



## RÉFORME DE LA NOMENCLATURE MÉDICALE

### **Identification du financement des frais de pratique des prestations médicales à partir des honoraires et d'autres sources**

*Description de la méthodologie, illustration basée sur les données de 2019*

..

29 juin 2026

Version I

## Historique des versions

Version	Date	Auteur	Modifications
<b>VI</b>	29/06/2026	INAMI, SPF SPSCAE, KCE et équipes universitaires	Version destinée à la CNMM et à la Commission de convention hôpitaux-organismes assureurs

# Table des matières

<b>I</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>6</b>
1.1	Contexte : projet « réforme de la nomenclature » .....	9
1.2	Identification des sources de financement des frais de pratique des prestations médicales	10
<b>2</b>	<b>Résumé des résultats de l'étude .....</b>	<b>12</b>
2.1	Introduction .....	12
2.2	Aperçu du financement des frais de pratique .....	13
2.3	Estimation des frais de pratique .....	13
2.4	Définition au sein de la masse des honoraires.....	13
2.5	Lecture des résultats.....	13
<b>3</b>	<b>Honoraires.....</b>	<b>15</b>
3.1	Honoraires à la prestation des médecins en 2019 .....	15
3.2	Aperçu des honoraires forfaitaires des médecins en 2019 .....	16
<b>4</b>	<b>Budget des Moyens Financiers (BMF) .....</b>	<b>18</b>
4.1	Introduction : aperçu des sous-parties (pertinentes) du BMF .....	19
4.2	Sous-partie A1 (y compris le financement des entités fédérées ) : investissements .....	22
4.3	Sous-partie A2 : crédits de caisse .....	22
4.4	Sous-partie A3 : investissements en matériel médical lourd .....	23
4.5	Sous-partie B1 : services communs.....	23
4.6	Sous-partie B2 : services cliniques .....	24
4.7	Sous-partie B3 : frais de fonctionnement de l'appareillage médical lourd.....	26
4.8	Sous-partie B4 : financements forfaitaires.....	26
4.9	Sous-partie B5 : frais de fonctionnement de la pharmacie .....	28
4.10	Sous-partie B6 : accords sociaux relatifs au personnel non BMF.....	28
4.11	Sous-partie B7 : fonction universitaire .....	29
4.12	Sous-partie B8 : fonction sociale.....	29
4.13	Sous-partie B9 : accords sociaux .....	29
4.14	Sous-partie C2 : montants de rattrapage.....	31
4.15	Sous-partie C3 : suppléments de chambre.....	31
4.16	Patients AMI et patients non-AMI .....	31
4.17	Sp, PAL et CTB .....	31
4.18	Résumé.....	32
<b>5</b>	<b>Forfaits journaliers.....</b>	<b>34</b>
5.1	Forfaits d'hospitalisation de jour (groupes I à 7).....	34
5.2	Forfait douleur chronique.....	35
5.3	Forfait manipulation d'un cathéter à chambre.....	35
5.4	Forfaits dialyse .....	35
5.5	Maxiforfait.....	35
5.6	Autres forfaits journaliers.....	36
5.7	Résumé.....	36
<b>6</b>	<b>Maribel social.....</b>	<b>37</b>
<b>7</b>	<b>Frais de pratique directs.....</b>	<b>39</b>

7.1	Introduction .....	40
7.2	ATMC..... <b>Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.</b>	
7.3	AMTAA .....	43
7.4	Estimation des frais de pratique directs des prestations « manquantes » .....	45
<b>8</b>	<b>Frais indirects et produits .....</b>	<b>47</b>
8.1	Quelques notions de comptabilité hospitalière.....	49
8.2	Définition des frais directs, indirects et exclus dans le rapport KCE n° 380 (2024) .....	49
8.3	Frais indirects sous forme de pourcentage de majoration sur les frais directs.....	50
8.4	Harmonisation des centres de coûts, des unités fonctionnelles et des codes de nomenclature 54	
8.5	Limites de l'enregistrement Finhosta et conséquences sur l'analyse des frais .....	56
8.6	Polyclinique.....	56
<b>9</b>	<b>Résultats relatifs aux frais de pratique directs et indirects .....</b>	<b>60</b>
9.1	Aperçu des résultats .....	60
9.2	Explications et recommandations concernant ces résultats.....	61
<b>10</b>	<b>Glossaire .....</b>	<b>64</b>
<b>11</b>	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>67</b>

## Liste des tableaux

*Cette liste donne un aperçu des tableaux utilisés dans la note pour illustrer et étayer la méthodologie employée. Tous les tableaux doivent être considérés comme des applications de l'approche méthodologique à l'année de référence 2019.*

**Tableau 2.1 – Aperçu schématique du bilan macro des frais de pratique et des honoraires (2019)**

---

**Tableau 3.1 – Aperçu des honoraires à la prestation des médecins (2019)**

**Tableau 3.2 – Aperçu des honoraires forfaitaires des médecins (2019)**

---

**Tableau 4.1 – Aperçu des sous-parties du BMF qui contribuent au financement des frais de pratique (2019)**

---

**Tableau 5.1 – Dépenses de l'INAMI pour les forfaits journaliers et part des frais de pratique (2019)**

---

**Tableau 7.1 – Dépenses nationales et couverture des prestations TMC (2019)**

**Tableau 7.2 – Fiabilité des frais de pratique directs des ATMC calculés**

---

**Tableau 8.1 – Aperçu des frais directs, indirects et exclus (2019)**

**Tableau 8.2 – Frais indirects nets par centre de coûts (2019)**

**Tableau 8.3 – Aperçu des produits qui ne sont pas liés aux soins (2019)**

**Tableau 8.4 – Pourcentages de majoration des frais indirects par centre de coûts**

**Tableau 8.5 – Attribution des unités fonctionnelles aux centres de coûts (illustration)**

---

**Tableau 9.1 – Aperçu des frais de pratique directs et indirects estimés (2019)**

### Guide de lecture

L'ensemble de cette note complète s'articule autour de deux volets complémentaires :

1) « **En bref** »

*Les parties « En bref », présentées dans des encadrés bleus au début de chaque chapitre, donnent un aperçu clair et concis des principales conclusions et des résultats les plus importants. Elles s'adressent aux lecteurs qui souhaitent avoir rapidement un aperçu de l'essentiel du contenu de la note.*

2) **Texte principal par chapitre**

*Le texte principal est une version plus détaillée de l'analyse qui reprend, entre autres, les hypothèses, la méthodologie et les données sous-jacentes utilisées.*

Le lecteur peut donc aborder cette note de différentes manières :

- ⇒ Les lecteurs qui souhaitent se faire rapidement une idée de la situation peuvent se contenter de la rubrique « **En bref** ». Ces parties proposent un résumé des messages clés qui peut être lu indépendamment du texte principal.
- ⇒ Les lecteurs qui souhaitent obtenir des précisions ou approfondir leurs connaissances peuvent commencer par la partie « **En bref** », et ensuite consulter le texte principal chapitre par chapitre.
- ⇒ Les lecteurs qui souhaitent consulter immédiatement l'analyse dans son intégralité peuvent choisir de passer les encadrés et de lire directement le texte principal.

Cette structure permet d'utiliser la note de manière flexible, en fonction des besoins d'information du lecteur.

# I Introduction

## **En bref ...**

### **Contexte**

Dans le cadre de la réforme de la nomenclature médicale, il a été décidé d'opérer une distinction claire entre la part des honoraires qui correspond au travail fourni par les médecins (part professionnelle) et la part des honoraires qui sert aujourd'hui (en partie) à financer les frais de pratique. Sans cette distinction, la part professionnelle des honoraires ne peut pas être identifiée de manière correcte et transparente ni – à un stade ultérieur des réformes en cours – être réévaluée et répartie entre les différents types de prestations.

Les frais de pratique désignent l'ensemble des frais nécessaires à la prestation des soins médicaux, tels que les infrastructures (financées par les entités fédérées), le capital humain (à l'exception des médecins), les équipements et autres formes de soutien (direct ou indirect). Ces frais sont des frais réels et nécessaires, mais différent fondamentalement de la rémunération versée au médecin pour son travail professionnel.

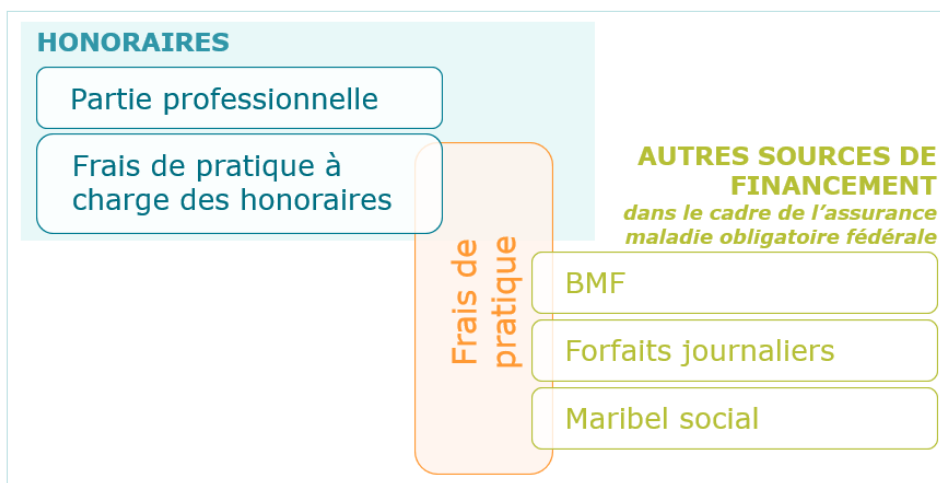
### **Objectif de la présente note**

La présente note a pour objectif de décrire la méthodologie utilisée pour estimer, au niveau macro, les frais de pratique des prestations médicales ainsi que leurs modalités de financement. Dans ce cadre, l'accent est mis explicitement sur l'élaboration d'un cadre méthodologique cohérent et reproductible qui permet d'identifier systématiquement les différentes composantes des frais et du financement et de les mettre en relation les unes avec les autres.

### **Approche méthodologique**

Afin de pouvoir établir cette distinction de manière cohérente et fondée, la présente note adopte une approche méthodologique spécifique. Le principal défi réside dans le fait qu'aujourd'hui, les frais de pratique sont pris en charge par plusieurs canaux de financement — et que seule la partie qui n'est pas déjà financée au niveau fédéral par d'autres sources (plus particulièrement via le Budget des Moyens Financiers (BMF), mais aussi via les forfaits journaliers et d'autres fonds comme le Maribel social) peut être prise en compte lors de la détermination de la partie professionnelle des honoraires, en déduisant les frais de pratique qui, aujourd'hui, sont supportés par les honoraires.

La présente note ne tient expressément pas compte des suppléments d'honoraires. Ces éléments ne sont pas pris en compte car ils ne font pas partie de la nomenclature médicale telle que définie dans le cadre de l'assurance maladie, mais résultent d'accords et de contextes spécifiques au niveau de l'hôpital ou du patient, dans les limites réglementaires prévues à cet effet. L'analyse présentée dans la présente note porte exclusivement sur l'identification des frais de pratique et leur financement dans le cadre des flux de financement structurels et clairement définis de l'assurance maladie obligatoire fédérale et des mécanismes de financement fédéraux qui y sont liés (tels que le financement des hôpitaux et les systèmes forfaitaires). Le schéma ci-dessous illustre cette situation.



Tous les moyens du BMF ne sont pas pertinents pour les prestations médicales (c'est notamment le cas de ceux destinés à la fonction sociale (B8)), mais certains contribuent entièrement ou partiellement aux frais de pratique. Concrètement, c'est le cas pour trois services qui dispensent des prestations médicales, à savoir le bloc opératoire, le quartier d'accouchement et la stérilisation centrale, qui soutient les prestations médicales. Pour ces « services BMF impliquant des « frais de pratique », une partie des frais liés à l'infrastructure, au personnel et à l'appareillage est déjà financée par le BMF. Le BMF constitue donc une des principales sources de financement des frais de pratique, mais d'autres sources de financement, notamment les forfaits journaliers et certains fonds spécifiques (par exemple, le Maribel social), contribuent également, dans une certaine mesure, à la couverture de ces frais.

Lors de la détermination de la partie professionnelle des honoraires, seuls les frais de pratique qui ne sont pas pris en charge par d'autres sources de financement peuvent être déduits des honoraires actuels. Si l'on déduit des honoraires l'ensemble des frais de pratique sans correction, la part professionnelle est systématiquement sous-estimée. Cette mesure est une initiative visant à renforcer la transparence : elle permet de mettre en évidence les frais qui, à l'avenir, seront encore réellement financés par les honoraires.

Voici un exemple fictif, mais illustratif, basé sur une seule prestation qui a pour vocation de clarifier la situation décrite ci-dessus :

- Honoraires pour une prestation : **100 euros**
- Total des frais de pratique : **40 euros**
- Montant déjà financé par le BMF ou d'autres sources : **15 euros**

⇒ Frais de pratique à charge des honoraires : **25 euros**

⇒ Partie professionnelle : **75 euros**

Sans correction, on aboutirait erronément à un montant de 60 euros pour la partie professionnelle.

### Année de référence et interprétation des résultats

Afin de concrétiser cette approche et de pouvoir l'appliquer à des données cohérentes et validées, l'année de référence retenue est 2019. C'est l'année au cours de laquelle les études sur les frais commanditées par l'INAMI ont été lancées, à savoir, l'année la plus récente qui n'ait pas été influencée par le COVID-19 et pour laquelle on dispose de données suffisamment détaillées.

Les résultats présentés dans cette note illustrent la méthodologie utilisée. Les chiffres figurant dans la présente note doivent donc être considérés, avant tout, comme une application de la méthodologie utilisée, et non comme une estimation définitive ou actualisée des frais de pratique. Cette méthodologie sert de base à de nouvelles mises à jour et à des améliorations fondées sur des données plus récentes.

La présente note n'a pas pour but de donner une description exhaustive ou encyclopédique de l'ensemble du système de financement des hôpitaux. Des simplifications ont été appliquées pour permettre une analyse cohérente et reproductible. Ces simplifications sont expliquées dans la note ci-jointe.

## I.1 Contexte : projet « réforme de la nomenclature »

Les notes de politique générale Santé publique de 2021, 2023 et 2026 du ministre de la Santé exposent l'objectif stratégique visant à renforcer les valeurs fondamentales du modèle d'organisation des soins. Cette réforme est importante pour pouvoir continuer à garantir sa viabilité dans un cadre budgétaire acceptable. Afin d'atteindre cet objectif stratégique, le programme « Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux », entre autres, a été mis en place, dans le cadre de la réforme de la nomenclature médicale, dans le but d'arriver à un équilibre optimal entre les résultats des soins et leur coût.

Dans le système actuel, un médecin perçoit des honoraires pour une prestation. Une partie de ces honoraires sert à financer les frais de pratique (par exemple, le personnel, le matériel, les équipements, l'assistance) nécessaires à la prestation. Lorsque ce médecin exerce dans un hôpital, pour couvrir ces frais, il rétrocède une partie des honoraires qu'il perçoit à l'hôpital. Ce mode de fonctionnement conduit à un financement à deux niveaux et insuffisamment transparent.

L'objectif général de la réforme est d'imprimer une nouvelle logique et une nouvelle structure à la nomenclature médicale actuelle, comme le prévoient également les Accords nationaux médico-mutualistes successifs de 2018-2019 à 2022-2023 inclus pour :

- améliorer la logique interne, la lisibilité et la transparence de la nomenclature ;
- mettre à jour la nomenclature et l'adapter aux évolutions de l'activité médicale et aux nouveaux modèles de prestation de soins (par exemple, la télémédecine, les soins multidisciplinaires, etc.) ;
- corriger les écarts de revenus déraisonnables entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes, ainsi qu'entre les médecins spécialistes eux-mêmes ;
- mettre en place des mesures incitatives qui favorisent la collaboration et la qualité ;
- distinguer dans les honoraires de tous les médecins, de manière transparente et standardisée, la partie « honoraires médicaux destinée à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à la réalisation des prestations médicales qui ne sont pas couverts par d'autres sources » de la partie « honoraires destinée à couvrir la prestation du médecin ». Cela implique, qu'en parallèle de la réforme du financement des hôpitaux, il faut que des progrès soient également réalisés en matière de rétrocessions (versements aux hôpitaux) sur les honoraires et les suppléments d'honoraires.

La réforme se déroule en trois phases. La phase 1 est une phase de restructuration de la nomenclature existante (de V0 à VI), ce qui implique une adaptation et une standardisation des descriptions des prestations médicales. Dans la phase 2, l'objectif est de mettre au point des échelles de valeur relative pour chaque prestation. La phase 2.1 consiste à élaborer les échelles de valeur relative (scores d'intensité) pour la partie professionnelle (médecins). Au cours de la phase 2.2, les frais de pratique directs liés aux prestations médicales sont évalués et transposés sur une échelle de valeur relative. Cette étape est complétée par un calcul des frais indirects. La phase 3 comprend la fixation des tarifs définitifs par prestation.

La nomenclature médicale actuelle des prestations médicales, au niveau macro et dans le cadre de la présente mission, est regroupée en trois grands domaines, en fonction de la nature de l'activité et de la structure de frais correspondante :

- Actes de consultation et actes assimilés (*Actes Cliniques Assimilés - ACA*)  
Ce domaine couvre principalement les prestations cliniques pour lesquelles l'activité consiste essentiellement en un travail intellectuel du médecin et où les frais de pratique qui y sont associés sont relativement limités.

- Actes médico-techniques automatisés et assimilés (AMTAA)  
Ce domaine couvre des prestations souvent fortement standardisées et automatisées, telles que certaines analyses de laboratoire et techniques. Ces activités sont liées à des frais importants en termes d'appareillage, de matériel et de personnel d'appui.
- Prestations techniques médico-chirurgicales (ATMC)  
Ce domaine couvre les prestations techniques et chirurgicales qui nécessitent généralement un recours intensif à un appareillage et un soutien multidisciplinaire.

Cette répartition reflète non seulement la nature des activités médicales sur le plan du contenu, mais aussi les différences sous-jacentes en matière de structure des frais et d'organisation des soins.

Dans le cadre de la présente note, cette répartition est essentielle, car elle permet d'analyser les frais de pratique et leur financement de manière cohérente et comparable. Regrouper les prestations dans des domaines homogènes permet de mieux identifier les différences en termes de profil de frais, d'échelle et de mécanismes de financement, et d'en tenir compte dans l'analyse.

## 1.2 Identification des sources de financement des frais de pratique des prestations médicales

Il est nécessaire de déterminer le total des frais de pratique (directs et indirects) des prestations médicales afin de déterminer la part des honoraires disponible pour le financement des prestations des médecins, c'est-à-dire ce qu'on appelle la « part professionnelle ».

Ces dernières années (2022-2025), plusieurs études ont été menées pour identifier ces frais de pratique. Les frais directs par prestation médicale ont fait l'objet d'une analyse détaillée dans des études menées par la KU Leuven, l'ULB (pour les ATMC) et Möbius (pour les AMTAA). Les frais indirects ont été analysés dans le rapport n° 380 du KCE (2024), où ils sont présentés sous la forme d'un pourcentage de majoration appliqué aux frais directs. Ce pourcentage est calculé en divisant les frais indirects par les frais directs, par exemple, d'un service. Le pourcentage ainsi obtenu est ensuite appliqué aux frais directs, après quoi le montant calculé des frais indirects est ajouté aux frais directs afin d'obtenir le coût total. Cette approche offre un moyen pratique d'imputer les frais généraux lorsqu'il n'est pas possible de les affecter directement à des prestations individuelles. À la suite des analyses des frais directs et indirects, plusieurs ajustements méthodologiques ont été convenus avec le KCE, en concertation avec les administrations des soins de santé, concernant la méthode de calcul des frais indirects. Ils seront abordés plus loin dans le rapport.

La comparaison entre les frais de pratique calculés et le financement actuel via les honoraires (tarif à la prestation) doit se faire avec précaution. Car, en effet, pour toute une série de prestations, les frais de pratique sont encore (en partie) financés par d'autres sources que les honoraires perçus par prestation. Il convient d'évaluer l'ampleur de ces autres sources de financement afin de pouvoir déterminer les moyens disponibles pour la partie professionnelle.

La présente note a pour objectif de fournir une analyse cohérente et étayée des frais de pratique liés aux prestations médicales, ainsi que des différents flux de financement qui contribuent à la couverture de ces frais. Afin de présenter ces éléments de manière structurée et transparente, la note est organisée selon un ordre clair et logique.

Dans un premier temps, les résultats de l'analyse sont présentés au chapitre 2 (Synthèse des résultats). Ce chapitre donne un aperçu général des principales conclusions et permet de se faire rapidement une idée de l'ordre de grandeur et des rapports entre les différentes composantes.

