

JUSTEL - Législation consolidée

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2021/09/26/2021021967/justel>

Dossier numéro : 2021-09-26/01

Titre

26 SEPTEMBRE 2021. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19

Source : SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Publication : Moniteur belge du 30-09-2021 page : 104281

Entrée en vigueur : 12-11-2020

Table des matières

Art. 1-15

Texte

Article [1er](#). Dans l'article 1er, alinéa unique, de l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19, le 4° est remplacé par ce qui suit :

" 4° De l'impact de la réservation obligatoire d'un pourcentage de la capacité des lits hospitaliers pour les soins COVID-19 sur l'activité des prestataires de soins financés par des honoraires, soit par obligation de rester disponible pour cette capacité réservée en raison de leur engagement dans les soins COVID-19, soit en effectuant au niveau de l'hôpital des tâches différentes que celles habituelles en raison de cette réorganisation de la capacité de soins. ".

[Art. 2](#). Dans l'article 2, § 2 du même arrêté, le b), est remplacé par ce qui suit :

" b) les frais de personnel supplémentaires, notamment le personnel supplémentaire travaillant dans un centre de frais entre 020 et 899, tel que prévu dans l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, en plus du personnel régulier, et à l'exception du personnel soignant repris dans les normes des services hospitaliers et du personnel de soutien financé par le Fonds Blouses blanches, créé en exécution de la loi du 9 décembre 2019 ; sont également admissibles à l'indemnité d'autres frais de personnel supplémentaires liés, par exemple, à des prestations supplémentaires et à des services de garde en plus des prestations et services réguliers ; ".

[Art. 3](#). A l'article 3 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 1er est remplacé par ce qui suit :

" § 1er. L'intervention forfaitaire, visée à l'article 2, § 1er, pour les frais admis à l'article 2, § 2, est fixée comme suit :

- a) pour la préparation de l'hôpital au COVID-19, il est accordé une seule fois :
 - aux hôpitaux généraux : un montant par lit COVID-19 préparé en vue des soins COVID-19. Le nombre de lits COVID-19 retenu pour chaque hôpital est le nombre total fixé par arrêté ministériel ;
 - aux hôpitaux psychiatriques : un montant fixe par ETP payé à charge d'un centre de frais entre 020 et 899 ; le nombre d'ETP payés provient des données FINHOSTA relatives à l'année 2018 ;
- b) pour les soins aux patients COVID-19, il est accordé jusqu'au 30 septembre 2021 :
 - un montant par journée d'hospitalisation d'un patient COVID-19. Ce montant diffère selon qu'il s'agisse de journée d'hospitalisation en unité de soins non intensifs ou en unité de soins intensifs. En ce qui concerne le montant par journée d'hospitalisation en unité de soins non intensif, une distinction supplémentaire est faite entre les hôpitaux généraux et psychiatriques. Pour le montant par journée d'hospitalisation en unité de soins

intensifs, une distinction supplémentaire est faite entre les patients sans assistance respiratoire, les patients avec assistance respiratoire et les patients avec oxygénation extra-corporelle par membrane (ECMO);

- un montant par patient pour les patients COVID-19 et les patients suspectés COVID-19 vus aux urgences, tels que définis par Sciensano ;

c) pour les soins aux patients non-COVID-19, il est accordé pour les mois au cours desquels des mesures de protection supplémentaires dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 sont d'application, et au plus tard jusqu'au 30 juin 2021 : un forfait couvrant les frais supplémentaires occasionnés dans les services non-COVID-19. Ce forfait est calculé en fonction du nombre d'ETP payés à charge d'un centre de frais entre 020 et 899 et. Ce forfait peut différer entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. " ;

2° le paragraphe 3 est remplacé par ce qui suit :

" § 3. Les montants ainsi octroyés constituent le poste 1 des décomptes provisoires prévus à l'article 9 pour le semestre auquel ils se rapportent. ".

