

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 09/03/2023

---

Direction générale Soins de santé

---

CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---

Réf. : CFEH/D/573-4 (\*)

## Avis du CFEH : surcoût hospitaliers pour les patients à profil social

Au nom du Président,  
Margot Cloet

p.o., chef de service Management  
Office de la DG Soins de Santé

Annick Poncé  
Directeur général ad interim

(\*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 9/03/2023 et ratifié par le Bureau à cette même date.

## 1. Introduction

Dans sa demande d'avis datée du 22 novembre 2022, le Ministre a sollicité l'avis du CFEH en ce qui concerne la révision du financement des patients sociaux. Il note, à juste titre, que la prise en charge des patients socio-économiquement défavorisés engendre des coûts financiers plus importants pour les hôpitaux.

Les chiffres et les témoignages reçus dans le cadre des travaux du CFEH démontrent une **augmentation du nombre de patients à profil social** ces 10 dernières années. On peut ainsi noter une augmentation en ce qui concerne les patients dits « non OA » (patients sans domicile de secours : + 36 % d'admissions hospitalières en 10 ans<sup>1</sup>, demandeurs d'asile « no show » : +50 % de demandeurs en 4 ans<sup>2</sup>). Le vieillissement de la population et l'évolution vers plus de personnes isolées et de ménages monoparentaux (+ 33 % en 20 ans)<sup>3</sup> impactent également la prise en charge.

Les experts du terrain insistent sur **l'importance du rôle de l'hôpital dans la prise en charge des patients les plus défavorisés**, notamment à cause d'un manque de structures d'aval. Trop souvent, l'hôpital est le seul lieu où les patients les plus précarisés peuvent trouver les soins requis et bénéficier d'une prise en charge dans des conditions (sanitaires) correctes. Qui plus est, le travail pour les professionnels de santé est souvent compliqué par des défis de compréhension, d'hygiène, de sécurité et des comorbidités.

Le manque de structures d'aval pour ces patients et les problèmes d'assurabilité compliquent le travail des services sociaux, qui jouent un rôle crucial dans la prise en charge et l'orientation après l'hospitalisation.

En résultent : des hospitalisations plus lourdes, plus longues et plus coûteuses pour ce type de patients.

Notons aussi que la prise en charge d'un grand nombre de patients à profil social va de pair avec une charge mentale et psychologique importante pour le personnel.

Il est donc crucial de **prévoir un financement adéquat pour les surcoûts hospitaliers liés à la prise en charge de patients à profil social**, mais aussi de façon plus générale pour le **fonctionnement des services sociaux**. Des besoins importants existent aussi bien dans les hôpitaux généraux que psychiatriques. Dans le cadre de cet avis, nous nous focaliserons cependant uniquement sur la répartition des moyens existants pour les hôpitaux généraux, afin de rester dans les contours de la demande d'avis.

---

<sup>1</sup> Chiffres du SPF Santé publique

<sup>2</sup> Chiffres de Fedasil

<sup>3</sup> Chiffres de Statbel

## 2. Financement actuel et demande d'avis

Actuellement, un budget de presque 55.486.029€ (valeur notifiée dans le BMF au 01/01/2023) est réparti dans le BMF pour couvrir ces surcoûts :

- Ligne 370 du B2 – fonction sociale 25 (2007)..... 7.010.935 € **plus recalculé**
- Ligne 375 du B2 – fonction sociale 75 (2007)..... 21.037.109 € **plus recalculé**
- Ligne 201 du B8 – masse fonction sociale 50% (2002)..... 13.719.036 € **recalcul annuel**
- Ligne 220 du B8 – masse indice de corr. soc. (ICS) S50 (2008) ..... 12.293.168 € **plus recalculé**
- Ligne 270 du B8 – masse ICS 50 hôpitaux hors système (2008)..... 1.425.781 € **plus recalculé**

Budget national au 01/01/2023 → **55.486.029 €**

La ligne 201 de la sous-partie B8 est redistribuée annuellement sur la base des règles de calcul suivantes :

Un ratio est calculé pour chaque hôpital, composé d'une pondération de trois ratios :

- 1) Nombre d'admissions (hôpital de jour classique + chirurgical) de personnes remplissant les conditions pour bénéficier de la facture sociale maximale / nombre total d'admissions 70.A. à 25%.
- 2) Nombre d'admissions (classique + hôpital de jour chirurgical) de personnes bénéficiant de la facture maximale bas revenus et qui sont isolés / nombre total d'admissions 7 O.A à 66%.
- 3) Nombre de dossiers de personnes sans domicile de secours dont les frais d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration Sociale / nombre total d'admissions à 100%.

