

SYNTHÈSE

COÛTS HOSPITALIERS INDIRECTS : POURCENTAGE DE MAJORATION DES COÛTS DIRECTS



SYNTHÈSE

COÛTS HOSPITALIERS INDIRECTS : POURCENTAGE DE MAJORATION DES COÛTS DIRECTS

CARINE VAN DE VOORDE, MÉLANIE LEFÈVRE, STEPHAN DEVRIESE, CAROLINE OBYN, NATHALIE SWARTENBROEKX



■ AVANT-PROPOS

Depuis un certain temps déjà, la plupart des acteurs concernés dans notre pays par le financement hospitalier s'accordent à dire qu'une réforme s'impose. L'objectif serait d'évoluer vers un système de forfait *all-in* par pathologie et par admission, basé sur les frais réels des hôpitaux. Une révision majeure de la nomenclature des prestations médicales est aussi en préparation. Ces deux réformes sont liées, car les médecins doivent actuellement céder une certaine fraction de leurs honoraires aux hôpitaux dans lesquels ils exercent afin de couvrir les frais liés à l'exécution de leurs prestations, comme par exemple les salaires du personnel de support ou l'entretien des infrastructures.

Dans le cadre de la réforme de la nomenclature, une échelle de valeur relative est notamment en cours d'élaboration pour la part strictement professionnelle des honoraires des médecins, qui sera scindée des frais liés à leur pratique au sein de l'hôpital. Dans ce contexte, trois équipes de recherche de l'ULB, de la KU Leuven et de Möbius s'attachent actuellement à étudier les frais de fonctionnement directs, tandis que le KCE a été chargé d'évaluer les coûts hospitaliers indirects, sous la forme d'un pourcentage de majoration des coûts directs. Contrairement aux coûts directs, pour lesquels il existe un lien de cause à effet avec la prestation fournie, ces coûts indirects recouvrent des frais plus généraux (p.ex. administration, chauffage...).

Le KCE a pris pour point de départ la base de données Finhosta du SPF Santé publique, qui contient les données financières de l'ensemble des hôpitaux belges. Pour rendre possible le calcul d'un forfait *all-in* dans le cadre de la réforme attendue du financement hospitalier, un pourcentage de majoration a été calculé pour tous les services hospitaliers, dont notamment les unités de soins, la pharmacie et les consultations. La portée de notre étude est donc plus large que celle des travaux des trois autres équipes de recherche, qui se limitent aux services inscrits dans le cadre de la réforme de la nomenclature, et qui ont organisé une collecte directe de données de coûts auprès d'hôpitaux et de laboratoires participant sur base volontaire. Comme vous aurez l'occasion de le lire dans ce rapport, il s'est avéré que la base de données Finhosta présente un certain nombre de limitations. Il convient néanmoins de préciser qu'elle n'a pas non plus été créée dans le but de calculer un forfait *all-in* par pathologie ou de réviser la nomenclature.

Les deux réformes fondamentales actuellement en cours dans les soins de santé belges poursuivent un même objectif : améliorer le financement des médecins et des hôpitaux. La concrétisation de ces projets nécessitera encore plusieurs étapes, qui imposeront de poser un certain nombre de choix politiques. Au travers de ce rapport, nous espérons avoir apporté une contribution à ce défi éminemment complexe d'évoluer vers un financement plus équilibré et plus transparent des soins de santé belges.

Christophe JANSSENS
Directeur général adjoint

Marijke EYSSSEN
Directeur général a.i. (jusqu'au 29 février 2024)

Ann VAN DEN BRUEL
Directeur général



■ MESSAGES CLÉS

- Les deux principales sources de financement des hôpitaux belges sont d'une part le budget des hôpitaux des autorités fédérales, d'autre part les prélèvements sur les honoraires des médecins. Ces derniers sont destinés à couvrir les frais de fonctionnement mais, au fil des années, il est devenu pratiquement impossible de distinguer objectivement la part professionnelle des honoraires de la part correspondant à ces frais de fonctionnement.
- Une réforme du financement des hôpitaux est nécessaire et en cours. Dans ce cadre, l'idée serait que les honoraires des médecins ne couvrent plus désormais que le travail « intellectuel » et la responsabilité des médecins (la part professionnelle), les frais de fonctionnement (les frais afférents à l'exécution de la prestation) étant alors financés par le budget des hôpitaux.
- Le budget disponible à l'échelon national est actuellement réparti entre les hôpitaux sur la base d'un ensemble complexe de règles, où le case-mix (nombre et type de patients) d'un hôpital est un facteur très décisif. Les projets de réforme prévoient de remplacer ce système par le versement d'un montant forfaitaire par pathologie (ou par APR-DRG) basé sur les coûts directs et indirects réels des hôpitaux.
- Trois équipes de recherche (rattachées à la KU Leuven, à l'ULB et à Möbius) élaborent actuellement une échelle de valeur relative pour les frais de fonctionnement directs. Il a été demandé au KCE de calculer les frais indirects en tant que pourcentage de majoration des frais directs.
- Pour ce faire, le KCE a utilisé les données de la base de données Finhosta du Service Public Fédéral Santé publique. Il s'agit actuellement de la seule source disponible dans notre pays qui comporte des données sur les coûts directs et indirects de tous les hôpitaux belges. Toutefois, ces données présentent plusieurs limitations. La manière dont les hôpitaux comptabilisent leurs coûts dans Finhosta varie par exemple considérablement d'un établissement à l'autre, en raison de différences organisationnelles et de l'absence de directives suffisamment détaillées pour l'enregistrement.
- Le KCE a calculé les coûts indirects à la fois pour la sélection de services que les trois équipes de recherche ont analysés pour calculer les coûts directs et pour les autres services hospitaliers.
- Les pourcentages de majoration variaient parfois considérablement d'un (groupe de) centre(s) de frais à l'autre. On observait par exemple une variation considérable des pourcentages de majoration pour les centres de frais touchant aux unités de soins, à la pharmacie ou aux consultations. Il existait également des différences significatives entre hôpitaux e.a. pour les consultations, la salle des plâtres et le quartier d'accouchement ; en revanche, la variabilité était par exemple limitée pour les soins intensifs et la biologie clinique. Ces résultats soulignent l'importance d'utiliser des pourcentages de majoration différents pour différents services, plutôt qu'un pourcentage global pour tous les services.



- En raison des limitations propres aux données Finhosta, un (nouveau) *template* détaillé devrait être élaboré pour la collecte des coûts auprès d'un échantillon représentatif d'hôpitaux. Ce *template* pourrait également être utile pour la mise à jour régulière de la nomenclature, pour les tarifs DRG ou pour d'autres études de coûts.



TABLE DES MATIÈRES

■	AVANT-PROPOS	1
■	MESSAGES CLÉS	2
1.	INTRODUCTION	7
1.1.	UNE RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX EST NÉCESSAIRE	7
1.2.	PRÉLÈVEMENTS SUR LES HONORAIRES DES MÉDECINS	7
1.2.1.	Comment sont fixés les honoraires des médecins en Belgique ?	7
1.2.2.	Différences de revenus entre les spécialités	7
1.2.3.	Des accords à géométrie variable pour les prélèvements sur honoraires.....	8
1.2.4.	Réforme de la nomenclature.....	8
1.3.	BUDGET DES HÔPITAUX.....	9
1.3.1.	Un budget fermé réparti entre les hôpitaux.....	9
1.3.2.	Un système qui incite à multiplier les prestations	9
1.3.3.	Évoluer vers un forfait « all-in » par pathologie.....	10
1.4.	L'OBJECTIF DE NOTRE ÉTUDE : DÉTERMINER LES COÛTS INDIRECTS EN TANT QUE POURCENTAGE DE MAJORATION DES COÛTS DIRECTS	10
1.5.	QU'AVONS-NOUS ÉTUDIÉ ?	11
1.6.	COMMENT AVONS-NOUS PROCÉDÉ ?	11
2.	QUELS SONT LES COÛTS DIRECTS ET INDIRECTS DES HÔPITAUX ?	12
2.1.	QUELQUES NOTIONS DE COMPTABILITÉ HOSPITALIÈRE	12
2.1.1.	Plan comptable minimum.....	12
2.1.2.	Centres de frais définitifs et provisoires	12
2.1.3.	Méthode d'allocation des coûts en cascade	12
2.1.4.	Clés de répartition	13
2.2.	QUELS SONT LES COÛTS QUE NOUS AVONS (OU NON) PRIS EN COMPTE ?	13



