

MINISTERE
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT



ADMINISTRATION
DES ETABLISSEMENTS
DE SOINS

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Secrétariat

N/réf.: CNEH/C/8-92

1010 BRUXELLES. le 13-02-1992
Cité administrative de l'Etat
Quartier Vésale
Tél. 02/210.45.11

Monsieur Ph. MOUREAUX,
Ministre des Affaires sociales

Monsieur le Ministre,

OBJET : Isolement protecteur pour immunodéficience.

Réf. : Note de cabinet du 6 janvier 1992

J'ai l'honneur d'accuser réception de votre lettre précitée.

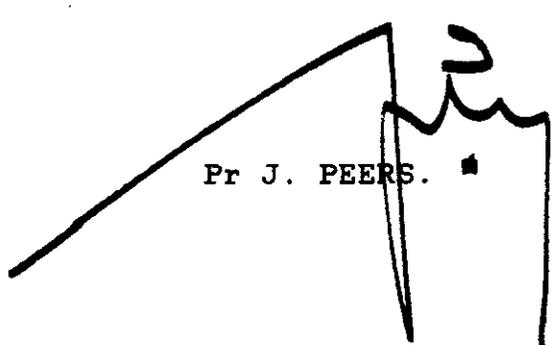
Le Bureau du Conseil national des établissements hospitaliers a pris connaissance, le 9 janvier 1992, de votre note de Cabinet et décidé de renvoyer à l'avis émis précédemment par le Conseil au sujet du financement des services cliniques lourds (avis du 7 octobre 1986).

L'avis en question est joint en annexe à la présente. Nous attirons plus particulièrement votre attention sur les pages 33 et 34 de la version néerlandaise ainsi que les pages 10.1 et 10.2 de la version française, qui concernent les services d'immunodéficience.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Le Président,

Pr J. PEERS. ■



07/10/86

PROJET DE FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES DES SERVICES LOURDS

Un projet de financement des services cliniques a été réalisé pour chaque service lourd : il est établi en fonction de critères qualitatifs et quantitatifs minima. Comme critères quantitatifs, ont été retenues des exigences médicales qui, par leur caractère invasif et par la limitation aux définitions de la nomenclature des soins de santé, les rendent objectivables et contrôlables. Il est important de souligner que ces projets ne concernent que le financement direct des services cliniques.

Les services concernés sont :

1. la neurochirurgie,
2. la chirurgie cardiaque,
3. la chirurgie dite "lourde",
4. les soins intensifs,
5. les grands brûlés,
6. la néonatalogie,
7. les urgences,
8. l'unité aseptique,
9. l'isolement protecteur pour transplantations d'organes,
10. l'isolement protecteur pour immunodéficience.

Principes du financement

Chaque projet de financement des services lourds est décrit comme une entité indépendante des autres projets. Il est dès lors nécessaire d'appliquer les principes suivants afin d'éviter une redondance dans le cadre du financement.

1. Toute augmentation de 10% de l'activité d'un service lourd, entraîne un accroissement proportionnel des frais de fonctionnement des services cliniques. Cette règle est valable pour l'ensemble des services lourds à l'exception des services d'urgence, des soins intensifs et des transplantations qui ont leurs règles d'accroissement précisées explicitement.

2. Les hôpitaux dont l'activité des services lourds de neurochirurgie, ou de chirurgie cardiaque n'atteint pas les critères minima retenus peuvent reporter cette activité dans le service de chirurgie lourde s'ils en remplissent les conditions nécessaires. Il ne peut donc y avoir un cumul d'activité entre les services lourds spécifiés et le service de chirurgie lourde.

3. Plusieurs services lourds doivent avoir des lits intensifs à leur disposition : il s'agit de la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque et la chirurgie lourde.
Un projet de financement des soins intensifs étant également proposé, il va de soi que le financement de ces lits n'est pas cumulé mais qu'il sera repris soit dans le cadre des services lourds de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque ou de chirurgie lourde, soit dans le cadre du service lourd des soins intensifs.

4. Les services lourds de neurochirurgie, de chirurgie cardiaque et de chirurgie lourde doivent disposer d'une salle d'opérations disponible 24h/24h.
Pour éviter des coûts supplémentaires trouvant leur origine dans une certaine redondance, on estime que le nombre de salles avec permanence ne peut excéder 2 avec un minimum de 1 salle si l'établissement dispose soit d'un des trois services lourds sus-mentionnés soit d'un service d'urgence.

5. Les frais directs de fonctionnement sont calculés sur base des charges salariales du personnel soignant. Ils reprennent les frais médicaux imputés directement sur les centres de frais définitifs ainsi que le linge à usage unique, les frais de stérilisation, les frais administratifs et les frais d'entretien propre à l'activité spécifique du service.

NEUROCHIRURGIEI. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité1. Infrastructure architecturale du service (exigences minimales)

- 1.1. Une unité de soins de 25 lits
- 1.2. Une section de soins intensifs chirurgicaux de 4 lits est à la disposition du service.
- 1.3. Une salle d'opération équipée spécialement pour les interventions neurochirurgicales et disponible en permanence.

2. Composition de l'équipe médicale du service

- 2.1. La responsabilité du service est assurée par un médecin-spécialiste en neurochirurgie. Il est engagé à plein-temps à l'hôpital.
- 2.2. Il est assisté, par unité, par un neurochirurgien engagé à plein-temps.
- 2.3. Un neurologue employé plein-temps dans l'établissement est à la disposition du service.
- 2.4. Un anesthésiste avec une formation et/ou une expérience neurochirurgicale est employé plein-temps dans l'établissement et est à la disposition du service.
- 2.5. La permanence médicale du service est assurée 24h sur 24h par un neurochirurgien ou par un médecin en cours de spécialisation (2 ans au moins) pouvant faire appel à un neurochirurgien 24h sur 24h.

