

SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 11/01/2024

---

Direction générale Soins de santé

---

CONSEIL FÉDÉRAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

---

Réf. : CFEH/D/595-2 (\*)

## **Avis du CFEH concernant le financement surcoûts hospitaliers pour les patients à profil social – B8 (partie 2)**

Au nom de la Présidente du CFEH,  
Margot Cloet

Sabine Stordeur  
Directrice générale

(\*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 11/01/2024 et ratifié par le Bureau à cette même date

Le 9 mars 2023, le CFEH a donné un premier avis sur le surcoût hospitalier pour les patients à profil social. Il y a développé des principes-cadre pour un nouveau modèle de répartition du budget dédié au financement des patients à profil social.

Le CFEH y identifie 3 principaux postes de surcoûts hospitaliers liés à la prise en charge des patients sociaux : une prise en charge plus compliquée et plus lourde pour les services sociaux, une prise en charge plus compliquée et plus longue pour les professionnels de santé, et les impayés et leur gestion administrative. Ces surcoûts sont insuffisamment pris en compte dans les autres règles de financement et demandent donc un financement spécifique.

Le CFEH fixe dans cet avis des hypothèses de départ. Après un bref rappel du financement actuel, le CFEH propose les paramètres et données à utiliser pour la répartition des budgets existants entre les hôpitaux généraux et commente trois scénarios faisant varier les différents paramètres pour illustrer les effets de répartition avant d'arriver aux conclusions.

Enfin, le CFEH note que ces budgets devront, dans le futur, être complétés, aussi bien pour les hôpitaux généraux que pour les hôpitaux psychiatriques.

## 1. Principes

L'avis précité de mars 2023 fixe les principes suivants comme point de repère :

1. Isoler ce financement dans une sous-partie spécifique au sein du BMF
2. Simplifier et rendre plus transparent le système de répartition du financement
  - a. En outre, certains concepts dépassés devront être actualisés selon les dernières définitions en vigueur – SPF-CM
3. Recalculer régulièrement la répartition
  - a. Recalcul annuel
4. Le financement doit suivre les grandes catégories de patients à profil social
  - a. À maintenir dans un prochain modèle de répartition
5. Introduire les nouvelles modalités sur une période transitoire de 3 ans
6. L'introduction d'un nouveau modèle pourra tenir compte d'une distribution non linéaire de certains surcoûts liés aux patients à profil social

Le CFEH constate aussi que :

- Le budget est insuffisant pour remplir son objectif de couverture des surcoûts liés à la prise en charge de patients sociaux. Le nombre croissant de patients ayant un profil social appelle à un examen détaillé des besoins réels qui y sont liés. En outre, l'identification des patients non OA ne bénéficiant d'aucune prise en charge et dont les factures restent généralement impayées est impossible à ce jour<sup>1</sup>. Dans le contexte de l'enveloppe nationale actuelle, nous distribuons donc la pénurie. Dans le cadre de ses discussions sur son mémorandum, le CFEH poursuivra ses réflexions concernant les besoins budgétaires futurs (pour les hôpitaux généraux et psychiatriques) et la source de financement la plus appropriée, sachant que cette problématique dépasse le domaine des soins de santé et présente des points de convergence avec, par exemple, l'intégration sociale, la politique d'asile, la lutte contre la pauvreté, etc.
- Tous les hôpitaux ont des frais liés aux patients sociaux mais il existe, selon les experts qui ont participé aux travaux, une concentration des patients à profil social avec les plus grands surcoûts dans certains hôpitaux

---

<sup>1</sup> Les réductions de valeur sur les impayés des hôpitaux belges représentaient 337 millions € en 2019.

- Les surcoûts pour le service social (par ex. vérifier et tenter de régulariser le statut d'assurabilité) et pour les factures impayées liées aux patients sociaux non OA semblent plus importants que ceux pour les patients sociaux OA. D'autre part, en termes de volume, les patients sociaux OA sont plus nombreux que les patients sociaux non OA. Mais certains de ces patients sociaux OA auront également besoin de soins supplémentaires (avec les coûts y afférents)
- Nous manquons de données pour créer une formule de répartition « mathématiquement juste » car il n'existe actuellement aucune étude récente qui lie de façon précise les surcoûts aux patients dits de profil social. Le CFEH juge indispensable de réaliser d'autres études afin de garantir la transparence de ces surcoûts et de pouvoir identifier ceux pour lesquels il serait souhaitable de poursuivre l'intégration d'un budget visant à couvrir les surcoûts hospitaliers pour la prise en charge de patients socio-économiquement vulnérables dans le cadre d'une réforme du financement des hôpitaux.

Dès lors, le CFEH propose les hypothèses de départ suivantes :

- Intégrer tout le financement dans la sous-partie B8 des hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés et le recalculer annuellement
- Garder comme base de départ le système de financement actuel en sous-partie B8, ligne 201 (seul élément encore recalculé) pour le nouveau modèle de financement. En effet, il s'agit ici d'une évolution du système, dans l'attente d'une réforme plus fondamentale au moment de la réforme du financement
- Concentrer une partie du budget sur les hôpitaux aux besoins les plus élevés tandis que l'autre partie est répartie entre tous les hôpitaux
- Introduire les nouvelles modalités sur une période transitoire de 3 ans

Le CFEH est également attentif aux impacts de la nouvelle répartition des moyens entre hôpitaux. Vu la situation financière des hôpitaux, il y a un souhait de prudence par rapport aux impacts trop soudains.