Le budget disponible est redistribué chaque année lors du BMF de juillet entre tous les hôpitaux qui ont un score supérieur à la médiane, la répartition se faisant en fonction du nombre de cas calculé comme suit :

- 60% sur la base du nombre de cas du ratio 1
- 25 % sur la base du nombre de cas du ratio 2
- 15% sur la base du nombre de cas du ratio 3

Toutes les autres lignes n'ont pas été recalculées depuis 2008 ou 2009. Historiquement, elles ont été réparties entre les hôpitaux selon deux systèmes de distribution :

- Un premier système très proche de celui utilisé dans le B8, ligne 201
- Un deuxième système qui repose sur l'indice de correction sociale, un système assez complexe et peu transparent repris dans l'annexe 17 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du BMF.

Le ministre demande l'avis du CFEH sur :

- le recalcul total ou partiel du financement actuellement gelés
- Les critères selon lesquels ces moyens peuvent être redistribués
- Est-il opportun de rechercher une plus grande concentration des moyens disponibles vers les hôpitaux qui traitent le plus de patients à profil social ?

Le CFEH comprend que le ministre souhaite actuellement un avis du CFEH dans le cadre de l'enveloppe actuelle. Il semble utile au CFEH d'examiner plus en détail les besoins réels dans une prochaine

recommandation, étant donné la constatation susmentionnée d'un nombre croissant de patients ayant un profil social (voir également le chapitre 5 "prochaines étapes").

Le CFEH s'est réuni 4 fois au sein d'un groupe de travail sur ce thème dans le court laps de temps qui lui a été imparti pour réaliser cet avis. Il a bénéficié d'une contribution précieuse au cours de ces échanges en raison de :

- l'AIM, en ce qui concerne les indicateurs pour les patients VI ayant un profil social,
- Le SPP Intégration Sociale, en ce qui concerne les indicateurs pour les patients non O.A. sans domicile de secours,
- Fedasil, en ce qui concerne les indicateurs pour les demandeurs d'asile,
- Hospisoc, l'association des travailleurs sociaux hospitaliers,
- le SPF santé publique a réalisé une série d'analyses autour des indicateurs utilisés dans le financement actuel et des impayés,
- plusieurs experts (financiers, sociaux, médicaux) qui ont participé aux réunions du GT.

Dans cet avis intermédiaire, le CFEH dresse l'état de ses travaux sur le sujet. Il a fixé les principes-cadre (chapitre 3) qu'il suivra dans la recherche du nouveau cadre de financement. Il a développé une méthode d'approche (chapitre 4) de la problématique et a pu fixer des premiers éléments (chapitre 4).

Toutefois, il n'a pas été possible, dans ce court laps de temps, de transformer déjà ces éléments en un modèle de redistribution des financements. Le CFEH poursuivra ses travaux dans ce domaine au cours des prochains mois.

### 3. Principes-cadre

Le CFEH veillera à ce que ces principes-cadre soient respectés dans le développement du nouveau système de répartition du financement existant pour les surcoûts hospitaliers liés aux patients à profil social.

#### 1. Isoler ce financement dans une sous-partie spécifique au sein du BMF

Actuellement, les moyens sont partiellement liquidés via les sous-parties B2 et B8. Or, la réforme du financement prévoit d'évoluer vers un financement forfaitaire « all-in » par pathologie sur la base des coûts justifiés pour les activités liées aux soins. Le CFEH estime qu'il convient de prévoir un financement complémentaire pour les coûts liés aux patients à profil social. Dès lors, le CFEH souhaite d'ores et déjà isoler la totalité du financement existant dans la sous-partie B8 au sein du BMF. Le CFEH attire l'attention que l'évolution proposée ne sera clairement qu'une étape, le financement des patients à profil social devra être revu dans le cadre de la réforme plus profonde du financement hospitalier, aussi bien en ce qui concerne la hauteur des budgets pour les hôpitaux généraux et psychiatriques qu'en ce qui concerne la répartition entre hôpitaux.