3. Composition de l'équipe soignante

- 3.1. L'équipe soignante est dirigée par un(e) infirmier(e) chef ayant une expérience en neurochirurgie et secondé(e) par un(e) infirmier(e) de même formation. La composition de l'équipe est décrite quantitativement au point II.A. Qualitativement, l'équipe soignante comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).
- 3.2. La permanence de l'équipe infirmière est assurée 24h sur 24h par au moins un(e) infirmier(e) gradué(e) par unité.
- 3.3. Chaque unité est aidée administrativement par un(e) secrétaire hospitalier(e) plein-temps.

4. Composition de l'équipe para-médicale

4.1. Deux kinésithérapeutes sont attachés à temps plein à chaque unité de 25 lits.

5. Normes fonctionnelles du service

Le service de neurochirurgie est intégré dans un hôpital qui comporte :

- 5.1. une polyclinique avec consultations de neurochirurgie.
- 5.2. un service de médecine interne
- 5.3. un service de pédiatrie ou, à défaut, un pédiatre spécialisé en neurologie pédiatrique attaché à l'institution.
- 5.4. des entités spécialisées en O.R.L et en ophtalmologie.
- 5.5. des infrastructures pour revalidation aiguë ainsi que subaiguë (propres ou conventionnées)
- 5.6. un service d'imagerie médicale équipé des techniques nécessaires à l'examen du système nerveux ; notamment CT-scanner, angiographie et scintigraphie .
- 5.7. un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.
- 5.8. un laboratoire d'anatomie pathologique disposant d'un anatomopathologiste compétent en neuropathologie.
- 5.9. des équipements d'électrodiagnostic permettant d'obtenir des EEG, EMG et des potentiels évoqués.
- 5.10. une banque ou un dépôt de sang.
- 5.11. une pharmacie accessible en permanence.
- 5.12. un service de diététique
- 5.13. un service social

B. Critères d'activité

1. Activité totale

L'activité neurochirurgicale doit comprendre au minimum 250 interventions par an.

2. Activité spécifique

L'activité médicale comprend, au minimum, 125 interventions parmi les suivantes :

- tumeurs intracrâniennes
- anomalies vasculaires intracrâniennes (anévrismes et/ou angiomes)
- hématomes intracrâniens extracérébraux
- drainages internes des hydrocéphalies

Ces actes spécifiques doivent constituer des interventions principales au sens de la nomenclature INAMI et doivent être identifiables comme telles sur les attestations de soins.

II. FINANCEMENT

Pour les services répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire doit être prévue.

Les coûts des services cliniques d'un service de neurochirurgie sont établis comme suit :

A. Personnel

personnel soignant

25 lits à 0,8 ETP/lit	= 20 ETP
4 lits intensifs à 3 ETP/lit	= 12 ETP
1 salle d'opération avec permanence	= <u>11 ETP</u>
	43 ETP

kinésithérapeutes : 2 ETP/unité

secrétaire hospitalière : 1 ETP/unité

B. Frais Directs de Fonctionnement

Les pourcentages des frais directs de fonctionnement sont calculés sur base des charges salariales du personnel soignant :

Pour les lits intensifs, les frais directs de fonctionnement représentent 40%.

Pour les lits non intensifs, les frais directs de fonctionnement représentent 15%.

Pour la salle d'opération, les frais directs de fonctionnement dépendent du nombre et de la gravité des interventions et varient entre 80% et 100%.

CHIRURGIE CARDIAQUEI. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité1. Infrastructure architecturale du service (exigences minimales)

- 1.1. Une unité de soins de 25 lits comportant parmi ceux-ci 4 lits de medium care pour surveillance semi-intensive (risques thrombo-emboliques, traitements fibrinolytiques...)
- 1.2. Une section de soins intensifs chirurgicaux de 5 lits est à la disposition du service.
- 1.3. Deux salles d'opération équipées spécialement pour les interventions de chirurgie cardiaque avec circulation extra-corporelle : une salle est disponible en permanence.

2. Composition de l'équipe médicale du service

- 2.1. La responsabilité du service est assurée par un médecin spécialiste en chirurgie générale ou dans une spécialisation particulière de la chirurgie ayant acquis pendant au moins deux ans une expérience spécifique en chirurgie cardiaque. Il est engagé à plein-temps à l'hôpital.
- 2.2. Il est assisté, par unité, par un chirurgien compétent en chirurgie cardiaque engagé à plein-temps.
- 2.3. Un cardiologue, un pneumologue, un neurologue et un hématologue sont à la disposition du service.
- 2.4. Un anesthésiste avec une formation et/ou une expérience en chirurgie cardiaque est employé plein-temps dans l'établissement et est à la disposition du service.
- 2.5. La permanence médicale du service est assurée 24h sur 24h par un chirurgien compétent en chirurgie cardiaque ou par un médecin en cours de formation (2 ans au moins) pouvant faire appel à un médecin-spécialiste 24h sur 24h.

3. Composition de l'équipe soignante

3.1. L'équipe soignante est dirigée par un(e) infirmier(e)-chef ayant une expérience en chirurgie cardiaque et secondé(e) par au moins un(e) infirmier(e) de même formation. La composition de l'équipe est décrite quantitativement au point II.A. Qualitativement, l'équipe soignante comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).

3.2. La permanence de l'équipe infirmière est assurée 24h sur 24h par au moins un(e) infirmier(e) gradué(e) par unité.

3.3. Chaque unité est aidée administrativement par un(e) secrétaire hospitalier(e) plein-temps.

4. Composition de l'équipe para-médicale

Deux kinésithérapeutes sont attachés à temps plein à chaque unité de 25 lits.