2.3.	DIFFÉRENCE D'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE AVEC LES TROIS ÉTUDES SUR LES COÛTS DIRECTS	13
2.4.	VENTILATION DES COÛTS DIRECTS ET INDIRECTS	14
3.	LES LIMITES DES DONNÉES FINHOSTA POUR LE CALCUL DES COÛTS HOSPITALIERS INDIRECTS	14
3.1.	UN MANQUE D'UNIFORMITÉ DANS L'ENREGISTREMENT DES COÛTS	14
3.2.	DES CENTRES DE FRAIS TROP AGRÉGÉS POUR L'ANALYSE DES COÛTS DES PRESTATIONS MÉDICALES	15
3.3.	DES COMPTES DE CHARGES ET CENTRES DE FRAIS TROP AGRÉGÉS DANS FINHOSTA ...	15
3.4.	LES CLÉS DE RÉPARTITION NE SONT PAS TOUJOURS LES VÉRITABLES INDUCTEURS DE COÛTS	15
4.	CALCUL D'UN POURCENTAGE DE MAJORATION POUR LES COÛTS INDIRECTS	16
4.1.	POURCENTAGE DE MAJORATION POUR LES PRESTATIONS TECHNIQUES MÉDICO-CHIRURGICALES ET LES PRESTATIONS MÉDICO-TECHNIQUES AUTOMATISÉES ET ASSIMILÉES	17
4.2.	POURCENTAGE DE MAJORATION POUR LES UNITÉS DE SOINS, LA PHARMACIE ET LES CONSULTATIONS	19
4.3.	DISTINCTION SUPPLÉMENTAIRE EN COÛTS INDIRECTS ET COÛTS DIRECTS INDIRECTS...	21
5.	CONCLUSION	23
5.1.	PAS DE FORMULE UNIVERSELLE : DE L'IMPORTANCE DE POURCENTAGES DE MAJORATION DIFFÉRENCIÉS	23
5.2.	DES RECHERCHES SUPPLÉMENTAIRES ET DES DÉCISIONS POLITIQUES SONT NÉCESSAIRES	23
5.2.1.	Réforme de la nomenclature : convertir les échelles de valeur relative en un montant en euros	23
5.2.2.	Réforme du financement des hôpitaux : portée du financement all-in par pathologie.....	24
5.2.3.	Besoin d'un nouveau template de coûts pour un échantillon d'hôpitaux.....	24



- **RECOMMANDATIONS..... 25**
- **RÉFÉRENCES 27**



1. INTRODUCTION

1.1. Une réforme du financement des hôpitaux est nécessaire

La plupart des acteurs du secteur de la santé s'accordent à dire qu'une réforme du financement des hôpitaux s'impose de toute urgence. De plus en plus d'hôpitaux sont dans le rouge, comme l'a encore montré l'analyse financière annuelle de Belfius (rapport MAHA) pour l'année 2023.¹ Les deux principales sources de financement des hôpitaux sont le budget des hôpitaux des autorités fédérales et les prélèvements sur les honoraires des médecins.

L'idée est de réformer en parallèle d'une part la nomenclature, d'autre part la composition et la répartition du budget des hôpitaux. L'objectif est de parvenir à un système plus simple et plus transparent qui encourage moins la concurrence et stimule au contraire davantage la collaboration entre prestataires de soins et hôpitaux. Il devrait poser les bases d'un financement qui favorise la qualité et l'efficacité des soins et évite d'inciter à la surconsommation. Dans son rapport 229 publié en 2014, le KCE avait déjà formulé une série de propositions pour réformer le financement des hôpitaux.² Le présent rapport et les études réalisées par d'autres équipes (voir section 1.2.4) visent à préparer cette réforme.

Ci-après, nous examinerons tout d'abord les deux principales sources de financement actuelles des hôpitaux belges et leurs points faibles. Nous exposerons ensuite les projets de réforme.

1.2. Prélèvements sur les honoraires des médecins

1.2.1. Comment sont fixés les honoraires des médecins en Belgique ?

Dans notre pays, en principe, chaque service fourni par un médecin hospitalier donne lieu au paiement d'un honoraire par l'assurance maladie et par le patient. La plupart des médecins hospitaliers travaillent sous statut d'indépendant et sont rémunérés principalement par le biais de ces honoraires par prestation. Une minorité de médecins actifs dans les hôpitaux non universitaires et la plupart de ceux qui travaillent dans les hôpitaux universitaires font exception à cette règle, et touchent un salaire mensuel.

Depuis l'introduction de l'assurance maladie obligatoire, en 1963, le montant de ces honoraires est négocié et fixé d'un commun accord entre les prestataires de soins et les mutualités une fois tous les deux ans, dans le cadre de la Commission nationale médico-mutualiste de l'INAMI (CNMM ou « Medicomut »). Les tarifs sont repris dans une « nomenclature des prestations de santé » très détaillée, qui comprend plus de 10 000 prestations (partiellement) remboursées.

1.2.2. Différences de revenus entre les spécialités

Les premières années, des critères objectifs (comme par exemple la complexité des prestations médicales et le temps nécessaire pour les réaliser) ont été utilisés pour fixer les tarifs de la nomenclature. Cette relation s'est toutefois distendue au fil des années et, aujourd'hui, les tarifs découlent principalement des négociations au sein de la CNMM. Un déséquilibre s'est ainsi installé entre les honoraires des prestations techniques (p. ex. en radiologie ou en biologie clinique) et ceux de prestations plus « intellectuelles » comme les consultations (p. ex. en psychiatrie ou en gynécologie). Ce dernier groupe de prestations tend à être moins bien rémunéré, avec à la clé d'importantes différences de revenus entre spécialités. En outre, la nomenclature n'est pas mise à jour assez fréquemment pour refléter l'évolution de la technologie. De ce fait, la liste des tarifs est considérée comme dépassée et, souvent, en décalage avec les progrès de la science et de la pratique médicale.



1.2.3. Des accords à géométrie variable pour les prélèvements sur honoraires

Les honoraires sont censés couvrir le travail « intellectuel » et physique des médecins hospitaliers, ainsi que leurs risques professionnels. Toutefois, la loi prévoit qu'ils doivent aussi en rétrocéder une partie à l'hôpital pour couvrir les coûts directs et indirects des prestations médicales qu'ils effectuent en son sein, comme par exemple le coût du personnel infirmier, soignant, technique, administratif ou d'entretien, ainsi que le coût d'utilisation des infrastructures et le coût de l'achat, de la rénovation et de l'entretien de l'appareillage.

Toutefois, l'ampleur de cette contribution n'est pas fixée par la loi, mais négociée au niveau de chaque hôpital individuel entre les médecins et la direction. Ce système permet aux médecins d'avoir leur mot à dire dans la gestion de l'établissement, mais il est aussi souvent à l'origine de conflits entre les médecins et la direction. En raison des différences importantes qui existent entre les hôpitaux, il peut également amener les médecins à quitter l'hôpital où ils travaillent pour un autre ou pour un cabinet privé extrahospitalier.

1.2.4. Réforme de la nomenclature

Les projets de réforme actuels prévoient que les honoraires des médecins ne serviront plus, à l'avenir, qu'à rémunérer leurs prestations « intellectuelles » et leur responsabilité (la part professionnelle). Les médecins ne contribueront donc plus à financer les frais de fonctionnement de leur hôpital, qui devront être couverts par le budget des hôpitaux des autorités fédérales dans le cadre des forfaits « all-in » par pathologie (voir section 1.3.3). La réforme devrait également éliminer les différences de revenus disproportionnées entre spécialités et stimuler la collaboration et la qualité des soins.

La réforme de la nomenclature s'opère en plusieurs étapes. Les équipes de recherche commencent par distinguer, pour chaque prestation médicale, la part professionnelle de celle qui concerne les frais de fonctionnement. Elles objectivent aussi le « poids » de chaque prestation en évaluant sa complexité, sa durée et son niveau de risque en regard de ceux d'autres prestations médicales. Ceci leur permettra d'estimer d'une manière objective l'honoraire que percevra un gynécologue pour un accouchement normal ou pour une césarienne, celui que recevra un chirurgien pour une opération cardiaque et celui d'un psychiatre pour une consultation ou le suivi d'un patient hospitalisé.

Concrètement, ce travail de recherche comprend les phases suivantes :

- **Phase 1** : Adaptation du libellé des prestations médicales. Cette tâche a été confiée à trois équipes distinctes :
 - Une équipe de l'ULB pour les actes techniques médico-chirurgicaux ;
 - Une équipe de Möbius pour les actes médico-techniques automatisés et assimilés (biologie clinique, anatomie pathologique, médecine nucléaire, radiothérapie et génétique) ;
 - Une équipe de l'UGent et un groupe de travail de la CNMM pour les actes de consultation et assimilés.
- **Phase 2.1** : Détermination du rapport existant entre les différentes prestations sur la base de critères objectifs (part professionnelle des honoraires). Pour ce faire, une échelle de valeur relative pour la **part professionnelle des honoraires** est développée (par les équipes de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius).



- **Phase 2.2** : Construction d'une échelle de valeur relative pour toutes les prestations médicales, basée sur les **frais de fonctionnement directs à l'hôpital** (par les équipes de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius et un groupe de travail de la CNMM^a). Les équipes font appel pour cela à un certain nombre d'hôpitaux et de laboratoires qui participent à l'étude sur base volontaire.

De plus amples informations sur ces études sont disponibles sur le site web de l'INAMI.^b

1.3. Budget des hôpitaux

1.3.1. Un budget fermé réparti entre les hôpitaux

Le budget des hôpitaux, également appelé budget des moyens financiers (BMF), est un budget fermé fixé annuellement par le SPF Santé publique, et distribué entre les différents hôpitaux. Ce budget fermé permet d'éviter les dépassements budgétaires.