## 2. Financement actuel

Actuellement, un budget de presque 55.486.029€ (valeur 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 :

Pour chaque hôpital, un ratio est calculé et consiste en la pondération de trois ratios :

- 1) Nombre d'admissions (hôpital classique + hôpital de jour chirurgical) de personnes qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social / nombre total d'admissions 70A, pondéré à 25 %
- 2) Nombre d'admissions (hôpital classique + hôpital de jour chirurgical) de personnes qui bénéficient du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés / nombre total d'admissions 70A, pondéré 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, pondéré à 100 %

Le budget disponible chaque année dans le cadre du BMF de juillet est redistribué entre tous les hôpitaux dont le score est supérieur à la médiane, la répartition s'effectuant sur la base du nombre de cas calculé comme suit :

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

Nous remarquons que cette répartition donne déjà lieu à une concentration de moyens pour cette ligne.

Toutes les autres lignes ne sont plus recalculées depuis 2008 ou 2009. Elles ont été historiquement distribuées entre les hôpitaux sur la base de deux systèmes de répartition :

- Un premier système qui était étroitement lié au système utilisé dans B8, ligne 201
- Un second système qui se basait sur l'indice de correction sociale, un système plutôt complexe et peu transparent prévu à l'annexe 17 de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du BMF

### 3. Modèle de répartition du budget : données de base, paramètres et simulations

Données disponibles sur les patients à profil social

Année	Admissions OA	Admissions totales	Admissions MÀF1	Admissions MÀF2	Admissions mediprima	Factures Fedasil (hors partenaires : croix rouges, ...)	
2019	2.370.577	2.495.953	592.480 (25 %)	56.191 (2,4 %)	24.197 (0,97 %)	+/- 340	

Veuillez noter que la répartition par hôpital des catégories de patients connus est joint au premier avis du CFEH<sup>2</sup>.

Le CFEH décrit les différentes catégories de patients à profil social pertinentes pour un nouveau modèle de répartition et pour lesquelles des données fiables sont aujourd'hui disponibles, et les éventuelles possibilités d'affiner ou améliorer les définitions et collectes de données.

#### **1. Intervention majorée (MÀF1 ou « BIM »)**

<sup>2</sup> Avis du CFEH 573 du 9 mars 2023

Définition actuelle du MàF1 = « admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du maximum à facturer social. »

Il s'agit en principe de tous les patients BIM (bénéficiaires intervention majorée), ce qui explique pourquoi les nombres sont si élevés (25 % des admissions). Il n'y a pas de lien direct avec le maximum à facturer (MàF).

Le SPF reçoit une répartition en sous-catégories (voir annexe 2). Plusieurs sous-catégories dans la définition actuelle ne sont plus pertinentes suite à l'évolution de la réglementation relative à l'assurance maladie. Par exemple : le statut VIPO n'existe plus. Ce type de division permet toutefois de déterminer la raison pour laquelle le droit à l'intervention majorée est accordé, et d'être éventuellement plus sélectif lors de la sélection des patients au profil social le plus lourd. Or, cette division obsolète peut être source de confusion, avec pour conséquence que les OA ne transmettent pas les données tout à fait de manière identique.

Le CFEH a examiné les différents mécanismes existants qui ouvrent le droit à l'intervention majorée en vue d'être potentiellement plus sélectif dans la prise en compte des bénéficiaires de l'intervention majorée<sup>3</sup>.

Après examen, le CFEH à l'heure actuelle n'est pas parvenu, dans la catégorie des patients BIM, à sélectionner les patients avec les profils sociaux les plus lourds, parce qu'un patient peut accéder au système pour diverses raisons. Le CFEH propose donc de prendre en considération tous les patients BIM afin d'utiliser une définition claire et uniforme, qui sera un peu plus large que la collecte actuelle mais utilisée de façon univoque par toutes les mutuelles et de la même manière pour tous les hôpitaux. Le CFEH recommande cependant de continuer à étudier ce point, qui est actuellement aussi analysé dans le cadre de la commission nationale médico-mut, afin d'affiner et de pouvoir viser les patients avec les profils sociaux les plus lourds.

## **2. MàF revenus (MàF2)**

Définition actuelle du MàF2 = « admissions classiques et d'hospitalisation de jour chirurgicale relatives aux patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés ». Il s'agit, selon le protocole de récolte des données, d'un ménage d'une seule personne dont les revenus annuels nets sont compris entre 0 et 14.475,81 euros.

Le critère MàF2 n'est pas lié au statut Intervention majorée. Il s'agit de tous les patients qui ont atteint le maximum à facturer, qui sont isolés au sein d'un ménage composé d'une seule personne et dont les revenus annuels se situent sous un plafond déterminé. Le plafond de revenus n'a pas été adapté depuis 2005 (et n'a pas non plus été indexé).

Le CFEH propose de maintenir ce critère mais de renvoyer pour le plafond de revenus à partir de l'année de référence 2022 aux deux premières tranches du MàF revenus (cf. le surligné jaune ci-dessous).

---

<sup>3</sup> Vous trouverez un aperçu de ces mécanismes à l'annexe 3.