#### 2. Simplifier et rendre plus transparent le système de répartition du financement

Historiquement, le système de répartition du financement pour les surcoûts des patients à profil social a été sujet à beaucoup de critiques. Il a été adapté à de nombreuses reprises avant d'être gelé (pour 75 %). Le CFEH estime que le nouveau système de répartition ne pourra être accepté que pour autant qu'il soit compréhensible et transparent. Les données sur lesquelles se base la répartition doivent être fiables. En outre, certains concepts obsolètes devront être mis à jour en fonction des dernières définitions en vigueur. Comme les réglementations relatives aux indicateurs sous-jacents peuvent également être évolutives, les concepts et les désignations utilisés dans la détermination du B8 doivent être vérifiés régulièrement afin de s'assurer qu'ils sont toujours conformes aux normes en vigueur à ce moment-là.

3. Recalculer régulièrement la répartition  
Comme expliqué supra, la situation des patients à profil social évolue. Il est important que la répartition du budget soit recalculé régulièrement. Le CFEH propose un recalcul annuel pour l'ensemble du budget de 55,5 millions € visé. Pour ce recalcul, on se basera sur des données mises à jour N-2 ou une moyenne pluriannuelle pour des données qui fluctueraient fortement d'une année à une autre.
4. Le financement doit suivre les grandes catégories de patients à profil social  
Le principe d'une répartition entre hôpitaux en fonction du nombre de patients à profil social qu'ils prennent en charge, tel qu'utilisé actuellement et historiquement pour la répartition des budgets visés, est à maintenir car il permet de répartir de façon plus juste qu'une simple répartition en fonction de lits agréés / justifiés.
5. Introduire les nouvelles modalités sur une période transitoire de 3 ans  
Pour éviter des déséquilibres trop soudains, le CFEH propose de prévoir une période transitoire de 3 ans pour passer de la situation actuelle à la nouvelle répartition, pour les lignes de financement qui sont ajustées.
6. L'introduction d'un nouveau modèle n'est pas possible avant le 01/07/2024  
Au vu de l'état d'avancement des travaux du CFEH, mais aussi au vu des implications pour l'administration (récolte de nouvelles données qui ne sont pas encore à la disposition de l'administration, développements informatiques, ...), il n'est pas réaliste d'introduire un nouveau modèle de financement au 01/07/2023, comme suggéré par le Ministre. Par ailleurs, le sens de l'urgence semble moindre dans la mesure où les premières analyses confirment que le système de répartition actuel peut servir d'inspiration pour le nouveau système.
7. L'introduction d'un nouveau modèle devra tenir compte d'une distribution non linéaire de certains surcoûts liés aux patients à profil social

#### 4. Nouveau système de répartition des budgets

Afin de rendre le système de répartition des budgets transparent, le CFEH s'est basé sur une méthode d'approche en 4 étapes, dont certaines étapes doivent encore être finalisées :

1. FOR WHO : le CFEH propose des indicateurs qui permettent d'identifier les grandes catégories de patients à profil social
2. WHAT : le CFEH identifie les principaux coûts pour les hôpitaux liés à la prise en charge des patients à profil social
3. WHAT FOR WHO : le CFEH répartit, au niveau national, le budget aux grandes catégories de patients à profil social en fonction des surcoûts qu'ils génèrent pour les hôpitaux
4. ALLOCATE : le CFEH propose un système de répartition entre hôpitaux

##### FOR WHO

Le CFEH identifie deux grandes classes de patients à profil social qui engendrent des surcoûts :

- Les **patients OA**, affiliés à une mutuelle belge, à bas revenu et/ou avec des profils sociaux spécifiques
- Les **patients non OA**, à profil social, avec une prise en charge par le CPAS, par fedasil ou sans aucune prise en charge.