La répartition de la sous-partie la plus importante du BMF (sous-partie B2) est basée sur la durée moyenne de séjour par groupe de pathologies. La sous-partie B2 couvre notamment les salaires du personnel infirmier. Contrairement à ce qui se passe dans de nombreux autres pays, où les hôpitaux reçoivent un montant fixe par séjour basé sur les coûts moyens tous hôpitaux confondus, en Belgique, ce budget est réparti entre les hôpitaux en fonction du nombre et du type de patients (case-mix) de l'hôpital.

Une durée moyenne de séjour est calculée pour l'ensemble des séjours de tous les patients hospitalisés en Belgique appartenant au même groupe de diagnostics (APR-DRG ou *All Patient Refined Diagnosis-Related Group*) et avec un même niveau de gravité de la maladie (SOI ou *Severity Of Illness*).

^a La méthode de travail concrète de ce groupe de travail n'ayant pas encore été définie, nous n'y ferons pas davantage référence ici.

^b https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hervorming_nomenclatuur_oproep_deelneming_ziekenhuizen_ligkul_fase2_2.pdf pour la KU Leuven ;

Le nombre de journées d'hospitalisation justifiées est ensuite calculé pour chaque hôpital sur la base de cette moyenne nationale et en tenant compte du case-mix de l'établissement.

Un budget national est également défini pour la sous-partie B1, qui couvre les coûts de fonctionnement de services de support comme l'administration et les repas. Le budget est réparti entre les différents hôpitaux sur la base de clés de répartition jugées pertinentes pour chaque service de soutien spécifique. Par exemple, le budget destiné à couvrir les frais d'entretien est réparti en fonction du nombre de m².³

1.3.2. Un système qui incite à multiplier les prestations

Au fil du temps, ce système est devenu très complexe et opaque, et le fait que des corrections soient parfois apportées après plusieurs années représente une source d'incertitude financière pour les hôpitaux.² Dans la mesure où les possibilités médico-techniques vont toutefois toujours excéder le budget disponible, la concurrence entre les prestataires de soins et les hôpitaux est inévitable. Cet état de fait pousse les hôpitaux à accroître leur activité, ce qui peut déboucher sur des admissions inutiles et des sorties prématurées. En outre, avec un budget fermé au niveau national, la part de budget qui revient à chaque hôpital dépend non seulement de sa propre activité, mais aussi du niveau d'activité de l'ensemble des autres hôpitaux.

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reforme_nomenclature_appel_candidature_hopitaux_gedis_phase2_2.pdf pour l'ULB et https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reforme_nomenclature_appel_candidature_hopitaux_laboratoires_mobius.docx pour Möbius.



1.3.3. Évoluer vers un forfait « all-in » par pathologie

Les projets de réforme du ministre Vandenberghe prévoient de remplacer le système actuel par un montant forfaitaire par pathologie (ou APR-DRG/SOI) basé sur les coûts réels.⁴ Idéalement, ce montant serait déterminé sur la base d'un calcul fondé et objectif de ce qui est nécessaire pour fournir les soins de qualité requis.

La réforme envisagée vise donc à passer à un *forfait « all-in » par pathologie et par admission* tel qu'il existe déjà dans les pays voisins. On parle de forfait « all-in » (« tout compris ») parce qu'il inclut les coûts de toutes sortes engendrés pour un patient donné, à l'exclusion de la part professionnelle des honoraires du médecin. Les frais de fonctionnement seraient donc inclus dans ce forfait par pathologie et non plus déduits des honoraires des médecins hospitaliers. Pour mettre en place un tel système, il est évidemment important de disposer de données récentes de haute qualité concernant les coûts.⁵

À l'heure actuelle, il n'existe toutefois pas en Belgique d'obligation de collecte des données sur les coûts par séjour hospitalier.

1.4. L'objectif de notre étude : déterminer les coûts indirects en tant que pourcentage de majoration des coûts directs

Comme nous l'avons mentionné plus haut, trois équipes de recherche ont été chargées, dans le cadre de la réforme de la nomenclature (section 1.2.4), de développer une échelle de valeur relative pour déterminer la part professionnelle des honoraires (phase 2.1) et les frais de fonctionnement directs (phase 2.2). Une distinction pourra ainsi être opérée entre les services professionnels fournis par le médecin et les coûts directs engendrés dans ce contexte.

Par ailleurs, les prestations médicales dispensées par les médecins engendrent également des coûts indirects. Distinguer les coûts directs et indirects est toutefois malaisé et dépend largement de l'organisation interne de chaque hôpital. Les coûts ne sont en effet pas directs ou indirects en eux-mêmes, mais par rapport à un objet de coût.

Le terme d'**objet de coût** désigne un produit final, processus ou service qui nécessite des ressources et engendre des coûts. Il peut par exemple s'agir

d'un type spécifique de consultation, d'un diagnostic (ou DRG), d'un traitement, de soins de rééducation, d'un programme de soins complet ou d'une période de traitement pour une pathologie donnée.⁶

Les coûts directs ont une relation causale directe avec l'objet de coût. Ils peuvent lui être directement attribués. Ce lien univoque n'existe pas pour les coûts indirects, soit parce qu'il n'est pas possible de les mesurer ou de les enregistrer, soit parce qu'il s'agit de frais généraux. Les coûts indirects peuvent être affectés à un objet de coût à l'aide d'un **inducteur de coût (cost driver)**.

Pour obtenir un tableau complet de l'ensemble des coûts hospitaliers, le ministre de la Santé a donc demandé au KCE **de calculer les coûts indirects sous la forme d'un pourcentage de majoration des coûts directs**. Un pourcentage de majoration de 20 %, par exemple, signifierait qu'un coût direct de 100 € est majoré de 20 % de coûts indirects ; dans ce scénario, le coût de fonctionnement total est de 120 €.

Cette étude complète donc les travaux des trois équipes de recherche (KU Leuven, ULB et Möbius), mais son champ d'application est plus large. Les trois équipes de recherche se concentrent en effet uniquement sur les prestations techniques médico-chirurgicales et les prestations médico-techniques automatisées et assimilées. Dans notre étude, nous calculons également des pourcentages de majoration pour les coûts indirects pour d'autres services, tels que les unités de soins. Les recherches des équipes de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius s'inscrivent exclusivement dans le cadre de la réforme de la nomenclature. Pour déterminer le nouveau forfait all-in par pathologie (DRG), il est toutefois nécessaire d'avoir une vision complète des coûts hospitaliers directs et indirects, pour tous les services hospitaliers. Aucune étude n'est actuellement en cours concernant le calcul des coûts directs des unités de soins.



La présente étude porte sur les hôpitaux généraux (universitaires et non universitaires) en Belgique. Les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux catégoriels (en Flandre uniquement) sortent de notre champ de recherche.

L'article 86 de la loi sur les hôpitaux de 1987 stipule que les hôpitaux doivent soumettre chaque année au ministre de la Santé des données sur leur situation financière, leurs résultats d'exploitation, le rapport du réviseur d'entreprise ainsi que tous les renseignements statistiques.⁷ La collecte et le traitement de ces rapports sont effectués par le SPF Santé publique à l'aide du logiciel Finhosta. Finhosta contient des données statistiques et financières sur les hôpitaux belges et permet l'élaboration du BMF. Actuellement, Finhosta est la seule source disponible dans notre pays qui contienne des données sur les coûts de tous les hôpitaux belges. Pour son étude, le KCE a utilisé les données 2019 de Finhosta, et ce pour deux raisons. D'une part, les études des équipes de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius sont également basées sur les données 2019. D'autre part, les données de la période COVID-19 pourraient être biaisées et ne pas être suffisamment représentatives.

1.5. Qu'avons-nous étudié ?

L'objectif global du rapport peut être subdivisé en plusieurs **questions de recherche** :

- Quels sont les coûts hospitaliers directs et indirects ?
- Quels sont les points forts et les limites de la base de données Finhosta pour le calcul de ces coûts ? Comment les coûts indirects peuvent-ils être alloués à des services spécifiques ?
- Quels sont les avantages et inconvénients d'une majoration globale pour tous les services par rapport à une majoration différenciée par service ?

1.6. Comment avons-nous procédé ?

La méthodologie utilisée dans la présente étude est basée sur celle utilisée dans le [rapport 178 du KCE](#) (Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts, 2012).⁶ Dans ce rapport, les coûts indirects étaient également calculés sous la forme d'un pourcentage de majoration des coûts directs, à l'exclusion de ceux concernant les (rémunérations des) médecins, mais des choix différents ont été faits, par exemple en ce qui concerne la classification des coûts directs et indirects. De plus amples informations sur la méthodologie utilisée ici sont disponibles dans le rapport scientifique et dans le supplément au rapport scientifique.

Au chapitre 2 de cette synthèse, nous décrirons brièvement les règles de comptabilité analytique des hôpitaux belges. Nous donnerons ensuite un aperçu des coûts inclus et de leur répartition en coûts directs et indirects. Le chapitre 3 rapporte les résultats de vérifications approfondies des données Finhosta. Dans le chapitre 4, les coûts indirects sont calculés en pourcentage de majoration des coûts directs pour différents groupes de centres de frais. Au chapitre 5, vous trouverez la conclusion de cette étude.