### a) Inkomens MAF

2023

Inkomensschijven	Maximumbedragen
van 0,00 tot 12.186,41 EUR	250,00 EUR
van 12.186,42 tot 21.801,89 EUR	506,79 EUR
van 21.801,90 tot 33.516,33 EUR	732,03 EUR
van 33.516,34 tot 45.230,81 EUR	1.126,20 EUR
van 45.230,82 tot 56.457,17 EUR	1.576,68 EUR
vanaf 56.457,18 EUR	2.027,16 EUR

2022

Inkomensschijven	Maximumbedragen
van 0,00 tot 11.120,00 EUR	250,00 EUR
van 11.120,01 tot 19.894,05 EUR	506,79 EUR
van 19.894,06 tot 30.583,38 EUR	732,03 EUR
van 30.583,39 tot 41.272,75 EUR	1.126,20 EUR
van 41.272,76 tot 51.516,72 EUR	1.576,68 EUR
vanaf 51.516,73 EUR	2.027,16 EUR

2021

Inkomensschijven	Maximumbedragen
van 0,00 tot 19.420,20 EUR	487,08 EUR
van 19.420,21 tot 29.854,92 EUR	703,56 EUR
van 29.854,93 tot 40.289,68 EUR	1.082,40 EUR
van 40.289,69 tot 50.289,65 EUR	1.515,36 EUR
vanaf 50.289,66 EUR	1.948,32 EUR

Notons qu'il peut y avoir un double comptage avec le premier critère (bénéficiaires de l'intervention majorée). Le CFEH estime que ce n'est pas un problème étant donné que les budgets sont séparés et que les règles pour chaque hôpital sont appliquées de la même manière.

### **3. Mediprima**

Le dernier critère comprend actuellement les dossiers de « personnes sans domicile de secours dont les frais d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le SPP Intégration sociale ». Ceux-ci sont facturés par les hôpitaux à la CAAMI via le système de facturation Mediprima.

Le CFEH propose de maintenir ce critère et de le compléter par les patients demandeurs de protection internationale. Il s'agit de patients dont les frais d'hospitalisation sont remboursés aux hôpitaux par Fedasil ou un de ses partenaires (Croix-Rouge, etc.). Il s'agit d'un nombre limité de patients, mais qui a connu une forte croissance ces dernières années et qui se concentre souvent dans un nombre limité d'hôpitaux. À l'heure actuelle, cette facturation s'effectue encore sur papier, ces patients seront en principe également facturés via Mediprima à partir de 2025.

Ces données n'étant pas encore disponibles à ce jour, le CFEH propose de ne pas inclure les patients demandeurs de protection internationale dans le recalcul pour le BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2024. Pour les BMF au 1<sup>er</sup> juillet 2025 et 2026, le CFEH propose de récolter ces données via une consultation ad hoc des hôpitaux tant que ces données ne seront pas disponibles dans Mediprima pour l'année de référence utilisée. Dès 2027, la récolte de données pourra en principe être réalisée directement via « mediprima », sur base de la facturation devenue électronique.

Patients à profil social pour lesquels des données ne sont pas disponibles

Pour les trois catégories susmentionnées, il existe différentes mesures pour limiter/récupérer les coûts financiers à charge du patient ; par ex. un ticket modérateur réduit ou pas de ticket modérateur en cas d'IM et prise en charge complète de la facture dans le cas de Mediprima. Le surcoût se situe

principalement au niveau de la charge du service social et éventuellement d'admissions plus complexes/de plus longue durée.

Nous manquons cependant de chiffres aujourd'hui pour différents groupes de patients non OA. Il nous est donc impossible de les utiliser pour l'instant. Il s'agit de patients sans assurance ou pour lesquels l'assurabilité n'est pas régularisée. Songeons par exemple aux patients Mediprima potentiels qui disparaissent avant qu'ils ne soient en règle d'assurabilité.

Les citoyens UE non assurés qui ont besoin d'une aide d'urgence et qui séjournent légalement en Belgique (à des fins de travail) sont un autre groupe important qui fait défaut. En principe, ces patients devraient être assurés dans le pays d'origine, mais ne le sont pas. Voir description du groupe cible à l'annexe 1. Cela concerne en particulier le dumping social dans le secteur de la construction et lorsque la personne en question a besoin d'une aide médicale d'urgence. Ils arrivent à l'hôpital via les urgences ou un transfert secondaire. Pour ce groupe de patients, toutes les charges (sur le plan administratif et des soins) sont pour l'hôpital. La collaboration du patient, de la famille ou de l'employeur concerné ou non, avec l'hôpital/le CPAS/la mutuelle, est faible, limitée, voire inexistante.

Lorsque le patient n'est pas assuré, l'hôpital reste confronté dans de nombreux cas à une facture impayée. Une facture qui est par ailleurs très élevée parce qu'aucune mesure de protection n'est prévue pour ce groupe dans la législation.

En ce qui concerne plus spécifiquement le groupe de **l'aide d'extrême urgence aux citoyens UE non assurés**, le CFEH demande qu'une initiative soit prise le plus rapidement possible pour collecter des données. Les hôpitaux constatent en effet que ce groupe augmente, notamment en raison d'un dumping social en hausse. Le CFEH demande d'explorer la piste de l'enregistrement via la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. La Caisse auxiliaire traite la demande de reconnaissance de personne handicapée pour soins de santé, pour les citoyens UE et non UE s'ils répondent à certaines conditions. Il est proposé que les hôpitaux identifient le groupe des citoyens UE non assurés et les fassent enregistrer auprès de la Caisse auxiliaire. Un enregistrement systématique permettra à ces patients d'être identifiés et de faire valider les données par une tierce partie. Pour **d'autres patients à profil social non assurés** aussi, le CFEH souhaite approfondir la question afin de pouvoir les identifier.

## Paramètres de répartition

Partant des données disponibles, des principes-cadres définis dans l'avis du 9 mars 2023, et de la volonté que le nouveau système s'inscrive dans la continuité du système actuel, le CFEH identifie quatre paramètres qui peuvent être utilisés pour définir des modalités de répartition concrètes.