Les chapitres suivants donnent des explications plus détaillées sur la méthodologie utilisée. Dans ce cadre, on se penchera d'abord sur les différentes sources de financement qui contribuent aujourd'hui à la prise en charge des frais de pratique des prestations médicales. Concrètement, on abordera successivement les honoraires (chapitre 3), le Budget des Moyens Financiers (chapitre 4), les forfaits journaliers (chapitre 5) et les fonds Maribel social (chapitre 6). Ces chapitres proposent chacun des explications sur la manière dont ces flux de financement contribuent, en tout ou en partie, au financement des frais de pratique.

Dans un deuxième temps, le volet frais sera abordé plus en détail. Le chapitre 7 traite des frais de pratique directs, c'est-à-dire des frais directement liés à la réalisation des prestations médicales dans le cadre des AMTAA et ATMC. Pour les actes de consultation et les actes assimilés (ACA), aucun frais de pratique directs n'a été pris en compte dans cet exercice. Cela s'explique, d'une part, par l'absence d'une assiette de frais validée et comparable et, d'autre part, par la nature spécifique et le contexte de financement de ces prestations, qui se prêtent moins bien à une répartition uniforme des frais directs par prestation. De plus, on part du principe que le médecin réalise lui-même l'intégralité de la prestation. Le chapitre 8 traite des frais de pratique indirects nets, qui concernent l'organisation et le soutien des soins de manière plus générale. Ce chapitre aborde également les frais liés à l'organisation des polycliniques. Ces frais indirects, ajoutés aux frais de pratique directs, constituent les frais de pratique totaux des prestations médicales. Le chapitre 9 donne un aperçu de ces frais de pratique finaux.

Les différentes parties de la note doivent toujours être lues conjointement. Ceci, du fait que la fixation finale de la partie professionnelle des honoraires résulte de la combinaison, d'une part, des frais identifiés et, d'autre part, des différents flux de financement qui couvrent tout ou partie de ces frais.

La note se termine par un glossaire, dans lequel les principaux termes sont expliqués, ainsi que par une liste des annexes et des tableaux qui viennent étayer les analyses techniques.

Enfin, il convient de souligner une nouvelle fois que la présente note doit être considérée comme un cadre de référence méthodologique, dont l'application a été illustrée à l'aide des données de 2019. Ces résultats constituent une première application et servent de base à une mise à jour et à un affinement ultérieurs. La note n'a pas pour objectif de se prononcer sur le niveau exact des frais de pratique par prestation, mais d'élaborer une approche cohérente permettant de les analyser à un niveau macro.

## 2 Résumé des résultats de l'étude

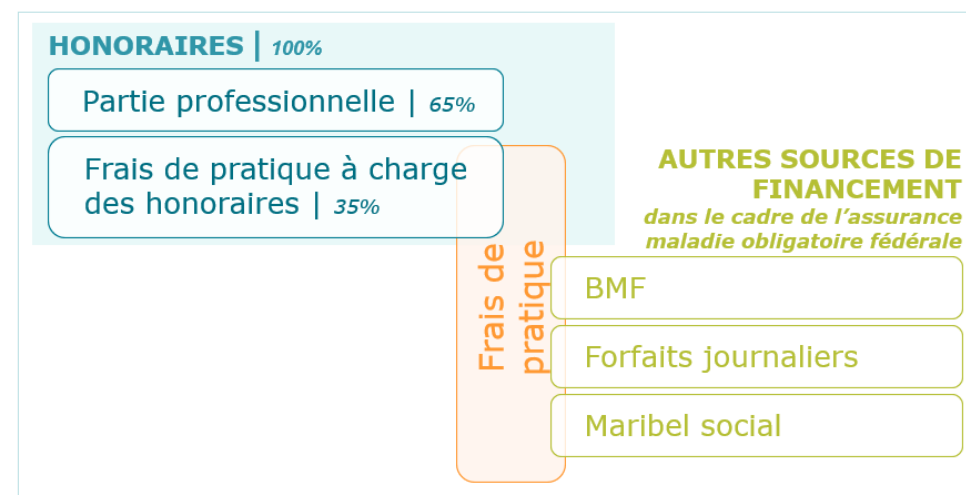
### En bref ...

L'analyse présentée dans les chapitres suivants donne une image intégrée du mode de financement actuel des frais de pratique des prestations médicales et de leur rapport avec la masse totale des honoraires.

Les résultats montrent que le financement des frais de pratique ne se limite pas aux honoraires des médecins, mais qu'il est réparti entre plusieurs sources de financement. Outre les honoraires, le Budget des Moyens Financiers (BMF) et les forfaits journaliers contribuent notamment de manière significative à la couverture de ces frais et sont encore complétés par d'autres sources de financement, par exemple, le Maribel social.

L'analyse permet de constater qu'une part importante des frais de pratique est déjà prise en charge par ces modes de financement alternatifs. Cela signifie que les honoraires ne couvrent qu'une partie des frais de pratique. En combinant, d'une part, le total des frais de pratique (directs et indirects) estimés et, d'autre part, les flux de financement identifiés, il est possible de déterminer la part de la masse des honoraires qui reste effectivement disponible pour rémunérer l'activité professionnelle des médecins.

Les chiffres présentés dans ce chapitre donnent un aperçu de l'ordre de grandeur et de la structure de ces différentes composantes. Ils permettent de mettre en évidence les relations entre ces éléments et offrent ainsi une base pour une analyse plus approfondie et des réflexions stratégiques. Le schéma ci-dessous illustre ces relations. Ces pourcentages ont été calculés en répartissant le montant total des honoraires pour 2019 (9 722,00 millions d'euros, soit 100 %) entre la partie des frais de pratique non couverte par d'autres sources de financement (3 372,58 millions d'euros, soit 35 %) et la partie restante qui reste disponible pour la partie professionnelle (6 349,42 millions d'euros, soit 65 %).



### 2.1 Introduction

Les résultats ci-dessous représentent une synthèse des principales conclusions tirées de l'analyse des différents flux de financement et des frais de pratique des prestations médicales. Il convient de les lire conjointement avec les explications détaillées fournies dans les chapitres suivants, qui présentent, étape par étape, aussi bien le volet financement que le volet frais.

## 2.2 Aperçu du financement des frais de pratique

L'analyse montre que les frais de pratique des prestations médicales sont financés par une combinaison de différentes sources.

La principale source de financement reste la masse des honoraires, qui comprend à la fois des éléments liés à la prestation et des éléments forfaitaires. Dans la pratique, ces honoraires ne couvrent pas seulement la rémunération du médecin, mais servent également (en partie) à financer l'encadrement nécessaire de la prestation médicale.

On constate aussi, par ailleurs, que le Budget des Moyens Financiers représente, lui aussi, une contribution substantielle au financement des frais de pratique. Cette contribution concerne principalement certains services hospitaliers dans lesquels sont pratiquées des activités médico-techniques, et elle comprend à la fois les frais de personnel et les frais d'infrastructure.

Les forfaits journaliers constituent également une source de financement importante. On peut considérer qu'une part importante de ces forfaits contribue, directement ou indirectement, à la couverture des frais de pratique.

Enfin, d'autres mécanismes de financement, tels que le Maribel social, contribuent également au financement des frais de pratique, principalement par leur impact sur le déploiement de personnel.

## 2.3 Estimation des frais de pratique

Dans l'analyse, les frais de pratique totaux se composent de frais directs et de frais indirects.

Les frais directs comprennent les ressources directement nécessaires à la réalisation des prestations médicales, notamment le personnel, le matériel et l'appareillage médical. Ces frais sont déterminés sur la base d'études sur les frais réalisées ces dernières années pour le compte de l'INAMI, et transposés en ordres de grandeur nationaux.

Les frais indirects concernent l'organisation au sens large et le soutien des activités de soins, notamment l'administration, les infrastructures et le fonctionnement général de l'hôpital. Ces données sont ajoutées en appliquant une majoration, sur la base des données hospitalières disponibles.

La combinaison de ces deux éléments permet d'obtenir une estimation globale des frais de pratique totaux au niveau macro.

## 2.4 Définition au sein de la masse des honoraires

En comparant les frais de pratique estimés aux différentes sources de financement, on peut déterminer quelle part de ces frais est déjà prise en charge par d'autres sources que les honoraires. Cette étape permet d'identifier la partie restante des frais de pratique effectivement financée par les honoraires.

Une fois cette partie restante déduite, le solde de la masse des honoraires peut être considéré comme la partie professionnelle, qui constitue la rémunération des prestations du médecin.

## 2.5 Lecture des résultats

Les résultats de cette analyse permettent avant tout de mieux comprendre la relation entre les frais et les flux de financement au niveau macro.

Ils montrent qu'aujourd'hui, le financement des frais de pratique est réparti entre plusieurs sources et que les honoraires n'en constituent qu'une composante. Ils montrent également que l'importance des différentes composantes dépend des hypothèses et des clés de répartition utilisées.

Les chiffres présentés dans ce chapitre doivent donc, avant tout, être considérés comme une présentation agrégée et systématique de la situation actuelle, qui permet de comprendre la structure du financement et de situer la suite de l'analyse dans la présente note.

L'analyse présentée dans les paragraphes suivants était le schéma ci-dessous, qui, outre un aperçu du montant total des honoraires versés aux médecins, présente également les autres sources de financement des frais de pratique (ou d'une partie de ceux-ci) des prestations médicales. Une fois déduits les frais de pratique (directs et indirects) pour ces prestations médicales, on voit clairement quelle part du montant total des honoraires reste disponible pour rémunérer l'engagement professionnel des médecins.

Tableau 2.1 – Aperçu schématique du bilan macro des frais de pratique et des honoraires (2019)

Élément	Montant		Commentaire explicatif
	En mio EUR (2019)	En %	
<b>Masse totale des honoraires</b>	9.722,00	100 %	Total des honoraires à la prestation et des honoraires forfaitaires (chapitre 3)
<b>Total des frais de pratique (directs + indirects)</b>	4.796,98	/	Somme des frais directs (chapitre 7) et indirects (chapitre 8)
<b>Financement des frais de pratique via d'autres sources :</b>			
<b>-BMF (sous-parties pertinentes)</b>	964,88	/	Financement par le biais de composantes du BMF sélectionnées (chapitre 4)
<b>- Forfaits journaliers</b>	408,75	/	Part des frais de pratique dans les forfaits (chapitre 5)
<b>- Maribel social</b>	50,77	/	Part imputée au financement du personnel (chapitre 6)
<b>Total des autres sources de financement</b>	1.424,40	/	Somme des composantes ci-dessus
<b>Frais de pratique à financer via les honoraires</b>	3.372,58	35 %	Total des frais de pratique – autre financement
<b>Partie professionnelle des honoraires</b>	6.349,42	65 %	Masse des honoraires – frais de pratique à charge des honoraires

*Avertissement* : ces chiffres illustrent l'application de la méthodologie et n'ont pas pour but d'évaluer le niveau des frais de pratique à proprement parler. Il est parti de la structure actuelle des frais, sur laquelle aucun jugement évaluatif ou normatif n'est émis.

## 3 Honoraires

### *En bref ...*

Ce chapitre donne un aperçu général des rémunérations perçues par les médecins et constitue ainsi le point de départ de la suite de l'analyse présentée dans la présente note. Afin de déterminer quelle partie de ces rémunérations concerne l'activité professionnelle des médecins, il est nécessaire de commencer par identifier l'ensemble des honoraires.

Les médecins perçoivent leurs rémunérations par deux canaux principaux. D'une part, des honoraires par prestation médicale, par exemple les consultations, les examens, les avis médicaux et les interventions. D'autre part, des honoraires forfaitaires qui ne sont pas directement liés à une prestation spécifique, mais qui concernent les permanences, la disponibilité, l'organisation des soins ou qui ont été motivés par la volonté d'un financement plus forfaitaire (et moins lié aux prestations). Ensemble, ils constituent la masse totale des honoraires, qui s'élève à 9 722 millions d'euros pour l'année de référence 2019.

Les chiffres présentés dans ce chapitre montrent le volume et la composition de la masse des honoraires pour l'année de référence 2019. Ils montrent que les honoraires des médecins couvrent des activités et des contextes de soins très variés, et que certaines prestations nécessitent un encadrement plus important que d'autres.

Dans le cadre de la présente note, il est nécessaire de commencer par dresser un tableau complet et transparent de la masse totale des honoraires des médecins. Cela constitue le point de départ de l'analyse qui suit, dans laquelle une distinction est opérée entre la partie des honoraires destinée à couvrir les frais de pratique et la partie qui peut être considérée comme des honoraires professionnels.

En Belgique, les honoraires des médecins ne constituent pas un flux homogène et se composent de différents éléments qui ont chacun une logique et une fonction distinctes. Il y a, d'une part, les honoraires à la prestation, directement liés à la réalisation des prestations médicales (ce que l'on appelle les honoraires à la prestation). Et il y a, d'autre part, des honoraires forfaitaires liés aux permanences, à la disponibilité, à l'organisation structurelle des soins ou qui sont motivés par la volonté d'un financement plus forfaitaire (et moins lié aux prestations). Pour arriver à une vue d'ensemble correcte, ces deux éléments font partie intégrante de la masse des honoraires et doivent être considérés conjointement.

Les tableaux ci-dessous ne doivent pas être considérés comme un résultat final, mais comme une étape essentielle. Ils identifient les éléments de la masse brute des honoraires, à laquelle les frais de pratique et les autres flux de financement seront ajoutés dans les chapitres suivants.

### 3.1 Honoraires à la prestation des médecins en 2019

Cette section donne un aperçu général des honoraires à la prestation des médecins sur l'année de référence 2019. Les honoraires sont ventilés sur la base des critères suivants :

- Contexte : activités ambulatoires et activités en salle de jour (AMBU) par opposition à l'hospitalisation (HOSP) : les activités ambulatoires peuvent être effectuées aussi bien dans un hôpital que dans des pratiques extramuros. Par définition, les activités en salle de jour et les hospitalisations ont toujours lieu dans un hôpital,
- source de financement : financement AMI versus tickets modérateurs ;
- type de prestation : ACA, AMTAA, ATMC et autres prestations.

Cette répartition est essentielle pour la suite de l'analyse, car les différents types de prestations sont liés à des frais de pratique très variables, dont une partie est déjà prise en charge par d'autres sources de financement (notamment le BMF, les forfaits journaliers ou des forfaits spécifiques) et que, par

conséquent, seule la partie restante, non couverte, des frais de pratique est pertinente pour déterminer la part professionnelle des honoraires.

Les prestations médicales liées aux séjours hospitaliers relevant de la catégorie des « soins à basse variabilité » ont été prises en compte au prorata des montants correspondant aux honoraires des médecins pour chacune des prestations distinctes incluses dans le montant global prospectif par séjour.

Tableau 3.1 – Aperçu des honoraires à la prestation des médecins (2019)

En mio EUR	AMBU		HOSP		TOTAL		TOTAL
	AMI	Tickets modérateurs	AMI	Tickets modérateurs	AMI	Tickets modérateurs	
<b>ACA</b>	2.469	512	492	41	2.961	553	<b>3.514</b>
<b>AMTAA</b>	638	15	186	0	825	15	<b>840</b>
<b>ATMC</b>	2.196	90	1.330	10	3.526	100	<b>3.626</b>
<b>Autre</b>	4	1	0	0	4	1	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5.307</b>	<b>618</b>	<b>2.009</b>	<b>51</b>	<b>7.316</b>	<b>669</b>	<b>7.985</b>

Source des données : INAMI, chiffres relatifs à l'année de référence 2019, y compris la proratisation des montants liés aux SBV

## 3.2 Aperçu des honoraires forfaitaires des médecins en 2019

Outre les honoraires à la prestation, les médecins perçoivent également des honoraires forfaitaires. Certains honoraires forfaitaires (notamment en imagerie médicale et biologie clinique) ne sont pas directement liés à des prestations spécifiques des médecins, ce qui ne permet pas de déterminer clairement quelles prestations elles financent exactement, ni quelle partie de ces honoraires forfaitaires est destinée à la rémunération des médecins et quelle partie couvre les frais de pratique. Ces honoraires sont difficiles à attribuer à des prestations spécifiques :

- **Honoraires forfaitaires pour les prestations de biologie clinique**  
Pour les patients hospitalisés (y compris en hospitalisation de jour), il s'agit des honoraires forfaitaires par admission et des honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation. Pour les patients ambulatoires, il s'agit des honoraires forfaitaires par prescription (à compter de la réalisation de la prestation de biologie clinique).
- **Honoraires forfaitaires d'imagerie médicale**  
Pour les patients hospitalisés, il s'agit des honoraires forfaitaires par hospitalisation. Pour les patients ambulatoires (y compris ceux de l'hôpital de jour), il s'agit d'honoraires forfaitaires par prescription (à compter de la réalisation d'un examen d'imagerie médicale).
- **Honoraires de consultation en radiologie**  
Honoraires de consultation pouvant être facturés par hospitalisation (dans la plupart des services hospitaliers) ou dans le cadre de certaines prestations ambulatoires.

En ce qui concerne les autres honoraires forfaitaires, il est clair qu'ils sont (uniquement) destinés à rémunérer le travail des médecins concernés. Il s'agit des honoraires suivants :

- **Honoraires forfaitaires pour le service de garde médicale**  
Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intramuros dans le cadre d'une fonction agréée de soins d'urgence spécialisés / soins intensifs, par admission dans un service de soins aigus A, C, D, E, G, H, K, L, M, NIC, d'un hôpital général disposant d'une fonction soins urgents spécialisés / soins intensifs.

- **Honoraires de disponibilité des médecins spécialistes**  
Honoraires forfaitaires de disponibilité extramuros des médecins participant au service de garde organisé (pour un maximum de 11 disciplines par hôpital).
- **Honoraires de permanence en pédiatrie**  
Honoraires forfaitaires pour la présence d'un pédiatre à l'hôpital les jours ouvrables.
- **Honoraires de disponibilité pour les Soins Intensifs Maternels (MIC) (depuis 2025)**  
Honoraires forfaitaires pour la participation au service de garde interne dans un service MIC devant être assuré 24/24.

Ces honoraires forfaitaires font partie intégrante du montant total des honoraires et doivent être pris en compte dans l'aperçu global des rémunérations des médecins.

Le tableau ci-dessous présente un aperçu des dépenses nationales liées aux honoraires forfaitaires en 2019 :

Tableau 3.2 – Aperçu des honoraires forfaitaires des médecins (2019)

En mio EUR (2019)	AMBU		HOSP		TOTAL		TOTAL	Type
	AMI	Tickets modérateurs	AMI	Tickets modérateurs	AMI	Tickets modérateurs		
<b>Biologie clinique</b>	537	125	448	10	986	135	<b>1.121</b>	AMTAA
<b>Imagerie médicale</b>	292	35	135	9	427	44	<b>471</b>	ATMC
<b>Permanence soins intensifs &amp; urgences</b>	18	0	97	0	115	0	<b>115</b>	ACA
<b>Disponibilité extramuros</b>					23		<b>23</b>	ACA
<b>Permanence en pédiatrie</b>					7		<b>7</b>	ACA
<b>Disponibilité Soins Intensifs Maternels</b>							<b>0</b>	ACA
<b>TOTAL</b>	<b>847</b>	<b>160</b>	<b>681</b>	<b>19</b>	<b>1.558</b>	<b>179</b>	<b>1.737</b>	

Source des données : INAMI, chiffres relatifs à l'année de référence 2019, y compris la proratisation des montants liés aux SBV

## 4 Budget des Moyens Financiers (BMF)

### *En bref ...*

Le Budget des Moyens Financier (BMF) constitue le principal financement de base des hôpitaux pour leurs activités d'hospitalisation. Ce budget ne sert pas à financer les actes médicaux ou les médicaments eux-mêmes, mais bien l'environnement de soins et de séjour dans lequel les prestations médicales sont dispensées dans les services BMF. Il s'agit notamment du personnel infirmier et auxiliaire, de la logistique, de l'administration et de certains types d'appareillage médical. Par ailleurs, le BMF finance également des activités spécifiques (notamment la radiothérapie ou la FIV) ainsi que les frais de personnel découlant d'accords sociaux et s'appliquant à l'ensemble de l'hôpital.

Le BMF se compose de différentes sous-parties, qui n'ont pas toutes la même fonction et ne contribuent pas tous aux frais de pratique des prestations médicales. Certaines sous-parties financent le fonctionnement général de l'hôpital sans lien direct avec les prestations médicales, d'autres couvrent intégralement les frais de pratique, et d'autres encore ne les couvrent que partiellement. Pour un nombre limité de services hospitaliers surtout – le bloc opératoire, le quartier d'accouchement et la stérilisation centrale – le BMF contribue directement aux coûts nécessaires pour permettre des prestations médicales spécialisées. Dans la présente note, ceux-ci sont désignés sous le nom de « services BMF avec frais de pratique ».

Plus concrètement, le rôle du BMF peut être compris comme suit. Une première catégorie de financement concerne les investissements et l'infrastructure, notamment les bâtiments, les travaux d'entretien majeurs et le matériel général. Ces moyens, repris dans la sous-partie A1 du BMF, sont nécessaires pour garder les hôpitaux opérationnels, mais ils n'ont aucun lien avec les frais de pratique des prestations médicales et ne sont donc pas considérés comme des frais de pratique. À l'heure actuelle, la sous-partie A1 est une sous-partie résiduelle, car depuis la sixième réforme de l'État, cette compétence a été transférée au niveau régional et, à ce titre, elle est intégralement financée par ce dernier. La sous-partie A1 sera donc progressivement supprimée pour passer, à terme, à un financement entièrement régional.