5. Normes fonctionnelles du service

Le service de chirurgie cardiaque est intégré dans un hôpital disposant d'un service d'urgences qui comporte :

5.1. Une polyclinique avec consultations de chirurgie cardiaque.

5.2. Un service de médecine interne avec des entités spécialisées en :

- pneumologie (endoscopies, explorations fonctionnelles, spirométrie...)

- cardiologie (examens standards, coronarographies, écho-cardiographies, épreuves fonctionnelles...)

5.3. Un service d'imagerie médicale équipé des techniques nécessaires aux explorations cardiaques : notamment angiographie numérisée, angiographie par cathétérisme, échographie, détection de pathologies vasculaires par ultra-sons et doppler pulsé.

5.4. Un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.

5.5. Un laboratoire d'anatomie pathologique.

5.6. Une banque de sang

5.7. Une pharmacie accessible en permanence

5.8. Un service de diététique

5.9. Un service social

B. Critères d'activité

L'activité d'une unité de chirurgie cardiaque doit comprendre par an au minimum 500 interventions sur le coeur et les gros vaisseaux thoraciques avec au moins 300 interventions dont la valeur relative est supérieure à N500.

Ces prestations doivent constituer des interventions principales au sens de la nomenclature INAMI et doivent être identifiables comme telles sur les attestations de soins.

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les services répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

Les coûts des services cliniques d'un service de chirurgie cardiaque sont établis comme suit :

A. PersonnelPersonnel soignant

21 lits à 0,8 ETP/lit	= 16,8 ETP
4 lits medium care à 2 ETP/lit	= 8 ETP
5 lits intensifs à 3 ETP/lit	= 15 ETP
1 salle d'opérations avec permanence	= 11 ETP
1 salle d'opérations sans permanence	= 3 ETP
	<u>53,8 ETP</u>

A ce personnel s'ajoute la présence de deux perfusionnistes et d'un technicien au bloc opératoire.

Kinésithérapeutes : 2 ETP/unité

Secrétaire hospitalière : 1 ETP/unité

B. Frais directs de fonctionnement

Les pourcentages des frais directs de fonctionnement sont calculés sur base des charges salariales du personnel soignant.

Pour les lits intensifs, les frais directs de fonctionnement représentent 40%.

Pour les lits de medium care, les frais directs de fonctionnement représentent 40%.

Pour les lits non intensifs, les frais directs de fonctionnement représentent 15%.

Pour le bloc opératoire, les frais directs de fonctionnement représentent au moins 100% des charges salariales du personnel soignant.

CHIRURGIE LOURDEI. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité1. Infrastructure

La chirurgie lourde doit avoir à sa disposition :

- 25 lits
- 4 lits de soins intensifs
- une salle d'opération disponible en permanence

2. Personnel médical

2.1. Deux chirurgiens sont engagés à plein-temps à l'hôpital.

2.2. Par tranche supplémentaire de 25 lits, un chirurgien est engagé à plein-temps.

2.3. Un médecin spécialiste formé en réanimation (anesthésiste ou chirurgien ou interniste) est engagé à plein-temps dans l'établissement.

2.4. Un rôle de garde doit être organisé en fonction de la pathologie traitée.

3. Personnel soignant

3.1. Qualitativement, le personnel soignant comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e). Quantitativement, les normes par lit sont décrites au point II.A.

3.2. Une permanence est assurée 24h sur 24h par au moins un(e) infirmier(e) gradué(e) par 25 lits.

3.3. Un(e) secrétaire hospitalier(e) est engagé(e) à plein-temps par 25 lits.

4. Composition de l'équipe para-médicale

Deux kinésithérapeutes sont attachés à plein-temps pour 25 lits de chirurgie lourde.

5. Normes fonctionnelles du service

La chirurgie lourde est intégrée dans un hôpital qui comporte :

- 5.1. une polyclinique avec consultations des disciplines de chirurgie correspondant aux différents types d'interventions lourdes de l'hôpital repris sous le point B.1.
- 5.2. un service de médecine interne avec, au minimum, la possibilité de réaliser des explorations fonctionnelles en fonction des différents types d'interventions lourdes de l'hôpital repris sous le point B.1.
- 5.3. un pédiatre attaché à l'institution
- 5.4. des infrastructures pour revalidation aiguë ainsi que subaiguë (propres ou conventionnées).
- 5.5. un service d'imagerie médicale
- 5.6. un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.
- 5.7. un laboratoire d'anatomie pathologique avec possibilité d'examens extemporanés
- 5.8. une banque ou un dépôt de sang
- 5.9. une pharmacie accessible en permanence
- 5.10. un service de diététique
- 5.11. un service social

B. Critères d'activité

L'activité totale de la chirurgie lourde doit comprendre au minimum 300 interventions par an.

Ces interventions ont les valeurs relatives suivantes :

- en neurochirurgie, > ou = à K400
- en chirurgie thoracique, > ou = à N500
- en chirurgie abdominale, > ou = à N350
- en chirurgie vasculaire, > ou = à N500
- en urologie, > ou = à K300
- en orthopédie, traitements sanglants, > ou = à N500
cou et tronc, membres,
- en gynécologie, > ou = à K225
- en O.R.L., > ou = à K400
ainsi que les prestations 256771/82 (laryngectomie totale)
et 257191/202 (pharyngectomie)
- en chirurgie plastique, > ou = à K240
- en ophtalmologie, > ou = à N500.

Ces prestations ne peuvent être reprises à la fois en chirurgie lourde et dans d'autres services lourds spécialisés tels que la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, les grands brûlés et les transplantations.

Toutes ces prestations doivent constituer des interventions principales au sens de la nomenclature INAMI et doivent être identifiables comme telles sur les attestations de soins.

