

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 06/07/2023

---

Direction générale Soins de santé

---

CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---

Réf. : CFEH/D/580-4 (\*)

### **Avis du CFEH «besoins prioritaires 2024»**

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 06/07/2023 et ratifié par le Bureau le 18/07/2023

## Introduction

Par le présent avis, le CFEH souhaite définir les besoins prioritaires pour le BMF pour 2024. Les priorités sont brièvement décrites dans l'avis et élaborées dans des fiches techniques, qui précisent le besoin budgétaire et les références scientifiques ou les avis détaillés qui justifient le besoin.

Pour cette année de transition entre législatures, nous nous focalisons sur des thèmes qui ont été identifiés par les autorités et le secteur comme défis du secteur hospitalier pour le futur et qui requièrent des investissements urgents dès 2024 pour assurer la qualité des soins.

La préoccupation fondamentale est de financer correctement et de manière transparente les hôpitaux en vue de fournir des soins de qualité et accessibles à tous les citoyens, y compris les plus vulnérables, et en tenant compte de la situation de fragilité financière dans laquelle se trouvent les hôpitaux aujourd'hui.

Ce faisant, le CFEH prend naturellement en compte la volonté d'aligner les besoins sur les priorités transversales (ressources humaines, transformation technologique, etc.) et d'utiliser au mieux les ressources disponibles (appropriate care), comme cela a déjà été fait dans le passé, par exemple, dans le développement de l'hôpital de jour et dans l'élaboration de l'hospitalisation à domicile.

En parallèle de ces besoins prioritaires, la coopération entre hôpitaux (pour l'IT, la cybersécurité, etc.) et le développement de nouvelles formes d'organisation peuvent permettre de réaliser des avantages d'échelle (en réduisant, notamment, les coûts auxquels devraient faire face les hôpitaux individuellement).

## Résumé des besoins prioritaires 2024

Description	Besoin 2024 (en Mio €)	Commentaire
<b>Attractivité des professions de santé</b>		<b>Top priorité</b>
Structuraliser le soutien administratif et logistique au BFM (fiche 1)	20	
Soutien du personnel via l'innovation (fiche 1)	21	
Budget attractivité partenaires sociaux (fiche 1)	PM	
<b>Transformation technologique</b>		
Implementatie Europese NIS 2-normen (secteur essentiel) et renforcer la cybersécurité (fiche 2)	104,5	Introductie in 2 fasen: 65 miljoen € structureel + 39,5 miljoen € one shot = 104,5 in 2024 130 miljoen € structureel vanaf 2025
<b>Couverture frais légitime (crise + nouvelles normes)</b>		
Frais d'intérêts court terme augmentés (sous-partie A2, fiche 3)	53,6	
Projets pilotes B4 : indexation et frais de fonctionnement (fiche 4)	PM	
Pensions statutaires hôpitaux publics (fiche 5)	203	Budget au-delà de la norme de croissance
<b>Santé mentale</b>		
Mise en observation : nouvelle législation (fiche 6)	52,5	52,5 structurellement en base annuelle, à adapter pour 2024 en fonction de la date d'entrée en vigueur
<b>Réformes</b>		
Budget d'impulsion réforme nomenclature (fiche 7)	PM	One shot de 57,5 Mio €, à octroyer pendant un an débutant au moins 9 mois avant l'entrée en vigueur de la 1 <sup>ère</sup> phase de la nouvelle nomenclature

## Détails

### Attractivité des professions de santé

Le CFEH considère l'attractivité des professions de santé comme une priorité absolue afin d'assurer un cadre suffisant et des soins de qualité aux patients ainsi que le bien-être des collaborateurs. L'urgence et la nécessité de cette démarche ont été largement reconnues. Plus précisément, il appelle à 2024 :

- Structuraliser la mesure ad hoc pour le soutien administratif et logistique dans le BMF : 20 millions d'euros.
- Mesure de cofinancement des innovations à valeur ajoutée prouvée pour soulager le personnel soignant, après concertation auprès de la CIM afin qu'elle puisse également être utilisée pour l'investissement dans l'équipement et la poursuite du développement de la numérisation : 21 millions d'euros.
- Garantir qu'en cas de changement de classification des fonctions IF.IC dans le paysage IF.IC (autre catégorie), les hôpitaux recevront un financement adapté.
- Travailler à un accord social ambitieux, par lequel un budget peut être mis à la disposition des partenaires sociaux à partir de 2024 pour prendre une première série de mesures.

Ces mesures sont reprises dans la fiche 1.

Pour mémoire : le cadre autour du patient devra être encore renforcé à long terme.

### La transformation technologique

L'Union européenne considère le secteur hospitalier comme secteur essentiel pour l'application des normes « NIS2 » (sécurité de l'information) qui entrent en vigueur à partir d'octobre 2024. Ceci implique des investissements importants qui permettront aux hôpitaux de garantir la sécurité de l'information de santé, primordiale pour le partage des données de santé digitales, et de se prémunir des nombreux cyberattaques subies, ce qui met en péril la continuité des soins.

Les organisations criminelles sont de plus en plus professionnelles et le secteur de la santé est désormais le troisième secteur le plus ciblé, avec une augmentation de 22% des attaques (au niveau international) entre le 1er trimestre 2022 et le 1<sup>er</sup> trimestre 2023<sup>1</sup>. La valeur des données médicales serait actuellement 10 à 20 fois plus élevée sur le dark web que les données financières. Plusieurs hôpitaux belges ont été victimes de cyberattaques ces derniers mois.