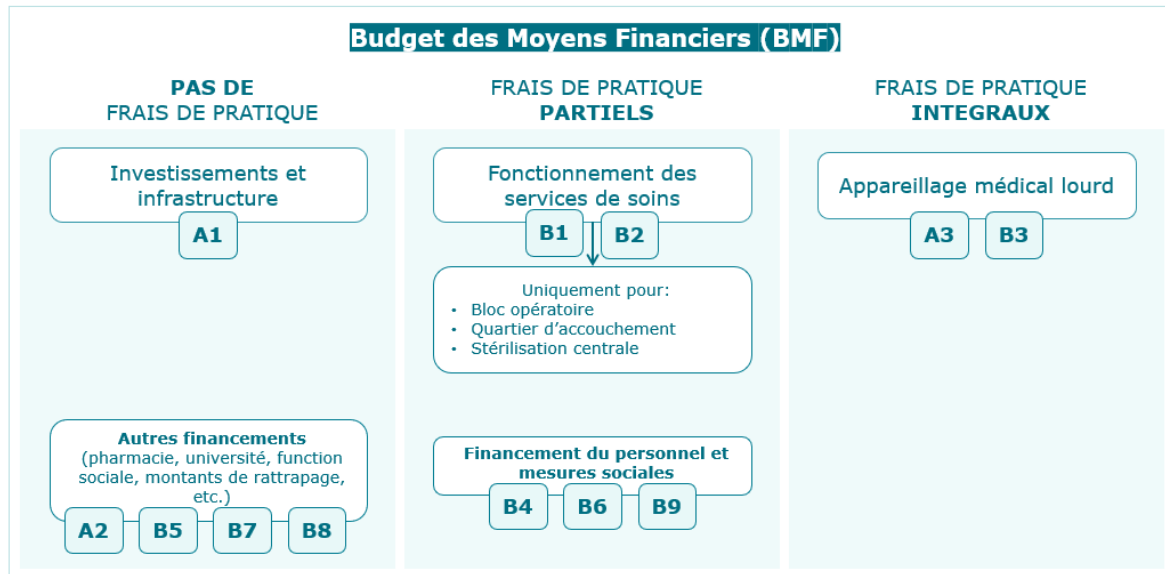
Par ailleurs, un financement est prévu pour l'appareillage médical lourd, plus précisément, les appareils de RMN, les PET-scans et la radiothérapie. Tant le financement des investissements (sous-partie A3 du BMF) que le financement du fonctionnement de cet appareillage (sous-partie B3 du BMF) sont directement liés aux prestations médicales et sont donc intégralement pris en compte dans les frais de pratique. Les compétences du premier et du deuxième groupe ont aujourd'hui été transférées aux entités fédérées, mais continuent d'être exercées en partie par l'intermédiaire du BMF. Le flux de financement retenu concerne donc à la fois le budget régional et le budget encore liquidé au niveau fédéral.

Un troisième groupe important concerne le financement du fonctionnement quotidien des services de soins et auxiliaires. Les sous-parties B1 du BMF (coûts des services communs liés à la structure hospitalière, tels que la logistique [lingerie, cuisine, nettoyage], l'administration et les fonctions transversales [informatique, gestion]) et B2 (frais des services cliniques liés à la prise en charge des patients [services hospitaliers et soins infirmiers]) financent notamment le personnel et le matériel. Pour la plupart des services hospitaliers, ces moyens ne servent pas à couvrir les frais de pratique des prestations médicales. Pour les trois services BMF impliquant des frais de pratique – bloc opératoire, quartier d'accouchement et stérilisation centrale –, ces moyens de fonctionnement contribuent toutefois directement à permettre les prestations médicales spécialisées. Une partie du financement par le BMF via les lignes B1 et B2 n'est considérée comme des frais de pratique que pour ces services.

Enfin, le BMF comprend plusieurs composantes forfaitaires destinées au financement du personnel et au financement des accords sociaux, repris dans les sous-parties A2, B4, B6 et B9. Ces moyens servent notamment à financer des mandats spécifiques, les charges salariales et les mesures prévues dans les accords sociaux. Lorsqu'elles concernent le personnel directement concerné ou concerné à titre de soutien dans la prestation médicale, elles sont partiellement prises en compte dans le financement des frais de pratique. Étant donné que ce financement ne peut souvent pas être clairement rattaché à une prestation ou à un groupe de prestations en particulier, des clés de répartition objectives permettent de déterminer quelle partie de celui-ci contribue

effectivement aux frais de pratique. Par souci d'exhaustivité, il convient d'ajouter que B5, B7 et B8 ne comportent aucune partie pouvant être rattachée aux frais de pratique.

Le schéma ci-dessous en donne un aperçu.



En analysant le BMF systématiquement de cette manière, on constate clairement qu'il joue un double rôle : une partie des ressources finance uniquement le fonctionnement général de l'hôpital, sans lien avec les frais de pratique, tandis qu'une autre partie contribue, intégralement ou partiellement, aux frais nécessaires pour permettre la prestation médicale.

Le tableau ci-dessous présente un aperçu des sous-parties du BMF qui, sur la base de cette analyse, peuvent être considérées, en tout ou en partie, comme un financement des frais de pratique des prestations médicales.

Sous-partie du BMF	Montant en mio EUR (2019)
A3 – Appareillage médical lourd (investissements)	28,18
B1 – Services communs	96,16
B2 – Services cliniques	392,04
B3 – Appareillage médical lourd (fonctionnement)	87,42
B4 – Financements forfaitaires	95,83
B6 – Accords sociaux concernant le personnel non couvert par le BMF	76,75
B9 – Accords sociaux	212,00
<b>Total</b>	<b>988,38</b>
<b>Correction non-AMI<sup>1</sup></b>	<b>- 23,50</b>
<b>Total du financement des frais de pratique par le BMF</b>	<b>964,88</b>

<sup>1</sup> Les patients non-AMI représentent 2,38 % du nombre total des journées d'hospitalisation.

## 4.1 Introduction : aperçu des sous-parties (pertinentes) du BMF

Le Budget des Moyens Financiers (BMF) couvre principalement les frais d'hospitalisation et de soins des patients hospitalisés ainsi que des patients de l'hôpital de jour chirurgical (à l'exception des soins

médicaux et des médicaments). En d'autres termes, le BMF finance aussi bien les soins cliniques que les soins de soutien des patients hospitalisés et des patients de l'hôpital de jour chirurgical. Par ailleurs, d'autres activités (par exemple, l'hospitalisation de jour gériatrique, la FIV, la RMN...) ainsi que des charges de personnel spécifiques, notamment dans le cadre d'accords sociaux, sont financées pour l'ensemble de l'hôpital (par exemple, la réduction du temps de travail (RTT), la prime d'attractivité, IF-IC...) sont financées par le BMF.

Le principal budget partiel, la sous-partie B2, couvre les frais liés aux soins dispensés dans ce qu'on appelle les « services BMF ». Il s'agit notamment des services d'hospitalisation (y compris les unités de soins intensifs), du bloc opératoire, du quartier d'accouchement, des urgences, de l'hôpital de jour chirurgical et de la stérilisation centrale. Le financement de ces services est assuré principalement, mais pas exclusivement, par la sous-partie B2. Les frais auxiliaires (chauffage, administration, alimentation, etc.) liés aux services BMF doivent être (principalement) pris en charge par la sous-partie B1. La sous-partie B4 comprend le financement forfaitaire d'activités spécifiques également liées aux services BMF (SMUR, coordination des transplantations, ...), des mandats spécifiques (FBI, conventions de premier emploi) pouvant être mis en œuvre au sein des services BMF, ainsi que des charges salariales spécifiques (MTD-QPP). Les charges salariales spécifiques liées aux accords sociaux sont prises en charge, pour la quasi-totalité du personnel, y compris en dehors de l'établissement hospitalier, au titre de la sous-partie B9 (par exemple, réduction du temps de travail (RTT), prime d'attractivité, etc.). Par ailleurs, la sous-partie A3, couvre de manière forfaitaire les charges d'amortissement de certains types d'appareillage médical lourd, tels que la RMN, la radiothérapie et les PET-scans, ainsi que la sous-partie B3, qui finance les frais de fonctionnement de cet appareillage médical lourd (cf. plus loin).

Dans ces services BMF, trois nécessitent que (une partie des) frais de pratique des prestations médicales spécialisées soient pris en charge par le BMF : le bloc opératoire, le quartier d'accouchement et la stérilisation centrale (SC). Dans la présente note, ces services sont désignés sous le nom de « **services BMF avec frais de pratique** ». Pour ces services BMF avec frais de pratique, le financement via A3, B1, B2, B4 et B9 doit être pris en compte lors de l'identification des frais de pratique (directs et/ou indirects) qui doivent être financés par les honoraires.

Outre les « services BMF », le BMF finance également des charges liées à d'autres services (salles de jour médicales, services à la charge des honoraires, etc.). Ce financement couvre notamment les charges de personnel spécifiques prévues dans le cadre des accords sociaux relevant des sous-parties B6 et B9. La sous-partie B6 couvre les frais liés aux accords sociaux du début des années 90, uniquement pour les « services non BMF » (pour les services BMF, ces budgets sont intégrés dans la sous-partie B2). La sous-partie B9 couvre les frais liés aux accords sociaux à partir de 2001 pour tous les services, c'est-à-dire au niveau des hôpitaux.

La sous-partie B3 finance une partie des frais de fonctionnement du service de radiothérapie (accélérateurs linéaires), du service d'imagerie médicale (RMN) et du service de médecine nucléaire (caméra TEP). Ce budget B3 peut donc être considéré dans son intégralité comme un budget destiné à contribuer au financement des frais de pratique des prestations médicales spécialisées concernées. La sous-partie B4 comprend également des budgets destinés à financer des activités spécifiques dans le cadre des prestations médicales spécialisées (par exemple, la fécondation in vitro), des mandats spécifiques (FBI, conventions de premier emploi) pour le personnel et des charges salariales spécifiques (TTP-QPP), y compris pour le personnel qui travaille dans des services à la charge des honoraires. En d'autres termes, il s'agit ici également de budgets partiels qui contribuent à couvrir les frais de pratique liés à certaines prestations médicales spécialisées.

Enfin, un financement est également prévu pour les investissements dans l'appareillage médical lourd (RMN, TEP et accélérateurs linéaires), dont la compétence a été régionalisée depuis la sixième réforme de l'État. En raison d'une phase de transition prolongée, les hôpitaux bénéficient d'un financement mixte : une partie provient encore du BMF (bien que sous la responsabilité budgétaire des entités fédérées) et une autre partie par le biais de financements régionaux qui varient en fonction de l'autorité régionale compétente pour chaque hôpital.

Enfin, il existe également d'autres postes qui ne financent aucun frais de pratique : B5 (fonctionnement de la pharmacie), B7 (fonction universitaire) et B8 (facteurs sociaux).

Conclusion : le BMF comprend des sous-parties qui peuvent être intégralement affectées aux services BMF et qui ne sont pas destinées à couvrir les frais de pratique des prestations médicales spécialisées. Ces sous-parties peuvent être considérées comme couvrant intégralement les frais de pratique de prestations médicales spécialisées spécifiques, et des sous-parties partiellement destinées à couvrir les frais de pratique. Ce dernier groupe comprend des budgets partiels pour lesquels il est possible de déterminer sans ambiguïté la part destinée aux frais de pratique des prestations médicales spécialisées. Mais il existe également des sous-parties qui ne peuvent pas être imputées de manière simple ou univoque à une seule activité ou à des prestations médicales spécialisées spécifiques. Dans ce cas, des clés de répartition pertinentes sont proposées afin d'identifier une partie des dépenses BMF comme étant destinée à couvrir les frais de pratique.

Concrètement, les clés de répartition sont imputées aux « centres de coûts » selon la classification officielle que les hôpitaux sont tenus de respecter pour la tenue de leur comptabilité. On peut les classer globalement en :

- Centres de coûts d'appui (000 – 149), tels que l'administration, l'entretien, etc., qui peuvent être partiellement imputés aux frais de pratique.
- Services BMF (150 – 499), dont le financement des centres de coûts 160 (stérilisation centrale), 180 (bloc opératoire) et 261 (quartier d'accouchement) est intégralement imputé aux frais de pratique.
- Les centres de coûts non BMF (500 - 899), dont la plupart sont des centres de coûts à charge des honoraires (et impliquent donc des frais de pratique), à l'exception de certains centres de coûts spécifiques (voir schéma ci-dessous).
- Les activités non hospitalières (900 – 999), qui ne sont pas du tout prises en compte.

Pour le BMF, le financement est classé par financement en :

- Budgets partiels destinés à financer les frais de pratique des prestations médicales
- Budgets partiels qui ne financent pas de frais de pratique
- Budgets partiels qui financent partiellement les frais de pratique et pour lesquels on utilise une clé de répartition en se basant sur les centres de coûts pertinents.

			Frais de pratique retenus
000 - 149	Services auxiliaires		Partiellement
150 - 499	Services BMF		Partiellement
	160	Stérilisation centrale	Intégralement
	180	Quartier opératoire	Intégralement
	261	Quartier d'accouchement	Intégralement
500 - 899	Services non-BMF		
	500 - 549	Services à la charge des honoraires	Intégralement

550 - 553	Hôpital de jour (non chirurgical)	Pas retenues
555	Conventions de revalidation	Pas retenues
560 -589	Services à la charge des honoraires	Intégralement
650 - 680	Banques de tissus	Pas retenues
690 -719	Services à la charge des honoraires	Intégralement
830	Pharmacie	Pas retenues
840	Consultations	Intégralement
900 - 999	Activités non hospitalières	Pas retenues

Il convient également de noter qu'à l'époque, le BMF de 2019 comportait encore de nombreux éléments susceptibles d'être révisés, qui ne sont devenus définitifs plus plusieurs années plus tard. L'exercice de décortiquage a donc tenu compte des montants révisés (dans la mesure où ceux-ci sont déjà disponibles sur la base des révisions « thématiques » lancées par le SPF SPSCAE depuis 2025 – pour les années à réviser à partir de 2018) afin d'obtenir une image la plus fidèle possible des financements réellement octroyés pour l'année 2019.

Finalement, en 2019, cela s'est traduit par un financement de 964 879 000 euros des frais de pratique par le BMF (voir [annexe I](#)). Pour les années suivantes, il faudra également tenir compte, le cas échéant, de nouveaux budgets partiels (par exemple, le fonds blouses blanches)

## 4.2 Sous-partie AI (y compris le financement des entités fédérées) : investissements

La sous-partie AI finance les investissements (biens immobiliers, gros entretien, matériel médical et non médical, etc.) dans les hôpitaux. Depuis la sixième réforme de l'État (2014), la compétence a été transférée aux entités fédérées, mais une part importante du budget continue d'être liquidée via la sous-partie AI (sur une longue période de transition qui s'étend de 2015 à 2042).

Depuis lors, les réglementations divergent : certaines autorités régionales appliquent un système forfaitaire, tandis que d'autres continuent de se baser sur des amortissements réels ou d'utiliser un système mixte.

Toutefois, ce financement ne concernait explicitement pas les investissements liés aux prestations rémunérées et, même pour la sous-partie du budget consacrée au matériel médical, ce volet ne finançait en principe aucun équipement générant des honoraires.

Ce financement n'est donc pas utilisé pour couvrir les frais de pratique des prestations médicales.

## 4.3 Sous-partie A2 : crédits de caisse

Ce poste finance, sur une base forfaitaire, les crédits de caisse que les hôpitaux doivent contracter pour faire le pont entre le mois de prestation et le versement effectif du BMF. Cela n'a aucun rapport avec les frais de pratique

Ce financement n'est pas utilisé pour couvrir les frais de pratique des prestations médicales.

## 4.4 Sous-partie A3 : investissements en matériel médical lourd

Plus concrètement, cela concerne le financement

- RMN
- des accélérateurs linéaires
- PET-scans (y compris le PET-scan de recherche présent dans chacun des 7 hôpitaux universitaires)

Ces financements peuvent être intégralement imputés aux frais de pratique, mais une fois encore, en 2014, cette compétence a été transférée aux autorités régionales, qui peuvent depuis lors mener leur propre politique. Toutefois, étant donné qu'en 2019, aucune nouvelle réglementation n'avait encore été élaborée spécifiquement concernant les appareils de type A3 et que les entités fédérées n'avaient apporté aucune modification, on peut considérer qu'en 2019, le financement des appareils de type A3 n'était pas sensiblement différent de celui de 2015. En 2019, le financement était toutefois réparti entre le programme fédéral A3 et les financements régionaux. Afin de déterminer la masse budgétaire consacrée au financement des équipements, on se base donc sur une série d'équipements les plus proches possible de ceux de 2019, multiplié par les montants fixés au niveau fédéral, sauf si une autorité régionale a indiqué les financer autrement en 2019. Il convient de noter que la sous-partie A3 n'est pas indexée.

- 1) RMN : appareils agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2020 : 145 181,25 euros (FR) ou 129 302,16 euros (VL)
- 2) Accélérateurs linéaires de radiothérapie : il s'agit d'une fonction reconnue pour laquelle le nombre d'appareils à financer a été calculé au prorata du nombre de prestations fournies au cours d'une année de référence donnée. Étant donné qu'il n'est donc pas possible de se baser sur un nombre réel d'appareils mis en service, on utilise le chiffre issu du BMF 2016 (dernière année où tous les calculs ont encore été effectués selon les modalités en vigueur avant la réforme de l'État) multiplié par les montants historiques, soit 87 849,03 euros par appareil. Après 2016, les modalités de financement varient trop d'une entité fédérée à l'autre pour permettre de déterminer un chiffre exact.
- 3) PET-scans : nombre d'appareils PET agréés au 1<sup>er</sup> janvier 2020, à raison de 200 000 euros par appareil ordinaire (26) et de 100 000 euros par TEP de recherche (7).

## 4.5 Sous-partie B1 : services communs

La sous-partie B1 couvre ce qu'on appelle les « fonctions hôtelières » d'un hôpital. Voici les activités menées dans les centres de coûts des services auxiliaires. Dans le BMF, cette sous-partie est subdivisée comme suit :

- Frais généraux
- Entretien
- Chauffage
- Administration
- Buanderie et lingerie
- Alimentation
- Internat (commodités prévues pour le personnel ; par exemple, vestiaires).

Tous les financements ne doivent pas être rattachés aux frais de pratique. Les cas (partiellement) concernés sont mentionnés ci-dessous.

#### 4.5.1 BI 200 Budget BI Financement de base des services auxiliaires (communs)

Ce financement est octroyé sur la base d'une série de paramètres qui concernent également les trois services (la stérilisation centrale ou centre de coûts 160, le bloc opératoire ou centre de coûts 180 et le quartier d'accouchement ou centre de coûts 261) liés aux frais de pratique. La sous-partie BI sert en partie à financer les frais (indirects) liés à ces services et ce financement doit donc être imputé aux frais de pratique. L'algorithme est repris en annexe 2 de la présente note. En résumé, voici ce dont il s'agit :

- Frais généraux : calcul au prorata des m<sup>2</sup> pondérés sur les centres de coûts 160 – 180 – 261
- Entretien : calcul au prorata des m<sup>2</sup> pondérés sur les centres de coûts 160 – 180 – 261
- Chauffage : calcul au prorata des m<sup>2</sup> pondérés sur les centres de coûts 160 – 180 – 261
- Administration : calcul au prorata des ETP pondérés sur les centres de coûts 160 – 180 – 261
- Buanderie et lingerie : aucun paramètre pour les centres de coûts 160 – 180 – 261 --> exclus
- Alimentation : aucun paramètre pour les centres de coûts 160 – 180 – 261 --> exclue
- Internat (frais des commodités prévues pour le personnel) : au prorata de B2 pour les centres de coûts 160 – 180 – 261 (voir plus loin) par rapport au financement total BI + B2.

Dans ce calcul, la part de la sous-partie BI qui finance les frais de pratique s'élève à 7,25 %.

#### 4.5.2 BI 950 Chauffage 2005

Même principe que pour le chauffage dans BI 200 : m<sup>2</sup> pondérés au prorata sur les centres de coûts 160 – 180 – 261 (14,99 %)

#### 4.5.3 BI 9000 (modification du budget) et BI 9010 (économie)

Étant donné qu'ils sont liés à BI 200, ici, on applique le même pourcentage que dans BI 200 : 7,25 %

### 4.6 Sous-partie B2 : services cliniques

La sous-partie B2 finance les frais de fonctionnement cliniques (notamment les frais liés au personnel infirmier et soignant, aux pansements, consommables médicaux...) des services du BMF (unités d'hospitalisation, unités de soins intensifs, bloc opératoire, quartier d'accouchement, urgences, salle de jour chirurgicale et stérilisation centrale). Pour trois de ces services, les frais de pratique (ou une partie des frais de pratique) des prestations médicales sont couverts par le BMF : le bloc opératoire, le quartier d'accouchement et la stérilisation centrale (SC). Pour les autres services BMF (unités d'hospitalisation, unités de soins intensifs, hôpital de jour chirurgical et urgences), le financement la sous-partie B2 du BMF ne couvre pas les frais de pratique des prestations médicales spécialisées.