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les services répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

Les coûts des services cliniques d'un service de chirurgie lourde sont établis comme suit :

A. Personnel

Personnel soignant

25 lits à 0,8 ETP/lit	20 ETP
4 lits intensifs à 3 ETP/lit	12 ETP
1 salle d'opération avec permanence	<u>11 ETP</u>
	43 ETP

Il s'y ajoute la présence d'un(e) perfusionniste si l'activité chirurgicale lourde comporte au minimum 200 interventions avec circulation extra-corporelle.

Kinésithérapeute : 2 ETP par 25 lits

Secrétaire hospitalier(e) : 1 ETP par 25 lits

B. Frais directs de fonctionnement

Les pourcentages des frais directs de fonctionnement sont calculés sur base des charges salariales du personnel soignant :

Pour les lits intensifs, les frais directs de fonctionnement représentent 40%.

Pour les lits non intensifs, les frais directs de fonctionnement représentent 15%.

Pour le bloc opératoire, les frais directs de fonctionnement dépendent du type et de la gravité des interventions et varient entre 80% et 100%.

S O I N S I N T E N S I F S

Un service de soins intensifs constitue un service distinct dans un hôpital agréé sous les index C et D.

I. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité1. Infrastructure architecturale du service (exigences minimales)

- 1.1. L'unité compte 6 lits au minimum et deux lits sur 10 (ou au moins deux lits si le nombre de lits s'élève entre 6 et 9) sont situés dans une chambre individuelle ou un box fermé.
- 1.2. Les chambres sont conçues de telle façon qu'une surveillance visuelle soit possible en permanence pour chacun des malades.
- 1.3. Le service dispose d'un vestiaire et d'une salle d'attente pour les visiteurs à l'entrée du service.

2. Composition de l'équipe médicale du service

- 2.1. La responsabilité du service revient à un médecin-spécialiste en médecine interne ou en chirurgie ou en anesthésiologie ou en pédiatrie. Il est engagé à plein-temps à l'hôpital.
- 2.2. Il est assisté, par unité, par un médecin-spécialiste en médecine interne ou en chirurgie ou en anesthésiologie ou en pédiatrie engagé à plein-temps.
- 2.3. La permanence médicale du service est assurée 24h sur 24h par un médecin-spécialiste en médecine interne ou en chirurgie ou en anesthésiologie, lié à plein-temps à l'hôpital. Elle peut également être assurée par un médecin en cours de spécialisation (2 ans au moins) pouvant faire appel à un médecin-spécialiste 24h sur 24h.
- 2.4. La permanence médicale est assurée 24h sur 24h par un pédiatre lorsqu'une unité est essentiellement pédiatrique.
- 2.5. La garde des autres services hospitaliers est assurée par au moins un médecin lié à plein-temps à l'hôpital.

3. Composition de l'équipe soignante

3.1. L'équipe soignante est dirigée par un(e) infirmier(e)-chef ayant une expérience en soins intensifs et secondée par au moins un(e) infirmier(e) de même formation. La composition de l'équipe est décrite quantitativement au point II.A. Qualitativement, l'équipe soignante comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).

3.2. Par unité, la permanence de l'équipe infirmière est assurée 24h sur 24h par au moins deux infirmier(e)s dont un(e) infirmier(e) gradué(e).

3.3. Une secrétaire hospitalière mi-temps assure le travail administratif d'une unité de soins intensifs.

4. Composition de l'équipe para-médicale

Un kinésithérapeute est attaché à plein-temps à chaque unité de soins intensifs.

5. Normes fonctionnelles du service

Le service des soins intensifs est intégré dans un hôpital qui comporte :

- un quartier opératoire polyvalent pour toute intervention chirurgicale urgente.
- un service technique (entretien, désinfection...) appelable en permanence.
- un service d'imagerie médicale avec garde permanente
- un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.
- une pharmacie accessible en permanence.
- une banque ou un dépôt de sang.
- un service de diététique.
- un service social.

Le service doit disposer :

- d'un appareil de radiographie mobile
- d'un appareillage permettant :
 - le traitement à l'oxygène et la respiration artificielle,
 - l'aspiration trachéobronchique et le drainage thoracique,
 - la réanimation et le traitement du choc,
 - la réanimation cardiaque,
 - l'épuration extrarénale.
- d'un équipement mobile pour urgences internes à l'hôpital si cette mission est confiée au service des soins intensifs.

B. Critères d'activité

L'activité des soins intensifs est représentée par les prestations de réanimation suivantes reprises dans la codification INAMI : ces prestations ont été définies en fonction de leur spécificité dans un service de soins intensifs.

0397	149144	K20	: massage cardiaque par manoeuvres externes
2560	229202	N375	: thoracotomie avec massage direct du coeur
1250	211024	N160	: installation et surveillance de respiration contrôlée ou assistée continue : le premier jour
1251	211046	N140	: du 2ème au 21ème jour, par jour
1252	211120	N160	: installat., surveillance hypothermie : 1er jour
1253	211142	N140	: les 2e, 3e et 4e jours, par jour
1256	212122	N80	: défibrillation électrique du coeur
1257	212225	N100	: cathétérismes cardiaques en vue du placement d'électrodes intracavitaires
1258	212520	N80	: installation et surveillance d'une oxygénothérapie en caisson hyperbare : le 1er jour
1259	212542	N60	: le second jour
1260	213021	N160	: surveillance assistance circulatoire : 1er jour
1261	213043	N140	: du 2ème au 5ème jour, par jour
1262	214023	N160	: monitoring hémodynamique : le 1er jour
1263	214045	N140	: du 2ème au 5ème jour, par jour
1264	214126	N80	: mesures du débit cardiaque, par jour
2614	239142	N25	: mise en place cathéter dans une des veines caves
1301	350044	K20	: tubage du larynx
1320	353183	K130	: trachéotomie
4003	470105	N80	: installation et surveillance d'une dialyse péritonéale : le premier jour
4004	470120	N60	: les jours suivants, par jour
4009	470164	K400	: hémodialyse
4117	471380	K40	: étude de la mécanique ventilatoire
4266	473421	K60	: cathétérisme des veines sushépatiques
5501	475020	K50	: défibrillation électrique du coeur
5524	475543	K25	: épreuve pharmacodynamique, suivie de contrôles électrocardiographiques, avec protocole