2. QUELS SONT LES COÛTS DIRECTS ET INDIRECTS DES HÔPITAUX ?

2.1. Quelques notions de comptabilité hospitalière

Le schéma légal de comptabilité analytique hospitalière recouvre les éléments suivants : comptes, centres de frais, méthode d'allocation et clés de répartition.

2.1.1. Plan comptable minimum

L'article 78 de la loi sur les hôpitaux du 7 août 1987 stipule que les comptes des hôpitaux doivent être établis conformément au plan comptable minimum normalisé (PCMN) des hôpitaux.⁷ L'arrêté royal du 14 août 1987 définit le format et les modalités du PCMN.⁸ Seuls les comptes et sous-comptes définis dans ce schéma peuvent être utilisés pour les rapports rendus au SPF Santé publique. Les comptes sont divisés en sept classes, dont seule la classe 6 (charges) nous intéresse dans le cadre de cette étude.

La liste complète des comptes de charges figure à l'annexe 1 du supplément au rapport scientifique.

2.1.2. Centres de frais définitifs et provisoires

Un centre de frais est un département d'un hôpital où des coûts sont engendrés pour des activités similaires. Il s'agit par exemple du service des urgences, du bloc opératoire, de la salle des plâtres, de la pharmacie hospitalière, etc.

On distingue des **centres de frais provisoires** et des **centres de frais définitifs**. Les centres de frais définitifs sont les unités de soins (p. ex. la salle d'accouchement, le service des soins intensifs), les services médico-techniques (p. ex. radiologie, laboratoires), les consultations et la pharmacie, ainsi que les activités non hospitalières (p. ex. ambulances).

Les coûts qui ne peuvent pas être immédiatement imputés à un centre de frais définitif peuvent être temporairement affectés à un centre de frais provisoire tel que « comptes de charges en attente d'affectation », « centres de frais communs » (p. ex. administration, chauffage) et « centres de frais auxiliaires » (p. ex. bloc opératoire, urgences).^c

La liste complète des centres de frais figure à l'annexe 2 du supplément au rapport scientifique.

2.1.3. Méthode d'allocation des coûts en cascade

La méthode d'allocation des coûts à un centre de frais est également fixée par la loi.⁸ Les règles utilisées suivent une logique d'**allocation en cascade** (« *le drap de lit* »). Cette méthode permet d'allouer les coûts à un autre centre de frais provisoire ou à un centre de frais définitif. Ainsi, certains coûts doivent être alloués plusieurs fois avant d'atteindre leur centre de frais définitif. L'objectif principal de cette méthode est de faciliter la comparaison des coûts (au niveau des centres de frais définitifs) entre les hôpitaux.³

La méthode en cascade est présentée de manière schématique à l'annexe 3 du supplément au rapport scientifique.

Nous avons choisi de transformer certains centres de frais considérés comme provisoires par Finhosta en centres de frais définitifs. Cette décision a été prise en concertation avec les équipes de recherche de l'ULB et de la KU Leuven. La raison principale en est qu'un nombre considérable de prestations médicales sont dispensées dans ces centres de frais. Les centres de frais concernés sont les urgences, le service de garde, les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les équipes d'intervention paramédicales (PIT), la stérilisation, l'anesthésie, le bloc opératoire et la salle des plâtres. Du fait de cette adaptation du type de centre de frais, la méthode d'allocation en cascade a également été adaptée.

^c Article 3 de l'arrêté royal du 14 août 1987



2.1.4. Clés de répartition

Les **clés de répartition**, comme la superficie (m²), le nombre d'équivalents temps plein (ETP), le nombre de journées d'hospitalisation, etc. constituent un quatrième élément de la méthode de calcul des coûts des hôpitaux.³ Ces clés déterminent quelle est la part des coûts qui est allouée à un autre centre de frais (provisoire ou définitif) par le biais de la méthode en cascade. L'allocation finale des coûts à leurs centres de frais définitifs repose également sur la clé de répartition correspondante.

Un aperçu des clés de répartition par centre de frais provisoire figure à l'annexe 3 du supplément au rapport scientifique.

2.2. Quels sont les coûts que nous avons (ou non) pris en compte ?

Nous avons utilisé la liste complète des comptes de charges de la classe 6 de Finhosta. Un principe de base de Finhosta est qu'aucune distinction n'est opérée en fonction de la source de financement (autorité fédérale ou d'une entité fédérée, budget des hôpitaux, forfaits à la journée ou prélèvements sur les honoraires des médecins). Nous n'avons donc pas non plus pu faire cette distinction dans cette étude.

Notre point de départ est l'ensemble des coûts engendrés directement ou indirectement pour la réalisation de prestations médicales ou les coûts engendrés dans d'autres services comme les unités de soins. Nous avons toutefois exclu les coûts suivants :

- les coûts liés aux activités non hospitalières ;
- les coûts liés aux honoraires des médecins, la rémunération professionnelle n'étant pas destinée à couvrir les frais de fonctionnement. Il s'agit e.a. des salaires, cotisations patronales, etc. ;
- les charges exceptionnelles, non liées aux activités de soins réelles ou aux activités de soins de l'année en cours.³

Les coûts en médicaments et implants sont aussi exclus du calcul du pourcentage de majoration lié aux coûts indirects. Pour les prestations techniques médico-chirurgicales et les prestations médico-techniques automatisées et assimilées, ce choix s'explique par le fait que ces coûts ne sont (actuellement) pas financés par le biais des honoraires des médecins. En outre, dans Finhosta, il n'est pas possible de distinguer le coût des médicaments actuellement remboursés par forfait du coût des médicaments onéreux ou innovants remboursés séparément. Dans une analyse de sensibilité, nous incluons les coûts des médicaments et des implants dans les coûts directs.

2.3. Différence d'approche méthodologique avec les trois études sur les coûts directs

Les trois équipes de recherche (voir section 1.2.4) qui se chargent de développer une échelle de valeur relative pour les prestations médicales calculent les frais de fonctionnement directs pour chaque prestation médicale. Ces équipes ne s'appuient pas sur une sélection de centres de frais ou de comptes de charges dans la base de données Finhosta, mais sur une large sélection de codes de nomenclature dans les unités où les prestations médicales sont effectuées et où les activités génèrent des honoraires. Ces informations sont collectées auprès des hôpitaux et laboratoires qui participent sur base volontaire.

Or, les données comptables de Finhosta ne permettent pas de calculer les coûts directs et indirects au niveau d'un code de nomenclature ou au niveau des activités médicales telles qu'elles ont été définies par ces trois équipes de recherche. La plus petite unité pour laquelle un pourcentage de majoration pour les coûts indirects peut être calculé est le centre de frais. Le chapitre 5 du rapport scientifique s'arrête sur les implications du fait de travailler avec des unités d'agrégation différentes dans les études sur les coûts directs et dans la présente étude.



2.4. Ventilation des coûts directs et indirects

Comme mentionné dans la section 1.4, la répartition des coûts en coûts directs et indirects dépend fortement de l'organisation interne de l'hôpital. En effet, les coûts ne sont pas directs ou indirects en eux-mêmes, mais par rapport à un objet de coût.

Aucun objet de coût (médicalement pertinent) n'est défini dans Finhosta, où tous les coûts d'une période donnée sont affectés à des centres de frais. Bien que la différence entre coûts directs et indirects semble claire en théorie, opérer une classification est, en pratique, plus complexe. Si la plupart des coûts sont liés de manière directe ou indirecte et sans ambiguïté à des centres de frais (prédéfinis), pour d'autres, c'est le contexte qui déterminera s'ils sont directs ou indirects.

Pour répartir les coûts en coûts directs et indirects, nous avons pris comme point de départ la répartition appliquée dans le [rapport 178 du KCE](#).⁶ Cependant, étant donné que notre étude actuelle complète les études sur les coûts directs réalisées par les équipes de recherche de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius, nous avons procédé à certains ajustements en concertation avec elles.

Les coûts afférents au personnel infirmier, soignant et paramédical sont considérés comme des coûts directs lorsqu'ils sont comptabilisés dans un centre de frais définitif, et comme des coûts indirects s'ils sont comptabilisés dans un centre de frais provisoire. Si un coût est comptabilisé dans un centre de frais définitif, il est directement imputable à ce centre de frais et il n'est pas nécessaire d'appliquer la méthode en cascade basée sur les clés de répartition. Les coûts du « personnel salarié » (p. ex. le personnel d'entretien ou de cuisine) et du « personnel administratif » tels que définis dans Finhosta sont au contraire des coûts indirects, qu'ils soient comptabilisés dans des centres de frais provisoires ou définitifs. Le coût de l'appareillage médical et du matériel médical est considéré comme un coût direct. Les frais de chauffage, d'entretien, etc. sont des coûts indirects.

La classification finale figure à l'annexe 1 du supplément au rapport scientifique.