#### 4.6.1 B2 200 Budget de base B2 Services cliniques

La sous-partie B2 des hôpitaux aigus est calculée selon un système de points dans lequel un certain nombre de points sont attribués aux hôpitaux, ce qui permet de répartir le budget B2 disponible entre eux. Dans ces points attribués, les points relatifs au personnel et aux produits médicaux de la stérilisation centrale et du bloc opératoire sont clairement identifiables. Ceux du quartier d'accouchement sont toutefois intégrés dans les points attribués à la maternité. Pour déterminer la part des points attribuée au quartier d'accouchement, les points de la maternité sont pondérés au prorata des frais directs de 2019 du centre de coûts 261 « quartier d'accouchement » par rapport au

total des centres de coûts 260 à 269 « maternité » (source : Finhosta 2019). Cette part s'élève à 21,79 %.

Pour l'ensemble de la sous-partie B2 200 (le budget de base B2), le tableau se présente comme suit :

<b>Nombre total de points</b>	<b>84.885,36</b>
Quartier d'accouchement	1.255,82
Personnel du quartier opératoire	7.460,71
Personnel du service de stérilisation	1.154,58
Produits médicaux du bloc opératoire	3.677,99
<b>Stérilisation des dispositifs médicaux</b>	0,00
<b>Sous-total</b>	<b>13.549,10</b>
<b>Pourcentage</b>	<b>15,96 %</b>

Points quartier d'accouchement	
Total des points pour la Maternité	5.764,33
Maternité ordinaire	2.844,08
n*	2.219,00
Soins Intensifs Maternels	701,25
Part du quartier d'accouchement	21,79 %
Points quartier d'accouchement	1.255,82

Il convient de noter que ce pourcentage de 15,96 % s'applique également au budget B2 des hôpitaux qui, en 2019, étaient « hors système » (c'est-à-dire certains hôpitaux généraux qui, en 2019, n'étaient pas soumis au système de points B2 mais recevaient un budget B2 fixe basé sur des paramètres historiques). Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'établissement concerné a supprimé ou ajouté plus de 25 % de ses lits agréés ; voir l'article 54, § 1<sup>er</sup>, de l'AR du 25 avril 2002), étant donné qu'il est impossible pour ces établissements de déterminer avec exactitude la part respective de la stérilisation centrale, du bloc opératoire et du quartier d'accouchement dans leur financement.

#### 4.6.2 B2 2310 Effort budgétaire et B2 9000 Modification du budget

Ce même pourcentage de 15,96 % s'applique également à ces financements puisqu'ils sont liés à B2 200.

Les autres lignes du B2 ne prévoient aucun financement pour les frais de pratique des prestations médicales.

### 4.7 Sous-partie B3 : frais de fonctionnement de l'appareillage médical lourd

La sous-partie B3 couvre une partie des frais de pratique des prestations médicales spécialisées liées à trois appareils médico-techniques lourds spécifiques (RMN, PET-scan et accélérateurs linéaires de radiothérapie). Le budget B3 est intégralement destiné à couvrir les frais de pratique des prestations médicales spécialisées qui recourent à la RMN, aux PET-scans et aux accélérateurs linéaires (radiothérapie) ; il est donc intégralement retenu dans le financement des frais de pratique.

Il convient de préciser que le volet B3 600 « Radiothérapie » est un élément susceptible d'être révisé. Les montants retenus ont été calculés respectivement comme suit :

- 1) B3 200 RMN : sur la base du nombre d'appareils agréés fin 2019 × forfait par appareil,
- 2) B3 600 radiothérapie : financement calculé sur la base des prestations de 2019 (utilisées dans le BMF 2021),
- 3) PET-scan : sur la base du nombre d'appareils agréés fin 2019 × forfait par appareil,

### 4.8 Sous-partie B4 : financements forfaitaires

La sous-partie B4 comprend plusieurs budgets qui peuvent également, en partie, servir à couvrir les frais de pratique des prestations médicales spécialisées. Certains budgets sont destinés à financer des mandats supplémentaires (CPE, FBI) ou des charges salariales supplémentaires (TPP-QPP) pour du personnel pouvant également être affecté à des services BMF avec frais de pratique, des services à la charge des honoraires et/ou des services auxiliaires. Certains budgets dans B4 sont destinés à couvrir

les frais liés aux activités médicales, mais ne sont pas strictement liés à des prestations médicales spécialisées spécifiques (SMUR, fonction de coordination en matière de don d'organes, équipe mobile, etc.). Les budgets partiels B4 destinés à couvrir les frais liés aux fonctions auxiliaires ne sont pas pris en compte, car ces budgets sont, en principe, uniquement destinés à couvrir les services auxiliaires fournis aux services BMF.

De nombreux financements qui se font via la sous-partie B4 sont versés sous forme de montants forfaitaires et correspondent à des montants historiques, dont certains sont gelés depuis des décennies. Une allocation aux frais de pratique sur la base des paramètres qui étaient utilisés à l'époque pour ce type de financements n'est pas possible. C'est pourquoi on utilise systématiquement une clé de répartition ad hoc pour déterminer la part des frais de pratique. Une même clé de répartition peut être utilisée plusieurs fois ; globalement, il s'agit des clés de répartition suivantes.

- 1) Le pourcentage commun des frais de pratique dans les catégories B1 200 et B2 200 : les pourcentages des deux sous-parties (7,25 % et 15,96 %) sont pondérés en fonction de leur part respective dans la masse budgétaire nationale. Ce pourcentage commun s'élève à 12,93 %.
- 2) ETP concernés : si la clé de répartition porte sur un nombre d'ETP, ceux-ci ont été attribués aux centres de coûts concernés par rapport au nombre total d'ETP. Ces données sont extraites de Finhosta 2019. Le détail des ETP utilisés figure à l'annexe 3.
- 3) Certains financements ont été accordés à titre provisoire en 2019, puis ont été révisés par la suite. Le cas échéant, les montants issus des révisions ont été utilisés, ceux-ci ayant été affectés aux centres de coûts concernés conformément au schéma figurant à la section I. Le détail des montants utilisés est donné à l'annexe 4.

#### **4.8.1 B4 100 Recyclage**

Il s'agit d'un financement historique lié au personnel rattaché à B1 et B2 affecté aux lits mis hors service.

Clé de répartition : pourcentage commun B1 + B2 : 12,93 %.

#### **4.8.2 B4 300 Accord social 1989**

Il s'agit d'un financement historique accordé par un seul organisme pour divers accords sociaux conclus par le passé.

Clé de répartition : pourcentage commun B1 + B2 : 12,93 %.

#### **4.8.3 B4 905 – 908 Dossier électronique du patient**

Étant donné que cela peut être rattaché à la sous-partie B1, on applique ici le pourcentage de la sous-partie B1 200 : 7,25 %.

#### **4.8.4 B4 1700 Premier emploi / stagiaires de l'ONEM (= conventions de premier emploi)**

Ce financement historique (2005) est réparti au prorata du nombre d'ETP « Première expérience professionnelle » de 2019. Étant donné que ce financement ne s'applique qu'aux services BMF, les centres de coûts concernés sont limités aux codes 000 à 499,

Clé de répartition : 11,78 % (voir annexe 3).

#### **4.8.5 B4 1800 Absences de longue durée et 1900 – 1906 Financement des retraites**

Cela concerne les financements forfaitaires et historiques liés à l'emploi de personnel statutaire dans les hôpitaux. La répartition s'effectue au prorata du nombre d'ETP statutaires en 2019 dans les centres de coûts concernés.

Clé de répartition : 29,60 % (voir le schéma à la section I et à l'annexe 3).

#### **4.8.6 B4 1910 compensation de 0,25 % relative à l'AIP**

Il s'agit d'un financement supplémentaire historique dans le cadre de l'accord interprofessionnel de 2007. La répartition s'effectue au prorata de l'ensemble des ETP statutaires en 2019, sans les statuts spéciaux, dans les centres de coûts concernés.

Clé de répartition : 27,33 % (voir schéma section I et annexe 3).

#### **4.8.7 B4 2500 Contractuels subventionnés / FBI**

Il s'agit d'un financement historique. La répartition s'effectue au prorata de l'ensemble des ETP FBI en 2019 dans les centres de coûts concernés.

Clé de répartition : 27,33 % (voir schéma section I et annexe 3).

#### **4.8.8 B4 4 000 Transplantations**

Cela concerne un financement historique qui peut être intégralement imputé aux frais de pratique des prestations médicales dispensées dans le bloc opératoire.

Clé de répartition : 100 %

#### **4.8.9 B4 4210 Fécondation in vitro**

Il s'agit d'une intervention e.a. dans les frais de laboratoire (directs et indirects), ainsi que dans les frais liés au prélèvement de gamètes, à la cryoconservation des embryons, etc., dans le cadre d'une FIV. Étant donné qu'il est difficile de déterminer une clé unique, on utilise la clé commune B1 + B2, qui s'élève à 12,93 %.

#### **4.8.10 B4 5000 Valorisation des titres et des qualifications**

Ce financement repose sur la base des frais réels et est alloué aux centres de coûts concernés (voir schéma, section I). Étant donné qu'il s'agit d'un élément susceptible d'être révisé, les montants retenus sont ceux de la révision de 2019 (voir annexe 4).

### **4.9 Sous-partie B5 : frais de fonctionnement de la pharmacie**

La sous-partie B5 couvre les frais de fonctionnement de la pharmacie et ne couvre donc pas les frais de pratique des prestations médicales spécialisées.

### **4.10 Sous-partie B6 : accords sociaux relatifs au personnel non BMF**

La sous-partie B6 couvre les frais découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux spécifiques de 1990 à 1994, pour le personnel hospitalier travaillant dans des services BMF

(salles de jour médicales, services à la charge des honoraires, banques de tissus, etc.). Pour les services BMF, ces budgets sont intégrés dans les budgets de base B2. La sous-partie B6 est donc principalement destinée à couvrir les frais de pratique des prestations médicales spécialisées dispensées dans le cadre des services à la charge des honoraires.

Étant donné qu'il s'agit d'un financement historique, celui-ci est réparti au prorata des ETP au niveau du personnel ordinaire et statutaire sur les centres de coûts concernés en 2019, mais uniquement ceux relatifs aux services non BMF.

Clé de répartition : 83,26 % (voir annexe 3).

## 4.11 Sous-partie B7 : fonction universitaire

La sous-partie B7 couvre les frais liés à la fonction universitaire de certains hôpitaux et, par conséquent, ne couvre pas les frais de pratique des prestations médicales spécialisées.

## 4.12 Sous-partie B8 : fonction sociale

La sous-partie B8 couvre les frais liés à la fonction sociale (par exemple, les factures impayées, le fonctionnement du service social, l'allongement de la durée d'hospitalisation liée à une population de patients socialement défavorisés, etc.) des hôpitaux et ne couvre donc pas les frais de pratique des prestations médicales spécialisées.

## 4.13 Sous-partie B9 : accords sociaux

La sous-partie B9 finance les frais liés aux accords sociaux, à compter de 2001, qui ont (ou peuvent avoir) un impact sur l'ensemble du personnel hospitalier, et donc, le cas échéant, également sur les frais de personnel pris en compte dans les frais de pratique. La sous-partie B9 comprend divers postes budgétaires qui peuvent également, en partie, servir à couvrir les frais de pratique liés aux prestations médicales spécialisées.

- Certains budgets financent des charges salariales supplémentaires qui s'appliquent (ou peuvent s'appliquer) à tous les salariés de l'hôpital (fin de carrière, prime d'attractivité, IF-IC, etc.). Dans ce cadre, le budget des « services BMF avec frais de pratique », la part correspondante des services auxiliaires et des services à charge des honoraires doivent être inclus dans le groupe des autres sources de financement qui couvrent les frais de pratique des prestations médicales spécialisées.
- Les autres budgets ne s'appliquent qu'au personnel soignant au niveau de l'hôpital (complément de fonction, harmonisation des barèmes des aides-soignants). À cet égard, le budget des « services BMF avec frais de pratique » et des services à charge des honoraires doivent être inclus dans le groupe des autres sources de financement qui couvrent les frais de pratique des prestations médicales spécialisées.
- Certains budgets sont exclusivement alloués aux services BMF et de ce fait, une partie de ce budget concerne donc des services BMF avec frais de pratique.

En ce qui concerne les principes qui régissent les clés de répartition, veuillez vous reporter à la sous-partie B4.

#### **4.13.1 B9 100 Fin de carrière**

Ce financement est calculé sur la base de l'utilisation réelle (prestations versus prime) et est alloué aux centres de coûts concernés (voir schéma, section I). Étant donné qu'il s'agit d'un élément susceptible d'être révisé, les montants retenus sont ceux de la révision de 2019 (voir annexe 4).

#### **4.13.2 B9 200 Prime d'attractivité**

Ce financement repose sur la base des frais réels et est alloué aux centres de coûts concernés (voir schéma, section I). Étant donné qu'il s'agit d'un élément susceptible d'être révisé, les montants retenus sont ceux de la révision de 2019 (voir annexe 4).

#### **4.13.3 B9 300 – 305 – 310 Financement du pécule de vacances du personnel statutaire**

Il s'agit d'un financement historique destiné aux hôpitaux qui occupent du personnel statutaire, destiné à couvrir une partie des charges patronales liées au pécule de vacances. La répartition s'effectue au prorata du nombre d'ETP statutaires en 2019 dans les centres de coûts concernés.

Clé de répartition : 29,60 % (voir schéma, section I et annexe 3).

#### **4.13.4 B9 700 Quartier opératoire**

Cela concerne un financement historique (2005) qui peut être intégralement imputé aux frais de pratique.

Clé de répartition : 100 %

#### **4.13.5 B9 1000 Complément de fonction**

Ce financement se fait sur la base des frais réels et est affecté aux centres de coûts concernés (voir schéma, section I). Étant donné qu'il s'agit d'un élément susceptible d'être révisé, les montants retenus sont ceux de la révision de 2019 (voir annexe 4).

#### **4.13.6 B9 1110 Équipe mobile – fonctions supplémentaires**

Ce financement historique est lié au personnel soignant et a été principalement (mais pas exclusivement) alloué à l'hôpital de jour. Il faut donc le rattacher à la sous-partie B2 200 et utiliser la même clé de répartition : 15,96 %.

#### **4.13.7 B9 1150 Accord social : harmonisation du barème 1.35**

Ce financement historique est lié au personnel soignant et a été alloué à l'hôpital de jour. Il faut donc le rattacher à la sous-partie B2 200 et utiliser la même clé de répartition : 15,96 %.

#### **4.13.8 B9 1310 – 1311 IF-IC**

Ce financement se fait sur la base des forfaits prévus par fonction IF-IC et est alloué aux centres de coûts concernés (voir schéma, section I). Étant donné qu'il s'agit d'un élément susceptible d'être révisé, les montants retenus sont ceux de la révision de 2019 (voir annexe 4). Il convient toutefois de souligner que ce financement a été fortement élargi après 2019. En 2019, ce taux était en effet encore limité à 18,25 %, et ce, uniquement pour les hôpitaux privés.

#### 4.13.9 B9 915-916 Fonds blouses blanches

Un financement substantiel n'a été mis en place qu'en 2020 et n'était donc pas encore accordé en 2019 ; mais il convient de d'ores et déjà préciser que ce financement est entièrement lié au personnel infirmier et soignant des services B2 et qu'il faut donc également appliquer la répartition de B2 200.

### 4.14 Sous-partie C2 : montants de rattrapage

Cette sous-partie concerne les différents montants de rattrapage relatifs au passé. Ces éléments n'ont, en tant que tels, aucun lien avec les frais de pratique.

### 4.15 Sous-partie C3 : suppléments de chambre

Cette sous-partie concerne le recouvrement des suppléments de chambre (et non des suppléments d'honoraires) et correspond donc à un montant négatif. Cela n'a aucun rapport avec les frais de pratique.

### 4.16 Patients AMI et patients non-AMI

Les budgets BMF sont fixés tant pour les patients et les activités relevant de l'AMI que pour ceux qui n'en relèvent pas. Étant donné que, dans cet exercice, les frais de pratique sont liés aux nombres de patients et d'activités AMI, le montant total des flux de financement du BMF doit être minoré de la part qui n'est pas liée à l'AMI. Pour ce faire, on se base sur les jours d'hospitalisation 2019 relevant de l'AMI et ne relevant pas de l'AMI dans les hôpitaux généraux, soit 97,62 % de journées AMI contre 2,38 % de journées non AMI.

### 4.17 Sp, PAL et CTB

L'analyse du BMF porte sur les hôpitaux généraux et se concentre en premier lieu sur le financement de la partie des soins aigus. Toutefois, les hôpitaux généraux peuvent également bénéficier de budgets, notamment pour les lits Sp, les lits PAL et les lits dans les centres de traitement des brûlés (s'ils exploitent ce type de lits). Bien qu'ils n'aient aucun lien avec les frais de pratique, ils jouent néanmoins un rôle dans certains financements, car les clés de répartition s'appliquent à l'ensemble des ETP et des données de révision, y compris Sp, PAL et CTB. Par conséquent, son financement doit être ajouté le cas échéant. Cela concerne les financements suivants :

- B4 1700
- B4 1800
- B4 1900 – 1906
- B4 1910
- B4 2500
- B6
- B9 300 – 310

Il convient, par ailleurs, d'ajouter qu'il ne faut pas tenir compte du BMF pour les hôpitaux psychiatriques. En effet, les prestations médicales dispensées dans les hôpitaux psychiatriques concernent principalement des prestations « intellectuelles », relevant du groupe ACA, qui n'entraînent pas de frais de pratique directs.

## 4.18 Résumé

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des sous-parties du BMF qui, sur la base de cette analyse, peuvent être considérées, en tout ou en partie, comme un financement des frais de pratique des prestations médicales.

Tableau 4.1 – Aperçu des sous-parties du BMF qui contribuent au financement des frais de pratique (2019)

Sous-partie du BMF	En mio EUR (2019)
<b>A3</b>	28,18
<b>B1</b>	96,16
<b>B2</b>	392,04
<b>B3</b>	87,42
<b>B4</b>	95,83
<b>B6</b>	76,75
<b>B9</b>	212,00
<b>TOTAL</b>	988,38
<b>Correction non-AMI*</b>	<b>964,88</b>

\*patients non-AMI : 2,38 % des journées d'hospitalisation

## 5 Forfaits journaliers

### En bref ...

Outre les honoraires par prestation médicale, le financement des hôpitaux prévoit également des forfaits journaliers. Ces forfaits sont accordés par journée de soins ou par traitement et servent à couvrir une partie des frais liés à la réalisation des prestations médicales spécialisées. Un des principes fondamentaux de la présente note est qu'une partie de ces forfaits journaliers peut être considérée comme un financement des frais de pratique des prestations médicales.

L'analyse présentée dans ce chapitre part du principe que les forfaits journaliers couvrent différentes composantes des frais, qui ne sont pas toutes directement liées à la réalisation de prestations médicales. Sur la base des études existantes et de certaines hypothèses, une clé de répartition est définie pour chaque type de forfait afin d'isoler la part pouvant effectivement être attribuée aux frais de pratique.

Cette approche permet de se forger une idée nuancée de la situation. Pour certains forfaits journaliers (notamment les forfaits journaliers 1 à 7), on part du principe qu'ils sont principalement destinés à couvrir les frais directement liés à la réalisation d'actes médicaux et de traitements, tels que le matériel médical et les soins infirmiers, ainsi que les frais liés à la préparation du patient et aux soins de suivi. Une étude de l'INAMI a estimé la part de ces forfaits journaliers qui couvre effectivement les frais de pratique. Cette approche aboutit à une clé de répartition moyenne qui indique qu'une part importante de ces forfaits doit être considérée comme un financement des frais de pratique.

Le même raisonnement s'applique également à d'autres types de forfaits. Ainsi, les forfaits relatifs au traitement de la douleur chronique et à la manipulation d'un cathéter à chambre sont traités de la même manière que les forfaits journaliers 1-7, car eux aussi sont étroitement liés à des actes médicaux concrets et aux frais qui y sont associés.

En ce qui concerne les forfaits de dialyse, on part du principe que compte tenu des ressources importantes en matériel et en personnel que nécessite ce type de soins, ils sont intégralement destinés à couvrir les frais de pratique de la dialyse.

Les maxiforfaits constituent une catégorie à part. Étant donné que celles-ci concernent principalement les prestations chirurgicales sous anesthésie générale, la part des frais de pratique est calculée sur la base du rapport (part des frais de pratique = points B2 hôpital de jour chirurgical bloc opératoire / total des points B2 hôpital de jour chirurgical bloc opératoire (bloc opératoire + salle de jour)). Cela se traduit par une part plus faible des frais de pratique dans ces forfaits.