chez l'enfant de moins de 3 ans

5403	474062	K10	: ponction fémorale, jugulaire
5404	474084	K10	: ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique
5405	474106	K20	: ponction lombaire avec manométrie
5408	474165	K10	: ponction pleurale
5409	474180	K10	: ponction ventriculaire ou sous-durale
5411	474224	K18	: ponction évacuatrice de plèvre ou du péritoine
5412	474246	K24	: ponction sous-occipitale ou cervicale
5417	474342	K130	: perfusion épicroânienne

chez le nouveau-né

5420	474401	K51	: intubation trachéale sous laryngoscopie directe
5423	474460	K18	: mise en place d'un cathéter ombilical

L'activité globale du service doit être déterminée par un minimum de 100 prestations de réanimation facturées par lit et par an (le nombre de prestations réalisées sur les enfants de moins de trois ans est multiplié par le coefficient 1,5 compte tenu du caractère moins invasif de l'activité des soins intensifs pédiatriques).

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les services répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

A. PersonnelPersonnel soignant

Pour assurer la permanence du service ainsi que la spécificité du travail, le personnel requis sera de :

2 pers. par lit pour un nombre de prestations de réanimation par lit compris entre 100 et 200.

2,5 pers. par lit pour un nombre de prestations de réanimation par lit compris entre 200 et 300.

3 pers. par lit pour un nombre de prestations de réanimation supérieur à 300.

Secrétaire hospitalière : 1/2 ETP par unité.

Kinésithérapeute : 1 ETP par unité

B. Frais directs de fonctionnement

Les frais directs de fonctionnement des services cliniques représentent 40% du coût du personnel soignant.

S E R V I C E D E S G R A N D S B R U L E SI. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité1. Infrastructure architecturale du service (exigences minimales)

- 1.1. Le service forme une section ou une unité architecturale distincte et appropriée avec contrôle strict de l'environnement : il compte au minimum 6 lits.
- 1.2. Le service est équipé pour répondre aux premiers soins urgents des patients.
- 1.3. Une salle d'opération est à la disposition du service.
- 1.4. Une installation de balnéothérapie est localisée dans le service.

2. Composition de l'équipe médicale du service

- 2.1. La responsabilité du service est assurée par un médecin spécialiste en médecine interne ou en chirurgie ou en anesthésiologie. Il est engagé à plein-temps à l'hôpital et a bénéficié d'une formation adaptée dans une unité de grands brûlés où il a été familiarisé avec tous les aspects du traitement des grands brûlés.
- 2.2. Il est assisté par un médecin ayant une expérience et/ou une formation adaptée dans une unité de grands brûlés.
- 2.3. La permanence médicale est assurée 24h sur 24h par un médecin-spécialiste en médecine interne ou en chirurgie ou en anesthésiologie lié à plein temps à l'hôpital et bénéficiant d'une formation adaptée dans un service de grands brûlés. Elle peut également être assurée par un médecin en cours de spécialisation (2 ans au moins) pouvant faire appel à un médecin spécialiste 24h sur 24h.
- 2.4. Un chirurgien plasticien et un neuropsychiatre sont à la disposition du service.
- 2.5. Un anesthésiste avec une formation et/ou une expérience des grands brûlés est employé plein-temps dans l'établissement et est à la disposition du service.
- 2.6. Un pédiatre est à la disposition du service.

3. Composition de l'équipe soignante

- 3.1. L'équipe soignante, propre à l'unité, est composée d'infirmier(e)s gradué(e)s ayant tou(te)s bénéficié d'une formation adaptée dans un service de grands brûlés et familiarisé(e)s avec tous les aspects des soins aux grands brûlés. La composition de l'équipe est décrite quantitativement au point II.A. Qualitativement, l'équipe soignante comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).
- 3.2. La permanence de l'équipe infirmière est assurée 24h sur 24h par au moins un membre gradué du personnel infirmier.
- 3.3. Le service est aidé administrativement par un(e) secrétaire hospitalier(e) engagé(e) à mi-temps.

4. Composition de l'équipe paramédicale

Un kinésithérapeute est engagé à temps-plein pour chaque unité de 6 lits.

La présence d'un(e) diététicien(ne) quart-temps et d'un travailleur social quart-temps est indispensable pour chaque unité de 6 lits.

5. Normes fonctionnelles du service

Le service des grands brûlés est intégré dans un hôpital qui comprend :

- 5.1. une polyclinique avec consultations de chirurgie plastique
- 5.2. un service de médecine interne
- 5.3. des infrastructures pour revalidation aiguë ainsi que subaiguë (propres ou conventionnées)
- 5.4. un service d'imagerie médicale
- 5.5. un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.
- 5.6. une banque ou un dépôt de sang
- 5.7. une banque de peau
- 5.8. une pharmacie accessible en permanence

B. Critères d'activité

1. Activité totale

L'activité d'un service de grands brûlés comprend au minimum 8 patients par lit et par an avec un taux d'occupation de 80%.

2. Activité spécifique

Ces patients présentent des brûlures au 2ème et 3ème degré avec une surface brûlée d'au moins 15% pour les adultes et 10% pour les enfants. Parmi ces patients, au moins 20% d'entre eux présentent des lésions respiratoires et au moins 20% également présentent une surface brûlée d'au moins 40% pour les adultes et 30% pour les enfants et les vieillards.

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les services répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

Les coûts des services cliniques d'un service de grands brûlés sont établis comme suit :

A. Personnel

Personnel soignant

3 ETP par lit

Autres

1 secrétaire hospitalière mi-temps par unité de 6 lits.