3. LES LIMITES DES DONNÉES FINHOSTA POUR LE CALCUL DES COÛTS HOSPITALIERS INDIRECTS

Comme nous l'avons déjà mentionné, les hôpitaux ne sont pas obligés d'enregistrer leurs données de coûts au niveau du patient. Par contre, ils sont tenus par la loi d'enregistrer leurs coûts selon la structure de Finhosta, avec un ensemble bien défini de comptes de charges, de centres de frais et de clés de répartition.

En sus des contrôles effectués par le SPF Santé publique, nous en avons réalisé quelques-uns nous-mêmes pour vérifier la cohérence entre les variables Finhosta. Nous avons également vérifié la fiabilité des données et comparé l'application des règles de Finhosta par les hôpitaux.

Il ressort de nos recherches que les données de Finhosta présentent plusieurs limitations qui affectent le calcul des coûts. Il convient d'en tenir compte lors de l'interprétation et de l'application des pourcentages de majoration liés aux coûts indirects.

3.1. Un manque d'uniformité dans l'enregistrement des coûts

Les différents accords et modèles de collaboration entre les hôpitaux et les médecins, ainsi que les différents types d'organisation hospitalière, débouchent sur des manières différentes d'enregistrer les coûts. Par exemple, si un service donné au sein d'un hôpital dispose de sa propre administration, il est plus probable que ses frais administratifs soient enregistrés directement dans le centre de frais qui lui correspond. En revanche, si l'administration est centralisée, il est probable que ces coûts seront d'abord enregistrés dans des centres de frais provisoires avant d'être alloués au centre de frais définitif du service.

Il existe également une grande variabilité entre les hôpitaux en ce qui concerne l'enregistrement des coûts afférents aux consultations. Alors que la majorité des hôpitaux les enregistrent dans le centre de frais « consultations », certains les comptabilisent dans le centre de frais « autres services médico-techniques ». En outre, lorsque ces coûts sont entièrement



supportés par les médecins, ils n'apparaissent pas nécessairement dans les comptes de l'hôpital.

En raison de cette grande variabilité, il est important que le modèle de calcul des coûts soit suffisamment flexible pour pouvoir être utilisé dans de nombreuses situations différentes et pour refléter le mieux possible la réalité. Néanmoins, l'absence d'instructions claires pour garantir l'uniformité de l'enregistrement et l'interprétation univoque des données apparaît souvent comme une lacune. Par exemple, les coûts relatifs à la direction médicale sont enregistrés par certains hôpitaux dans les coûts du personnel administratif, par d'autres dans les coûts du personnel médical. Dans le premier cas, ils sont considérés dans notre analyse comme des coûts indirects ; dans le second cas, ils n'y sont pas inclus.

3.2. Des centres de frais trop agrégés pour l'analyse des coûts des prestations médicales

Comme expliqué dans la section 1.4, les coûts devraient idéalement être liés à des objets de coûts (tels qu'un DRG ou une prestation médicale) et non à des centres de frais, comme c'est le cas dans Finhosta. En conséquence, le centre de frais est la plus petite unité pour laquelle un pourcentage de majoration pour les coûts indirects peut être calculé dans le cadre de cette étude.

Pour calculer les coûts directs, les équipes de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius collectent des données auprès des hôpitaux et laboratoires qui participent sur base volontaire. Ceci leur permet de calculer les frais de fonctionnement directs au niveau d'un code de nomenclature. Il n'y a toutefois pas de relation directe et univoque entre les unités issues de ces études et les centres de frais de Finhosta. Parmi les unités analysées par les équipes de la KU Leuven et de l'ULB, on retrouve par exemple l'endoscopie, alors qu'il n'existe pas de centre de frais unique correspondant aux activités de cette unité.

3.3. Des comptes de charges et centres de frais trop agrégés dans Finhosta

La combinaison des comptes de charges et des centres de frais ne permet pas toujours de classer avec précision les coûts en coûts directs, indirects ou exclus. Un exemple : dans le compte de charges « remises, ristournes et rabais obtenus », il n'est pas possible de distinguer les ristournes obtenues sur les médicaments des autres remises, or les premières doivent être considérées comme des coûts exclus, les secondes comme des coûts indirects.

3.4. Les clés de répartition ne sont pas toujours les véritables inducteurs de coûts

En moyenne, 33 % des coûts indirects et directs sont comptabilisés dans des centres de frais provisoires ; ils seront ensuite alloués aux centres de frais définitifs sur la base de clés de répartition. Cette approche engendre un certain nombre de difficultés pour la qualité des données et la comparabilité entre les hôpitaux. Une première question que l'on peut se poser est de savoir si les coûts dans un centre de frais définitif n'auraient pas été plus précis si les hôpitaux les avaient (davantage) comptabilisés directement dans ce centre.

En outre, dans le processus en cascade, les coûts sont transférés des centres de frais provisoires aux centres de frais définitifs sur la base de clés de répartition (nombre de m², nombre de journées d'hospitalisation, etc.), qui ne peuvent souvent pas être considérés comme les véritables inducteurs de coûts (*cost drivers*). En voici un exemple :

- Les coûts énergétiques sont alloués aux centres de frais définitifs sur la base du nombre de m². En réalité, la consommation d'énergie n'est toutefois pas uniquement déterminée par la superficie du centre de frais définitif, mais aussi – voire surtout – par l'activité qui s'y déroule (la consommation d'énergie sera par exemple plus importante dans les services de radiothérapie ou de soins intensifs). Par ailleurs, nos analyses se sont basées sur la consommation énergétique de 2019 et ne tiennent donc pas compte de l'augmentation des prix de l'énergie à partir de 2021.⁹



- La plupart des coûts en personnel infirmier, soignant et paramédical sont enregistrés dans les centres de frais définitifs. On part du principe que ces catégories de professionnels sont directement impliquées dans le processus de soins. Néanmoins, 10 % de ces coûts sont enregistrés dans des centres de frais provisoires. Sur la base des données Finhosta, il n'est pas possible de savoir où ces membres du personnel sont réellement employés, seule est disponible l'allocation sur la base des clés de répartition.

4. CALCUL D'UN POURCENTAGE DE MAJORATION POUR LES COÛTS INDIRECTS

[Le rapport 178 du KCE \(2012\)](#) avait calculé pour les coûts indirects un pourcentage de majoration global sur les coûts directs, qui s'élevait à 56,6 %. En d'autres termes, cela signifie qu'un coût direct de 100 € est majoré de 56,6 % en coûts indirects, ce qui donne un coût de fonctionnement total de 156,60 €.

Dans la présente étude, nous avons également commencé par calculer un pourcentage de majoration global, puis des pourcentages spécifiques pour certains groupes de centres de frais.

Nous avons ensuite appliqué cette méthode (1) **aux services analysés par les trois équipes de recherche pour le calcul des coûts directs** et (2) **aux unités de soins, à la pharmacie et aux consultations**. Nous avons réalisé des analyses de sensibilité et une analyse d'*outliers* pour les différents pourcentages de majoration. Notre analyse s'appuie sur les données de coûts enregistrées par 100 hôpitaux généraux dans Finhosta (2019). Pour les deux sélections de services considérées, nous avons tenu compte de la méthode en cascade, en considérant certains centres de frais provisoires comme définitifs (voir section 2.1.3).

Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée et les résultats des analyses, nous vous invitons à consulter le chapitre 5 du rapport scientifique.



4.1. Pourcentage de majoration pour les prestations techniques médico-chirurgicales et les prestations médico-techniques automatisées et assimilées

Dans un premier temps, nous avons réalisé nos analyses pour les centres de frais liés aux **services étudiés pour le calcul des coûts directs**, dont vous trouverez la liste dans le Tableau 1. Pour l'ensemble des centres de frais dans ce tableau, le pourcentage de majoration global pour les coûts indirects est de 58,83 % (sans application de l'analyse d'*outliers* – voir ci-dessous). Les coûts des médicaments et implants sont exclus.

Le Tableau 1 mentionne, pour chaque centre de frais ou groupe de centres de frais, le nombre d'hôpitaux ayant des coûts pour ce (groupe de) centre(s) de frais (chiffre entre parenthèses dans la première colonne), ainsi que le montant des coûts directs et indirects et le pourcentage de majoration. Toutefois, dans certains hôpitaux, les coûts directs sont très faibles par rapport aux coûts indirects ou inversement. En conséquence, ces hôpitaux affichent des pourcentages de majoration extrêmement bas ou au contraire extrêmement élevés, ce qui peut fortement influencer le pourcentage de majoration par centre de frais. Pour atténuer ces effets, les hôpitaux dont les pourcentages de majoration étaient inférieurs à $Q1 - 1,5 \text{ IQR}$ ou supérieurs à $Q3 + 1,5 \text{ IQR}^d$ (*outliers*) ont été exclus. Le nombre d'hôpitaux inclus dans le calcul du pourcentage de majoration est indiqué dans la dernière colonne.

Les pourcentages de majoration par centre de frais ou groupe de centres de frais varient de façon considérable, de 42,30 % pour les centres de frais bloc opératoire et anesthésie à 72,32 % pour la radiothérapie. Le nombre d'hôpitaux dont les coûts ont été inclus dans le calcul des pourcentages de majoration varie également considérablement, de 18 pour le PET scan à 96 pour le bloc opératoire et l'anesthésie et pour les urgences.