Enfin, il existe également quelques autres forfaits journaliers, par exemple, les forfaits oncologiques et les forfaits pour la salle de plâtre, qui ne semblent pas être directement liés à des prestations médicales spécifiques. Ces forfaits ne sont donc pas considérés comme un financement des frais de pratique.

Au total, en 2019, le montant des forfaits journaliers s'est élevé à 534 millions d'euros, dont 408,75 millions d'euros (environ 76 %) peuvent être considérés comme un financement des frais de pratique des prestations médicales. Cela confirme qu'une part importante du financement des hôpitaux, hors honoraires médicaux, contribue déjà à la couverture de ces frais.

### 5.1 Forfaits d'hospitalisation de jour (groupes 1 à 7)

L'étude « Rééquilibrage » (2006) de l'INAMI permet de définir une clé de répartition visant à déterminer la part des forfaits destinée à couvrir les frais de pratique liés à la réalisation des prestations. Dans cette étude,

- le coût des matériels médicaux (bloc opératoire, salle de traitement, etc.) et une partie des frais de soins représentent en moyenne 63,6 % des forfaits. Ces montants sont destinés à couvrir les frais de pratique ;
- le coût du travail infirmier peut être réparti à hauteur de 33 % pour la préparation et le suivi, et de 67 % pour l'intervention/le traitement (et ce, sur la base des 33 % de temps de préparation et de rangement prévus dans le financement des blocs opératoires de type B2 pour les interventions chirurgicales « mineures » (= de courte durée) ; cette dernière partie peut donc être considérée comme couvrant les frais de pratique ;
- La part des frais indirects (frais couverts par B1) a été fixée en moyenne à 18,2 % (tant pour la préparation et la réalisation de prestations que pour les soins de suivi). Si l'on ne tient compte que de la partie destinée à la réalisation de l'intervention, il faut compter un taux de 14,15 %.

Les pourcentages ci-dessus correspondent à des moyennes, calculées sur la base de la répartition – variable – entre les différentes activités pour chacun des 7 groupes de prestations (ce qui a finalement donné lieu à 7 niveaux de forfait journalier).

Cela porte le total de la clé de répartition à 77,75 % des forfaits journaliers destinés à couvrir les frais de pratique des prestations médicales.

## 5.2 Forfait douleur chronique

Pour les forfaits douleur chronique, on applique le même raisonnement que pour les forfaits journaliers 1 à 7.

Clé de répartition : 77,75 %

## 5.3 Forfait manipulation d'un cathéter à chambre

Pour les forfaits manipulation d'un cathéter à chambre, on applique le même raisonnement que pour les forfaits journaliers 1 à 7.

Clé de répartition : 77,75 %

## 5.4 Forfaits dialyse

En ce qui concerne les forfaits de dialyse, on part du principe qu'ils sont entièrement destinés à couvrir les frais de pratique des prestations de dialyse.

Clé de répartition : 100 %

## 5.5 Maxiforfait

Étant donné que la majorité des prestations pour lesquelles un maxiforfait est facturé concernent la chirurgie et que chaque séjour sous anesthésie générale est pris en compte, la part des frais de pratique pour les prestations concernées peut être déterminée sur la base de la clé de répartition (part des frais de pratique = total des points B2 de l'hospitalisation de jour chirurgicale en bloc opératoire / points B2 de l'hospitalisation de jour chirurgicale (bloc opératoire + salle de jour)).

Clé de répartition : 23,97 %

## 5.6 Autres forfaits journaliers

À cela s'ajoutent encore les forfaits pour l'hôpital de jour oncologique (pour les soins dispensés à l'hôpital de jour oncologique) et les forfaits pour la salle de plâtre. On part du principe que ces forfaits journaliers ne sont pas liés à des prestations médicales spécifiques et ne financent donc pas non plus les frais de pratique.

Clé de répartition : 0 %

## 5.7 Résumé

Le tableau ci-dessous présente un résumé des dépenses de l'INAMI au titre des forfaits journaliers en 2019, ainsi que la part de celles-ci pouvant être considérée comme une source de financement des frais de pratique des prestations médicales.

Tableau 5.1 – Dépenses de l'INAMI pour les forfaits journaliers et part des frais de pratique (2019)

En mio EUR (2019)	AMI	Part pour les frais de pratique
<b>Forfaits journaliers 1 à 7</b>	119	92,52
<b>Forfaits douleur chronique</b>	35	27,21
<b>Forfaits oncologiques</b>	67	0,00
<b>Dialyse</b>	282	282,00
<b>Maxiforfaits</b>	26	6,23
<b>Forfait manipulation d'un cathéter à chambre</b>	1	0,78
<b>Autre</b>	12	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>543</b>	<b>408,75</b>

Source : SHA-ADH 2019

## 6 Maribel social

### En bref ...

Outre le financement des prestations médicales, les hôpitaux reçoivent également des moyens supplémentaires pour le déploiement de personnel. Le système Maribel social constitue une source importante clairement identifiable dans la comptabilité hospitalière sur la base du type de frais (et peut donc être considéré séparément). Il s'agit d'un mécanisme de financement destiné à permettre le déploiement de personnel supplémentaire dans le secteur non marchand, notamment dans les hôpitaux.

Le Maribel social fonctionne grâce à une redistribution des cotisations sociales. Les hôpitaux versant des cotisations patronales plus élevées que les entreprises du secteur privé, une partie de ces cotisations est versée dans ce qu'on appelle les fonds Maribel. Grâce à ces fonds, les hôpitaux peuvent solliciter des ressources financières pour déployer du personnel supplémentaire, notamment à des postes qui contribuent à alléger la charge de travail. L'intervention par collaborateur est inférieure au coût salarial total mais constitue néanmoins un soutien structurel dans le cadre du déploiement de personnel.

Le personnel financé via le Maribel social est souvent affecté à des services où le soutien opérationnel et logistique est essentiel au bon fonctionnement des soins. Bien que ce financement ne soit pas directement lié à des prestations médicales individuelles, il contribue indirectement à permettre les soins médicaux, et donc également à la couverture des frais de pratique

Aux fins de l'analyse présentée dans la présente note, le budget Maribel total disponible pour l'année de référence 2019 est réparti entre les différents services hospitaliers en fonction du nombre de collaborateurs concernés qui ont le statut Maribel. C'est en fonction du nombre de collaborateurs Maribel affectés aux services (centres de coûts) où sont dispensées les prestations médicales qu'on détermine la part des moyens du Maribel social qui peut être considérée comme une source de financement des frais de pratique des prestations médicales.

Au total, pour l'année de référence 2019, le budget Maribel s'élève à environ 299 millions d'euros, dont 16,97 %, soit environ 51 millions d'euros, peuvent être imputés aux frais de pratique liés aux prestations médicales. Cette part reflète le caractère indirect de ce flux de financement, qui est essentiellement de nature complémentaire, mais qui apporte néanmoins une contribution réelle au fonctionnement des services médicaux.

Outre les produits liés aux soins dispensés aux patients, les hôpitaux perçoivent des produits supplémentaires provenant notamment de subventions et d'aides financières destinées à certaines catégories de personnel. Le système Maribel social constitue une source importante clairement identifiable dans la comptabilité hospitalière sur la base du type de frais (et peut donc être considéré isolément). Le Maribel social est un mécanisme de financement destiné à favoriser la création d'emplois supplémentaires. Les cotisations patronales ONSS plus élevées dans le secteur des soins de santé (à savoir environ 35 %, contre environ 25 % dans le secteur privé) sont (en partie) transférées aux fonds Maribel. Les hôpitaux peuvent ensuite introduire des demandes de financement pour du personnel supplémentaire à la charge de ces fonds. Toutefois, dès que le collaborateur a accumulé un certain nombre d'années d'ancienneté, le montant accordé est nettement inférieur au coût salarial brut réel. Ce personnel peut être affecté aux services où la charge de travail est la plus élevée.

La base juridique applicable à ce flux de financement est la suivante :

- Arrêté royal du 18 juillet 2002. Cet AR « portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand » constitue la base juridique officielle du Maribel social.
- La Commission paritaire 330 est régie par la convention collective de travail du 8 octobre 2007 « portant création d'un fonds de sécurité d'existence « Maribel Social » et fixation de ses statuts.

Les données de 2019 relatives aux hôpitaux généraux ont été recueillies tant pour le secteur public que pour le secteur privé.

En ce qui concerne les hôpitaux privés, le Fonds de sécurité d'existence des secteurs fédéral et bicommunautaire des soins de santé (FeBi) a indiqué que contrairement aux données de 2020, les données budgétaires de 2019 n'étaient pas encore fiables (2019 étant en effet la première année de déclaration via la DmfA). Les données de 2020 ont été converties en valeurs de 2019. Par contre, les données de 2019 relatives au secteur public sont fiables.

Le montant total (299 111 479 euros) est réparti au prorata du nombre d'ETP d'assistants logistiques et Maribel social (source : Finhosta 2019) entre les centres de coûts concernés afin d'obtenir le financement nécessaire aux frais de pratique.

Clé de répartition : 16,97 % (voir annexe 5).

Les autres sources de financement possibles, en dehors du chiffre d'affaires (= produits des soins dispensés aux patients), qui peuvent également contribuer en partie au financement des frais de pratique des prestations médicales, sont abordées dans le volet sur les frais indirects, où elles sont déduites des frais indirects (cf. ci-dessous), car elles ne sont pas clairement identifiables par type de coût dans les données nationales Finhosta.

## 7 Frais de pratique directs

### *En bref ...*

Afin de recenser les frais de pratique des prestations médicales, une distinction a été établie entre les frais de pratique directs et indirects. Ces derniers seront abordés dans le chapitre suivant. Les frais de pratique directs sont les frais directement nécessaires à la réalisation des prestations médicales. Il s'agit à la fois de moyens utilisés spécifiquement pour un acte donné et de moyens répartis entre plusieurs activités, mais qui contribuent directement aux soins.

Concrètement, ces coûts comprennent entre autres :

- le déploiement de personnel infirmier, soignant et d'appui,
- l'utilisation de matériel médical,
- et le déploiement de l'appareillage médical.

Ce sont là autant de moyens indispensables à la bonne conduite de l'activité médicale.

Les autres frais ne sont pas pris en compte dans ce chapitre, car ils ne sont pas considérés comme des « frais de pratique directs ». Ainsi, par exemple, les honoraires des médecins eux-mêmes, ainsi que les médicaments, les implants et certains frais exceptionnels, ne sont pas pris en compte. Cela s'explique par le fait que ces moyens bénéficient d'un financement propre, qui ne relève pas du champ d'application de la réforme de la nomenclature (par exemple, les médicaments et les implants) ou qui n'est pas représentatif du fonctionnement quotidien (par exemple, les frais exceptionnels).

Le calcul des frais de pratique directs des prestations TMC repose sur une étude détaillée menée par l'ULB et la KU Leuven, en collaboration avec un échantillon représentatif d'hôpitaux. L'équipe de la KU Leuven a calculé les frais de pratique directs des prestations médicales à partir des données issues de onze hôpitaux néerlandophones. L'équipe de l'ULB a collaboré avec un groupe de 15 hôpitaux francophones. Dans ce cadre, les frais de personnel, au matériel et à l'appareillage médicaux ont d'abord été harmonisés, et ensuite imputés à des groupes d'activités de soins similaires. Les frais ont ensuite été imputés à chaque prestation individuelle sur la base de principes de répartition simples, tels que le temps de travail du personnel, l'utilisation d'appareillage et le nombre d'actes effectués. Cela a permis d'obtenir un coût unitaire par prestation.

En combinant ces résultats pour l'ensemble des hôpitaux participants, une valeur de référence fiable a été établie, qui est exprimée sur une échelle de valeur relative (EVR). Cette échelle indique le rapport entre les frais liés aux différentes prestations. Ces EVR ont ensuite fait l'objet d'une validation par des experts et ont été corrigées le cas échéant. Enfin, les EVR mises au point par l'équipe de Louvain et celle de l'ULB ont été comparées afin de parvenir, au final, à une EVR unique. Cette méthodologie a permis d'obtenir des résultats pour la majeure partie des ATMC et couvre la quasi-totalité des activités et des dépenses de santé en 2019, ce qui rend ces résultats adaptés à une analyse politique plus approfondie et à une mise en œuvre. Les frais de pratique directs des AMTAA ont été calculés par Möbius, puis harmonisés par rapport à l'année de référence 2019.

Sur cette base, les frais de pratique directs sont estimés à 3.057,41 millions d'euros en 2019.

Pour une série de prestations, il n'a pas été possible de calculer les frais de pratique directs sur la base des études disponibles. Afin de néanmoins obtenir une vue d'ensemble, une estimation approximative a été réalisée pour ces éléments manquants. Ces estimations représentent un montant supplémentaire de 333,59 millions d'euros de frais de pratique.

## 7.1 Introduction

Afin de recenser les frais de pratique des prestations médicales, une distinction a été établie entre les frais de pratique directs et indirects. Ce chapitre traite des frais de pratique directs. Les frais de pratique indirects sont traités dans le chapitre suivant.

Les **frais de pratique directs** sont les moyens directement nécessaires à la réalisation des prestations médicales et sont scindés en :

- *Frais directs des soins* : il s'agit des moyens nécessaires pour pouvoir réaliser les prestations médicales et qui sont directement affectés à une activité ou à un groupe d'activités spécifiques. Ces moyens sont exclusivement utilisés pour cette seule activité.
- *Soutien direct aux frais de soins* : elle couvre les frais directs des moyens « indirectement » nécessaires aux prestations médicales. Ils sont affectés directement à plusieurs activités ou groupes d'activités. Dans ce cas, ils sont répartis entre les différentes activités ou groupes d'activités concernés, mais ils font aussi partie des frais de pratique directs.

Ces deux groupes constituent ensemble les frais de pratique directs. Ils sont ensuite répartis en trois catégories de frais :

- 1) **Personnel soignant (P)** : frais de personnel liés au personnel infirmier et aux aides-soignants, au personnel paramédical et aux autres membres du personnel, s'ils sont imputés aux centres de coûts correspondant aux activités hospitalières définitives ;
- 2) **Matériel (M)** : produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux et consommables, à l'exception des spécialités pharmaceutiques, des implants et des matériaux de synthèse, imputés aux centres de coûts des activités hospitalières définitives ;
- 3) **Appareillage médical (A)** : amortissements, frais de location et frais d'entretien de l'appareillage médical, imputés aux centres de coûts définitifs liés aux activités hospitalières.

Les **frais indirects** comprennent tous les autres moyens qui, même indirectement, sont nécessaires à la réalisation de l'activité concernée. Ces frais sont détaillés au chapitre 8 – frais indirects de la pratique.

Les types de frais et les centres de coûts suivants ont été exclus de la détermination des frais directs et des produits. Il s'agit :

- Les frais de personnel du personnel médical (catégorie de personnel 0), car le déploiement de ces moyens est en principe rémunéré par le biais de la partie professionnelle des honoraires ;
- Médicaments, implants et matériel de synthèse : spécialités pharmaceutiques courantes (comptes 60000), spécialités pharmaceutiques radio-isotopiques (comptes 60001), matériel de synthèse et implants (comptes 6007), matières radioactives et isotopes (comptes 6016) et les comptes 609 correspondants, car un financement distinct est prévu pour ces frais ;
- Remises et ristournes obtenues (comptes 608) ;
- Les frais exceptionnels (comptes 66), car ces frais ne reflètent pas fidèlement les frais d'exploitation récurrents nécessaires à l'exercice des activités médicales ;
- Centres de coûts liés aux activités non hospitalières (900-999) ;
- Produits (comptes 70 et compte 7432 (Maribel)) : les éléments pertinents du chiffre d'affaires (tirés des soins aux patients) sont en effet abordés dans d'autres parties de l'étude.

## 7.2 ATMC

### 7.2.1 Description de l'étude de coût ATMC

L'étude de l'équipe ULB-KUL a permis de recenser les frais de pratique directs des ATMC, indépendamment de la source de financement actuelle. Les résultats de l'équipe ULB-KUL reposent sur une analyse détaillée des coûts, menée selon une approche ascendante, portant sur les frais de pratique directs, réalisée à partir des données fournies par les hôpitaux participants. Le groupe de recherche de Louvain a dirigé l'étude visant à recenser les frais de pratique directs des prestations médicales, en collaboration avec 11 hôpitaux néerlandophones. Ceci a été réalisé en collaboration et en étroite concertation avec l'équipe de l'ULB, qui a travaillé avec 15 hôpitaux francophones. Les hôpitaux ont été sélectionnés en fonction de la précision des données qu'ils pouvaient fournir. Les hôpitaux ont ensuite été sélectionnés pour participer au projet afin d'assurer la plus grande diversité possible de caractéristiques (taille, hôpitaux universitaires/non universitaires, etc.) dans le cadre de l'étude.

Chaque hôpital a ainsi participé à un exercice ayant la même finalité. Dans cette analyse, les éléments de frais pertinents – notamment les frais de personnel, de matériel et d'appareillage médicaux – ont d'abord été définis et harmonisés d'un hôpital à l'autre grâce à une validation approfondie des données et à des corrections apportées aux données comptables et de facturation fournies. Ces frais directs ont ensuite été imputés à des unités fonctionnelles opérationnelles et regroupés en groupes d'activités cliniques (c'est-à-dire des groupes de prestations, par exemple IRM, scanner, échographie, radiographie), qui reposent sur un processus de soins homogène et une utilisation comparable des ressources. Pour chaque hôpital participant, le calcul des frais de pratique s'est concentré sur les services dans lesquels la grande majorité des prestations concernées ont été effectuées.

À partir de ces groupes d'activités, les frais ont été répercutés sur les prestations individuelles à l'aide d'un ensemble de clés de répartition, à savoir le temps de travail du personnel (pour les frais de personnel), la durée d'utilisation des équipements (pour les frais d'appareillage) et le nombre de prestations effectuées (pour les frais de matériel). Cela a permis de déterminer un coût unitaire pour chaque hôpital et pour chaque prestation, qui a ensuite été agrégé pour obtenir une valeur de référence fiable au niveau du pool, calculée à partir de la médiane pondérée des hôpitaux participants. Sur la base de ces évaluations des frais, une échelle de valeur relative (EVR) a été établie, qui permet de déterminer le rapport entre les prestations par rapport à une prestation de référence au sein d'un même groupe d'activités cliniques. Les résultats obtenus ont ensuite été validés dans le cadre d'un processus structuré impliquant des experts, au cours duquel des spécialistes cliniques ont comparé les valeurs calculées à leur expérience pratique et, le cas échéant, les ont ajustées. Enfin, les EVR calculées par la KU Leuven et l'ULB ont été regroupées afin de fusionner les deux EVR calculées en une seule EVR pour les prestations TMC.

Cette combinaison de données empiriques et d'avis d'experts contribue à la robustesse et à la pertinence politique de l'échelle de valeur finale. Pour plus de détails sur la méthodologie suivie, y compris les clés de répartition utilisées et les résultats obtenus, nous renvoyons aux rapports de l'équipe ULB-KUL.

### 7.2.2 Coûts directs de pratique ATMC

Pour calculer le montant total des frais de pratique directs dans le cadre de la présente note, les résultats de l'étude menée par l'équipe ULB-KUL ont été multipliés par le nombre de prestations facturées selon la nomenclature actuelle pour l'année de référence 2019. L'application de la

méthodologie ci-dessus a permis d'obtenir une couverture étendue et représentative de la nomenclature : des résultats ont pu être obtenus pour environ 92 % des prestations TMC dont les frais de pratique devaient être déterminés, ce qui correspond à environ 99 % tant des volumes nationaux que des dépenses en 2019 (voir tableau 7.1). Ce taux de couverture élevé souligne la solidité et la pertinence des résultats obtenus pour la poursuite de l'analyse politique.

Tableau 7.1 – Dépenses nationales et couverture des prestations TMC (2019)

	Nombre de codes	Nombre nat. 2019	Dépenses AMI 2019 (en mio EUR)	Ticket modérateur 2019 (en mio EUR)
<b>ATMC</b> (hors 24 prestations d'anesthésie)*	5.975	52.326.969	2.853,05	74,29
<b>Résultat ATMC</b>	5.706	51.993.439	2.836,87	74,17
	<b>95,50 %</b>	<b>99,36 %</b>	<b>99,43 %</b>	<b>99,84 %</b>

\*frais de pratique inclus dans les prestations chirurgicales

Tableau 7.2 – Fiabilité des frais de pratique directs des ATMC calculés

Fiabilité	Nombre de codes		Nombre nat. 2019		Dépenses AMI 2019 (en mio EUR)		Ticket modérateur 2019 (en mio EUR)	
Elevé	3.684	65 %	31.112.598	60 %	2.167,47	76 %	53,20	72 %
Modéré	1.001	18 %	18.267.552	35 %	567,35	20 %	18,18	25 %
Faible	1.021	18 %	2.613.289	5 %	102,05	4 %	2,79	4 %
<b>Total final</b>	<b>5.706</b>	<b>100 %</b>	<b>51.993.439</b>	<b>100 %</b>	<b>2.836,87</b>	<b>100 %</b>	<b>74,17</b>	<b>100 %</b>

Le Tableau 7.2 montre que, pour la majorité des prestations, il a été possible de calculer des frais de pratique directs avec un niveau de fiabilité moyen à élevé. Seulement 4 % des dépenses AMI concernées ont obtenu une note de fiabilité faible pour les frais de pratique calculés.