- 3 paramètres permettent de répartir une première partie, concentrée, du budget aux hôpitaux qui accueillent proportionnellement le plus de patients à profil social.
- Un 4<sup>ème</sup> paramètre s'applique sur une deuxième partie du budget, réparti entre tous les hôpitaux.

1. Le premier paramètre (paramètre 1) est la **proportion du budget** qui est spécifiquement affectée aux hôpitaux qui accueillent proportionnellement plus de patients à profil social. Sur les 55,4 millions € (indexé) de l'enveloppe nationale, le paramètre 1 fixe donc un pourcentage qui est réparti entre certains hôpitaux uniquement ; le reste du budget est réparti entre tous les hôpitaux. Dans les simulations ci-dessous, cette proportion est fixée soit à 50 %, soit à 30 %. Dans le système actuel, il s'agit des 13,7 millions € de la ligne B8-201 (environ 25 % du budget total).

2. Le deuxième paramètre (paramètre 2) est le **nombre d'hôpitaux** sur lequel s'effectue cette répartition du budget concentré. Si le paramètre 1 est, par exemple, égal à 50 %, reste à définir sur combien d'hôpitaux cette moitié de budget est répartie. Pour identifier les hôpitaux concernés, le paramètre 2 utilise le système de score tel qu'utilisé actuellement pour la ligne B8-201<sup>4</sup>.

Sur la base du score obtenu, les hôpitaux sont répartis dans 10 déciles, allant du décile 1 avec les hôpitaux qui concentrent le moins de patients à profil social jusqu'au décile 10 avec les hôpitaux qui concentrent le plus de patients à profil social. Le paramètre 2 détermine les déciles auxquels la part concentrée du budget est distribuée. Dans les simulations réalisées, il s'agit de la médiane (le top 50) ou du décile 8 (le top 30). Dans le financement actuel, il s'agit de la médiane (top 50).

3. Le troisième paramètre (paramètre 3) fixe la manière dont le budget est réparti entre les différentes catégories de patients à profil social, pour la partie concentrée du budget qui est spécifiquement répartie entre les hôpitaux des plus hauts déciles. Il octroie ainsi une partie du budget à destination des patients BIM (MàF1), une deuxième partie à destination des patients MàF2 et une troisième partie à destination des patients « mediprima » (ou non OA) qui pourra à terme tenir compte des patients « demandeurs de protection internationale » (cf supra).

4. Le quatrième paramètre (paramètre 4) fixe la manière dont le budget est réparti entre les différentes catégories de patients à profil social, pour la partie du budget qui est répartie entre tous les hôpitaux. Il octroie ainsi une partie du budget à destination des patients BIM, une deuxième partie à destination des patients MàF2 et une troisième partie à destination des patients « mediprima » (ou non OA) qui pourra à terme tenir compte des patients « demandeurs de protection internationale » (cf supra).

Le CFEH a étudié la possibilité d'utiliser les factures impayées comme paramètre mais ne l'a pas retenue car ce paramètre ne peut actuellement pas être comparé de manière suffisamment objective entre hôpitaux.

Comme cela a déjà été signalé, nous sommes dans l'incapacité d'étayer la valeur de chacun des paramètres sur la base de données objectives. Il n'y a donc aucune garantie qu'ils correspondent effectivement aux surcoûts supportés par les hôpitaux en contrepartie. C'est pourquoi nous examinerons différents scénarios dans le chapitre « Simulations » qui suit.

L'application des paramètres donne lieu à différents degrés de concentration, ce qui se reflétera dans les simulations et qu'on soupçonnait déjà dans le premier avis (cf. graphiques en annexe du premier avis).

---

<sup>4</sup> Pour rappel, ce score est la somme pondérée des ratios suivants :

1. Nombre d'admissions (hôpital classique + hôpital de jour chirurgical) de personnes remplissant les conditions pour bénéficier de la facture sociale maximale / nombre total d'admissions 70.A., pondéré 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, pondéré 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, pondéré à 100%.



## Simulations

Pour mieux comprendre les effets combinés des différents paramètres, le CFEH a demandé à l'administration de simuler trois scénarios. Les paramètres retenus pour chaque scénario, ainsi que les paramètres utilisés dans le système actuel, sont indiqués dans le tableau ci-dessous. Les cases en italique indiquent, pour chaque scénario, les paramètres qui se distinguent de la répartition actuelle.

	<b>Paramètre 1</b>	<b>Paramètre 2</b>	<b>Paramètre 3</b>	<b>Paramètre 4</b>
	Part concentrée du budget	Hôpitaux qui reçoivent la part concentrée	Répartition du budget concentré entre les différentes catégories de patients	Répartition du budget pour tous les hôpitaux entre les différentes catégories de patients
<b>Système actuel</b>	24,7 % (13,7 millions sur 55,4 millions)	Les 5 déciles supérieurs	BIM = 60 % MàF2 = 25 % Non OA = 15 %	BIM = 60 % MàF2 = 25 % Non OA = 15 %
<b>Scénario 1</b>	50 %	Les 5 déciles supérieurs	BIM = 60 % MàF2 = 25 % Non OA = 15 %	BIM = 60 % MàF2 = 25 % Non OA = 15 %
<b>Scénario 2</b>	50 %	Les 5 déciles supérieurs	BIM = 55 % <i>MàF2 = 20 %</i> <i>Non OA = 25 %</i>	BIM = 55 % <i>MàF2 = 20 %</i> <i>Non OA = 25 %</i>
<b>Scénario 3</b>	30 %	<i>Les 3 déciles supérieurs</i>	BIM = 55 % <i>MàF2 = 25 %</i> <i>Non OA = 20 %</i>	BIM = 62,5 % <i>MàF2 = 25 %</i> <i>Non OA = 12,5 %</i>