Le besoin pour l'implémentation des normes NIS-2 est estimé à 130 millions € structurels et 39,5 millions € one shot (fiche 2). Vu l'ampleur du montant et la durée de l'implémentation concrète, nous demandons d'intégrer ce budget en 2 phases, avec un premier montant de 65 millions d'euros structurels + 39,5 millions d'euros one shot = 104,5 en 2024 et 130 millions d'euros structurels à partir de 2025.

Le CFEH fait également pression pour une meilleure couverture des coûts informatiques, qui restent largement sous-financés. Comme l'ont montré des études antérieures, seuls 10 % des coûts sont couverts. Outre la cybersécurité, le DPI reste également un investissement<sup>2</sup> fortement sous-financé. Dans les besoins 2023, le CFEH avait demandé de doubler le budget actuel du BMUC, ce qui n'a pas été suivi à ce jour.

---

<sup>1</sup> <https://www.weforum.org/agenda/2023/05/cyber-attacks-on-healthcare-rise-zero-trust/>

<sup>2</sup> <sup>2</sup> CFEH/D/522, CFEH/D/507-3, CFEH/D/494-1, CFEH/D/482-1, CFEH/D/470-2

En outre, nous demandons que la Belgique soutienne la recherche sur l'utilisation de " l'intelligence artificielle " dans les soins de santé et qu'elle s'efforce d'obtenir au niveau européen un cadre réglementaire pour son utilisation éthique.

Enfin, le CFEH demande au Ministre de clarifier ses intentions pour l'utilisation des 20 millions € prévus en 2024 dans le cadre de la relance pour l'innovation. Il estime que ces moyens pourraient être orientés vers les besoins identifiés dans cet avis, par exemple le budget « innovation au service du personnel soignant ».

#### La couverture correcte des frais légitimes

Les hôpitaux fonctionnent dans un équilibre financier très fragile. Cet équilibre est mis sous pression par la crise d'inflation et d'énergie, la pénurie de personnel qui impacte l'activité mais aussi par des normes complémentaires (souvent européennes) imposées mais non financées.

### 2023

Le CFEH demande avec insistance qu'une solution soit trouvée lors du conclave budgétaire de juin 2023 pour une indexation correcte des honoraires INAMI, en ligne avec les propositions formulées par le Conseil général et le comité de l'assurance (note CSS 129). Le CFEH rappelle par ailleurs l'engagement du Gouvernement d'évaluer lors du conclave budgétaire de juin 2023 la nécessité d'une injection complémentaire pour couvrir les hausses des factures d'énergie pour le 2<sup>ème</sup> semestre 2023. En effet, même si les coûts de l'énergie ont aujourd'hui diminué par rapport au pic de l'année 2022, ils restent à un niveau élevé par rapport au passé et à ce qui est actuellement couvert par le BMF. Une solution structurelle doit donc être trouvée.

Le CFEH constate que la liquidation des révisions prend de plus en plus de retard. La dernière révision liquidée est celle de 2015. Il s'agit de moyens préfinancés par le secteur. A titre de référence, les révisions 2015 représentaient un montant de 144.901.548,71 €<sup>3</sup> pour les hôpitaux au moment de leur liquidation. Or, les taux d'intérêts augmentent, ce préfinancement coûte donc aux hôpitaux. Le CFEH demande dès lors une injection « one shot » de trésorerie, encore en 2023, pour soulager la trésorerie des hôpitaux et éviter des frais bancaires grandissants. Cette injection devrait permettre de couvrir au moins 2 ou 3 années de révisions pour raccourcir le retard de trésorerie à 3 ou 4 ans. Les moyens pourraient éventuellement provenir d'une sous-utilisation dans le budget des soins de santé 2023. Par ailleurs, le CFEH demande de liquider les révisions 2016-2017 pour leur totalité en 2024.

Pour le **budget 2024**, le CFEH met en avant les besoins suivants :

- Les taux d'intérêt à court terme ont fortement augmenté. Or, le taux financé en sous-partie A2 est fixé à 2,68 %. Le CFEH demande de le mettre à jour à partir du 01/01/2024, ce qui requiert un budget de 53,6 millions € (fiche 3)
- Projets pilotes B4 : indexation correcte et mise à jour des frais de fonctionnement. L'administration est à même d'estimer le besoin (fiche 4)
- Les obligations imposées aux hôpitaux publics par les législations sur les pensions statutaires mettent leur continuité financière en péril. Il faut arrêter l'impact de l'augmentation

---

<sup>3</sup> Indemnisation Fédérale            186.322.404,94 €  
Indemnisation A1 A3                -43.319.838,58 €

Intégration Fédérale                14.117.766,95 €  
Intégration A1A3                    -12.218.784,60 €

exponentielle de ces charges et honorer la couverture des cotisations de pension de base et de responsabilisation, imposées par la législation. Ce problème dépasse le secteur des soins de santé et doit être financé par des moyens au-delà la norme de croissance. Une injection de la totalité du besoin estimé (203 millions €) est demandée en 2024 étant donné l'ampleur de la problématique et la croissance continue des coûts qui y sont liés (fiche 5).

Enfin, le CFEH signale une série de normes supplémentaires qui ont été introduites ou sont imminentes ces dernières années, mais pour lesquelles aucun financement n'a été obtenu pour l'instant : AFCN (avis 486-2), PIC/S (avis 109-2), GDPR (avis 514-2), CSRD, ...

#### La santé mentale

Le besoin prioritaire 2024 pour les SSM au sein du BMF est lié à la nouvelle politique, en particulier la mise en œuvre de la nouvelle législation sur les mesures d'observation protectrices qui entre en vigueur en 2024. Sur une base annuelle, 52,2 millions d'euros doivent être débloqués à cette fin (fiche 6).