Art. 4. Dans l'article 4 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit :

" § 2. Les interventions forfaitaires, visées au paragraphe 1er, sont fixées comme suit :

1° Le budget des moyens financiers des hôpitaux, notifié au 1er janvier 2020 et d'application pour la période du premier semestre 2020, est garanti à 100 % tant pour les patients affiliés à un organisme assureur que pour les patients non affiliés à un organisme assureur, par le calcul d'une intervention égale au montant fixé après déduction des facturations pour le premier semestre 2020 de la partie variable. Si ce montant est inférieur à zéro, l'intervention est mise à zéro ;

2° Le budget des conventions INAMI est garanti, y compris l'intervention personnelle du patient, par type de convention, par une intervention calculée sur la base des montants qui s'appliquent à chaque type de convention pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 tenant compte de l'activité au cours de la même période de référence de l'année 2019, telle qu'elle apparaît dans les 'Documents FH' 2019 de l'INAMI. L'intervention est octroyée déduction faite de la facturation des prestations effectuées pendant la période de mars, avril, mai et juin 2020, dans la mesure où il reste un montant positif. Les honoraires, éventuellement intégrés dans ces conventions INAMI, ne font pas partie de la garantie octroyée ;

3° Le budget, pour chaque type de forfait d'hospitalisation de jour, est garanti par une intervention calculée sur la base des montants de qui s'appliquent à chaque type de forfait pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, mais déterminée en fonction de l'activité au cours de la même période de référence de l'année 2019, telle qu'elle apparaît dans les 'Documents FH' 2019 de l'INAMI. L'intervention est octroyée après déduction de la facturation pour les prestations effectuées durant la période de mars, avril, mai et juin 2020, dans la mesure où il reste un montant positif ;

4° Le budget des forfaits médicaments est garanti par une intervention calculée sur la base du budget applicable pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 et octroyée après déduction des facturations pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 de ces forfaits, dans la mesure où il reste un montant positif. " ;

2° il est inséré un paragraphe 3/1, rédigé comme suit :

" § 3/1. Pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, une intervention forfaitaire est octroyée aux hôpitaux afin de tenir compte, vu la diminution des activités, de la perte de recettes relatives aux montants qui sont à charge du patient sur base de la réglementation tarifaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Cette intervention forfaitaire comprend les éléments suivants :

1° Une intervention pour tenir compte de la diminution des prélèvements sur les interventions personnelles qui font partie des honoraires visés au paragraphe 3. Cette intervention est calculée selon la méthode du paragraphe 3 appliquée à la partie de ces honoraires à charge du patient pour la période concernée ;

2° Une intervention pour la perte relative à l'intervention personnelle forfaitaire pour les médicaments à charge du patient pendant une hospitalisation dans les hôpitaux généraux. Ce montant est garanti, complémentirement à l'intervention prévue au paragraphe 2, alinéa unique, 4°, au montant sur la base de l'activité durant la période de référence 2019 et des montants qui s'appliquent en 2020. Cette intervention est octroyée après déduction des facturations de cette part personnelle pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 ;

3° Une intervention garantissant les revenus liés à la marge de délivrance des implants et des dispositifs médicaux invasifs remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, à un montant qui sera basé sur le volume de leur facturation au cours de la même période de référence dans l'année 2019, tels que repris dans les 'Documents SHA' 2019 de l'INAMI, et de l'indice de 2020 et tenant compte des plafonds fixés. Cette intervention est accordée après déduction des facturations de cette marge de délivrance pour des délivrances réalisées sur la période de mars, avril, mai et juin 2020. " ;

3° il est inséré un paragraphe 3/2, rédigé comme suit :

" § 3/2. Pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, une intervention forfaitaire est prévue afin de tenir compte, suite à la diminution des activités, de la perte de recettes relatives aux soins aux patients qui ne sont pas affiliés à un organisme assureur (ci-après 'patients non-OA'), et ce conformément aux interventions prévues reprises aux paragraphes 2, alinéa unique, 2° à 4°, 3 et 3/1, étant entendu que :

- pour le calcul de l'intervention pour les patients non-OA conformément aux interventions du paragraphe 2, alinéa unique, 2° et 3°, le montant des recettes garanti pour la même période, tel que visé aux dispositions ci-dessus, au niveau d'activité de la période de référence en 2019, est multiplié par le pourcentage de patients non-OA comme repris dans la collecte de données FINHOSTA 2019 (ci-après : le % non-OA 2019). Ces montants sont octroyés après déduction du produit de la facturation 2020 pour la période concernée, comme prévu dans les dispositions correspondantes, avec le pourcentage de patients non-OA comme repris dans la collecte de données FINHOSTA 2020 (ci-après : le % non-OA 2020) ;