1 kinésithérapeute plein-temps par unité de 6 lits.

1 travailleur social quart-temps par unité de 6 lits.

1 diététicien(ne) quart-temps par unité de 6 lits.

B. Frais directs de fonctionnement

Les frais directs de fonctionnement des services cliniques peuvent représenter de 50% à 100% du coût du personnel soignant

Ce coût supplémentaire peut être influencé par l'usage ou non de systèmes particuliers tels que les lits fluidisés, des encointes, bains, pansements...

NEONATOLOGIEI. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité

1. Infrastructure architecturale du service (exigences minimales)
 - 1.1. Une unité de soins de 15 lits au minimum dont 8 lits intensifs.
 - 1.2. L'unité constitue une entité architecturale distincte des autres services hospitaliers de l'établissement et comprend :
 - un sas d'entrée
 - des locaux d'hospitalisation dont la température et le degré d'humidité doivent pouvoir être contrôlés.
 - un local avec deux isolements possédant l'infrastructure requise pour les soins intensifs.
 - 1.3. Les lits intensifs doivent posséder l'infrastructure technique nécessaire à la ventilation de longue durée, l'alimentation parentérale totale, le monitoring dont la pO_2 transcutanée, la distribution de fluides...
2. Composition de l'équipe médicale du service
 - 2.1. La responsabilité du service est assurée par un médecin pédiatre expérimenté en néonatalogie. Il est engagé à plein-temps à l'hôpital.
 - 2.2. Par unité, il est assisté par deux pédiatres compétents en néonatalogie engagés à plein-temps.
 - 2.3. Un neurologue familiarisé avec les aspects spécifiques à la néonatalogie est à la disposition du service.
 - 2.4. Un anesthésiste avec une formation et/ou une expérience en néonatalogie est engagé plein-temps dans l'établissement et est à la disposition du service.
 - 2.5. La permanence médicale est assurée 24h sur 24h par un médecin pédiatre compétent en néonatalogie ou par un médecin en cours de spécialisation (2 ans au moins) pouvant faire appel à un médecin-spécialiste 24h sur 24h.

3. Composition de l'équipe soignante

- 3.1. L'équipe soignante est dirigée par un(e) infirmier(e)-chef ayant une expérience en néonatalogie et secondé(e) par au moins un(e) infirmier(e) de même formation. La composition de l'équipe est décrite quantitativement au point II.A. Qualitativement, l'équipe soignante comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).
- 3.2. La permanence de l'équipe infirmière est assurée 24h sur 24h par au moins un(e) infirmier(e) gradué(e) par unité.
- 3.3. Chaque unité est aidée administrativement par un(e) secrétaire hospitalier(e) plein-temps.

4. Normes fonctionnelles du service

Le service est intégré dans un hôpital qui comporte :

- 4.1. une polyclinique avec consultations de pédiatrie ou de néonatalogie
- 4.2. une maternité propre ou conventionnée réalisant le minimum normatif d'accouchements par an.
- 4.3. une activité de périnatologie
- 4.4. un service de pédiatrie propre ou conventionné
- 4.5. un service de médecine interne
- 4.6. des services d'O.R.L. et d'ophtalmologie familiarisés avec les aspects spécifiques à la néonatalogie
- 4.7. un service de chirurgie générale
- 4.8. un service d'imagerie médicale
- 4.9. un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.
- 4.10. un laboratoire d'anatomie pathologique
- 4.11. une unité d'explorations électrophysiologiques.
- 4.12. une banque ou un dépôt de sang
- 4.13. une biberonnerie
- 4.14. une pharmacie accessible en permanence
- 4.15. un service social
- 4.16. des transports secondaires médicalisés organisés et réalisés par le service.

B. Critères d'activité**1. Activité globale**

L'unité de néonatalogie traite au minimum 300 cas par an dont 50 cas au moins ont été référés au service par un établissement extérieur.

2. Activité spécifique

L'activité globale du service doit comporter au moins :

- 400 jours de ventilation artificielle par an
- 1000 jours d'alimentation parentérale totale par an.
- 40 nouveaux-nés de moins de 1,5kg

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les services répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

Les coûts des service cliniques d'un service de néonatalogie sont établis comme suit :

A. Personnel**Personnel soignant**

7 lits à 1,2 ETP	8,4 ETP
8 lits à 2,5 ETP	<u>20 ETP</u>
	28,4 ETP

Secrétaire hospitalière : 1 personne à plein-temps par unité.

B. Frais directs de fonctionnement

Les pourcentages des frais directs de fonctionnement sont calculés sur base des charges salariales du personnel soignant : globalement, ces frais directs de fonctionnement représentent 40% des charges du personnel soignant.

REMARQUE : Le personnel et les frais directs affectés aux transports secondaires médicalisés ne sont pas repris dans ce financement.

S E R V I C E D E S U R G E N C E S

Un service d'urgences ne peut être implanté dans un hôpital que si celui-ci est agréé sous les index C et D.

Il doit être reconnu et intégré au service 900 : une liaison préférentielle doit exister avec ce service.

Le service des urgences est responsable du plan de catastrophe de l'hôpital.

I. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité1. Infrastructure architecturale du service (exigences minimales)

Le service d'urgences est une entité architecturale distincte comprenant :

- une entrée séparée
- des locaux administratifs
- des locaux d'examen et de traitement
- une salle destinée aux techniques urgentes de réanimation
- une salle de radiologie si le service de radiologie n'est pas directement accessible
- au moins 2 lits d'hospitalisation provisoire
- un box d'isolation pour patients agités.
- une salle d'attente

2. Composition de l'équipe médicale du service

2.1. La responsabilité médicale du service est assurée par un médecin-spécialiste interniste ou un chirurgien ou un anesthésiologiste : il est engagé à plein-temps dans le service d'urgences de l'hôpital.