#### Les réformes du secteur hospitalier

Le secteur hospitalier a déjà réalisé une série de réformes et se prépare aux réformes de la nomenclature et de son système de financement. Pour 2024, le CFEH demande un budget d'impulsion « one shot » de 57,5 millions € qui permettra au secteur de se préparer techniquement à la réforme de la nomenclature (fiche 7).

Le CFEH continuera à travailler sur les analyses suivantes en 2023 et 2024 qui pourraient conduire à des estimations budgétaires plus précises des besoins (préexistants) en 2025 :

- le financement adéquat du bloc opératoire. Ce financement s'érode depuis des années, aujourd'hui seulement 73% de l'activité justifiée est couverte. Le déficit basé sur les règles de financement actuelles s'élève ainsi à 141,85 millions d'euros (fiche 8). La réforme devrait mettre à jour la liste des temps standards, identifier si des montants peuvent être injectés au bloc opératoire grâce à la réforme de l'hôpital de jour et définir le besoin budgétaire restant.
- l'impact de la réforme hôpital de jour chirurgical sur le BMF (voir avis CFEH/D/565-1 et extension hôpital de jour gériatrique (avis en préparation)
- l'augmentation et la répartition des moyens pour les patients ayant un profil social (voir l'avis CFEH/D/573-4)
- l'élargissement du programme Sp (avis en préparation)

Le CFEH travaillera également sur le mémorandum pour la prochaine législature à l'automne.

## Fiche 1 : mesures pour attirer et retenir le personnel soignant

<b>1. Omschrijving:</b>	<b>Ondersteuning van het personeel aan het bed van de patiënt</b>
<b>Description</b>	<b>Soutien du personnel au chevet du patient</b>

Budget op jaarbasis : 20 miljoen € + 21 miljoen euro € = 41 miljoen €

Budget sur base annuelle

Reglementaire basis : KB 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Base réglementaire AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Modification réglementaire ? : pérennisation de budgets uniques

### Contexte

En 2022, le gouvernement fédéral a pris un ensemble de mesures afin de faire face à la pénurie de personnel soignant. Il entend ainsi répondre au besoin aigu de personnel soignant et atténuer la pression. Des budgets uniques ont notamment été prévus pour des fonctions de support et des équipements destinés à alléger le travail du personnel soignant.

### Besoin

Compte tenu de la pénurie de personnel, c'est une belle opportunité pour s'engager davantage dans **l'innovation et la technologie**, dans la mesure où cela décharge le personnel soignant de certaines tâches et libère du temps, qui peut dès lors être consacré aux soins. Pour encourager cette pratique et la généraliser, le ministre a accordé un budget unique de 21 millions d'euros pouvant être utilisé pour un cofinancement à hauteur de 50 % entre les pouvoirs publics et les hôpitaux. Le budget de 2022 peut continuer à être utilisé pour des dépenses jusqu'à la fin de 2023. Les hôpitaux ont la possibilité d'en faire usage de manière large et flexible dans la mesure où cela allège, de fait, le travail du personnel soignant. Dans le cadre des compétences fédérales, des possibilités existent (par exemple, automatisation de processus administratifs, traitements et soins innovants, petite instrumentation, DPI et, par extension, toutes sortes d'initiatives en matière de logiciels et d'outils de communication, etc.).

Le CFEH propose de pérenniser cette mesure en l'incluant dans le BMF à partir de 2024. Investir dans des équipements est également une opportunité de délester le personnel soignant de certaines tâches. Des accords pourraient être conclus en la matière au niveau de la CIM afin que les hôpitaux puissent se concentrer sur ce qui est le plus pertinent au niveau local, sans être limités par la

répartition actuelle des compétences. Il conviendrait également d'examiner plus en détail les possibilités d'utilisation de ces moyens dans le cadre des TIC.

2. Le personnel soignant consacre également du temps à des **tâches administratives ou logistiques**, comme le transport des patients. Les réglementations existantes n'empêchent pas de déléguer davantage des tâches administratives à des professions en dehors des soins de santé (par exemple, aux secrétaires médicaux), et/ou des tâches logistiques (par exemple, aux brancardiers ou aux assistants en pharmacie). Vu que cela nécessite des fonds supplémentaires, le ministre a débloqué une somme unique de 20 millions d'euros pour recruter du personnel de support. Cette mesure s'opère via le Fonds Maribel social et a été accordée en 2023 pour la deuxième fois.

Pour pouvoir conserver ces fonctions de support, le budget doit être rendu structurel. Il est préférable d'inclure un financement structurel dans le BMF afin de réduire le suivi administratif au strict minimum. Cela permet également au SPF Santé publique d'assurer lui-même le contrôle de l'utilisation de ces moyens avec l'ensemble du personnel normé.

Les mesures susmentionnées sont insuffisantes pour remédier à la pénurie de personnel soignant et nous sommes conscients que le problème ne sera pas résolu grâce au seul octroi de fonds supplémentaires. La pérennisation des deux mesures ci-dessus s'inscrit donc dans un plan global pour l'avenir.

3. Les **fonctions IF.IC**, qui changent de catégorie dans le cadre d'une **procédure d'entretien**, doivent automatiquement ouvrir le droit au financement adapté correspondant pour l'employeur.

4. Pour augmenter l'attractivité des professions de soins, il convient d'élaborer un **accord social** ambitieux. Dans la mesure où il existe une marge budgétaire, le budget pourrait être mis à la disposition des partenaires sociaux à partir de 2024 pour prendre une première série de mesures supplémentaires.