Les pourcentages de majoration pour les coûts indirects diffèrent aussi de manière importante d'un hôpital à l'autre pour certains centres de frais. Le pourcentage de majoration présente une grande variabilité pour la salle des plâtres et le quartier d'accouchement, par exemple ; pour la biologie clinique, en revanche, la variabilité est limitée.

Lorsque les coûts des médicaments et des implants sont inclus dans les coûts directs, la plupart des pourcentages de majoration restent sensiblement les mêmes (résultats non présentés dans le Tableau 1). Quelques exceptions : le bloc opératoire et l'anesthésie (où le pourcentage de majoration passe de 42,30 % à 35,66 %), l'imagerie médicale (de 69,22 % à 60,03 %), la médecine nucléaire in vivo (de 65,58 % à 46,98 %), le PET scan (de 59,46 % à 40,14 %) et les autres services médico-techniques (de 58,21 % à 52,09 %).

Vous trouverez au chapitre 5 du rapport scientifique les résultats des analyses de sensibilité, dans lesquelles nous avons inclus par exemple uniquement les hôpitaux agréés pour un service particulier.

^d $Q1$ = premier quartile, $Q3$ = troisième quartile, $IQR = Q3 - Q1$ ou écart interquartile.



Tableau 1 – Pourcentages de majoration pour les coûts indirects pour les centres de frais relatifs aux prestations médico-techniques automatisées et assimilées, et aux prestations techniques médico-chirurgicales

Centres de frais	Coûts directs	Coûts indirects	Majoration	Nombre d'hôpitaux**
Prestations médico-techniques automatisées et assimilées				
Biologie clinique, y compris génétique (n = 100)*	€ 629 359 216	€ 281 890 871	44,79 %	89
Anatomie pathologique (n = 76)	€ 61 518 399	€ 36 926 152	60,02 %	58
Radiothérapie (n = 44)	€ 89 315 180	€ 64 590 484	72,32 %	30
Prestations techniques médico-chirurgicales				
Urgences (n = 99)	€ 326 123 056	€ 192 576 454	59,05 %	96
Stérilisation (n = 100)	€ 114 355 780	€ 72 382 719	63,30 %	94
Bloc opératoire et anesthésie (n = 100)	€ 774 373 395	€ 327 553 641	42,30 %	96
Salle des plâtres (n = 57)	€ 4 654 091	€ 2 707 805	58,18 %	40
Quartier d'accouchement (n = 78)	€ 60 283 710	€ 31 623 934	52,46 %	68
Imagerie médicale (n = 100)	€ 386 645 890	€ 267 619 240	69,22 %	95
Hémodialyse (n = 73)	€ 216 037 932	€ 103 671 122	47,99 %	62
Médecine nucléaire in vivo (n = 65)	€ 42 926 962	€ 28 152 411	65,58 %	59
PET scan (n = 25)	€ 13 101 156	€ 7 789 704	59,46 %	18
Autres services médico-techniques (n = 99)	€ 371 208 647	€ 216 081 325	58,21 %	89

* Nombre d'hôpitaux ayant des coûts pour le(s) centre(s) de frais concerné(s). ** Nombre d'hôpitaux inclus dans le calcul du pourcentage de majoration.



4.2. Pourcentage de majoration pour les unités de soins, la pharmacie et les consultations

Dans un second temps, nous avons étendu notre analyse **aux unités de soins, à la pharmacie et aux consultations** (cf. Tableau 2). Le pourcentage de majoration global lié aux coûts indirects pour ces services hospitaliers s'élève à 96,09 %.

Les services hospitaliers ont été classés sur la base du pourcentage de majoration lié aux coûts indirects par centre de frais, mais d'autres classifications sont possibles. Par exemple, les hospitalisations de jour chirurgicales ont été reprises parmi les unités de soins classiques, tandis qu'un pourcentage de majoration distinct a été calculé pour les hospitalisations de jour médicales. Le pourcentage de majoration et le nombre d'hôpitaux dans la dernière colonne du Tableau 2 sont le résultat de l'analyse d'*outliers* décrite dans la section 4.1. Le pourcentage de majoration varie de façon considérable entre services : de 49,40 % pour les soins intensifs à 136,06 % pour les consultations.

Le pourcentage de majoration présente une grande variabilité entre hôpitaux par exemple pour les consultations (voir également la section 3.1). En revanche, la variabilité est limitée pour les soins intensifs, par exemple.

Lorsque les coûts des médicaments et des implants sont inclus dans les coûts directs, les pourcentages de majoration pour les unités de soins et pour les soins intensifs restent à peu près les mêmes, mais les pourcentages pour les autres centres de frais diminuent sensiblement (résultats non repris dans le Tableau 2) : hospitalisations de jour (de 69,38 % à 37,82 %), pharmacie (de 63,11 % à 4,52 %) et consultations (de 136,06 % à 113,58 %).

**Tableau 2 – Pourcentages de majoration pour les coûts indirects pour les unités de soins, la pharmacie et les consultations**

Centres de frais	Coûts directs	Coûts indirects	Majoration	Nombre d'hôpitaux**
Unités de soins, pharmacie et consultations				
Unités de soins (n = 100)*	€ 2 178 741 747	€ 2 317 867 759	106,39 %	100
Soins intensifs (n = 100)	€ 525 604 065	€ 259 655 250	49,40 %	94
Hospitalisations de jour (n = 100)	€ 143 958 662	€ 99 877 108	69,38 %	95
Pharmacie (n = 100)	€ 241 466 142	€ 152 388 153	63,11 %	97
Consultations (n = 99)	€ 435 586 711	€ 592 666 509	136,06 %	90
Autres centres de frais (n = 99)	€ 662 696 001	€ 548 593 326	82,78 %	93

* Nombre d'hôpitaux ayant des coûts pour le(s) centre(s) de frais concerné(s). ** Nombre d'hôpitaux inclus dans le calcul du pourcentage de majoration.



4.3. Distinction supplémentaire en coûts indirects et coûts directs indirects

En principe, on peut distinguer dans les coûts indirects d'une part les coûts indirects proprement dits, d'autre part les coûts directs indirects. La première catégorie recouvre les frais généraux de l'hôpital dans son ensemble, tels que les frais de chauffage ou d'entretien. Ceux-ci sont enregistrés dans des centres de frais provisoires ; dans le financement des hôpitaux tel qu'il existe à l'heure actuelle, ils sont financés principalement par le biais de la sous-partie B1. Le terme de coûts directs indirects désigne les frais généraux d'un (groupe de) centre(s) de frais spécifique(s), tels que les frais de personnel qui sont comptabilisés dans ce(s) centre(s) de frais définitif(s).

Nous faisons cette distinction entre deux types de coûts indirects pour les raisons suivantes. Les équipes de recherche de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius peuvent, en concertation avec les hôpitaux participants, inclure les coûts directs indirects dans le calcul des frais de fonctionnement directs. Dans ce cas de figure, le pourcentage de majoration ne doit se baser que sur les frais généraux de l'hôpital et non sur les frais généraux des centres de frais concernés.

Le champ d'application du forfait par groupe de pathologies est un choix politique qui reste à poser. La distinction entre les deux types de coûts permet, par exemple, de ne pas inclure les frais généraux de l'ensemble de l'hôpital dans le forfait par admission. **La classification en coûts indirects et en coûts directs indirects peut se faire de différentes manières.** Le Tableau 3 présente les pourcentages de majoration pour les coûts indirects selon deux classifications possibles. Pour les pourcentages de majoration (1), tous les coûts indirects enregistrés dans les centres de frais provisoires sont considérés comme des frais généraux de l'hôpital ; les coûts indirects enregistrés dans les centres de frais définitifs sont considérés comme des

frais généraux du ou des centres de frais, c'est-à-dire comme des coûts directs indirects. Les pourcentages de majoration (2) sont calculés comme suit : les frais généraux des centres de frais (coûts directs indirects) sont définis comme les coûts indirects de personnel enregistrés dans les centres de frais définitifs ; tous les autres coûts indirects sont considérés comme des frais généraux de l'hôpital. Les coûts des médicaments et des implants sont exclus dans les deux cas.

Ainsi, dans les pourcentages de majoration du Tableau 3, les coûts indirects représentent uniquement les frais généraux de l'hôpital. Les différences de pourcentage de majoration entre les deux définitions de ces frais généraux sont significatives pour tous les centres de frais. Dans certains cas, entre (1) et (2), le pourcentage de la majoration passe du simple au double. Cela signifie que la plupart des coûts indirects autres que les coûts indirects de personnel sont enregistrés dans les centres de frais définitifs. Les différences de pourcentages sont plus faibles pour les unités de soins que pour les services médico-techniques.

On observe également de grandes différences entre les pourcentages de majoration du Tableau 3 – même ceux de la colonne (2) – et ceux des Tableaux 1 et 2. C'est par exemple le cas pour l'anatomie pathologique, la radiothérapie, l'imagerie médicale, la pharmacie ou les consultations. Cela signifie que pour ces centres de frais, un montant relativement important de coûts indirects de personnel est enregistré dans les centres de frais définitifs.