Les indicateurs proposés ci-dessous permettent d'identifier de façon plus précise les patients à profil social au sein de ces deux classes.

### Patients OA

Les patients qui bénéficient du « maximum à facturer » (MàF) sont classés dans plusieurs catégories qui prennent en considération certains indicateurs de profil social, en combinaison avec l'utilisation des soins. Un patient ne sera repris que dans une seule classe MàF, il n'y a donc jamais de « double comptage ».

Le système de répartition actuel du budget pour la ligne B8-201 prend en considération les patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés et les patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social. Selon l'interprétation du CFEH, cela signifie que la condition d'avoir atteint le plafond MàF doit être remplie pour les MàF bas revenus mais pas pour les MàF social. Le CFEH examine encore plus en détail ces aspects, en collaboration avec les organismes assureurs qui envoient les données à l'administration.

Il n'est pas opportun de retenir toutes les classes MàF car cela ne donnerait pas un résultat suffisamment fin, en relation avec l'objectif et le budget limité disponible. A titre d'illustration : la somme de tous les ayants droits MàF concerne 1,15 millions de belges, soit 10 % de la population.

Le CFEH examine actuellement les indicateurs suivants pour les patients OA.

- Les admissions pour les patients MàF à bas revenus. Il s'agit d'un indicateur existant pour la ligne B8-201. Un graphique illustrant la répartition actuelle entre hôpitaux est repris en annexe 1. Il existe plusieurs tranches de revenus du ménage, qui bénéficient de plafonds MàF différents.

L'indicateur utilisé actuellement dans le calcul de la ligne B8-201 se focalise sur les revenus les plus bas et les personnes isolés. Le CFEH examine le plafond à retenir et l'opportunité d'élargir ce critère aux ménages à bas revenus. Il précisera sa position à ce sujet dans un prochain avis.

- Les admissions pour les patients MàF social. Il s'agit d'un indicateur existant pour la ligne B8-201. Un graphique illustrant la répartition actuelle entre hôpitaux est repris en annexe 2. L'indicateur actuel couvre 23,74 % des admissions totales. Actuellement, plusieurs sous-catégories sont identifiées au sein de cet indicateur.

ADM MAF 1 : Catégories A, B, C, D, E, F, G et H

A : bénéficiaires d'une allocation d'handicapé, excepté allocation d'intégration

B : titulaire handicapé (mutuelle) sur base d'une reconnaissance médicale

C : revenu d'intégration ou aide équivalente CPAS

D : chômeur de + de 50 ans,...

E : revenu garanti aux personnes âgées

F : 65 ans (ou plus) inscrite (mutualité) en qualité de résident

G : statut VIPO

H : Enfant handicapé ayant droit à l'intervention majorée

Le CFEH analyse encore plus en détail comment cet indicateur peut être utilisé de façon pertinente pour l'identification des patients OA à profil social.

L'indicateur « revenu par secteur statistique » a été examiné mais rejeté car il vise plutôt le taux de recours aux soins et non pas le surcoût. Certains membres estiment néanmoins pour que cet indicateur soit pris en compte car il leur semble plus simple et plus adéquat.

### Patients non OA

Le nombre de journées des patients non OA admis à l'hôpital représente au niveau national +/- 2,08% % des journées des patients. Cependant, la répartition est très différente d'un hôpital à l'autre, avec des pics jusqu'à 15% de patients non OA pris en charge.

Il convient d'identifier les patients non OA à profil social au sein des patients non OA. En effet, cette catégorie ne reprend pas que des patients à profil social. Le CFEH propose d'examiner les sous-groupes suivants.