## Fiche 2 : implémentation de normes européennes NIS-2 et renforcement de la cybersécurité

### Brève description de la mesure

L'Union européenne reconnaît l'importance du secteur hospitalier pour la sécurité de l'information en le considérant comme secteur essentiel pour l'application des normes « NIS2 » qui entrent en vigueur à partir d'octobre 2024. Le budget demandé doit permettre aux hôpitaux de répondre à terme à ces normes et, ainsi, augmenter considérablement la protection contre les cyberattaques subies, qui exposent la continuité des soins à des risques et représentent donc une menace grave. L'impact du recours aux circuits papier est considérable pour le personnel soignant et les patients.

Les budgets dont disposent actuellement les hôpitaux pour l'informatique et la cybersécurité sont dérisoires par rapport aux dépenses auxquelles ils sont confrontés en la matière dans la pratique. Il faut notamment investir dans du personnel informatique spécialisé, la sensibilisation et la formation ainsi que dans la sécurité informatique.

### Estimation budgétaire et détails de calculs

Plusieurs hôpitaux ont estimé en détail les budgets dont ils ont besoin pour se préparer à la NIS-2 et, de cette manière, mieux se protéger contre les cyberattaques. Si nous extrapolons cette estimation pour la Belgique sur la base du nombre de lits, nous arrivons à un coût annuel récurrent de 130 millions d'euros et à un investissement unique de 39,5 millions d'euros. Ce qui représenterait donc un coût supplémentaire de 169,5 millions d'euros pour 2024. Le CFEH propose d'octroyer ce montant en deux étapes : 65 millions d'euros structurels + opération unique de 39,5 millions d'euros (« one shot ») = 104,5 millions en 2024 et 130 millions d'euros structurels à partir de 2025.

8 hôpitaux ont estimé les coûts. Nous avons réalisé une enquête auprès d'hôpitaux généraux et psychiatriques/spécialisés. Les résultats sont les suivants.

Hôpital	Total 2024	Récurrent	One Shot
A	2.397.100 €	2.101.500 €	295.600 €
B	2.701.000 €	2.251.000 €	450.000 €
C	940.061 €	687.311 €	252.751 €
D	386.000 €	340.000 €	46.000 €
E	1.194.450 €	607.750 €	586.700 €
F	1.067.921 €	942.921 €	125.000 €
G	3.214.296 €	1.994.296 €	1.220.000 €
H	1.622.178 €	1.447.178 €	175.000 €
TOT	13.523.006	10.371.956	3.151.051

Les hôpitaux interrogés disposent d'un nombre total de lits s'élevant à 5.444.

D'après une projection selon le nombre de lits en Belgique (68 263), on obtient le résultat suivant.

2024	Récurrent à partir de 24	One shot 2024
169.566.674 €	130.055.255 €	39.511.419 €

Ce résultat a été analysé et confirmé par le groupe de travail « Cybersécurité », du CFEH.

Les frais facturés concernent entre autres : frais IT (pare-feu, anti-spam, anti-virus, campagnes de sensibilisation, Security Operations Center, gestion des accès, audits, back-up, etc.), recrutement de personnel informatique spécialisé (réseau, applications et politiques), mise à jour du PUH, formation continue, action en cas d'attaques, etc.

Il est également conseillé de dégager un budget supplémentaire pour les initiatives organisées de manière plus centralisée. Il s'agit notamment de systèmes d'alerte précoce permettant d'avertir tous les hôpitaux belges lorsque l'un d'entre eux est attaqué, d'une team CERT sectorielle, d'une réglementation relative à l'implémentation de patches, de la diffusion d'informations en matière de formation, de l'échange d'expériences, etc. Le CIN/CCB/CERT dispose actuellement déjà de pas mal de connaissances, mais la FCCU (police) et l'ADIV-SGRS (armée) disposent également de nombreux spécialistes qui pourraient apporter leur aide dans ce domaine. En outre, les PME sont déjà partiellement subventionnées par Vlaio, en Flandre<sup>4</sup>.

#### **Justification de la mesure + références**

Au niveau international, de plus en plus d'hôpitaux sont touchés ; des établissements de soins, en Belgique également, ont été frappés à plusieurs reprises par des attaques au cours des deux dernières années. Plus récemment, l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles et l'hôpital CHRSM à Namur. En outre, chaque année, la quantité de données collectées par les hôpitaux (notamment au moyen de l'imagerie médicale) augmente considérablement, ce qui rend la question de plus en plus pressante.

Le nombre d'attaques a également augmenté de 22 %<sup>5</sup> (T1/2022 - T1/2023), plaçant le secteur soins de santé en troisième position (après les secteurs suivants : Enseignement/Recherche et Pouvoirs publics/Armée).

---

<sup>4</sup> <https://www.vlaio.be/en/subsidies/cybersecurity-improvement-trajectories>

<sup>5</sup> <https://www.weforum.org/agenda/2023/05/cyber-attacks-on-healthcare-rise-zero-trust/>

## Fiche 3 : Sous-partie A2 Hausse du taux d'intérêt court terme

### Brève description et justification de la mesure

Les taux d'intérêt à court terme ont fortement augmenté. Or, le taux financé en sous-partie A2 est fixé à 2,68 % dans l'AR BMF article 30. Le CFEH demande de le mettre à jour à partir du 01/01/2024, ce qui requiert un budget de 54 millions €.