- pour le calcul de l'intervention pour patients non-OA conformément à l'intervention du paragraphe 2, alinéa unique, 4°, le montant 2020 garanti pour la même période, tel que visé dans la disposition précitée, est multiplié par le % non-OA 2020 ;
- pour le calcul de l'intervention pour les patients non-OA conformément aux interventions des paragraphes 3 et 3/1, alinéa unique, 1°, dans le cadre de l'application des étapes du paragraphe 3, le montant 'facturation 2020' relatif à la même période est multiplié par le % non-OA 2020 et le montant 'facturation 2019' relatif à la période de référence 2019 correspondante est multiplié par le % non-OA 2019 ;
- pour le calcul de l'intervention pour patients non-OA conformément aux interventions du paragraphe 3/1, alinéa unique, 2° et 3°, le montant garanti pour la même période sur base de cette disposition est multiplié par le % non-OA 2019. Ces montants sont octroyés après déduction du produit des facturations enregistrées pour la période concernée de l'intervention, visée dans les dispositions correspondantes, avec le % non- OA 2020. " ;

4° le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

" § 4. Une intervention est octroyée pour le second semestre 2020, selon les mêmes mécanismes que ceux prévus aux paragraphes 2, 3, 3/1 et 3/2, étant entendu que :

- pour l'application du paragraphe 2, alinéa unique, 1°, sont pris en considération d'une part, le budget des moyens financiers des hôpitaux notifié au 1er juillet 2020 et, d'autre part, la facturation du deuxième semestre 2020 ;
- pour l'application du paragraphe 2, alinéa unique, 2° et 3°, les interventions pour les mois du deuxième semestre 2020 sont calculées sur base des montants applicables au cours du deuxième semestre 2020 et sur base de l'activité au cours du deuxième semestre 2019. Pour la réduction des facturations prévue par ces dispositions avant l'octroi de l'intervention il est tenu compte de la facturation des prestations effectuées au cours du second semestre 2020 ;
- pour l'application du paragraphe 2, alinéa unique, 4°, cette intervention est calculée sur base du budget applicable pour la période du deuxième semestre 2020 et les interventions sont octroyées après déduction de la facturation au cours de la période du deuxième semestre 2020 de ces forfaits ;
- pour l'application des paragraphes 3 et 3/1, alinéa unique, 1°, seules les étapes 1 et 3 sont répétées, sur base des mois du deuxième semestre 2020, la comparaison étant effectuée avec le deuxième semestre de l'année de référence 2019 ;
- si la rémunération de base et/ou les rémunérations variables des médecins spécialistes en formation (MSF) ou les rémunérations des médecins généralistes en formation (MGF) travaillant à l'hôpital sont à charge de l'hôpital par le biais des prélèvements sur les honoraires des prestataires de soins, et que l'hôpital n'a pas ou qu'en partie versé ces montants aux MSF ou MGF travaillant dans l'hôpital pendant la période mars à décembre 2020 inclus, tel qu'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1er, 3°, alors le montant de l'intervention prévue au paragraphe 3 pour le second semestre 2020 sera diminué des montants impayés pour ces MSF ou MGF. Par 'rémunération variable', on entend la rémunération de l'opting-out, les services de garde, les permanences et les 'heures inconfortables' ;
- pour l'application du paragraphe 3/1, alinéa unique, 2° et 3°, en ce qui concerne le calcul de ces interventions pour le deuxième semestre 2020, les mois correspondants de 2019 sont utilisés comme référence pour l'activité en combinaison avec les montants applicables du deuxième semestre 2020, la facturation de la période à laquelle se rapporte l'intervention étant également déduite. ".

Art. 5. Dans l'article 5 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° les paragraphes 1 et 2 sont respectivement complétés par la phrase suivante :

" Le poste contient également les montants calculés de manière analogue en application de l'article 4, § 4. " ;

2° il est ajouté un paragraphe 3 et 4, rédigés comme suit :

" § 3. Le montant ainsi calculé en application de l'article 4, § 3/1 constitue le poste 2.C. des décomptes provisoires fixés à l'article 9. Ce poste contient également les montants calculés de manière analogue en application de l'article 4, § 4.