- Les admissions pour les patients sans domicile de secours, aussi connus comme les patients « mediprima ». Il s'agit d'un indicateur existant pour la ligne B8-201. Un graphique illustrant la répartition actuelle entre hôpitaux est repris en annexes 3 et 4. Ces patients non OA bénéficient d'une prise en charge du CPAS pour l'aide médicale urgente ou, pour certains cas, d'autres aides médicales. Les factures sont in fine payées par le SPP intégration sociale. L'intervention n'est pas toujours complète
- Les admissions pour les patients demandeurs d'asile avec un réquisitoire. Il s'agit d'un nouvel indicateur. Ces patients non OA bénéficient d'une prise en charge de fedasil ou d'un des centres d'accueil reconnus par fedasil, qui prend en charge leur facture. L'intervention n'est pas toujours complète
- Une série de patients non OA à profil social très précarisés ne bénéficient d'aucune prise en charge, les factures leur sont envoyées à 100 % et restent la plupart du temps impayées. Le CFEH examine s'il est possible d'identifier ces patients dans un indicateur spécifique et le CFEH élaborera une proposition concrète dans son prochain avis

Le CFEH continuera ses travaux pour identifier plus précisément quels indicateurs sont les plus pertinents pour les patients OA et non OA.

### WHAT

La question de l'identification des principaux coûts pour les hôpitaux liés à la prise en charge des patients à profil social est intimement liée :

- au budget qui est à disposition. Le budget de 55,5 millions € constitue seulement 0,5 % du budget global du BMF. Ce budget sera clairement insuffisant pour couvrir tous les surcoûts liés à la prise en charge des patients sociaux. A titre d'illustration, on peut relever que les réductions de valeur sur les impayés<sup>4</sup> des hôpitaux belges s'élevaient à minimum 337 millions € en 2019
- aux financements repris dans les autres sous-parties du BMF, sachant que ceux-ci ne sont pas toujours facilement identifiables. Ainsi, les financements pour frais administratifs en sous-partie B1 et quelques financements spécifiques en sous-partie B1 sont censés couvrir entre autres les frais des services sociaux, mais il n'est pas possible d'identifier un budget précis qui y est alloué et il n'existe aucune norme d'agrément.

Le CFEH identifie 3 principaux postes de surcoûts hospitaliers liés à la prise en charge des patients sociaux. Nous supposons que la surcharge de travail n'est pas linéaire pour certaines catégories. Les

---

<sup>4</sup> de tous les patients pris en charge en milieu hospitalier

structures mises en place par l'organisation seront plus importantes si l'hôpital concentre un grand nombre de patients à profil social.

#### 1. Une prise en charge plus compliquée et plus lourde pour les services sociaux

L'association des travailleurs sociaux hospitaliers a indiqué que les financements « de base », en sous-partie B1, ne suffisent pas à financer les staffing requis pour les patients « habituels » (cf aussi le chapitre 5 « next steps »). Le travail du service social est bien plus large que la prise en charge de patients dits à profil social. Une attention est portée particulièrement sur les déterminants sociaux de la santé.

Sans souhait d'exhaustivité, on peut relever 3 axes principaux dans le travail social qui seront influencés par la complexité de l'environnement familial, financier, géographique et culturel :

- La continuité des soins. Dès l'admission, il importe de préparer la sortie. Pour des patients à profil social, on peut considérer qu'il sera plus difficile de trouver des solutions à la sortie (contexte d'isolement, manque de structures d'accueil, problèmes de santé mentale, pas de ressources financières, absence de titre de séjour légal, pas de recours à un généraliste, ...). Daarnaast hebben sociaal werkers ook een belangrijke preventieve en proactieve rol ivk detectie en opvolging van kwetsbare doelgroepen. Une collaboration plus développée et organisée avec le réseau de la 1ère ligne pourrait aider à trouver des solutions.
- Au niveau financier et assurabilité. Dans un but d'accès aux droits sociaux du patient, il est primordial que le patient puisse bénéficier d'une prise en charge de ses soins médicaux. Sans assurabilité, le coût de l'hospitalisation et/ou de la prise en charge après l'hospitalisation sera à 100 % à charge du patient. Les patients non OA ne bénéficient pas d'une prise en charge par une mutuelle. Le service social peut être amené à accompagner le patient à profil social non OA dans la demande de régularisation de sa situation (demande de prise en charge CPAS ou fedasil ). Ce travail peut être chronophage pour le service social car les procédures administratives sont compliquées et la situation individuelle du patient va intervenir dans la décision de l'autorité. Qui plus est, certaines prises en charge se limiteront soit à l'aide médicale urgente, soit au milieu hospitalier, ce qui va compliquer la sortie et la continuité des soins.
- L'accompagnement psycho-social et administratif / juridique du patient est plus compliqué pour un patient qui ne parle pas une des langues nationales ou qui a généralement une mauvaise compréhension des procédures administratives (problèmes de littératie en santé).