## 7.3 AMTAA

### 7.3.1 Description des études sur les frais des AMTAA

L'analyse des frais de pratique directs dans les domaines AMTAA s'appuie sur les études sur les frais menées par l'équipe Möbius, qui portent sur plusieurs disciplines au sein de ce domaine, notamment la biologie clinique, l'anatomopathologie, la radiothérapie et la génétique. Cette étude a été réalisée à partir de données issues de centres pilotes et d'hôpitaux de référence, les années de référence et les critères de référence variant selon les disciplines.

La méthodologie utilisée repose sur une approche comptable, complétée par des corrections visant à garantir la comparabilité entre les établissements. Concrètement, cela implique notamment l'utilisation d'hypothèses normalisées pour les frais de personnel et la réévaluation des machines sur la base de leur valeur de remplacement et de leur durée de vie théorique, plutôt que sur base des amortissements purement fiscaux.

Le coût est calculé en fonction de la discipline :

- soit au niveau des tests individuels, qui sont ensuite agrégés par code de nomenclature à l'aide de moyennes pondérées (par exemple, génétique, biologie clinique),
- soit directement au niveau de la prestation, avec une allocation explicite des coûts à partir des données comptables (par exemple, l'anatomopathologie).

Les coûts se composent des éléments classiques : personnel, matériel et réactifs, appareillage médical, pour lesquels différentes méthodes d'imputation sont utilisées, allant des approches bottom-up (basées sur l'enregistrement du temps ou la consommation par test) aux répartitions top-down (basées sur les volumes, les postes de travail ou l'activité).

Pour les disciplines dont les processus de soins sont plus complexes (notamment la radiothérapie), la répartition des frais est affinée en tenant compte de paramètres tels que la durée du traitement, le nombre de séances et les caractéristiques techniques du traitement.

Enfin, l'étude a mis explicitement l'accent sur la validation et l'analyse comparative, notamment par le biais d'un contrôle de l'imputation complète des frais, d'une comparaison entre les centres participants et d'une évaluation du contenu par des experts, afin de garantir la fiabilité et la plausibilité des résultats.

### **7.3.2 Méthodologie de « conversion » des frais de pratique des AMTAA en données de 2019**

Les calculs effectués dans le cadre de la présente note ont permis de constater que les frais unitaires tels qu'ils figuraient dans les rapports finaux de Möbius ne pouvaient pas être directement transposés en frais de pratique nationaux pour 2019. Cela s'explique notamment par des différences au niveau de l'année de référence (2019, 2021 ou 2023), par l'existence de plusieurs frais unitaires par prestation, par des conditions spécifiques en matière d'imputabilité et par l'absence de données relatives aux frais ou aux volumes pour certaines prestations. Par ailleurs, la distinction entre frais directs et indirects dans les études Möbius n'est pas tout à fait cohérente avec l'approche adoptée dans l'analyse du KCE et les études sur les frais liés aux ATMC.

Les frais de pratique directs à l'échelle nationale pour 2019 sont estimés en combinant les coûts unitaires par code de prestation et le volume national des prestations facturées en 2019. En principe, on utilise pour cela les frais unitaires médians (ou les moyennes si nécessaire). Pour les prestations qui peuvent être dispensées selon plusieurs modalités, on part du principe que la variante la plus coûteuse représente 20 % des prestations réalisées.

Lorsque la facturation d'une prestation dépend de plusieurs actes (par exemple, un nombre minimum de mesures), pour déterminer le coût de la prestation facturée, le coût unitaire est multiplié par le nombre minimum requis. Pour les prestations sans volume en 2019, qui ont été pris en compte dans les rapports de la phase 2.2 portant sur les années de référence 2021 ou 2023, les frais sont implicitement exclus. Pour les prestations ne donnant pas lieu à un calcul des frais de pratique, compte tenu du caractère fortement forfaitaire du financement, on se base sur des hypothèses simplifiées ; en biologie clinique, ces frais sont provisoirement assimilés à la masse des honoraires à la prestation (cf. 7.4).

Afin de permettre la comparaison des frais entre les disciplines, tous les frais sont recalculés pour correspondre aux valeurs de l'année de référence de 2019. Ce recalcul s'effectue sur la base de l'évolution des composantes liées aux prix et aux salaires : les frais de matériel et d'appareillage sont ajustés en fonction de l'indice des prix à la consommation, tandis que les frais de personnel sont corrigés pour tenir compte de l'indexation des salaires et des changements structurels (notamment l'IF-IC et la prime d'attractivité). Les facteurs de correction sont appliqués différemment selon les informations détaillées disponibles dans les rapports. Pour la biologie clinique et les articles 33 bis et ter, un facteur de correction pondéré unique est appliqué. Il est calculé sur la base de la part des frais de personnel par rapport aux frais de matériel et d'appareils pour l'ensemble des prestations de biologie clinique (en l'absence d'informations détaillées sur la proportion des frais de personnel par rapport aux frais de matériel et d'appareils par prestation). Pour les prestations visées à l'article 33, des corrections par prestation étaient possibles, car pour ces prestations, des données sur la répartition entre les frais de personnel et les frais de matériel et d'équipement étaient bien communiquées pour chacune d'entre elles. En ce qui concerne la radiothérapie, les chiffres relatifs au volume pour la nouvelle nomenclature (VI) font actuellement défaut ; dans l'attente d'une analyse plus

approfondie, sur la base du rapport Möbius, les frais de pratique sont provisoirement estimés à 72 % du montant total des honoraires en 2019 (cf. 7.4).

Les frais de pratique directs par prestation estimés sont ensuite majorés d'une marge couvrant les frais indirects, calculée sur la base des pourcentages par centre de coûts établis par le KCE (pour plus de détails, voir le chapitre 8). Il convient toutefois de noter que la distinction entre frais directs et frais indirects n'est pas tout à fait homogène d'une étude à l'autre. Enfin, les frais unitaires (frais de pratique directs) sont multipliés par le nombre de prestations facturées, afin de calculer le total des frais de pratique directs des AMTAA.

## 7.4 Estimation des frais de pratique directs des prestations « manquantes »

Dans l'étude sur les frais tant au niveau des ATMC que des AMTAA, il reste des prestations pour lesquelles les frais de pratique de 2019 n'ont pas été calculés ou n'ont pas pu être calculés.

Pour néanmoins se faire une idée des frais de pratique, pour ces prestations, une estimation approximative a été effectuée.

C'est ainsi que l'étude sur les frais des AMTAA relative à la radiothérapie a été réalisée pour les nouveaux codes de prestations (VI), pour lesquels, bien entendu, aucune donnée de volume (c'est-à-dire le nombre de prestations facturées en 2019) ne pouvait pas encore être disponible. C'est pourquoi les frais de pratique (directs + indirects) des prestations de radiothérapie sont estimés sur la base de la conclusion du rapport final selon laquelle les frais de pratique représentent 72 % du montant total des honoraires de radiothérapie. En 2019, le montant total des honoraires s'élevait à 134,43 millions d'euros.

Un certain nombre de prestations de biologie clinique (plusieurs codes de prestation), les articles 33, 33bis et 33ter (très peu de codes de prestation) sont très rares (voire n'ont pas été pratiqués du tout dans les centres concernés, pour l'année de l'analyse), de sorte qu'il n'a pas été possible de déterminer les frais de pratique sur la base de données réelles. Pour ces prestations, qui ont représenté au total 44,47 millions d'euros d'honoraires en 2019, l'approche a consisté à assimiler les frais de pratique correspondant au montant total des honoraires liés aux prestations (qui, pour la biologie clinique, représentent moins de 25 % du montant total des honoraires).

Au sein du groupe des prestations TMC, les frais de pratique d'un certain nombre de prestations n'ont pas, non plus, pu être calculés. Il s'agit notamment des frais de pratique des prestations de rééducation (en raison de leur interrelation étroite avec, entre autres, la nomenclature de la kinésithérapie), pour l'installation, la surveillance et le suivi (codes qui, en principe, devraient être scindés en une partie ATMC (installation) et une partie ACA (suivi)), les codes de prestations en hématologie (qui concernent davantage l'accompagnement d'un trajet de soins dans le cadre d'une greffe de cellules souches qu'une prestation identifiable « séparément »), pour les honoraires de dialyse (à domicile) (en raison d'une interférence avec les forfaits journaliers de dialyse) et pour un certain nombre de prestations « supplémentaires », qui apparaissent toujours (ou du moins la plupart du temps) conjointement avec des prestations pour lesquelles des frais de pratique ont bien été calculés. Au total, en 2019, cela représentait 384,64 millions d'euros d'honoraires. Par souci de simplification, on a supposé que les frais de pratique (directs + indirects) de ces prestations s'élevaient à 50 % de la masse des honoraires.

Au total, les estimations ci-dessus ont donné un montant de 333,59 millions d'euros de frais de pratique supplémentaires.

## 8 Frais indirects et produits

### *En bref ...*

Outre les frais directement liés à une prestation médicale, il existe également des frais indirects. Il s'agit des frais nécessaires à l'organisation et au bon fonctionnement des soins, tels que l'administration, la logistique, les infrastructures et le fonctionnement général de l'hôpital. Ces frais ne peuvent pas être imputés à un acte médical spécifique, ils constituent néanmoins une partie essentielle du coût total des soins.

Afin de prendre en compte ces frais indirects de manière cohérente, ils sont estimés dans la présente note sous la forme d'un pourcentage ajouté aux frais directs. Cela signifie que les frais indirects ne sont pas calculés séparément pour chaque prestation, mais qu'ils sont répartis proportionnellement par groupe de prestations. Cette approche s'appuie sur une étude du KCE de 2024 et permet de recenser les frais indirects au niveau du système.

Sur la base des données hospitalières disponibles pour l'année 2019, on commence par déterminer les frais qui concernent effectivement l'organisation des soins. Dans ce contexte, les frais qui ne sont pas directement liés aux soins, tels que les frais exceptionnels et une partie des frais d'investissement (+ les charges financières associées) qui doivent être pris en charge par les autorités régionales, sont exclus de l'analyse. On tient également compte des autres produits que le chiffre d'affaires lié aux soins, qui contribuent elles aussi à couvrir en partie les frais indirects. Une fois ces corrections effectuées, il reste ce qu'on appelle les frais indirects nets, qui s'élèvent à 3 943,52 millions d'euros pour l'ensemble des hôpitaux belges.

Ces frais sont ensuite répartis entre les différents types de services hospitaliers, tels que les unités de soins, les services médico-techniques, les soins intensifs et les consultations. Cela permet de mieux comprendre la relation entre les frais indirects et directs au sein des différentes activités de soins, ainsi que par rapport au montant total finalement considéré comme des frais de pratique indirects des prestations médicales.

Un des principaux résultats de l'analyse est que la part des frais indirects varie considérablement selon le type d'activité. Pour les activités techniquement bien délimitées, comme le bloc opératoire, la part des frais indirects est relativement inférieure (environ un quart à un tiers des frais directs). Pour d'autres activités, notamment l'imagerie médicale, les services cliniques ou les consultations, cette part peut représenter plus de la moitié des frais directs, voire davantage dans certains cas. Cela montre que la structure des frais liés aux soins varie considérablement d'un service à l'autre.

C'est pourquoi on n'utilise pas un pourcentage unique, mais des pourcentages différenciés selon le type de service. Cela permet de mieux tenir compte de la réalité de l'organisation des soins. Lorsqu'une prestation médicale donnée est fournie sous différentes formes, ces pourcentages sont combinés pour obtenir une moyenne pondérée.

La prise en compte des frais indirects permet d'obtenir une image complète et plus réaliste du total des frais liés aux soins médicaux. Sans cette étape, les frais seraient systématiquement sous-estimés, ce qui conduirait à une mauvaise évaluation de la part des honoraires effectivement nécessaires pour organiser les soins.

Il convient toutefois de souligner que cette analyse repose sur les données hospitalières disponibles, qui ne sont pas toujours parfaitement comparables d'un établissement à l'autre. Les frais ne sont pas enregistrés de la même manière partout, et les prestations ne sont pas dispensées dans les mêmes services dans tous les hôpitaux. Les frais ne peuvent donc pas être ventilés au niveau d'une prestation médicale spécifique. Les données utilisées concernent par ailleurs l'année de référence 2019. Depuis, les structures de frais des hôpitaux ont évolué, notamment en raison des variations des frais de personnel, des prix de l'énergie et des investissements dans les infrastructures. Concrètement, des corrections ont été effectuées au niveau des frais financés par les entités fédérées (par exemple, les amortissements et les charges d'intérêts), ainsi que des produits qui ne sont pas liés aux soins de santé qui compensent une partie de ces frais. De ce fait, on a travaillé avec les frais indirects nets, qui donnent une image plus réaliste des frais qui doivent effectivement être financés dans le cadre fédéral. Ces résultats doivent donc être considérés comme une estimation représentative, mais ponctuelle, qui pourra être actualisée et affinée à l'avenir.

Pour diverses raisons (différences dans les pratiques et les modes d'imputation entre les hôpitaux, la combinaison de prestations médico-techniques et de consultations dans des espaces polycliniques), pour les polycliniques au sein des hôpitaux, il n'est pas recommandé d'adopter une approche des frais indirects sous la forme d'un pourcentage de majoration appliqué aux frais directs pour le centre de coûts Finhost « consultations ». C'est pourquoi une méthode normative alternative a été mise au point, qui s'inspire du financement des services auxiliaires dans le BMF.

En ce qui concerne la polyclinique, la présente note présente une estimation des frais nécessaires à la mise en place d'un soutien similaire pour les polycliniques de l'hôpital, en utilisant une approche inspirée de la structure du financement B1. Dans le Budget des Moyens Financiers (BMF), la sous-partie B1 finance les fonctions auxiliaires des hôpitaux, notamment l'entretien, le chauffage et l'administration (c'est-à-dire ce qu'on appelle les fonctions hôtelières), dans la mesure où celles-ci sont destinées à soutenir les services BMF. Le financement B1 n'est donc pas utilisé ici comme source de financement, mais comme cadre de référence pour permettre d'identifier et d'évaluer les composantes des frais pertinentes.

On part de la question suivante : combien de salles de consultation (« box ») faut-il pour traiter tous les patients, et que coûte de maintenir ces salles opérationnelles ? Le volume de l'activité de consultation est déterminé par le nombre de consultations facturées à l'INAMI par l'intermédiaire de l'hôpital.

Les frais repris dans le tableau B1 ne sont pas tous pris en compte comme référence. Seuls les éléments qui contribuent directement au fonctionnement d'une salle de consultation sont pris en compte, par exemple, l'entretien, le chauffage et l'administration. Les frais de fonctionnement de la salle sont également pris en compte, car il s'agit d'une condition indispensable à la réalisation des prestations médicales. Les autres frais, tels que l'alimentation ou les commodités prévues pour le personnel, ne sont pas pris en compte car ils n'ont pas de lien direct avec les soins ambulatoires.

Sur la base de ces principes, on estime tout d'abord le nombre moyen de consultations pouvant avoir lieu dans une même salle, et donc le nombre de salles nécessaires. On calcule ensuite le coût associé à chaque salle, en tenant compte de l'utilisation de l'espace, du personnel déployé et des infrastructures. La combinaison de ces deux éléments permet d'estimer le montant total nécessaire pour financer les activités polycliniques. Sur la base de cette méthode, les frais de pratique indirects des activités polycliniques sont estimés à 197,40 millions d'euros (au niveau des prix de 2019).

La réalisation des prestations médicales entraîne des frais de pratique à la fois directs et indirects. Les frais directs présentent un lien de causalité direct avec une prestation médicale et peuvent donc lui être directement attribués (voir également le chapitre 7.1 de la présente note). En revanche, du fait qu'ils concernent des frais généraux, les frais indirects ne présentent pas de lien aussi évident. Ces frais indirects peuvent concerner aussi bien les frais au sein du service où sont dispensés les soins médicaux (par exemple, accueil, administration, personnel chargé de la qualité) que les frais liés aux services auxiliaires au service de l'ensemble de l'hôpital (par exemple, l'administration du personnel, la direction, l'approvisionnement énergétique, les assurances).

Le calcul des frais indirects présenté dans la présente note s'appuie sur la méthode et les résultats proposés dans le rapport n° 380 du KCE (2024), selon lesquels les frais indirects sont calculés sous la forme d'un pourcentage de majoration appliqué aux frais directs. Un pourcentage de majoration de 20 %, par exemple, signifie qu'un coût direct de 100 euros est majoré de 20 euros de frais indirects. Dans ce cas, les frais de pratique s'élèvent au total à 120 euros. Pour une explication plus détaillée sur ce choix méthodologique, nous renvoyons à ce rapport de 2024.

L'étude du KCE a illustré cette méthodologie à l'aide des données Finhosta de 100 hôpitaux généraux de 2019. La comptabilité hospitalière dans Finhosta s'articule autour d'un plan comptable comportant sept classes ; dans l'étude du KCE, seule la classe 6, qui concerne les frais, a été initialement utilisée.

## 8.1 Quelques notions de comptabilité hospitalière

Le modèle légal de comptabilité analytique des hôpitaux comprend :

- **Centres de coûts définitifs et provisoires** : les frais hospitaliers sont imputés à des centres de coûts, répartis en centres de coûts définitifs (par exemple, services de soins, radiologie, pharmacie) et provisoires (par exemple, administration, chauffage, services auxiliaires). Les frais provisoires sont ensuite redistribués et imputés aux centres de coûts définitifs.
- **Méthode de la répartition des frais en cascade** : grâce à la méthode en cascade, définie par les pouvoirs publics, afin de permettre la comparaison des frais entre les hôpitaux, les frais passent progressivement des centres de coûts provisoires aux centres de coûts définitifs.
- Le passage des frais des centres de coûts provisoires aux centres de coûts définitifs s'effectue à l'aide de clés de répartition, par exemple la superficie (m<sup>2</sup>), les équivalents temps plein (ETP) ou les journées d'hospitalisation.

Dans l'étude du KCE, certains centres de coûts classés « provisoires » par Finhosta ont été convertis en centres de coûts définitifs. Il s'agit ici de ce qu'on appelle les « centres de coûts auxiliaires ». La principale raison de cette conversion résidait dans le fait qu'une part substantielle des prestations médicales est dispensée au niveau de plusieurs de ces centres de coûts. Il s'agit plus précisément des centres de coûts suivants : urgences, service de garde, service mobile d'urgence (SMUR), équipe d'intervention paramédicale (PIT), stérilisation, anesthésie, bloc opératoire et salle de plâtre.

## 8.2 Définition des frais directs, indirects et exclus dans le rapport KCE n° 380 (2024)

La classification des frais en frais directs, indirects et exclus dans l'étude du KCE a été effectuée en concertation avec les équipes de recherche de la KU Leuven, de l'ULB et de Möbius (voir le Tableau A.1 dans le Supplément au rapport du KCE).

### 8.2.1 Frais exclus

Pour le calcul des frais directs et indirects, les frais suivants n'ont pas été pris en compte :

- La part des honoraires versés aux médecins (correspondant aux comptes 619) ainsi que les frais de personnel médical (qui font partie des comptes 62)
- Les frais exceptionnels (par exemple, les frais concernant des exercices précédents)
- Les frais liés aux médicaments et aux implants (en raison d'un financement distinct).

En ce qui concerne les frais directs, une distinction a été opérée entre les frais de personnel, les frais liés à l'appareillage médical et au matériel médical.

### 8.2.2 Frais de personnel

**Les frais directs** sont définis comme les frais liés au personnel soignant, paramédical et autre, lorsqu'ils sont enregistrés dans des centres de coûts définitifs.

**Les frais indirects** sont définis comme les frais de personnel du personnel salarié et administratif, qu'ils soient enregistrés dans des centres de coûts provisoires ou définitifs.

Il existe **une exception** à cette règle : les frais de personnel du personnel salarié enregistrés dans le centre de coûts I60 (stérilisation) sont considérés comme des frais directs.

Les frais liés au personnel soignant, paramédical et autre, peuvent aussi être considérés comme des frais indirects lorsqu'ils sont enregistrés dans des centres de coûts provisoires.

### 8.2.3 Frais liés à l'appareillage médical

Les frais liés à l'appareillage médical (amortissements et (contrats de) maintenance) sont considérés comme des **frais directs**, qu'ils soient enregistrés dans des centres de coûts provisoires ou définitifs.

### 8.2.4 Frais liés au matériel médical

Les frais liés au matériel médical (à l'exclusion des médicaments et des implants) sont considérés comme des **frais directs**, qu'ils soient enregistrés dans des centres de coûts provisoires ou définitifs.