### Estimation budgétaire et détails de calculs

Euribor actuel (21/6/2023) à 1 semaine = 3,363%

Euribor actuel (21/6/2023) à 1 mois = 3,439%

[https://mrw.symex.be/interactive-chart?stock=EUR1W\\_BE;EUR1M\\_BE;&period=1y&date=](https://mrw.symex.be/interactive-chart?stock=EUR1W_BE;EUR1M_BE;&period=1y&date=)

Taux prévu court terme prévisions OCDE 2024 : 3,405%

<https://data.oecd.org/fr/interest/previsions-des-taux-d-interet-a-court-terme.htm#indicator-chart>

Sur base d'une marge bancaire de 1,5%, le taux de **4,91%** (3,405%+1,5%) devrait remplacer le taux de 2,68% à l'article 30 de l'AR BMF.

Le total de la sous-partie A2 (tous les types budgétaires) dans le BMF notifié 1/7/2022 4ème colonne = 60.287.947,76€ (exprimés à l'hypothèse : index 1/5/2022 \* 1,0133)

La base de calcul du A2 doit être portée à l'index 1/1/2024 estimé (sous hypothèse qu'il n'y aurait qu'une seule indexation en 2023) :

Besoin 2024 pour majorer le A2 =  $60.287.947,76€ * 1,02^4 / 1,0133 * [4,91\%/2,68\% - 1] =$   
**53.587.465,12 €**

## Fiche 4 : projets pilotes B4 : indexation et frais de fonctionnement

### **Brève description de la mesure**

L'avis du CFEH sur les contrats B4 (référence CFEH/D/578-2) identifie plusieurs questions qui se posent lors de la conception et la mise en œuvre des conventions B4. Dans le même temps, le CFEH formule un certain nombre de propositions pour remédier à ces problèmes. Certaines de ces propositions ont également des implications budgétaires telles qu'une indexation plus correcte et plus rapide, une application uniforme du coût salarial moyen, une compensation pour le fonctionnement opérationnel des projets pilotes, etc. La proposition de pérennisation des projets pilotes de longue durée a également des répercussions budgétaires (transfert de l'art. 63, §§ 1<sup>er</sup>, 2 et 3, de l'AR du 25 avril 2002).

### **Estimation budgétaire et détails de calculs**

L'estimation de l'impact budgétaire des propositions concernées nécessite un important travail de recherche et de calcul pour l'administration du SPF Santé publique. Aucune estimation ne peut encore être présentée à court terme.

### **Justification de la mesure + références**

Les propositions formulées dans l'avis du CFEH susmentionné sont dans l'intérêt de tous les acteurs concernés (hôpitaux avec projets pilotes et SPF Santé publique) et stimulent le développement de projets innovants dans les hôpitaux. En ce qui concerne la pérennisation, nous nous référons aux avis précédemment émis par le CFEH, en particulier l'avis du 12 décembre 2019 (référence : CFEH/D/500-3).

## Fiche 5 : La charge des pensions statutaires

### Brève description de la mesure

Les pensions des statutaires représentent un poids énorme dans les charges supportées par les hôpitaux publics d'une part et les hôpitaux privés avec du personnel statutaire mis à disposition d'autre part. Les charges supportées se composent des cotisations de pension de base et des cotisations de responsabilisation (proportionnelles à la différence entre la charge de pensions supportée par le fonds de pension solidarisé et les cotisations de pension de base versées par l'institution). Ces charges croissent de manière exponentielle étant donné la hausse des taux de cotisations de base et du coefficient de responsabilisation, causée par le nombre croissant de pensionnés.

Certaines lignes de financement BMF spécifiques en sous-partie B4 sont destinées à couvrir les charges liées aux pensions des statutaires, mais elles s'avèrent largement insuffisantes pour couvrir l'ensemble des charges supportées par les hôpitaux. Il s'agit des 4 codes suivants :

- B4 1900 - Cotisation patronale de pensions historiques
- B4 1901 - Augmentation ONSS-APL pour la période 2005-2007
- B4 1904 - Pensions Statutaires Actualisation art 73 Forfait X
- B4 1906 - Pensions Statutaires Actualisation art 73 Forfait Y

Dans cette fiche, nous nous limitons à la problématique des pensions pour les institutions affiliées au fonds de pension solidarisé des administrations provinciales et locales.

### Estimation budgétaire et détails de calculs

Pour estimer ce besoin, nous avons procédé à la comparaison du surcoût 2023 estimé d'un membre du personnel statutaire au financement perçu actuellement, ceci pour chaque hôpital concerné<sup>6</sup> individuellement. Nous nous limitons au surcoût en termes de cotisations de pensions, exprimé par rapport à un contractuel. Le besoin au niveau du pays représente la somme des besoins calculés au niveau de chaque institution (publique, ou privée avec du personnel statutaire mis à disposition). Le véritable surcoût et besoin 2024 sera assurément plus élevé que ce qui est calculé dans cette fiche étant donné la forte hausse prévue du coefficient de responsabilisation dans les années à venir.

Pour estimer ce surcoût 2023, pour chaque hôpital concerné, **le différentiel<sup>7</sup> de taux de cotisation de base**, différencié en fonction de l'appartenance à l'ex-pool 1 (càd 41%, y compris part personnelle) ou 2 (càd 44%, y compris part personnelle) des membres statutaires<sup>8</sup>, appliqué à la masse salariale des statutaires estimée pour 2023, est ajouté à la **cotisation de responsabilisation estimée pour 2023**.

Pour estimer les cotisations de responsabilisation en 2023, nous avons supposé un coefficient de responsabilisation de 71,45%<sup>9</sup> pour les institutions qui ont contracté, dans le respect de certaines conditions, un deuxième pilier de pension en faveur des membres du personnel contractuel et un coefficient de responsabilisation de 100% pour les autres, afin de tenir compte du malus.

