiver le réel potentiel de reconversion de lits justifiés ;
- ensuite, même si ce potentiel existait, sans budget supplémentaire, ce mouvement aurait pour conséquence d'accroître une nouvelle fois le **sous-financement** des lits aigus via le BMF, ce qui n'est pas souhaitable, a fortiori alors qu'il convient de **poursuivre le renforcement de l'encadrement insuffisant des services aigus** entamé avec le Fonds blouses blanches³.
- En effet, la reconversion massive de lits aigus en lits Sp ne va pas induire une diminution du nombre d'admissions en services aigus proportionnelle au nombre de lits aigus qui auraient été reconvertis en lits Sp, ce qui implique de facto une diminution du financement des lits aigus. Les durées de séjour aigus quant à elles pourraient diminuer mais cela touche la fin du séjour, sachant que la grande majorité des coûts est concentrée sur le début de l'admission.

¹ Van de Voorde C, Van den Heede K, Beguin C, Bouckaert N, Camberlin C, de Bekker P, Defourny N, De Schutter H, Devos C, Gerkens S, Grau C, Jeurissen P, Kruse FM, Lefèvre M, Lievens Y, Mistiaen P, Vaandering A, Van Eycken E, van Ginneken E. Required hospital capacity in 2025 and criteria for rationalisation of complex cancer surgery, radiotherapy and maternity services. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 289. D/2017/10.273/45. ([Consulter le rapport scientifique](#))

² Il est également possible de reconvertir 1 lit E ou 1 lit G en 0,79 lit Sp.

³ Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, Boon N, Bouckaert N, Cornelis J, Dossche D, Van de Voorde C, Sermeus W. *Safe nurse staffing levels in acute hospitals*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 325. D/2019/10.273/75 ([consulter le rapport scientifique](#)).

- Il conviendra donc de se pencher sur des solutions alternatives avant de procéder à l'augmentation de la programmation souhaitée.

Sous-partie	BMF 2021/2 des hôpitaux aigus (hors hybrides) 3e colonne	Montant indexé au 1-3-2022	Nbr lits aigus convertis	Type de lits considérés	Nbr total de lits agréés/justifiés	Impact total de la reconversion de 1884 aigus en lits Sp (EUR)
B1	1.343.763.449,79	1.426.012.523,02	1884	Lits justifiés	41.778	64.306.754,59
B2	2.516.963.462,96	2.671.021.762,60	1884	Lits justifiés	41.778	120.451.074,75
B5	101.223.512,16	107.419.200,89	1884	Lits agréés	45.693	4.429.076,11
Total						189.186.905,44

Source : SPF Santé publique

Une telle reconversion de lits hospitaliers ne pourra pas se faire du jour au lendemain. En effet, le Conseil estime qu'il est préférable de procéder à cette conversion **de manière progressive**, suivant le rythme de l'introduction par les hôpitaux des demandes de reconversion auprès de l'administration; ces projets de reconversion de lits prenant place dans le contexte d'une réflexion globale menée au sein de ces hôpitaux – et des réseaux hospitaliers – incluant des dimensions telles que l'offre de soins, le projet médical de l'hôpital, les besoins locaux en soins de réadaptation et les aspects budgétaires et financiers.

L'adaptation de la programmation et la création de lits Sp supplémentaires ne peut donc se faire que **moyennant des mesures d'accompagnement nécessitant l'injection d'un budget phasé**. Ceci implique la modification de l'AR du 25/04/2002. Plus précisément, les mesures d'accompagnement doivent être établies **préalablement** à l'adaptation des critères de programmation. **En tout état de cause, sans budget supplémentaire, le besoin supplémentaire de lits Sp estimé par le CFEH ne pourra pas être couvert.**

Dans le cadre de l'actualisation de la programmation des lits Sp1 à Sp5, il serait utile d'évaluer le potentiel réel de reconversion de lits aigus justifiés en lits Sp au sein des hôpitaux et d'évaluer les budgets nécessaires en vue de permettre la création de lits Sp supplémentaires (au-delà de cette capacité de reconversion). Cette évaluation pourrait être réalisée par le SPF Santé publique ou le KCE.

Les communautés devraient également avoir le temps d'élaborer leur propre vision de la meilleure répartition/reconnaissance de ces lits. La politique de réhabilitation est une politique conjointe entre le gouvernement fédéral (programmation nationale, financement) et les communautés. Il est conseillé à la CIM Santé publique de travailler en profondeur sur le parcours global de soins de réadaptation, qui est plus large que les compétences fédérales.

2. Révision du financement des lits Sp

Dans sa demande d'avis du 30/06/2021, le ministre interroge le CFEH sur une éventuelle **révision du financement des lits Sp** : « Il pourrait s'agir d'un financement basé sur l'activité justifiée ou d'un financement adapté qui tienne compte d'une durée de séjour plus longue et justifiée, sans qu'il soit nécessairement fait appel à cette occasion aux soins dispensés par le service Sp et sans que ce patient ait besoin d'une revalidation adaptée. »

A l'aube d'une **importante réforme du financement hospitalier**, il ne nous paraît pas pertinent de modifier le financement des lits Sp. En effet, la réforme du financement hospitalier du ministre Vandembroucke prévoit la

mise en place de forfaits all-in par APR-DRG par admission. En outre, les contours exacts de cette réforme doivent encore être précisés.

Enfin, le Conseil estime qu'**il n'est pas souhaitable de financer les lits Sp sur base de lits justifiés** (au sens d'une durée standard par pathologie). Les DM-RHM / ICD-10 / APR-DRG ne sont pas des outils adaptés pour caractériser les patients et séjours dans ces lits, ni a fortiori pour délimiter des groupes "homogènes" qui mériteraient un financement basé sur une durée moyenne de séjour, en raison de la trop grande variabilité de la durée de séjour. Par ailleurs, les structures d'aval et/ou de domicile pour accueillir ces patients au sortir du lit SP sont actuellement insuffisamment développées et inadéquatement réparties pour envisager d'ajouter une pression supplémentaire sur ces lits et patients, via le financement d'une durée limitée.