## 8.3 Frais indirects sous forme de pourcentage de majoration sur les frais directs

Dans l'étude du KCE, les frais indirects ont été exprimés sous forme de majoration des frais directs (sans tenir compte des frais exclus). Faute de données plus détaillées, dans Finhosta, ce pourcentage de majoration ne peut être différencié qu'au niveau des centres de coûts définitifs.

Les chapitres 4 et 5 ont décrit quelles autres sources de financement des soins aux patients (c'est-à-dire les composantes du chiffre d'affaires de l'hôpital, ce qu'on appelle les « comptes 70 »), outre les honoraires, couvrent également une partie des frais de pratique des prestations médicales ; il s'agit du BMF et des forfaits journaliers. Il a également été tenu compte des produits tirés de Maribel, facilement identifiables au niveau des « types de frais » à partir des données Finhosta.

En dehors de ces éléments liés au chiffre d'affaires, il faut toutefois également tenir compte du fait que les entités fédérées sont compétentes pour le financement de certaines infrastructures. En d'autres termes, dans le cadre de l'identification des sources de financement et des frais de pratique (directs et indirects) des prestations médicales, il ne peut être tenu compte ni des frais ni des produits liés à cette infrastructure. Dans la présente analyse, une correction a été apportée à cet égard.

### 8.3.1 Correction des frais financés par les entités fédérées

Une partie des frais de pratique indirects doit être financée par les entités fédérées et doit donc être déduite des frais indirects tels qu'ils ont été calculés dans l'étude initiale du KCE. Il s'agit ici des charges d'amortissement et des charges d'intérêts des emprunts d'investissement. Dans Finhosta, cela correspond aux comptes de charges suivants :

- 63004 : amortissements et dépréciations sur immobilisations – ajout ; intérêts intercalaires sur la partie subventionnée
- 6302 : amortissements et dépréciations des immobilisations – ajout ; sur les bâtiments
- 63050 : amortissements et dépréciations sur immobilisations – ajout ; sur les immobilisations en location, financement et droits similaires : aménagement de bâtiments
- 6500 : charges des emprunts d'investissement ; intérêts.

### 8.3.2 Correction par rapport aux produits qui ne sont pas liés aux soins de santé

Les frais indirects, après déduction des amortissements et des charges d'intérêts, sont ensuite ajustés pour tenir compte des produits qui ne sont pas liés aux soins de santé repris dans la classe 7 de Finhosta. Il s'agit des produits suivants :

- 72 : production interne activée (par exemple, les travaux de construction réalisés par l'hôpital lui-même, ou la recherche et le développement)
- 74 : autres produits d'exploitation, à l'exception de :
  - o 741 : financement forfaitaire des infrastructures par l'entité fédérée
  - o 7432 : intervention du fonds sectoriel (Maribel social)
- 75 : produits financiers, à l'exception de
  - o 753 : subventions en capital et en intérêts

Les frais financés par les entités fédérées ayant été exclus de l'analyse, les produits correspondants ont également été exclus. Il s'agit ici du financement des infrastructures (741) et des subventions en capital et en intérêts (753).

Le même raisonnement s'applique au Maribel social. Le financement via le Maribel social a fait l'objet d'une discussion distincte, car il s'agit d'un financement facilement identifiable via la dimension « type de frais », et qui, sur la base des informations détaillées dont dispose le SPF SPSCAE (à savoir le nombre de mandats Maribel utilisés par centre de coûts), peut être partiellement imputé aux centres de coûts liés à la dispensation de prestations médicales. Par conséquent, celles-ci peuvent être considérées comme une source de financement qui contribue en partie à couvrir les frais de pratique des prestations médicales (cf. chapitre 6). Cela contraste avec de nombreuses autres sources potentielles de produits (par exemple, les réductions des cotisations ONSS, les subventions pour congé de formation, les produits tirés de la cafétéria du personnel, la facturation de la main-d'œuvre dans le cadre de projets, ...) qui ne sont pas clairement identifiables sur la base des types de frais ou qui peuvent également être comptabilisées de différentes manières dans les hôpitaux (par exemple, en déduction des frais de personnel (directs) ou en tant que recettes). Ces produits ont donc été déduits des frais indirects, qui sont transférés aux centres de coûts définitifs.

Le Tableau 8.1 donne un aperçu des frais directs, indirects et exclus. En ce qui concerne les frais indirects, on présente à la fois les frais indirects « bruts » et les frais indirects « nets » (après les deux corrections susmentionnées).

Tableau 8.1 – Aperçu des frais directs, indirects et exclus (2019)

Frais	Montant en mio EUR (2019)
<b>Frais exclus</b>	
Médicaments et implants	3.523,01
Honoraires des médecins (factures 619) et frais de personnel médical (factures 62)	4.893,04
Frais exceptionnels	199,11
<b>Frais directs dans Finhosta</b>	<b>7.504,00</b>
<b>Frais indirects dans Finhosta</b>	<b>6.005,61</b>
Amortissements	527,37
Charges d'intérêt	167,90
<b>Frais indirects hors amortissements et charges d'intérêt</b>	<b>5.310,34</b>
Produits qui ne sont pas liés aux soins	1.366,82
<b>Frais indirects nets</b>	<b>3.943,52</b>

Le Tableau 8.2 illustre les frais indirects nets pour une sélection de centres de coûts. Tous les centres de coûts n'ont pas été inclus dans le tableau. De ce fait, la somme des frais indirects des centres de coûts sélectionnés n'est pas égale au total des frais indirects nets.

Tableau 8.2 – Frais indirects nets par centre de coûts (2019)

Centre de coûts ou groupe de centres de coûts	Frais indirects nets en mio EUR (2019)
<b>Centres de coûts ATMC et AMTAA</b>	<b>1.017,70</b>
<b>Services d'urgence</b>	<b>123,95</b>
<b>Services de soins infirmiers (y compris l'hôpital de jour chirurgical)</b>	<b>1.709,61</b>
<b>Hospitalisations de jour</b>	<b>69,45</b>
<b>Soins intensifs</b>	<b>211,82</b>
<b>Pharmacie</b>	<b>89,64</b>
<b>Consultations</b>	<b>301,08</b>
<b>Autre</b>	<b>420,26</b>
<b>Frais indirects nets</b>	<b>3.943,52</b>

Le Tableau 8.3 illustre les composantes des produits qui ne sont pas liées aux soins (c'est-à-dire les produits d'exploitation et financiers hors chiffre d'affaires).

Tableau 8.3 – Aperçu des produits qui ne sont pas liés aux soins (2019)

Compte	Description	Montant en mio EUR (2019)
<b>72</b>	Production interne activée	16,98
<b>74 (sans 7432 et 741)</b>	Autres produits d'exploitation	1.311,29
740	Subventions d'exploitation	67,54
742	Plus-values sur le recouvrement de créances liées à des prestations	1,12
7430	Récupération des frais afférents aux contractuels subventionnés	60,05
7431	Récupérations autres frais de personnel	361,52
7433 – 7439	Autres récupérations des frais	416,97
744 – 749	Produits d'exploitation divers	404,10
<b>75 (sans le 753)</b>	Produits financiers	38,55
<b>Total</b>		<b>1.366,82</b>

### 8.3.3 Pourcentages de majoration après corrections

Le Tableau 8.4 donne les pourcentages de majoration des frais indirects par centre de coûts Finhosta. Dans certains hôpitaux, le rapport entre les frais directs et indirects est exceptionnellement faible ou élevé, ce qui peut fausser les pourcentages de majoration par centre de coûts. Afin de limiter cet effet, les hôpitaux qui présentent des valeurs extrêmes (outliers ; inférieures à  $Q1 - 1,5 IQR$  ou supérieures à  $Q3 + 1,5 IQR$ ) ont été exclus du Tableau 8.4.

Tant dans le rapport du KCE que dans la note actuelle, il a été opté pour une majoration par centre de coûts, car celle-ci reflète mieux le rapport réel entre les frais directs et indirects par activité ou par service. Car, en effet, les frais indirects varient considérablement d'un centre de coûts à l'autre, et de ce fait une majoration globale unique risquerait de mener à une surestimation ou à une sous-estimation de certains centres de coûts. Une différenciation par centre de coûts tient en outre compte des différences dans l'offre de services entre les hôpitaux (par exemple, la radiothérapie). En revanche, les différences au niveau de l'enregistrement des frais entre les hôpitaux peuvent avoir une incidence plus importante.

La première colonne indique les pourcentages de majoration tels qu'ils ont été calculés dans le rapport KCE n° 380.

La deuxième colonne du Tableau 8.4 donne les pourcentages de majoration après application des corrections susmentionnées

Tableau 8.4 – Pourcentages de majoration des frais indirects par centre de coûts

Centre de coûts	Pourcentage de majoration mentionné dans le rapport KCE (frais indirects « bruts »)	Pourcentage de majoration dans la note actuelle (frais indirects « nets »)
<b>Prestations technicomédico-chirurgicales</b>		
Stérilisation	63,30 %	43,07 %
Bloc opératoire et anesthésie	42,30 %	27,34 %
Salle de plâtre	58,18 %	40,47 %
Quartier d'accouchement	52,46 %	35,17 %
Imagerie médicale	69,22 %	53,62 %
Hémodialyse	47,99 %	38,02 %
Médecine nucléaire in vivo	65,58 %	42,64 %
PET-scan	59,46 %	28,97 %
Services médico-techniques	58,21 %	31,69 %
<b>Prestations médico-techniques automatisées et assimilées</b>		
Biologie clinique, y compris la génétique	44,79 %	35,16 %
Anatomie pathologique	60,02 %	36,84 %
Radiothérapie	72,32 %	51,95 %
<b>Unités de soins, pharmacie et consultations</b>		
Services d'urgence	59,05 %	39,24 %
Unités de soins (y compris hospitalisation de jour chirurgicale)	106,39 %	78,67 %
Soins intensifs	49,40 %	37,76 %
Hospitalisations de jour	69,38 %	47,41 %
Pharmacie	63,11 %	39,26 %
Consultations	136,06 %	68,02 %
Autres centres de coûts	82,78 %	58,76 %

## 8.4 Harmonisation des centres de coûts, des unités fonctionnelles et des codes de nomenclature

Le centre de coûts Finhosta constitue le niveau le plus bas auquel un pourcentage de majoration pour les frais indirects peut être calculé à partir des données dont dispose le KCE (à savoir les données Finhosta des hôpitaux). Les frais de pratique directs, en revanche, sont calculés au niveau de chaque code de nomenclature.

Les codes de nomenclature peuvent être regroupés en unités fonctionnelles. Au sein d'une même unité fonctionnelle, on regroupe les codes de nomenclature qui utilisent des infrastructures, des moyens, des effectifs et des processus de soutien similaires. Ce regroupement permet d'analyser les prestations non seulement au niveau des codes individuels, mais aussi à un niveau organisationnel fonctionnel plus élevé, auquel les structures de frais et les pourcentages de majoration peuvent être imputés de manière

plus cohérente. Cela permet d'établir un lien entre, d'une part, le calcul détaillé des frais de pratique directs par code de nomenclature par unité fonctionnelle et, d'autre part, les frais indirects par centre de coûts.

Il n'existe toutefois pas toujours de relation biunivoque entre les unités fonctionnelles et les centres de coûts au sein de Finhosta. Dans la pratique, plusieurs unités fonctionnelles peuvent être rattachées à un même centre de coûts, ou une même unité fonctionnelle peut concerner plusieurs centres de coûts, en fonction de la structure organisationnelle et des pratiques comptables de l'hôpital. Il existe néanmoins des solutions méthodologiques permettant de pallier cet écart, par exemple en recourant à des attributions pondérées. De cette manière, il reste possible d'établir un lien cohérent entre les unités fonctionnelles et les centres de coûts Finhosta.

En ce qui concerne les AMTAA, la correspondance entre les unités fonctionnelles et les centres de coûts Finhosta est plus claire. Cela permet d'imputer les pourcentages de majoration, calculés au niveau du centre de coûts Finhostade, aux unités fonctionnelles de manière relativement cohérente.

En ce qui concerne les prestations ATMC, pour un certain nombre d'activités médicales, la correspondance entre le centre de coûts et unité fonctionnelle est moins évidente. Sur la base des pratiques comptables des hôpitaux de référence et des données disponibles, il a été examiné quelles unités fonctionnelles étaient imputées à quels centres de coûts. Lorsqu'une unité fonctionnelle correspondait entièrement à un centre de coûts, le pourcentage de majoration de ce centre de coûts a été imputé directement à l'unité fonctionnelle concernée (et aux codes de nomenclature sous-jacents). En revanche, lorsqu'une unité fonctionnelle était rattachée à plusieurs centres de coûts, un pourcentage de majoration pondéré a été calculé sur la base de la présence relative de l'unité fonctionnelle au sein de chaque centre de coûts.

Le Tableau 8.5 illustre cette méthode à l'aide d'un exemple. Unité fonctionnelle « bloc opératoire d'urologie » relève entièrement du centre de coûts « bloc opératoire et anesthésie », et de ce fait, le pourcentage de majoration (27,34 %) s'applique à unité fonctionnelle « bloc opératoire d'urologie ».

L'unité fonctionnelle « bloc opératoire - gynécologie » est imputée différemment aux centres de coûts « bloc opératoire et anesthésie » et « quartier d'accouchement », selon les pratiques en vigueur dans chaque hôpital, avec un pourcentage de majoration de respectivement 27,34 % et 35,16 % et une pondération de 84 % et 16 %. Le pourcentage de majoration pondéré pour unité fonctionnelle s'élève donc à 28,59 %.

Tableau 8.5 – Attribution des unités fonctionnelles aux centres de coûts (illustration)

Unité fonctionnelle	Centre de coûts	Pourcentage de majoration	Poids
<b>Bloc opératoire d'urologie</b>	Bloc opératoire et anesthésie	27,34 %	100 %
<b>Bloc opératoire de gynécologie</b>	Bloc opératoire et anesthésie	27,34 %	84 %
	Quartier d'accouchement	35,17 %	16 %

## 8.5 Limites de l'enregistrement Finhosta et conséquences sur l'analyse des frais

Pour obtenir une image complète et réaliste du total des frais de pratique des prestations médicales, il est nécessaire de tenir compte des frais de pratique indirects nets. Sans cette composante, les frais seraient systématiquement sous-estimés. Avec les frais directs, les frais indirects nets constituent un élément essentiel pour déterminer la part des honoraires destinée à couvrir les frais et la part professionnelle.

Comme le souligne également l'étude du KCE, il convient de garder à l'esprit que les données de Finhosta présentent toutefois plusieurs limites qui ont une influence sur l'analyse des frais. En effet, les données présentent des différences en matière d'enregistrement et de traitement comptable d'un hôpital à l'autre, ce qui rend difficile leur comparabilité. Les clés de répartition utilisées dans le processus en cascade, telles que la superficie ou le nombre de jours d'hospitalisation, ne constituent pas toujours de bonnes approximations des véritables facteurs de frais, ce qui affecte encore davantage la précision et la comparabilité entre les hôpitaux. De même, la combinaison des différents types de frais et centres de coûts ne permet pas toujours de définir clairement les frais comme étant directs, indirects ou exclus. De plus, les centres de coûts sont souvent trop fortement agrégés pour permettre une affectation précise des prestations médicales, d'autant plus qu'il n'existe pas de relation biunivoque entre les centres de coûts Finhosta et les unités telles que les codes de nomenclature.

Comme indiqué ci-dessus, nous avons tenté d'en tenir compte au maximum dans les calculs présentés ici. Les informations actuellement disponibles dans Finhosta (données relativement agrégées pour l'ensemble des hôpitaux), combinées aux informations plus détaillées fournies par les hôpitaux de référence ayant participé aux études sur les frais des ATMC, constituent en effet la seule source de données dont dispose l'État pour estimer les frais de pratique indirects nets des prestations médicales au niveau national.

## 8.6 Polyclinique

En ce qui concerne plus particulièrement les polycliniques, la pratique montre que le centre de coûts « consultations » regroupe un ensemble hétérogène d'activités, les consultations étant souvent associées à d'autres prestations médicales. Pour ces autres prestations, les frais de pratique ont toutefois déjà été pris en compte via les pourcentages de majoration correspondants, ce qui risque d'entraîner des doubles comptages si ces mêmes frais sont également imputés aux consultations.

De plus, on observe une certaine variabilité entre les hôpitaux dans l'enregistrement des frais liés aux consultations. La part du total des frais imputés au centre de coûts « consultations » varie, tout comme la répartition entre frais directs, indirects et exclus. Ces différences semblent non seulement liées à des divergences réelles dans les pratiques, mais aussi à des méthodes d'enregistrement divergentes. Ainsi, dans certains hôpitaux, les frais de consultation sont pris en charge en tout ou en partie par les médecins spécialistes et ne figurent donc pas dans la comptabilité de l'hôpital. Par ailleurs, les frais liés aux consultations sont parfois enregistrés dans d'autres centres de coûts dans lesquels des prestations sont fournies, par exemple, dans les services médico-techniques. Les frais liés aux consultations sont aussi souvent imputés aux centres de coûts 580 ou 710 (« autres services médico-techniques »).

En ce qui concerne l'étude sur les frais, on part du principe que le centre de coûts « consultations » concerne principalement des consultations et qu'il n'y a donc que peu, voire pas de frais de pratique directs, puisque ce sont les médecins eux-mêmes qui dispensent ces prestations. C'est pourquoi une approche consistant à calculer les frais indirects sous la forme d'une majoration des frais directs n'est pas appropriée. Le paragraphe suivant propose donc une méthode normative alternative pour le calcul de ces frais indirects.

### 8.6.1 Objectif et principe de base

Dans le Budget des Moyens Financiers (BMF), la sous-partie BI finance ce que l'on appelle les « services communs » ou « hôtellerie hospitalière », notamment l'entretien, le chauffage et l'administration. En ce qui concerne l'activité polyclinique, on examine les frais nécessaires à l'organisation des soins polycliniques au sein de l'hôpital, en utilisant une approche inspirée de la structure et de l'organisation du financement de BI. Dans le Budget des Moyens Financiers (BMF), la sous-partie BI finance ce que l'on appelle les « services communs » ou « hôtellerie hospitalière », notamment l'entretien, le chauffage et l'administration. Cet exercice n'a donc pas pour objectif d'allouer une partie du financement BI existant à la polyclinique, mais d'estimer les frais liés à l'activité polyclinique de manière cohérente et reproductible.

Dans ce cadre, en s'inspirant de la structure actuelle de BI, on part sur une approche ascendante par unité de travail, à savoir un box polyclinique normatif. Cette approche correspond à la réalité fonctionnelle de la polyclinique, dans laquelle les prestations médicales sont dispensées dans des salles de consultation clairement délimitées.

Dans cet exercice, d'une part on détermine le nombre nécessaire de salles de consultation (« box ») de manière normative sur la base du nombre de consultations facturées par l'hôpital. Et, d'autre part, un montant forfaitaire est calculé pour chaque box sur la base d'une sélection d'éléments BI jugés pertinents pour le fonctionnement polyclinique. Ces deux sous-parties combinées permettent d'estimer le montant total nécessaire pour couvrir les frais de pratique liés aux soins ambulatoires, quel que soit le mode de financement actuel de ces frais.

### 8.6.2 Définition des éléments BI pertinents pour l'estimation des frais liés à la polyclinique

Tous les éléments BI ne sont pas considérés comme pertinents dans l'estimation des frais de pratique liés à la polyclinique. Une sélection explicite est effectuée sur la base de leur pertinence fonctionnelle dans le cadre des prestations médicales ambulatoires.

Pour la polyclinique, les éléments BI suivants sont retenus :

- Entretien
- Chauffage (= approvisionnement énergétique)
- Administration

Par ailleurs, les « frais de fonctionnement » sont ajoutés en tant qu'élément distinct, étant donné que les frais de fonctionnement des salles de consultation constituent une condition indispensable à la prestation de soins médicaux ambulatoires.

Les éléments BI suivants ne sont pas pris en compte, car ils n'ont aucun lien, voire qu'un lien très indirect, avec les frais de pratique polycliniques : frais généraux, buanderie et lingerie, restauration et internat (commodités prévues pour le personnel).

### 8.6.3 Méthodologie : détermination du financement par unité de travail (box)

L'estimation des frais liés à polyclinique inspirée de BI, est établie par « box polyclinique normatif » et chaque élément de BI retenu a son propre mode de détermination. Il s'agit concrètement des éléments suivants :

- Entretien, évalué sous forme d'un montant par m<sup>2</sup>, calculé à partir du financement BI ordinaire.
- Chauffage, également fixé à un montant par m<sup>2</sup> sur la base de BI.
- Frais administratifs, calculés sur la base d'un nombre normatif d'ETP administratifs par box, multiplié par le coût salarial moyen des frais d'administration.
- Frais de fonctionnement, définis comme un montant par m<sup>2</sup>, converti en amortissement annuel par box sur la base d'un coût standard et de durées d'amortissement normatives.

Cette méthode montre clairement que l'estimation des frais liés à la polyclinique ne repose pas sur les moyennes hospitalières, mais découle d'une normalisation explicite de l'utilisation de l'espace, de la dotation en personnel et de l'infrastructure par salle de consultation. Cela permet de disposer d'une estimation transparente et reproductible des frais de pratique de la polyclinique.