---

<sup>6</sup> Nous ne considérons ici que les administrations affiliées au fonds de pension solidarisé.

<sup>7</sup> (Taux de cotisation patronal d'un statutaire – taux de cotisation patronal d'un contractuel, càd 8,86%)

<sup>8</sup> Ce différentiel de taux de cotisation patronal est égal, en 2023, à 24,64% pour les institutions appartenant à l'ex-pool 1 et à 27,64% pour les institutions appartenant à l'ex-pool 2.

<sup>9</sup> Tel que prévu dans les dernières simulations du Service fédéral des Pensions

Ce surcoût est alors comparé par hôpital à la somme des 4 lignes précitées dans le BMF<sup>10</sup>. Pour tenir compte de l'hypothèse d'une seule indexation encore à intervenir dans le courant de l'année 2023, cet écart est multiplié par 1,02 et est donc exprimé à l'index 1/1/2024.

**D'après cette méthodologie, le besoin actuel estimé au niveau du pays s'élève à (minimum<sup>11</sup>) un peu plus de 203 millions<sup>12</sup>** ; celui-ci est calculé sur base des chiffres de 40 institutions publiques et privées (certaines institutions comptant plus qu'un numéro d'agrément), affiliées (directement ou indirectement) au fonds de pension solidarisé.

### **Justification de la mesure + références**

Etant donné la croissance exponentielle des coûts supportés par nos institutions, il devient primordial de faire cesser l'hémorragie et d'injecter des moyens supplémentaires, dès l'année 2024. Sans cette injection, certains hôpitaux n'auront plus la possibilité de faire face à leurs obligations, déjà à très court terme. Cette problématique met l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital en danger et ne permet plus de faire les investissements nécessaires. Au vu de la situation, les instances bancaires ne sont en effet plus disposées à octroyer les crédits indispensables.

Ce besoin est d'autant plus d'actualité du fait de la communication de fin mai 2023 provenant du comité de gestion des pensions des administrations provinciales et locales relative à la limitation de la réduction de la cotisation de responsabilisation.

Outre ce budget structurel supplémentaire qui permettrait de soulager les hôpitaux à court terme, il est évidemment crucial de trouver une solution pérenne qui réglera la problématique des pensions des statutaires à plus long terme.

---

<sup>10</sup> BMF notifié au 1/7/2022 (4ème colonne - hypothèse d'indexation comprise), porté à l'index 1/12/2022.

<sup>11</sup> Le besoin calculé est un besoin minimal puisque les institutions vont être confrontées à une croissance exponentielle de leur charge de pensions dans les années à venir (cf. explications supra).

<sup>12</sup> Ce chiffre est une approximation du fait que nous n'avons pas reçu des données récentes de la part de tous les hôpitaux. Pour une minorité d'entre eux, nous avons dû nous référer à de anciennes simulations ou procéder à des extrapolations.

## Fiche 6 : SSM : mesures d'observation protectrices

### Brève description de la mesure

L'implémentation de la loi relative à la protection imposée à une personne atteinte d'un trouble psychiatrique, laquelle modernise la loi actuelle relative à la protection de la personne des malades mentaux (26 juin 1990), introduit un certain nombre de mesures supplémentaires primordiales dans les hôpitaux.

Il existe une forte corrélation entre les patients admis à la suite d'une mesure d'observation protectrice et leur comportement externalisant ou agressif. En cas de procédure d'urgence, une période d'évaluation clinique, pouvant durer jusqu'à maximum 48 heures, est mise en place. Durant cette période, une évaluation psychiatrique et médico-somatique approfondie doit avoir lieu et aboutir à un diagnostic avant toute mesure d'observation protectrice. Le rapport médical circonstancié établi par le médecin concerné après cette période d'observation doit ensuite être transmis au parquet et au juge de paix compétent.

Pour garantir des soins de qualité et sûrs à ce groupe cible de patients, il est urgent de renforcer l'encadrement en personnel de base dans la continuité des soins de crise.

### Estimation budgétaire et détails de calculs

Pour les services avec mesures d'observation protectrices (durée moyenne de séjour de 40 jours)

- encadrement pour une durée maximale de 10 jours, comme dans les unités de crise HIC et PATC (1,875 ETP/lit)
- encadrement du jour 11 au jour 40 comme dans une unité ID (0,73 ETP/lit).

Sur la base de 11 000 séjours sous statut de mesure d'observation protectrice, 49,6 millions d'euros sont nécessaires pour assurer l'encadrement des soins<sup>13</sup>.

Pour les obligations administratives supplémentaires dans le cadre des mesures d'observation protectrices (contacts avec le parquet, le juge de paix, la famille, obligations d'enregistrement), 0,75 ETP par hôpital concerné est prévu, avec un financement supplémentaire de 2,9 millions d'euros<sup>14</sup>.

Le besoin sur une base annuelle est donc estimé à 52,5 millions d'euros. La nouvelle réglementation entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2024.

### Justification de la mesure + références

Lors du Conseil des ministres fédéral du 2 juin 2023, la proposition de Frank Vandenbroucke, ministre de la Santé, et de Vincent Van Quickenborne, ministre de la Justice, d'un avant-projet de loi amendement et modernisant la protection des personnes souffrant de troubles psychiatriques a été approuvée. Cette loi entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2024.

---

<sup>13</sup>  $9.125 \times ((1.875 - 0.53) * 10 / 365 + (0.73 - 0.53) * 30 / 365) * 1.200 * 85000$

<sup>14</sup> En supposant que 45 hôpitaux soient concernés.