#### 2. Une prise en charge plus compliquée et plus longue pour les professionnels de santé

Une série de facteurs vont impacter la lourdeur et la durée de la prise en charge pour les patients à profil social.

- Lourdeur de la prise en charge
  - Les problèmes de compréhension (ne parle pas une langue nationale et un faible niveau d'alphabétisation (médicale))
  - Des risques de santé plus importants
  - Les problèmes de suivi des instructions / recommandations de soins
  - Les problèmes d'hygiène
  - Les problèmes de santé mentale et de sécurité
- Durée de séjour
  - Le manque d'autonomie psycho-sociale et d'entourage du patient à domicile



- L'absence de solutions en aval, en ambulatoire (continuité des soins)
- L'absence de places dans les structures d'accueil (sans domiciles de secours, demandeurs d'asile), ce qui requiert que le patient reste hospitalisé jusqu'à la solution complète du problème aigu
- Le moindre taux de substitution hospitalisation de jour versus hospitalisation classique
- Le manque de places en revalidation (cf aussi l'avis du CFEH de 2022, CFEH/D/549-2)

Il faut également accompagner les équipes qui sont confrontés aux problèmes de ces patients. Cela requiert des formations et des échanges en équipe pour mieux connaître les besoins spécifiques de la patientèle défavorisée, anticiper les difficultés et diminuer la charge psychologique. Cette charge psychologique présentera aussi l'institution avec des difficultés complémentaires de recrutement.

Il est à noter que certains éléments du système de financement actuel peuvent déjà intervenir dans la couverture des surcoûts. Ainsi, par exemple, les séjours « outliers type 1 » seront financés à la durée de séjour facturée et non pas à la durée de séjour standardisée.

Le CFEH ne dispose actuellement pas de données ou d'études récentes sur le sujet. La dernière étude réalisée sur l'impact de facteurs sociaux sur la durée de séjour est l'étude Closon qui date du début des années 2000, réalisée sur la base des chiffres de 1995. Il n'est donc pas possible de quantifier cette problématique de façon précise. Une nouvelle étude sur le sujet pourrait permettre de mieux quantifier, mais prendra du temps.

### 3. Les Impayés et leur gestion administrative

Le risque et le volume d'impayés sera nettement plus important lorsqu'un hôpital prend en charge un grand nombre de patients sans assurabilité. Il s'agit dès lors de patients non OA qui ne sont pas couverts par le CPAS ou fedasil. Au contraire, lorsque les patients ont une bonne prise en charge (assurés OA + éventuellement une assurance tiers), le risque et le volume d'impayés va diminuer.

Les analyses du SPF santé publique montrent que les réductions de valeur actées (compte 409) sur les impayés s'élèvent à plus de 337 millions € pour l'ensemble des hôpitaux belges, soit 2,3 % du chiffre d'affaires, mais ce compte ne représente pas l'ensemble des impayés.

#### WHAT FOR WHO

Afin de pouvoir répartir le budget disponible entre les hôpitaux, il convient de lier le budget au type de patients à profil social, qui sera la clé de répartition entre hôpitaux. Pour cela, il convient d'abord d'identifier la proportion des surcoûts générée pour chaque type de patients à profil social.

Ce travail est rendu plus compliqué par le manque de données quantitatives autour de la plupart des catégories de surcoûts et leur lien avec les patients à profil social.

Le CFEH continue sa réflexion sur le sujet en vue d'un prochain avis.

#### ALLOCATE

Le principe d'une répartition entre hôpitaux en fonction du nombre de patients à profil social qu'ils prennent en charge, tel qu'utilisé actuellement et historiquement pour la répartition des budgets visés, est à maintenir car il permet de répartir de façon plus juste qu'une simple répartition en fonction de lits agréés / justifiés.