2.2. La permanence médicale doit être assurée 24h/24h.

2.3. La garde des autres services hospitaliers est assurée par au moins un médecin lié à plein-temps à l'hôpital.

3. Composition de l'équipe soignante

- 3.1. L'équipe soignante est dirigée par un(e) infirmier(e) chef. La composition de l'équipe est décrite quantitativement au point II.A. Qualitativement, l'équipe soignante comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).
- 3.2. La permanence de l'équipe infirmière est assurée 24h/24h par au moins deux infirmier(e)s gradué(e)s.
- 3.3. L'équipe soignante est aidée administrativement par la présence d'une secrétaire administrative.
- 3.4. Du personnel auxiliaire doit être prévu pour la manipulation des brancards et pour la liaison avec les autres services.

4. Normes fonctionnelles du service

- 4.1. Le service d'urgences est intégré dans un hôpital qui comporte :
 - une ou plusieurs unités de soins intensifs
 - un quartier opératoire polyvalent où le service de chirurgie peut disposer à tout moment d'une salle pour une intervention chirurgicale urgente.
 - un service d'imagerie médicale avec une garde appelable en permanence.
 - un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.
 - une banque ou un dépôt de sang
 - une pharmacie accessible en permanence
 - un service social
- 4.2. Le service d'urgences doit disposer d'équipements médico-techniques fondamentaux :
 - civières permettant le passage des RX, le massage cardiaque et la mise en position de Trendelenburg.
 - équipement chirurgical
 - possibilité d'oxygénothérapie, de respiration artificielle et de drainage thoracique
 - aspiration et drainage
 - réanimation cardiaque.
 - équipement mobile pour urgences internes à l'hôpital si cette mission est confiée au service d'urgences

B. Critères d'activité

Le service d'urgences doit accueillir au minimum 25 urgences par jour dont 5 au minimum donnant lieu à une hospitalisation.

II. Financement des services cliniquesA. PersonnelPersonnel soignant

- a) Pour 25 urgences/jour avec une permanence de 2 infirmier(e)s, 24h/24h, il faut un minimum de 10,5 infirmier(e)s.

$$365 \text{ jours} \times 25\text{h} \times 2 / 44 \text{ sem.} \times 38\text{h} = \underline{11 \text{ infirmier(e)s.}}$$

- b) Par tranche supplémentaire de 10 urgences/jour (dont 2 au moins donnant lieu à une hospitalisation), un supplément d'effectif de 2 personnes est indispensable.

- c) Ce nombre total (a + b) de personnel soignant doit être ajusté en fonction de la lourdeur des urgences.

En supposant une hospitalisation pour 5 urgences comme rapport de "lourdeur moyenne des urgences", le nombre total du personnel soignant est multiplié par le coefficient :

$$\frac{\text{nb d'hospitalisations via les urgences/an}}{\text{nb d'urgences/an}} \times \frac{5}{1}$$

Ce coefficient, propre à chaque hôpital, serait déterminé par le nombre d'urgences et le nombre d'hospitalisations via les urgences réalisés durant l'année 1985 (par exemple).

Personnel d'accueil et de secrétariat

1 ETP par tranche de 6000 urgences par an.

Personnel auxiliaire

1 ETP par tranche de 4000 hospitalisations via les urgences par an.

B. Frais directs de fonctionnement

Les frais directs de fonctionnement des services cliniques
représentent 40% du coût du personnel soignant.

REMARQUE : Le personnel et les frais directs affectés au SAMU et à
la garde interne des hôpitaux ne sont pas repris dans ce
financement.

U N I T E A S E P T I Q U EI. CRITERES DE RECONNAISSANCEA. Critères de qualité1. Infrastructure architecturale du service (exigences minimales)

1.1. Le service est composé d'une ou de plusieurs entités adaptées sur le plan architectural (sas à l'entrée du service et conditionnement d'air).

1.2. Le service comprend 6 lits au minimum.

2. Composition de l'équipe médicale du service

2.1. La responsabilité du service revient à un médecin-spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie. Il est engagé à plein-temps à l'hôpital.

2.2. Il est assisté par un médecin-spécialiste engagé à plein-temps.

2.3. La permanence médicale doit être assurée 24h/24h par un médecin spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie ou par un médecin en cours de spécialisation (2 ans au moins) pouvant faire appel à un médecin spécialiste 24h sur 24h.

3. Composition de l'équipe soignante

3.1. La composition de l'équipe est décrite quantitativement au point II.A. Qualitativement, l'équipe soignante comprend au minimum 85% du personnel porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).

3.2. La permanence de l'équipe infirmière est assurée 24h/24h par au moins un(e) infirmier(e) gradué(e).

3.3. Chaque unité est aidée administrativement par un(e) secrétaire hospitalier(e) mi-temps.

4. Composition de l'équipe paramédicale

Par unité de 6 lits, l'équipe paramédicale comprend 3 équivalents temps-plein répartis entre un(e) kinésithérapeute, un(e) diététicien(ne), un(e) psychologue et un(e) assistant(e) social(e).

5. Normes fonctionnelles du service

Le service est intégré dans un hôpital qui comporte :

- 5.1. une polyclinique avec consultations de médecine interne
- 5.2. un ophtalmologue
- 5.3. un pédiatre attaché à l'institution
- 5.4. un service de radiothérapie propre ou conventionné
- 5.5. un médecin exerçant la surveillance de l'hygiène hospitalière.
- 5.6. un service de transfusion sanguine (plasmaphérèse, cytophérèse) et une banque de sang
- 5.7. un quartier opératoire
- 5.8. un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie.
- 5.9. un service d'imagerie médicale
- 5.10. un laboratoire d'anatomopathologie
- 5.11. une pharmacie accessible en permanence
- 5.12. un service permettant la préparation d'une alimentation aseptique.