Le scénario 1 est le plus proche de la répartition actuelle de la ligne B8-201, mais il augmente la part concentrée du budget (d'environ 25%) à 50 %. Le scénario 2 est identique au scénario 1 mais accorde un poids plus important à la catégorie de patients « non OA » (25 % au lieu de 15 %) alors que la part des BIM et MàF2 diminue de 5 % pour chacune de ces catégories (pour atteindre respectivement 55 % et 20 %). Le scénario 3 répartit la part concentrée du budget sur un plus petit nombre d'hôpitaux (les trois premiers déciles), mais ne concentre que 30 % du budget. Dans ce scénario, la partie du budget répartie entre tous les hôpitaux accorde plus de poids aux patients BIM, tandis que la part du budget concentrée accorde plus de poids aux patients « non OA ».

Les scénarios prennent en considération les évolutions du nombre d'admissions associées aux trois catégories de patients considérées sur la période 2012-2022 (voir le tableau ci-dessous). Ces évolutions semblent indiquer une augmentation importante des admissions de patients non OA (ADM ILL dans le tableau ; +36,5 %) sur la période, tandis que les admissions de patients BIM (MàF1 dans le tableau) et MàF2 seraient en recul. Pour ces deux catégories cependant, étant donné les variations importantes d'une année à l'autre, il est difficile de conclure à une tendance générale à la baisse.

Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessous sont forcément dépendants des définitions considérées, au fil des années, par les OA sans que la circulaire de récolte des données n'ait été adaptée aux évolutions réglementaires.

Evolutions BFM/YAAR	ADM TOT		ADM MAF 1		ADM MAF 2		ADM ILL	
	Données	Evolution (%)	Données	Evolution (%)	Données	Evolution (%)	Données	Evolution (%)
2012	2.372.354		622.577		76.096		17.721	
2013	2.391.532	0,81%	630.039	1,20%	69.173	-9,10%	14.380	-18,85%
2014	2.433.380	1,75%	646.793	2,66%	71.943	4,00%	16.455	14,43%
2015	2.439.334	0,24%	646.153	-0,10%	75.680	5,19%	15.097	-8,25%
2016	2.438.974	-0,01%	628.197	-2,78%	70.841	-6,39%	16.051	6,32%
2017	2.446.734	0,32%	680.275	8,29%	53.264	-24,81%	17.913	11,60%
2018	2.485.501	1,58%	690.353	1,48%	53.879	1,15%	19.960	11,43%
2019	2.493.371	0,32%	582.118	-15,68%	58.039	7,72%	21.391	7,17%
2020	2.476.297	-0,68%	582.839	0,12%	62.939	8,44%	22.957	7,32%
2021	2.495.953	0,79%	592.480	1,65%	56.191	-10,72%	24.197	5,40%
2022	2.495.953	0,00%	592.480	0,00%	56.191	0,00%	24.197	0,00%
2022/2012 (%)		5,21%		-4,83%		-26,16%		36,54%

Le CFEH a exploré des scénarios dans lequel la pondération des patients non OA serait plus élevée qu'elle ne l'est dans le système actuel (scénario 2 : 25 % de tout le budget est réservé à destination des patients non OA ; scénario 3 : 20 % du budget concentré est réservé à destination de ces patients) en raison de la tendance à la hausse pour cette catégorie, qui sera par ailleurs encore complétée des patients demandeurs de protection internationale. Une partie des patients non OA à profil social n'est actuellement pas captée dans les données. Comme déjà souligné précédemment, le CFEH propose de prendre l'initiative sans tarder pour collecter des données (et examiner la corrélation éventuelle avec les patients Mediprima).

Il a également exploré différents scénarios de concentration (scénarios 1 et 2 : 50 % du budget pour les hôpitaux du top 50 ; scénario 3 : 30 % du budget pour les hôpitaux du top 30).

Grâce à des simulations réalisées par le SPF Santé publique, les effets de la mise en œuvre de trois scénarios envisagés ont pu être identifiés. D'autres éléments n'ont pas eu l'occasion d'être testés, comme par exemple le fait de répartir la partie du budget non concentrée au prorata des patients à profil social, sans pondération spécifique liée à la catégorie (BIM, MAF2, Médiprima).

Les deux tableaux suivants rapportent, pour l'année 2021 et par décile d'hôpitaux, le financement tel que calculé actuellement et les financements dans les différents scénarios. Le premier tableau rapporte les chiffres obtenus pour le scénario 1 et le scénario 2, tandis que le second rapporte les chiffres obtenus pour le scénario 3. Sont en outre indiqués, pour chaque scénario et par décile, l'écart en masse et en pourcentage entre la simulation et le financement actuel. Le nombre total d'admissions pour chaque décile est rapporté dans la dernière colonne.