S'il s'avère qu'il existe une concentration de certaines catégories de patients à profil social au sein d'un certain nombre d'hôpitaux, une concentration des moyens liés à ces catégories de patients à profil social vers les hôpitaux qui accueillent le plus de ces patients peut être envisagée. Cette concentration se justifie par une surcharge de travail non-linéaire. Les structures mises en place par l'organisation seront plus importantes si l'hôpital concentre un grand nombre de patients à profil social.

Le CFEH continue ses travaux à ce sujet.

## 5. Next steps

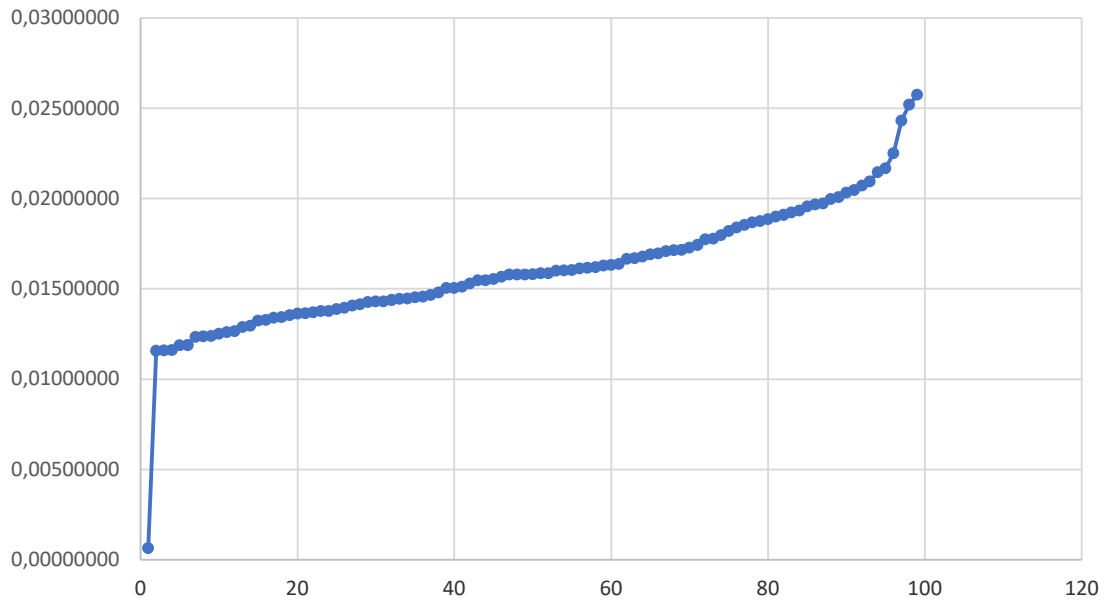
### 2<sup>ème</sup> avis

Le CFEH continue ses travaux afin de pouvoir proposer un nouveau modèle de répartition du budget actuel pour introduction dans le BMF au 01/07/2024.