## Fiche 7 : budget d'impulsion réforme nomenclature

### Brève description de la mesure

L'actuel chantier de réforme de la nomenclature des prestations des médecins devrait être implémenté au cours des prochains mois. Il s'agit d'un chantier d'ampleur impliquant une restructuration des libellés des prestations médicales, un rééquilibrage du niveau d'honoraires entre spécialités médicales et l'introduction d'une distinction entre la partie « professionnelle » et la partie « frais de fonctionnement » des honoraires médicaux.

Cette réforme de la nomenclature des soins de santé proprement dite sera accompagnée d'une révision de la codification de la nomenclature. Les futurs codes de nomenclature seront composés de 7 positions numériques (au lieu de 6 positions actuellement) avec maintien d'un check-digit ; ils seront accompagnés d'attributs et ne seront plus signifiants (plus d'utilisation de range par discipline ou d'indication du caractère ambulatoire ou hospitalisé dans le code de nomenclature).

Au niveau hospitalier, cette réforme de la nomenclature aura des implications pratiques tant au niveau de la **facturation** de ces prestations aux patients et aux organismes assureurs que de la **rétribution des prestataires** et des prélèvements effectués sur ces honoraires. Cela nécessite en pratique :

- la réécriture des logiciels de facturation et de tous les logiciels satellites (tarification aux USI, urgences, QO, RX, laboratoire...),
- l'adaptation des flux internes et de la comptabilité des hôpitaux,
- la révision des accords entre les médecins et les hôpitaux (prélèvements...),
- la formation des utilisateurs (prestataires de soins, personnel administratif...).

Il s'agit donc d'un **chantier de grande ampleur** qui nécessitera des efforts considérables des hôpitaux pour la mise en œuvre de cette « double réforme ».

### Estimation budgétaire et détails de calculs

La réforme de la nomenclature impliquera essentiellement des coûts de deux natures : des **coûts de personnel administratif et IT** dans la mise en œuvre administrative de la réforme (coordination, formation, révision des accords, support informatique...) et des **coûts de réécriture des logiciels** de facturation et des logiciels satellites nécessitant des **périodes de testing** importantes. A ceci s'ajoutent des **risques de retard de facturation** engendrant des problèmes de trésorerie.

Sur base de la consultation d'experts de terrain, le CFEH a élaboré une proposition de critères afin d'évaluer le besoin de financement au niveau national pour les hôpitaux généraux et psychiatriques.

Cette proposition repose sur les hypothèses présentées dans le tableau ci-dessous en termes de **renforcement de l'équipe administrative** (service facturation) et du **support apporté par le service informatique**. A chaque fois, deux types de profils ont été identifiés : une **fonction de coordination** et une **fonction chargée de la mise en œuvre pratique** (par ex : pour les tâches de réencodage pour le reparamétrage des systèmes).

Le tableau ci-dessous précise les catégories IF-IC considérées.<sup>15</sup> La proposition intègre également le surcoût estimé dans la **réécriture et la maintenance des logiciels de facturation et des logiciels**

---

<sup>15</sup> Ces ETP ont été valorisés sur base des barèmes IF-IC à l'index du 01/12/2023, sur base des prévisions d'inflation du Bureau du plan qui prévoient un dépassement de l'indice-pivot par l'indice santé lissé en novembre 2023,



**satellites** (tarification aux USI, urgences, QO, RX, laboratoire...). A cet égard, en ce qui concerne les logiciels de facturation, nous sommes partis de l'hypothèse de 50 jours de maintenance (au-delà de la maintenance légale prévue contractuellement) valorisés à 1.400 EUR<sup>16</sup>/jour HTVA. Un surcoût a également été intégré pour la réécriture des logiciels satellites.

La simulation a été réalisée par hôpital (numéro d'agrément) sur base de l'ensemble des lits agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2023 tous indices confondus (aigu, psychiatrique, revalidation, palliatif).

Tableau 1. Critères de financement proposés

Hôpitaux généraux							
Lits agréés	ETP Facturation		ETP IT		Maintenance logiciels factu	Maintenance logiciels satellites	
	Coordination (cat.15)	Employé (cat. 12)	Gestionnaire (cat. 16)	Opérateur (cat. 13)			
< 300	1,0	0,5	1,0	0,5	64.957,89	51.966,32	
300 à < 500	1,0	1,0	1,0	1,0	86.394,00	69.115,20	
> ou = 500	1,0	1,5	1,0	1,5	114.904,02	91.923,22	
Hôpitaux psychiatriques							
Lits agréés	ETP Facturation		ETP IT		Maintenance logiciels factu	Maintenance logiciels satellites	
	Coordination (cat.15)	Employé (cat. 12)	Gestionnaire (cat. 16)	Opérateur (cat. 13)			
< 100	0,50	0	0,33	0,00	21.652,63	17.322,11	
100 à < 300	0,75	0	0,50	0,00	28.798,00	23.038,40	
> ou = 300	1,00	0	0,75	0,00	38.301,34	30.641,07	