B. Critères d'activité

Un minimum de 35 patients devant séjourner en isolement aseptique en fonction de leur pathologie traitée appartenant à une des catégories suivantes :

- leucémies
- lymphômes
- agranulocytose sévère
- greffes de moelle

Si le nombre de cas traités est inférieur au minimum requis mais supérieur à 18, le financement est accordé proportionnellement.

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les services répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

Les coûts des services cliniques d'une unité aseptique sont établis comme suit :

A. Personnel

Personnel soignant

6 lits x 3 ETP = 18 ETP

secrétaire hospitalière : 1/2 ETP par 6 lits

équipe paramédicale : 3 ETP par 6 lits

B. Frais directs de fonctionnement

Les frais directs de fonctionnement représentent 50% des charges salariales du personnel soignant : ces coûts comprennent les systèmes de contrôle de l'environnement.

I S O L E M E N T P R O T E C T E U R P O U R
T R A N S P L A N T A T I O N S D ' O R G A N E S

I. CRITERES DE RECONNAISSANCE

A. Critères de qualité

1. Infrastructure

Toute chambre d'isolement protecteur doit être pourvue de sanitaires individuels.

2. Personnel soignant

Le personnel soignant supplémentaire doit être porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).

B. Critères d'activité

La durée moyenne d'hospitalisation avec isolement est de :

- 1 semaine pour les greffes de rein
- 2 semaines pour les greffes de foie, de coeur, de
coeur-poumon et de pancréas.

Pour l'ensemble des greffes, l'institution doit pouvoir justifier un minimum de 40 semaines d'isolement selon les durées moyennes reprises plus haut.

Dans le cas contraire, si le nombre de transplantations ne justifie pas 40 semaines d'isolement, le financement sera proportionnel au nombre de cas traités à condition qu'il soit au minimum de 20 semaines d'isolement.

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les isolements répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

Les coûts supplémentaires sont établis comme suit :

A. Personnel

Personnel soignant

Pour tout isolement, la présence de 3 infirmier(e)s par lit est indispensable soit, en comparaison avec une unité banalisée, un supplément de 2,6 infirmier(e)s par lit.

Pour un niveau d'activité minimum de 40 semaines, le personnel supplémentaire sera de :

$$2,6 \text{ ETP} \times 40/52 = \underline{2 \text{ ETP.}}$$

Pour toute tranche supplémentaire de 20 semaines d'activité, le personnel supplémentaire sera de 1 ETP.

Si l'activité est inférieure à 40 semaines d'isolement, l'allocation du personnel sera proportionnelle au nombre de cas traités.

Coordination

Tout service de transplantations d'organes nécessite la présence d'un(e) coordonnateur(trice).

Cette personne doit être secondée lorsque le nombre de transplantations par an est supérieur à 100.

B. Frais directs de fonctionnement

Les frais directs de fonctionnement représentent 30% des charges salariales du personnel soignant.

C. Coûts supplémentaires au quartier opératoire

Par comparaison avec le coût moyen d'une intervention chirurgicale, les coûts du quartier opératoire intervenant actuellement dans le prix de journée (fonctionnement et personnel) sont :

- 4 x plus élevés pour une greffe de rein
- 6 x plus élevés pour une greffe de pancréas.
- 8 x plus élevés pour une greffe de coeur
- et 12 x plus élevés pour une greffe de foie.

I S O L E M E N T P R O T E C T E U R P O U R
I M M U N O D E F I C I E N C E

I. CRITERES DE RECONNAISSANCE

A. Critères de qualité

1. Infrastructure

Toute chambre d'isolement protecteur doit être pourvue de sanitaires individuels.

2. Personnel soignant

Le personnel soignant supplémentaire doit être porteur d'un diplôme d'infirmier(e) gradué(e).

3. Normes fonctionnelles

Ces isolements protecteurs se réalisent dans un hôpital qui comporte :

- 3.1. une polyclinique avec consultations de médecine interne
- 3.2. des services de médecine interne
- 3.3. un pédiatre attaché à l'institution
- 3.4. un service d'imagerie médicale
- 3.5. un laboratoire de biologie clinique avec garde permanente et assurant au minimum les analyses d'hématologie, de chimie médicale et de microbiologie
- 3.6. un laboratoire d'anatomopathologie
- 3.7. une banque ou un dépôt de sang
- 3.8. une pharmacie accessible en permanence
- 3.9. un service de diététique
- 3.10. un service social

B. Critères d'activité

L'institution doit pouvoir justifier un minimum de 40 semaines d'isolement protecteur.

Si le nombre de semaines est inférieur à 40 et supérieur à 20, le financement est accordé proportionnellement.

II. FINANCEMENT DES SERVICES CLINIQUES

Pour les isolements répondant aux critères de qualité et d'activité repris sous les points I.A. et I.B., une indemnité supplémentaire est prévue.

Les coûts supplémentaires sont prévus comme suit :

A. Personnel

Personnel soignant

Pour tout isolement, la présence de 2 infirmier(e)s par lit est indispensable soit, en comparaison avec une unité banalisée, un supplément de 1,6 infirmier(e) par lit.

Pour un niveau d'activité de 40 semaines, le personnel supplémentaire sera de :

$$1,6 \text{ ETP} \times 40/52 = 1 \text{ ETP}$$

Pour toute tranche supplémentaire de 20 semaines d'activité, le personnel supplémentaire sera de 1/2 ETP.

Personnel paramédical

Si l'établissement peut justifier une occupation de 120 semaines en isolement protecteur, il s'y ajoute l'équivalent d'1/2 ETP qui peut être kinésithérapeute et/ou psychologue et/ou assistant(e) social(e).

B. Frais directs de fonctionnement

Les frais directs de fonctionnement représentent 30% des charges salariales du personnel soignant.