## Financement actuel

## Scénario 1

## Scénario 2

	huidige fin (2021)	simulatie 60 25 15	in massa	in %	simulatie 55 20 25	in massa	in %	opnames totaal
deciel 1	2.793.369,64	1.645.900,57	-1.147.469,07	-41,08%	1.474.542,81	-1.318.826,83	-47,21%	250.832
deciel 2	3.664.458,25	2.307.844,85	-1.356.613,40	-37,02%	2.109.951,83	-1.554.506,42	-42,42%	309.469
deciel 3	2.934.960,65	2.006.811,85	-928.148,80	-31,62%	1.824.896,58	-1.110.064,07	-37,82%	253.982
deciel 4	3.333.356,96	2.225.831,11	-1.107.525,85	-33,23%	2.060.814,13	-1.272.542,84	-38,18%	270.915
deciel 5	3.335.885,83	2.102.381,88	-1.233.503,95	-36,98%	1.969.917,95	-1.365.967,88	-40,95%	235.430
deciel 6	5.117.753,95	5.976.494,31	858.740,36	16,78%	5.457.896,31	340.142,36	6,65%	229.796
deciel 7	5.598.168,66	6.733.586,44	1.135.417,78	20,28%	6.198.853,07	600.684,41	10,73%	247.977
deciel 8	7.255.085,04	7.670.861,95	415.776,91	5,73%	7.220.501,00	-34.584,04	-0,48%	267.763
deciel 9	6.754.925,68	7.527.477,66	772.551,99	11,44%	7.120.281,50	365.355,82	5,41%	243.741
deciel 10	8.059.852,76	10.650.626,77	2.590.774,02	32,14%	13.410.162,23	5.350.309,48	66,38%	186.048
<b>totaal 2021</b>	<b>48.847.817,41</b>	<b>48.847.817,41</b>			<b>48.847.817,41</b>			<b>2.495.953</b>

## Financement actuel

## Scénario 3

	huidige fin (2021)	simulatie 70 30	in massa	in %	opnames totaal
deciel 1	2.793.369,64	2.353.395,34	-439.974,30	-15,75%	250.832
deciel 2	3.664.458,25	3.295.495,29	-368.962,97	-10,07%	309.469
deciel 3	2.934.960,65	2.869.699,70	-65.260,95	-2,22%	253.982
deciel 4	3.333.356,96	3.172.762,65	-160.594,31	-4,82%	270.915
deciel 5	3.335.885,83	2.990.440,61	-345.445,22	-10,36%	235.430
deciel 6	5.117.753,95	2.977.477,91	-2.140.276,04	-41,82%	229.796
deciel 7	5.598.168,66	3.369.324,65	-2.228.844,00	-39,81%	247.977
deciel 8	7.255.085,04	8.372.410,57	1.117.325,53	15,40%	267.763
deciel 9	6.754.925,68	8.208.774,55	1.453.848,87	21,52%	243.741
deciel 10	8.059.852,76	11.238.036,14	3.178.183,39	39,43%	186.048
<b>totaal 2021</b>	<b>48.847.817,41</b>	<b>48.847.817,41</b>	<b>0,00</b>		<b>2.495.953</b>

Les trois scénarios envisagés concentrent effectivement les moyens affectés sur les hôpitaux des déciles plus élevés, avec un effet exponentiel dans la répartition des moyens.

Dans le tableau ci-dessous, les trois scénarios expriment le montant par admission (toutes les admissions, pas uniquement celles des profils sociaux), pour chaque décile.

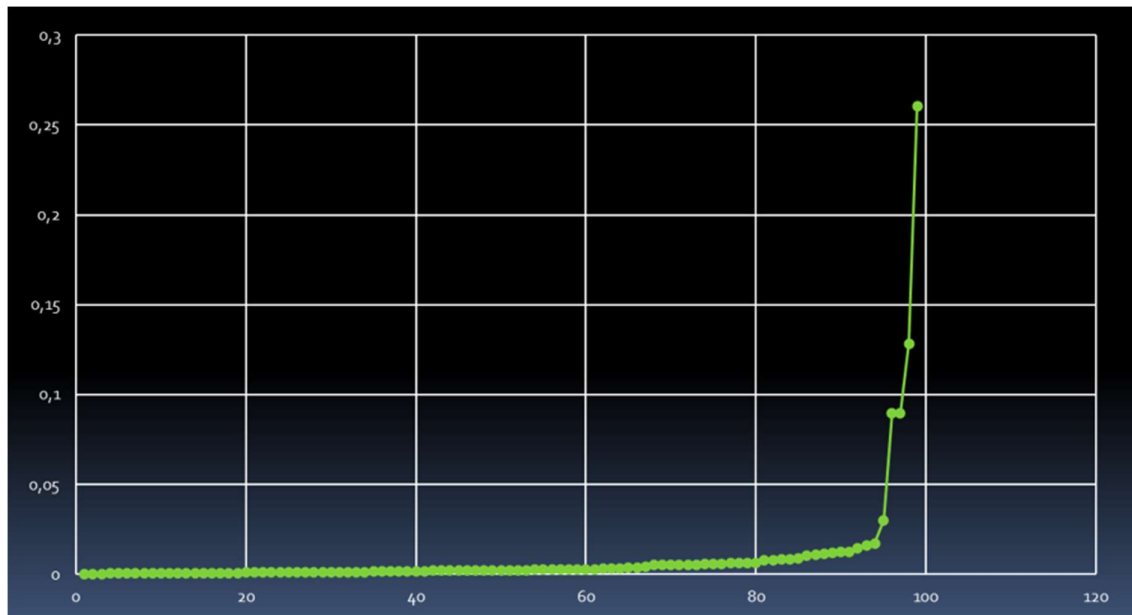
€ per opname	Huidig	sim 1	sim 2	sim 3
deciel 1	11	7	6	9
deciel 2	12	7	7	11
deciel 3	12	8	7	11
deciel 4	12	8	8	12
deciel 5	14	9	8	13
deciel 6	22	26	24	13
deciel 7	23	27	25	14
deciel 8	27	29	27	31
deciel 9	28	31	29	34
deciel 10	43	57	72	60
spanning 1 - 10	x 4	x 9	x 12	x 6