Tableau 2. Estimation du financement par hôpital

Financement par établissement (en EUR)							
Type d'hôpital (Nbr lits agréés)	ETP_Factu Cat15	ETP_Factu Cat12	ETP_IT Cat16	ETP_IT Cat13	Logiciel factu	Logiciels satellites	TOTAL
HG (< 300 )	78.866,89	30.468,34	86.613,99	32.629,64	64.957,89	51.966,32	345.503,07
HG (300 à < 500 )	78.866,89	60.936,67	86.613,99	65.259,29	86.394,00	69.115,20	447.186,04
HG (> ou = 500 )	78.866,89	91.405,01	86.613,99	97.888,93	114.904,02	91.923,22	561.602,06
HP (< 100 )	39.433,44	0,00	28.582,62	0,00	21.652,63	17.322,11	106.990,80
HP (100 à < 300 )	59.150,17	0,00	43.306,99	0,00	28.798,00	23.038,40	154.293,56
HP (> ou = 300 )	78.866,89	0,00	64.960,49	0,00	38.301,34	30.641,07	212.769,79

avec 10 années d'ancienneté. Le barème mensuel est multiplié par 13,284 pour l'annualiser (12 salaires mensuels + double pécule de vacances + prime de fin d'année + prime d'attractivité), en y intégrant également 34,67% de charges patronales.

<sup>16</sup> Portés dans les tableaux ci-dessous à l'index du 01/12/2023 (majoration de 2%).

Tableau 3. Estimation du budget national

Extrapolation Budget national (en EUR)								
Type hôpital (Nb lits agréés)	Nb Hop.	ETP_Factu Cat15	ETP_Factu Cat12	ETP_IT Cat16	ETP_IT Cat13	Logiciel factu	Logiciels satellites	TOTAL
HG (< 300)	32	2.523.740,45	974.986,78	2.771.647,54	1.044.148,63	2.078.652,63	1.662.922,11	11.056.098,14
HG (300 à < 500)	31	2.444.873,56	1.889.036,89	2.685.033,55	2.023.037,98	2.678.214,00	2.142.571,20	13.862.767,18
HG (> ou = 500)	41	3.233.542,45	3.747.605,45	3.551.173,41	4.013.446,31	4.711.064,82	3.768.851,86	23.025.684,29
HP (< 100)	14	552.068,22	0,00	400.156,61	0,00	303.136,84	242.509,47	1.497.871,15
HP (100 à < 300)	22	1.301.303,67	0,00	952.753,84	0,00	633.556,00	506.844,80	3.394.458,31
HP (> ou = 300)	22	1.735.071,56	0,00	1.429.130,76	0,00	842.629,48	674.103,58	4.680.935,38
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>11.790.599,90</b>	<b>6.611.629,12</b>	<b>11.789.895,72</b>	<b>7.080.632,92</b>	<b>11.247.253,77</b>	<b>8.997.803,02</b>	<b>57.517.814,46</b>

Tableau 4. Répartition du budget national par type d'hôpital (général ou psychiatrique)

Budget total	Montant (EUR)	Pourcentage
Hôpitaux généraux	47.944.549,61	83,4%
Hôpitaux psychiatriques	9.573.264,85	16,6%
<b>Total</b>	<b>57.517.814,46</b>	<b>100,0%</b>

## Conclusion

Le CFEH aboutit à une estimation du besoin budgétaire de 57,5 millions EUR dont 47,9 millions EUR pour les hôpitaux généraux et 9,6 millions EUR pour les hôpitaux psychiatriques. Le CFEH estime que le moment où cet effort budgétaire devra être réalisé dépendra du moment effectif d'implémentation de la réforme de la nomenclature dans les hôpitaux, tout en permettant aux hôpitaux d'allouer les ressources nécessaires pour *anticiper* et mettre concrètement en œuvre *en temps voulu* les adaptations nécessaires. Sur base des informations à sa disposition à ce jour, le CFEH estime que ce budget **one-shot** devrait être liquidé dans les hôpitaux pendant un an débutant au moins 9 mois avant l'entrée en vigueur de la 1ère phase de la nouvelle nomenclature.

## Fiche 8 : sous-financement du bloc opératoire

### Brève description de la mesure

Compléter l'enveloppe « bloc opératoire » de la sous-partie B2 de manière à ce qu'elle couvre à nouveau au moins 100 % de temps standard. Quelqu'un fait remarquer qu'une partie de ce budget pourrait provenir, après une analyse encore nécessaire, des effets de l'élargissement de l'hôpital chirurgical de jour et de l'introduction concomitante de séjours inappropriés (liste B).

### Estimation budgétaire et détails de calculs

- Nombre de points bloc opératoire BMF 1<sup>er</sup> juillet 2023 : Personnel 7 435,79 + produits médicaux 3 695,76 = 11 131,55 points<sup>17</sup>
- Coefficient de budget disponible BMF 1<sup>er</sup> juillet 2023 = 73,02 %
- Valeur en points BMF 1<sup>er</sup> juillet 2023 = 31 863,66 euros (indice 1<sup>er</sup> mars 2022)
- Indexation au 1<sup>er</sup> janvier 2024 : 8,24 %
  
- Nécessité d'un budget supplémentaire =  $11\,131,55 \text{ points} * (1/73,02 \% - 1) * 31\,863,66 \text{ euros} * 1,0824$   
= **141 853 220,81 euros** (Hôpital dans le système, index 1<sup>er</sup> janvier 2024)

### Justification de la mesure + références

Historiquement, le bloc opératoire pouvait bénéficier d'un budget couvrant plus de 100 % de temps standard fondés. Cela se justifie par le fait que les temps standard ne couvrent pas la préparation, ni le temps passé en salle de réveil. Au fil des ans, cette enveloppe s'est érodée et ne couvre plus aujourd'hui que 73 % des temps standard fondés.

C'est ce qui a été demandé dans une série d'avis du CFEH, dont le premier remonte à 2009 (!).

---

<sup>17</sup> Il reste à extrapoler pour les hôpitaux hors système