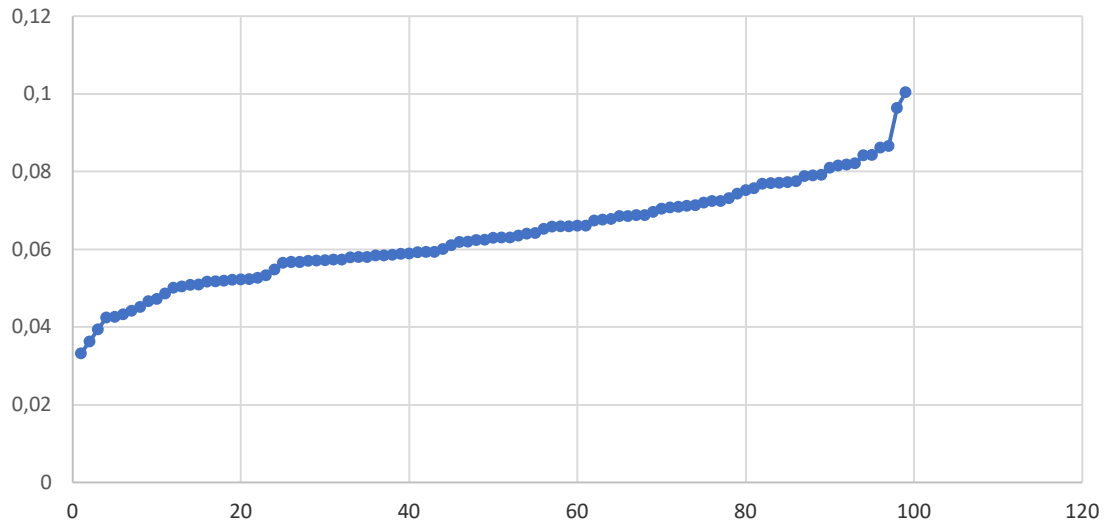
#### Recommandations

- Réforme du financement: analyse pour évaluer le budget nécessaire pour les hôpitaux généraux et le futur budget nécessaire pour les hôpitaux psychiatriques. Evaluer si le système de répartition du budget reste adapté.
- Le CFEH demande que l'on veuille à un financement de base suffisant du service social, qui ne se limite pas à l'attention portée aux patients vulnérables sur le plan socio-économique (voir ci-dessus), et que l'on augmente les ressources consacrées à la médiation interculturelle. Une solution concrète consisterait à remettre la ligne d'interprètes à la disposition des hôpitaux (gratuitement).
- Le CFEH demande de simplifier les procédures pour assurer une prise en charge financière des patients non OA.
- Renforcement des réseaux de première ligne et des solutions en aval pour les patients à profil social.
- Besoin de lits Sp et G supplémentaires
- Répondre aux problèmes de sécurité
- Clarifier les instructions comptables pour l'imputation des impayés

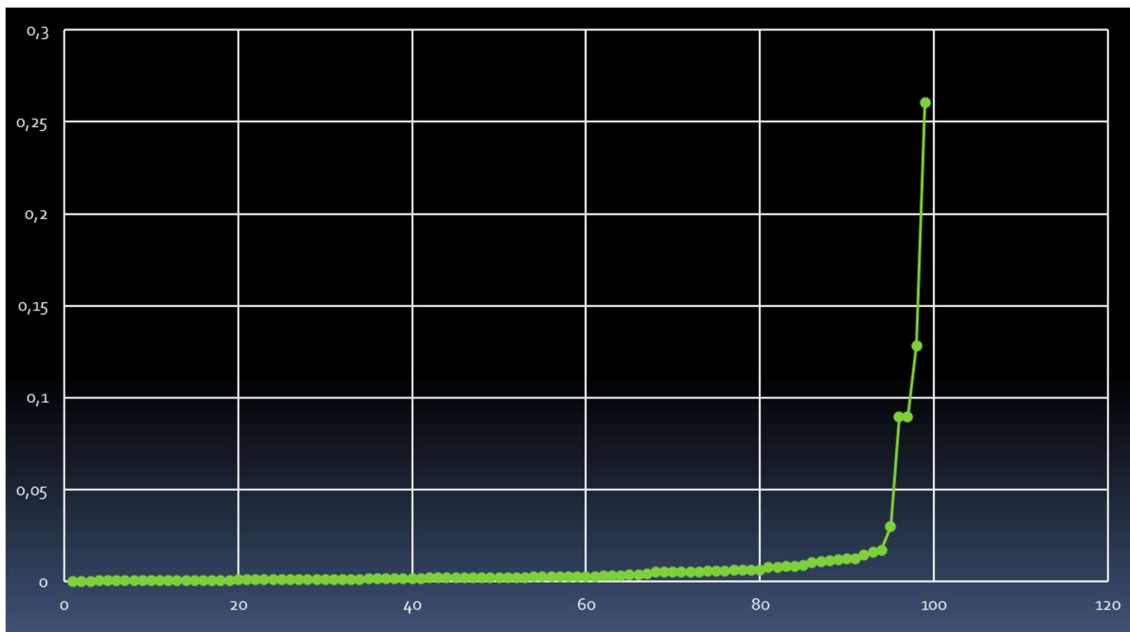
### annexe 1 ratio MAF revenu et isolé



### annexe 2 : ratio MAF social par lit



Annexe 3 : ratio nombre de personnes sans domicile de secours / nombre total d'admissions



Annexe 4 : ratio nombre de personnes sans domicile de secours / nombre total d'admissions en excluant les 5 premiers.