Les trois simulations donnent lieu à des glissements entre hôpitaux. Le choix du scénario est déterminant pour les glissements entre hôpitaux. Par exemple, on observe une tension bien plus importante (décile 1 vs. décile 10) sur le montant moyen final par admission par rapport au financement actuel. Cette tension vient principalement de la concentration dans le décile 10, en particulier dans le cas du deuxième scénario où elle se renforce. La tension entre les déciles 1 et 10 provient aussi des modalités de répartition du budget entre tous les hôpitaux (cf. paramètre 4). Cela

est particulièrement vrai dans le cas du scénario 2, qui accorde un poids plus important aux patients non OA pour la répartition de l'ensemble du budget, alors que la plupart de ces patients sont très concentrés parmi un petit nombre d'hôpitaux les prenant en charge (voir Figure 1 ci-dessous qui représente cette courbe exponentielle). Le scénario 2, dans lequel le % associé aux non OA passe de 15% à 25% pour les paramètres 3 ET 4, entraîne en effet un transfert de + de 5 millions d'euros au décile 10 par rapport à la situation actuelle.

De plus, l'écart existant dans le système actuel entre les déciles 5 et 6 (1,8 millions €) est renforcé par l'allocation de la moitié du budget entre les hôpitaux au-delà de la médiane (3,9 millions € dans le scénario 1 et 3,5 millions € dans le scénario 2), tandis que seuls 25 % du budget sont actuellement répartis uniquement entre les hôpitaux situés au-dessus de la médiane. Le scénario 3 déplace cet écart entre le décile 7 et le décile 8. Dans ce scénario, avec les paramètres choisis, ce sont les déciles 6 et 7 qui supportent le plus le changement des paramètres par rapport à la répartition actuelle.

Figure 1. Distribution des hôpitaux belges selon leur ratio "nombre de personnes sans domicile de secours / nombre total d'admissions" (axe vertical). Chaque point représente un hôpital.



## Positionnements par rapport aux simulations

Le chapitre précédent a démontré, à travers la simulation de 3 scénarios, les effets combinés des différents paramètres et leurs pondérations. Le CFEH n'a pas réussi à s'accorder sur un scénario concret car, même s'il y a un consensus sur l'objectif, sur les données à utiliser et sur les paramètres à considérer, il n'existe pas, à ce stade, de consensus sur les pondérations des paramètres et des budgets.

Les points de vue divergent en effet autour de l'ampleur souhaitée de la concentration et de la redistribution des moyens entre hôpitaux. Le champ de tension est représenté dans le tableau qui suit.

<b>Degré de redistribution des moyens par rapport au financement actuel</b>	
Il est demandé que la redistribution des moyens limités se concentre sur les hôpitaux les plus touchés parce que les patients aux profils sociaux les plus lourds sont actuellement concentrés dans un nombre limité d'hôpitaux. La tension entre les hôpitaux dans le décile le plus bas et le plus haut reflète ces différences, et il est donc logique qu'elle augmente. Le budget alloué aux patients à profil social ne peut pas servir à corriger un financement de base déficient. Une période transitoire de trois ans est prévue pour amortir toute fluctuation brusque.	Il est demandé d'adopter une approche prudente en matière de redistribution, en prélude à la réforme du financement des hôpitaux. Il faut éviter un glissement trop brutal de moyens entre hôpitaux dans l'attente de la réforme du financement hospitalier, en particulier en raison du fait que le financement de base est aujourd'hui insuffisant tant en termes de soins que de soutien aux soins (cf. financement du service social dans B1). Il convient de limiter la tension entre les hôpitaux dans le décile le plus bas et le décile le plus haut. Dans un premier temps, nous procéderons à un recalcul annuel qui n'entraînera pas de changements trop importants. Au moment de la réforme du financement, la concentration pourra se poursuivre.
<b>Part du budget "concentrée"</b>	
Une part réduite du budget pourra être répartie entre tous les hôpitaux vu que tous les hôpitaux admettent une partie des patients sociaux, mais une grande part doit être concentrée dans les hôpitaux (utilisation de la médiane ou top 30) les plus lourdement affectés par ces coûts supplémentaires. La structure organisationnelle doit pour eux en effet s'aligner là-dessus avec des coûts fixes supplémentaires y afférents. La médiane est aujourd'hui déjà utilisée pour la répartition d'une partie du budget, et l'arrêter signifierait aussi d'importants glissements de budgets dans un sens non désiré.	Le budget doit être concentré dans B8. Cette concentration débouche cependant déjà sur les profils de patients (disponibles) utilisés (MàF1, MàF2 et Mediprima) et leur pondération. L'effet renforçant lié au fait de prévoir un budget séparé exclusivement pour un certain nombre d'hôpitaux (utilisation de la médiane ou du top 30) est difficile à justifier et conduira à une répartition trop exponentielle. En outre, cette méthode offre peu de stabilité financière aux hôpitaux qui se situent autour de la valeur limite
<b>Poids des patients non OA</b>	
Les patients non OA représentent le surcoût le plus important pour les hôpitaux, et le budget correspondant doit par conséquent être fortement revu à la hausse.	Une trop grande pondération du budget pour les patients non OA mènera à une trop grande concentration et, donc, glissement des budgets au décile 10, particulièrement dans le scénario 2.
<b>Définition du public-cible non OA</b>	
On présume une forte corrélation entre les patients Mediprima et les patients non OA non connus à profil social.	Les patients non OA connus actuels (Mediprima) n'englobent pas tous les patients non OA à profil social.