§ 4. Le montant ainsi calculé en application de l'article 4, § 3/2 constitue le poste 2.D. des décomptes provisoires fixés à l'article 9. Ce poste contient également les montants calculés de manière analogue en application de l'article 4, § 4. ".

Art. 6. A l'article 6 du même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le paragraphe 2, le e) est remplacé par ce qui suit :

" e) La garantie pour les médecins spécialistes en formation (MSF) à l'hôpital du versement de la rémunération de base, et la garantie, tant pour les médecins spécialistes en formation (MSF) que pour les médecins généralistes en formation (MGF) à l'hôpital, d'une rémunération de garde équitable au prorata du nombre de permanences effectuées d'une part, et d'un remboursement de leurs activités et coûts supplémentaires pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, tant dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques, d'autre part. " ;

2° au g), les mots " des médecins-spécialistes " sont remplacés par les mots " des prestataires de soins " ;

3° dans le paragraphe 3, c) et d), les mots " par l'article 4, § 4 " sont respectivement remplacés par les mots " par l'article 4, § 3 " ;

4° dans le paragraphe 3, le e) est remplacé par ce qui suit :

" e) Afin de garantir le paiement de la rémunération de base de tous les MSF dans les hôpitaux, ainsi que le paiement de tous les MSF et MGF dans les hôpitaux pour les services de gardes qu'ils ont assurées et leurs activités et frais supplémentaires, un montant global est alloué pour la période de mars, avril, mai et juin 2020, divisé en trois parties :

1° La première partie doit permettre de verser la rémunération de base, malgré la diminution des recettes d'honoraires, à tous les MSF qui sont à charge d'un médecin indépendant au sein de l'hôpital pour la totalité de leur rémunération de base et pour qui le coût de la rémunération de base n'est donc pas à charge de l'hôpital par le biais de prélèvements sur les honoraires des prestataires de soins, comme visé à l'article 4, § 3, ou à charge d'un tiers.

Pour le calcul, il est procédé à une comparaison entre la masse nationale des honoraires prestés dans les hôpitaux pour la période de mars, avril, mai et juin 2020 avec la même période en 2019, en tenant compte de l'indexation, afin de déterminer un pourcentage de diminution des honoraires, appelé P.

Le budget partiel mensuel prévu pour chaque hôpital est calculé comme suit : $5.000 \text{ euros} * P * \text{nombre d'ETP MSF pris en considération sur une base mensuelle}$ qui sont à charge d'un médecin indépendant dans l'hôpital.

A condition que chaque MSF ait effectivement perçu sa rémunération de base, le solde restant est utilisé pour payer d'autres sommes dues aux MSF et MGF en vertu d'obligations contractuelles à charge d'un médecin indépendant, notamment en ce qui concerne les rémunérations variables.

Pour le MSF dont la rémunération de base est à charge d'un hôpital, cette première partie est censée contenue dans le montant accordé sur base de l'article 4, § 3.

2° La deuxième partie doit permettre de verser à tous les MSF et MGF travaillant dans les hôpitaux pendant la période de mars, avril, mai et juin 2020, un montant complémentaire de 250 euros bruts mensuels, par personne, et de couvrir les cotisations patronales ONSS sur ce montant, afin de couvrir leurs activités et frais supplémentaires résultant de l'épidémie.

Le budget partiel mensuel est calculé pour chaque hôpital comme suit : $250 \text{ euros} * 1,2108 * \text{nombre total des MSF et MGF considéré sur une base mensuelle}$, chaque MSF et MGF ne pouvant être inclus que dans le budget partiel d'un seul hôpital. Chaque MSF et MGF concerné reçoit la prime de 250 euros bruts une fois pour le même mois. Si un MSF ou MGF dans le cadre de son plan de stage ou, en ce qui concerne les MSF financés par une institution universitaire ou scientifique, une bourse ou par la Défense, en dehors d'un plan de stage, a travaillé dans plusieurs hôpitaux au cours du même mois, le versement de la prime brute sera confié à un seul hôpital sur base d'un commun accord entre ces hôpitaux.