Vous trouverez des résultats plus détaillés dans le chapitre 5 du rapport scientifique.


Tableau 3 – Pourcentages de majoration pour les coûts indirects selon différentes définitions des coûts indirects

Centres de frais	Majoration (1)**	Majoration (2)***
Prestations médico-techniques automatisées et assimilées		
Biologie clinique, y compris génétique (n = 100)*	15,84 %	34,91 %
Anatomie pathologique (n = 76)	20,34 %	42,48 %
Radiothérapie (n = 44)	22,98 %	58,47 %
Prestations techniques médico-chirurgicales		
Urgences (n = 99)	35,02 %	49,10 %
Stérilisation (n = 100)	32,58 %	60,46 %
Bloc opératoire et anesthésie (n = 100)	26,55 %	39,69 %
Salle des plâtres (n = 57)	39,38 %	46,10 %
Quartier d'accouchement (n = 78)	36,27 %	49,34 %
Imagerie médicale (n = 100)	25,38 %	47,55 %
Hémodialyse (n = 73)	24,90 %	41,94 %
Médecine nucléaire in vivo (n = 65)	27,60 %	49,63 %
PET scan (n = 25)	16,09 %	44,89 %
Autres services médico-techniques (n = 99)	19,75 %	43,40 %
Unités de soins, pharmacie et consultations		
Unités de soins (n = 100)	84,45 %	101,96 %
Soins intensifs (n = 100)	39,59 %	48,00 %
Hospitalisations de jour (n = 100)	45,16 %	59,83 %
Pharmacie (n = 100)	25,19 %	42,76 %
Consultations (n = 99)	37,47 %	77,46 %
Autres centres de frais (n = 99)	58,92 %	76,42 %

* Nombre d'hôpitaux ayant des coûts pour le(s) centre(s) de frais concerné(s). ** Coûts indirects = coûts indirects enregistrés dans les centres de frais provisoires. *** Coûts indirects = coûts indirects enregistrés dans les centres de frais provisoires et définitifs, à l'exclusion des coûts indirects de personnel enregistrés dans un centre de frais définitif.



5. CONCLUSION

L'urgence d'une réforme du financement des hôpitaux fait aujourd'hui l'objet d'un consensus général. Dans ce contexte a été lancée une réforme de ses deux principaux piliers – d'une part la nomenclature, d'autre part l'établissement du budget des hôpitaux et sa répartition entre les différents établissements.

Trois équipes de recherche (KU Leuven, ULB et Möbius) ont notamment été chargées de développer des échelles de valeur relative pour la partie professionnelle des honoraires des médecins et pour les frais de fonctionnement directs. La conversion de ces deux échelles relatives en un montant en euros ne fait toutefois pas partie du champs de ces études.

Le KCE a été invité à calculer les coûts indirects sous la forme d'un pourcentage de majoration des coûts directs. Son étude complète donc les travaux des trois équipes de recherche susmentionnées. Toutefois, son champ d'application est plus large, puisqu'un pourcentage de majoration pour les coûts indirects est calculé pour tous les services hospitaliers. En effet, cet éclairage est nécessaire pour déterminer le nouveau forfait all-in par pathologie (DRG). Pour illustrer les pourcentages de majoration qui pourraient être appliqués par les décideurs politiques, nous vous invitons à vous référer aux résultats repris dans le chapitre 5 du rapport scientifique.

Notre étude nous a permis de tirer un certain nombre de conclusions.

5.1. Pas de formule universelle : de l'importance de pourcentages de majoration différenciés

Le grand avantage d'un pourcentage de majoration global unique est que les différences entre hôpitaux dans la manière d'enregistrer les coûts ont alors un impact moins marqué que lorsqu'un pourcentage de majoration est calculé par centre de frais ou groupe de centres de frais.

Son grand inconvénient est que le rapport coûts indirects/coûts directs du ou des centre(s) de frais le(s) plus important(s) va peser plus lourd et sera appliqué à tous les centres de frais. En outre, un pourcentage de majoration global ne permet pas d'opérer une distinction entre les hôpitaux avec et sans

certain services spécifiques, comme par exemple ceux qui enregistrent ou non des coûts dans le centre de frais relatif à la radiothérapie. Les différences parfois importantes entre les pourcentages de majoration des (groupes de) centres de frais soulignent l'importance de ne pas utiliser un pourcentage de majoration unique pour l'ensemble des services.

5.2. Des recherches supplémentaires et des décisions politiques sont nécessaires

Des recherches complémentaires ainsi que des décisions politiques seront encore nécessaires avant de pouvoir appliquer les résultats de la présente étude. Bien que les deux réformes en préparation – celle de la nomenclature et celle du système de financement des hôpitaux – soient étroitement liées et partagent l'objectif commun d'améliorer le financement des médecins et des hôpitaux, nous avons choisi d'examiner séparément pour chacune d'elles les étapes futures qui restent nécessaires.

5.2.1. Réforme de la nomenclature : convertir les échelles de valeur relative en un montant en euros

Les coûts directs calculés dans notre étude ne sont pas directement comparables aux coûts directs calculés par les trois autres équipes. Notre étude utilise par exemple un niveau d'unité plus agrégé (centre de frais vs code de nomenclature) et, dans certains cas, la classification en coûts directs, indirects et exclus est également différente, ce qui conduit à un certain degré de double comptage.

La conversion de l'échelle de valeur relative en un montant en euros pour le calcul des frais de fonctionnement directs sort du cadre des études de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius. Il s'agira toutefois d'une étape nécessaire pour pouvoir utiliser les résultats de l'étude du KCE. En effet, le pourcentage de majoration pour les coûts indirects doit pouvoir être appliqué à un montant concret correspondant aux coûts directs par code de nomenclature. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour examiner comment aligner les résultats des deux études (concernant les coûts directs et concernant les coûts indirects).



5.2.2. Réforme du financement des hôpitaux : portée du financement all-in par pathologie

De nombreuses décisions politiques doivent encore être prises pour passer d'une répartition du budget basée sur les DRG à un montant par DRG. Cette transition a déjà été abordée dans plusieurs rapports du KCE.^{2, 5, 10, 11} Une décision doit être prise quant à l'étendue de ce financement : quels coûts, groupes de patients, produits et services, etc. sont inclus et lesquels sont au contraire exclus ? Ce choix déterminera inévitablement le mode de financement des coûts indirects – dans le cadre du montant par DRG ou par le biais d'un financement distinct.

5.2.3. Besoin d'un nouveau template de coûts pour un échantillon d'hôpitaux

Le rapport a également mis au jour les limites des données de coûts de Finhosta pour le calcul des coûts indirects (voir chapitre 3). Actuellement, ces données ne permettent par exemple pas de distinguer les coûts financés par les autorités fédérales de ceux qui relèvent des entités fédérées.

Cette base de données est toutefois la seule source disponible pour calculer les coûts de tous les hôpitaux belges. Les décideurs politiques ne disposent actuellement que du pourcentage de majoration global du [rapport 178 du KCE \(2012\)](#) pour calculer les coûts indirects. Le présent rapport souligne clairement l'importance de calculer différents pourcentages de majoration pour différents (groupes de) centres de frais. Bien que ceux-ci ne puissent pas être appliqués sans, notamment, mieux aligner les coûts directs au sens de cette étude sur les travaux de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius, ils livrent une image plus claire de la structure des coûts des hôpitaux.

Une étape importante dans la détermination du forfait par DRG sera d'attribuer une valeur monétaire aux ressources utilisées pour traiter un patient. Pour ces montants par DRG, on préférera se baser sur les coûts plutôt que sur les montants remboursés, qui sont aussi le reflet du pouvoir de négociation historique des prestataires de soins ou de certains choix politiques. Dans la plupart des pays, les forfaits par DRG sont fixés sur la base des coûts moyens d'un échantillon (parfois rotatif) d'hôpitaux.^{5, 12} La qualité des données et l'uniformité dans le calcul des coûts semblent être inversement proportionnelles au nombre d'hôpitaux qui collectent des données sur les coûts.

Un (nouveau) *template* de coûts devrait donc être développé et complété par un échantillon suffisamment large et représentatif d'hôpitaux belges. Après plusieurs années d'expérience avec le nouveau *template*, il pourrait être envisagé, si nécessaire, de collecter des données sur les coûts auprès de tous les hôpitaux. Ce *template* pourrait également être utile pour des mises à jour régulières de la nomenclature, pour les tarifs par DRG ou pour d'autres études de coûts.



■ RECOMMANDATIONS^e

DES POURCENTAGES DE MAJORATION DIFFÉRENCIÉS POUR LES COÛTS INDIRECTS

À l'INAMI et au SPF Santé publique, nous recommandons :

1. De différencier les majorations pour les coûts indirects (en pourcentage des coûts directs) en fonction du ou des services hospitaliers auxquels s'appliquent les coûts directs.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux. Le pourcentage de majoration pour les coûts indirects par service hospitalier ou groupe de services hospitaliers est l'un des éléments constitutifs de l'élaboration ultérieure de cette réforme. Le pourcentage de majoration concret et le choix des services hospitaliers auxquels il s'applique relèvent d'un choix politique. Pour une illustration des pourcentages de majoration possibles, nous référons aux résultats présentés dans le chapitre 5 du rapport scientifique.