## 4. Conclusions

Le CFEH soutient les hypothèses de départ suivantes :

- Tout le financement est intégré dans la sous-partie B8 des hôpitaux généraux, hors services Sp, Sp soins palliatifs, G isolés et unités de traitement de grands brûlés et sera désormais recalculé annuellement.
- Le système de financement actuel en sous-partie B8, ligne 201 (seul élément encore recalculé), est gardé comme base de départ pour le nouveau modèle de financement. En effet, il s'agit ici d'une évolution du système, dans l'attente d'une réforme plus fondamentale au moment de la réforme du financement des hôpitaux généraux et psychiatriques.
- Une partie du budget est concentrée sur les hôpitaux aux besoins les plus élevés tandis que l'autre partie est répartie entre tous les hôpitaux
- Introduire les nouvelles modalités sur une période transitoire de 3 ans

Le CFEH s'accorde sur les paramètres et données à utiliser dans un nouveau modèle de répartition du budget, résumé dans le tableau ci-dessous.

### Patients à profil social

<b>Patients BIM</b>	<b>Patients MâF2</b>	<b>Patients Mediprima</b>
Patients bénéficiaires de l'intervention majorée	Patients bénéficiant du maximum à facturer bas revenus et qui sont isolés	Patients sans domicile de secours et patients demandeurs de protection internationale

### Paramètres de répartition

<b>Paramètre 1</b>	<b>Paramètre 2</b>	<b>Paramètre 3</b>	<b>Paramètre 4</b>
Part concentrée du budget	Hôpitaux qui reçoivent la part concentrée	Répartition du budget concentré entre les différentes catégories de patients	Répartition du budget pour tous les hôpitaux entre les différentes catégories de patients

Le CFEH n'a pas réussi à s'accorder sur un scénario concret car, même s'il y a un consensus sur l'objectif, sur les données à utiliser et sur les paramètres à considérer, il n'existe pas, à ce stade, de consensus sur les pondérations des paramètres et des budgets. Les points de vue divergent en effet autour de l'ampleur souhaitée de la concentration et de la redistribution des moyens entre hôpitaux.

## Annexe 1 : Description du groupe « Aide médicale d'extrême urgence pour citoyens UE non assurés »

- Admission via urgences ou transfert secondaire
- Séjour légal à des fins de travail
  - Inscrit en qualité d'indépendant
  - Inscrit en qualité de travailleur salarié, souvent auprès d'employeurs étrangers
  - Non inscrit
  - Pas d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire
  - Non assuré dans le cadre d'un accident de travail
  - N'a souvent pas d'adresse de domicile, déjà radié d'office
  - Changement de coordonnées et ne sont plus joignables

## Annexe 2 : Catégories MAF 1 selon les dispositions actuelles de l'AR

*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 : nombre de personnes de 65 ans (ou plus) inscrites (mutuelle) en qualité de résident avec régime préférentiel*

*G : nombre de personnes sous statut VIPO avec régime préférentiel*

*H : Enfant handicapé ayant droit à l'intervention majorée*

Données MAF 1 par catégorie.										
BFM/YAAR	REF/YAAR	Total MAF 1	Cat. A	Cat. B	Cat. C	Cat. D	Cat. E	Cat. F	Cat. G	Cat. H
2019	2017	582.118	188.234	8.576	59.323	37.411	31.070	1.180	245.339	10.985
2020	2018	582.839	195.594	7.755	60.360	35.036	29.064	1.233	243.137	10.660
2021	2019	592.480	198.082	10.073	60.588	28.074	29.774	1.163	254.079	10.647
2022	2019	592.480	198.082	10.073	60.588	28.074	29.774	1.163	254.079	10.647

Le détail des MAF 1, par catégorie n'est disponible qu'à partir de 2019 (BMF au 1/7/2019), ce qui correspond aux données de l'exercice 2017.

## Annexe 3 : Catégories des patients BIM selon la législation INAMI en vigueur

<b>Droits</b>
<p><b>1) Droit automatique</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• le revenu d'intégration du CPAS (vous devez en bénéficier durant 3 mois)</li><li>• la garantie de revenus aux personnes âgées</li><li>• l'allocation de personne handicapée, octroyée par le Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale</li><li>• l'allocation d'aide aux personnes âgées octroyée par la Communauté flamande, la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale ou la Communauté Germanophone (2023 et 2024)</li><li>• un enfant reconnu atteint d'un handicap d'au moins 66%</li><li>• les mineurs étrangers non accompagnés (MENA)</li><li>• un enfant orphelin de père et mère</li></ul>
<p><b>2) Demande nécessaire : statut particulier + revenus actuels de la famille &lt; (27.011 € + 5.000,48 € par personne supplémentaire – plafonds 1/1/2024)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. invalide, pensionné(e)</li><li>2. reconnu(e) comme personne handicapée</li><li>3. chômeur(se) complet(ète) ou en incapacité de travail depuis au moins 3 mois</li><li>4. travailleur(se) indépendant(e) bénéficiant du droit-passerelle depuis au moins 1 trimestre</li><li>5. famille monoparentale</li><li>6. personne identifiée dans le cadre du <i>flux proactif</i>. Le <i>flux proactif</i> est un échange de données entre administrations visant à identifier les ménages pouvant potentiellement bénéficier de l'intervention majorée. Lorsque vous êtes identifié(e) dans ce cadre, votre mutualité vous en informe.</li><li>7. à partir de 2025, personne bénéficiant d'une allocation de soins aux personnes âgées octroyée par la Communauté germanophone (<i>Pflegegeld für Senioren</i>)</li></ol>
<p><b>3) Demande nécessaire : revenus T-1 de la famille &lt; (25.630,67 € + 4.744,94 € par personne supplémentaire – plafonds 1/1/2024)</b></p>