En ce qui concerne le MSF ou MGF, qui est repris pour un même mois dans les listes de différents hôpitaux, visées à l'article 8, § 6, le budget partiel par hôpital est révisé en fonction du mode de paiement choisi, tel qu'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1er, 3°. Les budgets partiels des différents hôpitaux dans lesquels le MSF ou MGF a travaillé au cours du même mois et qui ont versé un montant au MSF ou MGF en application de cette disposition, peuvent être ajustés en fonction du nombre d'ETP presté dans chaque hôpital par le même MSF ou MGF, afin d'arriver à une intervention maximale de $250 \text{ euros} * 1,2108$ par MSF ou MGF individuel à travers des budgets partiels des différents hôpitaux.

3° La troisième partie forme une enveloppe au niveau de l'hôpital afin :

- de pouvoir financer, malgré les circonstances COVID-19, les rémunérations variables des MSF et les facturations supplémentaires des MGF en plus de la rémunération mensuelle fixe déterminée contractuellement, dans la mesure où cela n'est pas possible sur la base des recettes d'honoraires et de la première partie de l'intervention visée au 1°, telle que déclarée sur l'honneur par l'hôpital et le conseil médical dans le cadre du système de reporting prévu à l'article 10, alinéa 1er, 3°. Les rémunérations variables d'un MSF, dont la rémunération de base est à la charge de l'hôpital conformément à la liste visée à l'article 8, § 6, alinéa 1er, ne peuvent pas être payées à partir de cette enveloppe si les rémunérations variables font partie des prélèvements, compte tenu de l'intervention prévue à l'article 4, § 3.

- de pouvoir assurer une rémunération adaptée aux circonstances de l'épidémie de COVID-19 pour les MSF et les MGF ayant fourni des efforts supplémentaires dans l'hôpital, au moyen d'une rémunération variable majorée pour ces MSF ou d'une rémunération complémentaire pour ces MGF. Si ces rémunérations variables ont déjà été ajustées au vu des circonstances de l'épidémie de COVID-19, le surplus peut être compensé avec cette enveloppe.

Un solde éventuel de ce budget partiel revient directement aux MSF et MGF travaillant à l'hôpital pendant la période pour laquelle cette intervention est octroyée, en étant utilisé dans un premier temps pour compenser les efforts insuffisamment rémunérés de ces bénéficiaires ou en s'ajoutant à la deuxième partie, telle que visée au 2° afin d'augmenter le montant mensuel de tous les MSF et MGF concernés.

Pour cette troisième partie, le budget partiel mensuel de chaque hôpital, en ce compris les cotisations patronales ONSS sur les montants accordés sur la base de cette enveloppe, est calculé comme suit : $600 \text{ euros} * \text{nombre d'ETP MSF et MGF dans l'hôpital considéré sur une base mensuelle}$. " ;

5° dans le paragraphe 3, f) et g), les mots " médecins spécialistes " sont chaque fois remplacés par les mots " prestataires de soins hospitaliers financés par des honoraires " et les mots " par l'article 4, § 4 " sont chaque fois remplacés par les mots " par l'article 4, § 3 " ;

6° le paragraphe 4 est remplacé par ce qui suit :

" § 4. Une intervention est octroyée pour le second semestre 2020 selon les mêmes mécanismes que ceux prévus au paragraphe 3, à l'exception des budgets visés aux f) et g), et étant entendu que :

- les montants des sous-parties du paragraphe 3, e) ne sont chacun prorogés que s'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1er, 3°, que les montants de ces interventions pour la période de mars à juin 2020 inclus ont été accordés et versés aux ayants droit MSF et MGF dans les conditions fixées par le présent arrêté ;

- les montants des interventions de l'article 6, § 3, a) à d) inclus pour le deuxième semestre 2020 peuvent chacun être diminués des montants des interventions pour le premier semestre 2020 qui ont manifestement été versés en violation des principes de répartition de l'article 8, tel qu'il ressort du système de reporting visé à l'article 10, alinéa 1er, 3°. " ;