ADAPTATION DE FINHOSTA

Au SPF Santé publique, nous recommandons :

2. En concertation avec le secteur hospitalier, de spécifier plus en détail les directives actuelles en matière de comptabilité analytique et de suivre de près leur application.

L'analyse des coûts réalisée dans la présente étude est basée entièrement sur les données comptables de Finhosta pour l'année 2019. Les résultats qui figurent dans le rapport scientifique mettent au jour des différences significatives d'un hôpital à l'autre quant à la manière d'enregistrer les coûts. Cela s'explique en partie par des différences organisationnelles entre établissements et par des directives trop peu spécifiques pour l'enregistrement des coûts. Étant donné que la comptabilité analytique est plus correcte lorsque les coûts sont directement imputés à des centres de frais définitifs, nous recommandons de définir des lignes directrices à ce sujet afin d'assurer une application aussi uniforme que possible au sein des hôpitaux.

3. En concertation avec le secteur hospitalier, de réviser les clés de répartition afin de parvenir à une allocation plus réaliste des coûts des centres de frais provisoires vers les centres de frais définitifs.

^e Le KCE reste seul responsable des recommandations.



UN TEMPLATE POUR DES HÔPITAUX PILOTES

Au SPF Santé publique, nous recommandons :

4. En concertation avec le secteur hospitalier, d'établir un *template* détaillé pour la collecte des coûts auprès d'un échantillon représentatif d'hôpitaux.

Dans Finhosta, les coûts sont affectés à différents centres de frais. Pour la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux, les coûts devraient toutefois idéalement être affectés à des objets de coûts (médicalement) pertinents tels que des codes de nomenclature ou des groupes de diagnostics (*Diagnosis Related Groups* ou DRG). La granularité d'un centre de frais est insuffisante pour permettre l'affectation des coûts à des objets de coûts pertinents. La collecte des coûts directs auprès d'une sélection d'hôpitaux participants dans le cadre de la réforme de la nomenclature peut servir d'inspiration pour la préparation d'un *template* détaillé de collecte des coûts indirects. Étant donné que la qualité des données sur les coûts et l'uniformité du calcul des coûts semblent être inversement proportionnelles au nombre d'hôpitaux fournissant les données, nous recommandons d'organiser une telle collecte auprès d'un échantillon d'hôpitaux de différents types. Après quelques années d'expérience avec le nouveau *template*, il pourrait être envisagé, si nécessaire, de collecter des données sur les coûts auprès de tous les hôpitaux. Un *template* de coûts détaillé permettrait de mettre à jour périodiquement les frais de fonctionnement associés aux activités médicales et les coûts par admission.



■ RÉFÉRENCES

1. Belfius. Analyse MAHA 2023. Chiffres 2022 et premières estimations 2023. 14 novembre 2023. Available from: https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2023/MAHA-2023_FR-Pressse.pdf
2. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
3. Kesteloot K, Van Herck G. Financieel beleid voor ziekenhuizen. Leuven, Den Haag: Acco; 2015 - Herwerking van Kesteloot & Van Herck (2008).
4. Ministre Frank Vandenbroucke. Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux. 28 janvier 2022.
5. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. A comparative analysis of hospital care payments in five countries. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013 11/10/2013. KCE Reports 207 (D/2013/10.273/61) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf
6. Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Manual for cost-based pricing of hospital interventions. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 178C (D/2012/10.273/31) Available from: <https://doi.org/10.57598/R178C>
7. Loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, M.B. 7 octobre 1987.
8. Arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux, M.B. 1 septembre 1987.



9. Belfius. Analyse MAHA 2022. Hôpitaux généraux. Chiffres 2021 et premiers éléments 2022. 16 novembre 2022. Available from: <https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2022/Slides%20Presse%20FR%20DEF.pdf>
10. Van de Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G, et al. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 25/01/2010. KCE Reports 121 (D/2010/10.273/03) Available from: <https://kce.fgov.be/publication/report/feasibility-study-of-the-introduction-of-an-all-inclusive-case-based-hospital-fin>
11. Stephani V, Quentin W, Van den Heede K, Van de Voorde C, Geissler A. Payment methods for hospital stays with a large variability in the care process. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018 04/2018. KCE Reports 302 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302_Payment_methods_hospital_stays_Report.pdf
12. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press; 2011.



COLOPHON

Titre :	Coûts hospitaliers indirects : pourcentage de majoration des coûts directs – Synthèse
Auteurs :	Carine Van de Voorde (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Stephan Devriese (KCE), Caroline Obyn (KCE), Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Rédaction de la synthèse :	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Relecture :	Marijke Eyssen (KCE), Janis Luyten (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
Experts externes :	Julie De Foor (Cliniques universitaires Saint-Luc), Thierry Delrue (Zorgnet-Icuro), Valérie Gérard (Grand Hôpital de Charleroi), Dieter Goemaere (Gezondheidsinstellingen Brussel/Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Tom Hamels (UZ Leuven), Didier Hoornaert (Clinique Saint-Pierre Ottignies), Aline Hotterbeex (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Christophe Rossini (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Guy Tormans (AZ Turnhout), Sean Van Brempt (OLV-Ziekenhuis Aalst), Katrien Verschoren (Zorgnet-Icuro)
Stakeholders :	Goedele Beckers (Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen), Katrien Bervoets (Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen), Benny Daniëls (Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs (BVZD) – Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux (ABDH)), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Julie De Foor (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB) – Raad van Universitaire Ziekenhuizen (RUZB)), Thierry Delrue (Zorgnet-Icuro), Sarah De Mees (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Pieter Deschouwer (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB/Kartel)), Ann Dessomville (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVA) – Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)), Amélie Goossens (Santhea), Davy Kieffer (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB/Kartel)), Manon Pierrot (Gezondheidsinstellingen Brussel/Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Constantinus Politis (Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS) – Groupement des unions professionnelles Belges de médecins spécialistes (GBS)), Christophe Rossini (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Robert Rutsaert (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB/Kartel)), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Manfredi Ventura (Association Francophone des Médecins Chefs), Katrien Verschoren (Zorgnet-Icuro)
Validateurs externes :	Guy Durant (UCLouvain), Jeroen Trybou (UGent), Marleen Willekens (KU Leuven)
Remerciements :	Siméon Bourdoux (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Christian Duvivier (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Abdeslam El Mohandiz (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid) Nous tenons à remercier explicitement les équipes de recherche de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius pour leur contribution constructive à ce rapport.



Intérêts déclarés KCE:

Le KCE est une institution fédérale financée par l'INAMI, par le Service public fédéral Santé, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, et par le Service public fédéral Sécurité sociale. La mission du KCE est de conseiller les décideurs politiques sur les décisions relatives aux soins de santé et à l'assurance maladie sur la base de recherches scientifiques et objectives. Il doit identifier et mettre en lumière les meilleures solutions possibles, dans le cadre d'un système de soins de santé accessible et de qualité, en tenant compte de la demande croissante et des contraintes budgétaires.

Le KCE n'a aucun intérêt dans les entreprises (commerciales ou non commerciales, c'est-à-dire les hôpitaux et les universités), les associations (par exemple les associations professionnelles, les syndicats), les individus ou les organisations (par exemple les groupes de pression) qui pourraient être affectés positivement ou négativement (financièrement ou de toute autre manière) par la mise en œuvre des recommandations. Tous les experts ayant participé à la rédaction du rapport ou au processus d'examen par les pairs ont rempli un formulaire de déclaration d'intérêts. Les informations relatives aux conflits d'intérêts potentiels sont publiées dans le colophon du présent rapport. Tous les membres de l'équipe d'experts du KCE remplissent des déclarations d'intérêts annuelles et de plus amples détails à ce sujet sont disponibles sur demande.

Intérêts déclarés externes :

Tous les experts et stakeholders consultés pour ce rapport ont été sélectionnés en raison de leur implication dans le sujet de cette étude. A ce titre, il est possible que chacun d'eux présente, jusqu'à un certain point, un inévitable conflit d'intérêt.

Layout :

Ine Verhulst

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Enfin, ce rapport a été approuvé à la majorité par le Conseil d'administration (voir <http://kce.fgov.be/fr/content/le-conseil-dadministration-du-centre-dexpertise>).**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication :

25 avril 2024

Numéro d'étude :

2022-52-HSR

Domaine :

Health Services Research (HSR)



MeSH : Costs and Cost Analysis; Hospital Costs; Diagnosis-Related Groups; Fees, Medical
Classification NLM : WX 157
Langue : Français
Format : Adobe® PDF™ (A4)
Dépot légal : D/2024/10.273/18
ISSN : 2466-6440
Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-publications-du-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Van de Voorde C, Lefèvre M, Devriese S, Obyn C, Swartenbroekx N. Coûts hospitaliers indirects : pourcentage de majoration des coûts directs – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 380Bs. D/2024/10.273/18.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

<https://doi.org/10.57598/R380BS>