#### Étape 1 – Nombre normatif de consultations par box

On commence par fixer un nombre normatif de consultations par box et par an. Dans ce cadre, on part du principe de :

- 48 semaines de travail par an
- 5 jours de travail par semaine
- 8 heures de travail par jour
- en moyenne 3 consultations par heure

Cela donne 5 760 consultations par an et par box.

Sur la base des chiffres disponibles concernant les consultations facturées par hôpital (code 990 : « consultations, visites et avis ») le nombre total de consultations polycliniques à l'hôpital est estimé à 24 976 600 consultations. En divisant ce volume par le nombre normatif de consultations par box, on obtient un total de 4 336,22 box polycliniques normatives.

À cette étape, il convient de tenir compte de certains points d'attention. Les données utilisées concernent l'année 2023 ; il convient donc de noter que le système de tiers payant a été considérablement étendu depuis 2019, ce qui peut influencer à la hausse le volume des consultations facturées. De plus, il peut y avoir un biais limité lié aux prestations fournies par les médecins généralistes dans les hôpitaux et aux prestations éventuellement facturées par les médecins eux-mêmes plutôt que de manière centralisée par l'hôpital.

#### Étape 2 – Nombre normatif m<sup>2</sup> par box

Dans un deuxième temps, la superficie de chaque box est déterminée de manière normative sur la base des informations fournies par un cabinet d'architectes. Le point de départ est le suivant :

- un petit box standard de 17,37 m<sup>2</sup>
- un box de taille moyenne standard de 26,06 m<sup>2</sup>

La moyenne arithmétique correspondante s'élève à 21,715 m<sup>2</sup> par box, surface normative utilisée dans la suite du calcul.

### Étape 3 – Montant normatif par box

Au cours de la troisième étape, un montant annuel est calculé pour chaque box, sur la base des trois éléments BI retenus, ainsi que des frais de fonctionnement :

- Entretien : calculé en multipliant le nombre de boxes par le montant moyen au m<sup>2</sup> issu du financement BI ordinaire (186,09 euros par m<sup>2</sup> aux prix de 2025).
- Chauffage : calculé de manière analogue sur la base de 10,25 euros par m<sup>2</sup> (prix de 2025).
- Administration : calcul effectué sur la base d'un nombre normatif d'ETP administratifs par box (0,67 ETP), multiplié par le coût salarial moyen lié à l'administration (68.579,62 euros ; Finhosta 2023). Ce nombre normatif d'ETP est calculé en divisant le nombre total des ETP administratifs du centre de coûts 840 par le nombre de box normatifs.
- Frais de fonctionnement : estimé sur la base d'un amortissement annuel calculé à partir de frais standards par box, soit 231,05 euros par m<sup>2</sup> ou 4 919,79 euros par box et par an.

Il convient de noter à cet égard que le groupe des hôpitaux universitaires a été exclu du calcul des montants par m<sup>2</sup>, étant donné qu'il n'existe pas de « polyclinique universitaire ».

#### 8.6.4 Résultat final

Sur la base de cette méthodologie, l'exercice a abouti à :

- 4 336,22 box polycliniques normatifs
- un montant moyen de 55 493,28 euros par box par an (soit 45 524 euros aux prix de 2019)

En appliquant ce chiffre au nombre total de box, on obtient une estimation des frais liés à polyclinique de :

- 240 631 070 euros, sur la base des données de 2023
- 197 401 078 euros après conversion en montant de 2019

Ce montant doit être considéré comme une estimation des frais de pratique des prestations médicales ambulatoires dispensées via la polyclinique.

Il convient de souligner que ce résultat final pourrait être une sous-estimation, étant donné que les données de certains hôpitaux font défaut et que la hausse récente des frais de fonctionnement n'apparaît que partiellement en raison des longues durées d'amortissement.

## 9 Résultats relatifs aux frais de pratique directs et indirects

### En bref ...

Ce chapitre présente les résultats du calcul des frais de pratique directs et indirects des prestations médicales, tels que décrits dans les chapitres précédents. Il donne un aperçu global de l'ampleur et de la composition de ces frais pour l'année de référence 2019.

Au total, les frais de pratique directs sont estimés à 3 057,41 millions d'euros et les frais de pratique indirects à 1 405,98 millions d'euros, ce qui donne un montant total de 4 463,39 millions d'euros. Compte tenu des estimations supplémentaires relatives aux prestations pour lesquelles aucun calcul détaillé des frais n'est disponible, d'un montant de 333,59 millions d'euros, l'estimation du montant total des frais de pratique s'élève à 4 796,98 millions d'euros.

Ces chiffres doivent être lus comme le résultat de l'application de la méthodologie décrite dans la présente note aux données disponibles pour l'année 2019. Ils fournissent une estimation étayée du total des frais de pratique des prestations médicales et permettent, en combinaison avec l'analyse des flux financiers, de distinguer la part des honoraires destinée à couvrir les frais de celle qui peut être considérée comme une rémunération du travail professionnel du médecin.

Comme cela a déjà été mentionné dans les rapports de la phase 2.2 de l'équipe ULB-KUL, l'analyse met également en évidence un certain nombre de points importants à prendre en compte dans la suite du processus, notamment en ce qui concerne la cohérence de la classification des prestations, l'adéquation entre la partie professionnelle et les frais de pratique, ainsi que la nécessité d'affiner davantage et de mettre régulièrement à jour les données relatives aux frais.

### 9.1 Aperçu des résultats

Ce tableau donne un aperçu des frais de pratique directs et indirects estimés, exprimés en millions d'euros (niveau des prix de 2019), ventilés entre les ATMC, les AMTAA et les polycliniques. Au total, les frais de pratique sont estimés à 3 057,41 millions d'euros dont 3.057,41 millions d'euros de frais directs et à 1 405,98 millions d'euros de frais indirects. En tenant compte d'une estimation supplémentaire pour d'autres postes budgétaires (333,59 millions d'euros), le montant total estimé s'élève à 4 796,98 millions d'euros. Les frais indirects concernent principalement les ATMC et les polycliniques, tandis que les frais directs relèvent principalement des ATMC et des AMTAA.

Tableau 9.1 – Aperçu des frais de pratique directs et indirects estimés (2019)

En mio EUR (2019)	Frais de pratique directs	Frais de pratique indirects	TOTAL des frais de pratique calculés	Estimation autre nomenclature	TOTAL
<b>ATMC</b>	2.204,75	907,31	3.112,05	192,33	<b>3.304,38</b>
<b>AMTAA</b>	852,67	301,27	1.153,94	141,26	<b>1.295,20</b>
<b>Polyclinique</b>	0,00	197,40	197,40		<b>197,40</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.057,41</b>	<b>1.405,98</b>	<b>4.463,39</b>	<b>333,59</b>	<b>4.796,98</b>

## 9.2 Explications et recommandations concernant ces résultats

Ces résultats doivent être considérés comme le résultat de l'application de la méthodologie décrite dans la présente note aux données disponibles pour l'année de référence 2019.

Étant donné que la plupart des études sur les frais ont commencé début 2023 (les données de 2022 n'étant pas encore disponibles à ce moment-là), les calculs des frais ont dû être effectués sur la base des données de l'année la plus récente n'ayant pas été impactée par le COVID-19, à savoir 2019. Pour certaines études sur les AMTAA, qui n'ont débuté que plus tard, les frais ont été calculés sur la base de données plus récentes. Toutefois, afin de pouvoir dresser un tableau précis de la situation, ces études sur les frais ont donc été « reconverties » en données de 2019.

Ces premiers exercices, basés sur les données de 2019, ont également permis de tirer un certain nombre d'enseignements dont il sera possible de tenir compte, dans la mesure du possible, lors des futures mises à jour des études sur les frais ainsi que des sources de financement.

Il est ainsi apparu qu'au cours des travaux de recherche, plusieurs ajustements ont encore été effectués au niveau de la classification des codes des prestations dans les groupes ATMC-AMTAA-ACA. Dans le trajet de suivi, cette classification sera appliquée de manière plus stricte, y compris une distinction entre les honoraires dits « à l'acte » et les honoraires « forfaitaires », et chaque code de nomenclature ajouté après 2019 devra être imputé sans ambiguïté à un seul groupe.

Il sera également tenu compte des points à prendre en considération figurant dans les rapports de la phase 2.2 de l'équipe ULB-KUL. Par souci de clarté, ceux-ci sont repris dans les paragraphes suivants.

À la suite du calcul des frais de pratique directs et de l'évaluation de l'intervention des médecins dans le cadre de la partie professionnelle, un certain nombre d'incohérences ont été mises en évidence concernant la question de savoir « qui est l'exécutant » d'une prestation : si les frais de pratique montrent qu'une grande partie du temps, le travail est confié, p. ex. à des infirmiers qui assistent le médecin dans la réalisation de la prestation, il faut que cela se traduise par une durée relativement plus courte de la partie professionnelle (du médecin). Pour les prestations réalisées par les médecins eux-mêmes c'est l'inverse qui s'applique. À l'avenir, *dans l'idéal*, l'hypothèse relative à l'intervention du médecin dans la prestation concernée sera définie à l'avance, et ce, en fonction de la cohérence entre la partie professionnelle et les frais de pratique directs.

Il apparaît en outre que les hôpitaux participants sont organisés de différentes manières en ce qui concerne leur fonctionnement médical opérationnel, et donc le lieu où une prestation est dispensée ; par exemple, bloc opératoire, laboratoire de cathétérisme, cabinet ou environnement polyclinique. Tout cela a, bien sûr, un impact sur la disponibilité du personnel soignant et des équipements médicaux, qui contribuent à déterminer les frais de pratique directs. Dans la suite du processus, il convient, *dans l'idéal*, de déterminer d'abord dans quel type de lieu (par exemple, bloc opératoire / cabinet / polyclinique) une prestation donnée est censée être effectuée, avant de fixer le remboursement des frais de pratique. Si, dans certaines circonstances ou pour certains groupes de patients, il est jugé nécessaire que la prestation soit effectuée dans un autre type de lieu, ou qu'elle nécessite, par exemple, un autre type de préparation ou de suivi (entraînant des frais de pratique différents), un code de nomenclature distinct pourrait être prévu à cet effet.

De même, lors des prochaines mises à jour, il devrait être possible de déterminer, pour chaque groupe de prestations, quels autres groupes de personnel (et, par extension, éventuellement d'autres frais liés au matériel ou à l'appareillage) doivent être considérés comme des frais directs.

Pour les prestations pouvant être réalisées par plusieurs disciplines, la valorisation de la partie professionnelle devrait indiquer s'il existe des différences de valorisation entre ces disciplines.

Dans la pratique, on a également constaté que certaines prestations sont (très) souvent ou toujours effectuées en même temps que d'autres prestations. Dans ces cas, il peut être préférable de calculer les frais de pratique directs pour les prestations réalisées en même temps. Il convient tout d'abord de déterminer comment ces prestations sont classées dans les nouveaux codes de nomenclature. En ce qui concerne leur caractère cumulable, il est préférable que celui-ci puisse être déduit de manière la plus univoque possible de la description ou qu'il s'inscrive dans un cadre clair et explicite.

En ce qui concerne les prestations chirurgicales dispensées au bloc opératoire, il serait également utile de pouvoir enregistrer les frais de pratique directs par passage en bloc opératoire (plutôt que par prestation). Il convient de déterminer s'il est souhaitable d'approfondir cette piste dans le cadre d'une étude de suivi.

Il serait également souhaitable que davantage d'hôpitaux puissent s'appuyer sur des registres de matériel plus précis, afin de mieux pouvoir imputer les frais de matériel aux ATMC. Il convient également d'examiner dans quelle mesure les coûts de matériel couvrent les frais de matériel réels. Il s'agit toutefois d'un travail de longue haleine. Outre une clarification de la portée des différents honoraires liés au matériel, il convient également d'affiner davantage les catégories de frais, non seulement en fonction de l'évolution des types de matériels, mais aussi en tenant compte des différentes sources de financement.

Dans le cadre d'une étude complémentaire, on pourrait envisager de comparer les chiffres comptables (amortissements de l'appareillage, sur la base d'une durée de vie « comptable » de 5, 7 ou 10 ans pour l'appareillage médical) avec la valeur de remplacement actuelle et la durée de vie réelle, au moins pour les équipements médicaux relativement coûteux, afin de pouvoir établir une estimation plus précise et normative des frais liés à l'appareillage.

Idéalement, pour l'appareillage coûteux, il conviendrait également de préciser quel type d'appareil (c'est-à-dire le modèle de base par opposition au modèle doté de diverses options...) est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dans le cadre d'une étude de suivi / de la nouvelle nomenclature, il serait souhaitable d'étendre l'enregistrement des caractéristiques des patients ou des « facteurs contextuels » à prendre en compte dans les frais de pratique. Le rapport final sur les frais de pratique des ATMC présente, à titre d'illustration, plusieurs exemples d'éléments pertinents autres que l'âge.

Pour les prestations qui ne sont réalisées que très rarement, il n'est pas possible de calculer les frais sur la base des frais réels. Une approche normative, fondée sur l'identification par des experts des moyens nécessaires à mettre en œuvre, est souhaitable.

Enfin, outre l'étude de suivi commanditée par l'INAMI, il est préconisé de procéder à une mise à jour régulière des chiffres relatifs aux frais (directs et indirects). La seule solution viable à court terme consiste à recourir à des « hôpitaux de référence », dans le cadre desquels un échantillon représentatif d'hôpitaux est disposé (et bénéficie d'un financement structurel à cet effet) à mettre périodiquement à la disposition d'une instance publique (par exemple le KCE) ou d'une équipe de recherche, selon une méthode standardisée, les données internes sur les frais (dont la méthodologie varie d'un hôpital à l'autre) afin de pouvoir actualiser les études sur les frais. De telles « pratiques d'évaluation » ne peuvent pas servir uniquement à actualiser les frais de pratique repris dans la nomenclature – une actualisation qui sera non seulement nécessaire dès que la nouvelle nomenclature sera en vigueur depuis au moins 18 mois, mais qui restera également nécessaire régulièrement afin de suivre et de recenser les

modifications de la structure de frais résultant de changements dans la pratique médicale (notamment sous l'influence des innovations technologiques). Cela permettra de garantir qu'à l'avenir, les tarifs de la nomenclature soient adaptés plus rapidement et plus précisément à l'évolution de la réalité médicale. À long terme, cette méthode pourrait éventuellement être, en grande partie, remplacée par une analyse des données de la plupart des hôpitaux, actualisation du système comptable (surtout les types de frais) et des centres de coûts, et après la mise en place de directives plus claires concernant l'imputation des frais, afin que le système comptable continue de suivre les évolutions de la pratique médicale.

## 10 Glossaire

Ce glossaire reprend les principaux termes et abréviations utilisés dans la présente note. Le cas échéant, une brève explication du contenu est donnée pour faciliter la compréhension de la méthodologie.

ACA	<i>Actes Cliniques Assimilés</i> – Prestations cliniques dont la part des frais de pratique est limitée, et dont l'activité consiste principalement en un travail intellectuel du médecin
AIP	<i>Accord interprofessionnel</i> – Accord national sur les salaires et les conditions de travail.
AMI	<i>Assurance maladie et invalidité</i> – Assurance maladie publique qui finance (en partie) la plupart des prestations de soins (médecins, infirmiers, dentistes, etc., ainsi que les médicaments, les implants, etc.)
AMTAA	<i>Actes médico-techniques automatisés et assimilés</i> – Prestations médico-techniques souvent fortement standardisées et automatisées (par exemple, la biologie clinique), et qui entraînent des frais de pratique importants
AR	<i>Arrêté royal</i> – Base juridique de la réglementation
ATMC	<i>Actes Techniques Médico-Chirurgicaux</i> - Prestations techniques (telles que des interventions ou des examens) nécessitant une mobilisation importante de personnel, de matériel et d'infrastructure
BMF	<i>Budget des Moyens Financiers</i> – Budget destiné à financer les activités d'hospitalisation et d'hospitalisation de jour chirurgicale (surtout le personnel et le fonctionnement, et dans une moindre mesure l'infrastructure)
CCT	<i>Convention collective de travail</i> – Accord sur les conditions de travail conclu entre les employeurs et les travailleurs
CHU	<i>Hôpital universitaire</i> – Hôpital exerçant des fonctions académiques et de formation
CPE	<i>Conventions de premier emploi</i> - Mesures spécifiques en matière de personnel lors de l'embauche de jeunes collaborateurs (en fonction du contexte dans le BMF)
CTB	<i>Centre de traitement des Brulés</i> – Structures de soins spécialisées pour les patients victimes de brûlures
DmfA	<i>Déclaration multifonctionnelle</i> – Source de données contenant des informations sur l'emploi et les salaires
ETP	<i>Équivalent temps plein</i> – Un indicateur permettant d'exprimer le niveau d'occupation du personnel par rapport à un emploi à temps plein
EVR	<i>Échelle de valeur relative</i> - Une échelle de valeur relative est un système dans lequel les prestations médicales sont évaluées les unes par rapport aux autres en fonction de leur coût relatif ou de l'effort demandé au médecin par rapport à une prestation de référence.  Une prestation de base choisie se voit attribuer une valeur de 1,00, et les autres prestations sont exprimées sous forme d'un ratio par rapport à cette référence (inférieure, égale ou supérieure à 1,00), sur la base de leurs frais calculés ou de

	l'effort estimé du médecin (évalué en fonction du temps, de la complexité et du risque).
FBI	<i>Fonds budgétaire interdépartemental</i> – Financement spécifique destiné à certaines catégories de personnel ou à certaines fonctions
FF	<i>Financement forfaitaire</i> – Financement qui n'est pas à des prestations individuelles, mais à des volumes ou à l'activité (par exemple, par jour ou par admission).
Finhosta	Base de données nationale sur les hôpitaux contenant des informations financières et comptables relatives aux hôpitaux
FIV	<i>Fécondation in vitro</i> – Technique de procréation médicalement assistée
FP	<i>Frais de pratique</i> – Total des frais nécessaires à l'organisation et à la réalisation des prestations médicales
FPD	<i>Frais de pratique directs</i> – Frais directement liés à la réalisation d'une prestation (personnel, matériel, appareillage)
FPI	<i>Frais de pratique indirects</i> – Frais liés à l'organisation et au soutien (par exemple, administration, infrastructure) des prestations médicales
HS	<i>Services Sp</i> – Services spécialisés de rééducation ou de soins dans les hôpitaux
IF-IC	<i>Institut de classification des fonctions</i> – Système de pondération des fonctions et de rémunération des travailleurs dans le secteur des soins
IPC	<i>Indice des prix à la consommation</i> – Utilisé pour l'indexation des frais
MIC	<i>Soins Intensifs Maternels</i> – Unité de soins spécialisés pendant et après une grossesse complexe
NIC	<i>Soins intensifs néonataux</i> – Soins intensifs spécialisés pour les nouveau-nés
Non-AMI	Activités ou patients non couverts par l'assurance maladie obligatoire (par exemple, patients non assurés, accidents du travail)
ONEM	<i>Office national de l'emploi</i> – Institution fédérale chargée des mesures pour l'emploi
ONSS	<i>Office national de Sécurité sociale</i> – Organisme chargé de la gestion des cotisations sociales
PAL	<i>Soins palliatifs</i> – Soins axés sur le confort des patients atteints d'une maladie incurable
PET	<i>Tomographie par émission de positons</i> – Technique d'imagerie basée sur des traceurs radioactifs
RMN	<i>Résonance magnétique nucléaire</i> – Technique d'imagerie basée sur la résonance magnétique
RTT	<i>Réduction du temps de travail</i> – Mesure issue d'accords sociaux qui accorde des jours de congé supplémentaires (ou une prime) aux salariés ayant dépassé un certain âge
SBV	<i>Soins à basse variabilité</i> – Mécanisme de financement dans lequel les prestations médicales liées à certains séjours hospitaliers sont remboursées sur la base de montants forfaitaires (au lieu d'honoraires à la prestation)

---

SC	<i>Stérilisation centrale</i> – Service hospitalier chargé du nettoyage et de la stérilisation du matériel médical.
SHA-ADH	<i>System of Health Accounts -Bas-</i> Base de données de l'INAMI contenant les dépenses de santé (source détaillée pour les forfaits)
SMUR	<i>Service mobile d'urgence</i> – Service d'intervention spécialisé dans les soins médicaux d'urgence hors milieu hospitalier
TPP-QPP	<i>Titres professionnels particuliers et qualifications professionnelles particulières</i> - Mesures salariales spécifiques prévues dans les accords sociaux (ajustements des barèmes)
USI	<i>Unités de soins intensifs</i> – Service hospitalier destiné aux patients souffrant de maladies graves ou menaçant leur pronostic vital

---

## II Liste des annexes

Ces annexes contiennent les détails techniques et les informations détaillées qui étayent la méthodologie utilisée. Elles servent de documentation de référence pour les analyses présentées dans la note. Les annexes font partie intégrante de la base méthodologique de la présente note et permettent de vérifier en toute transparence les hypothèses, les clés de répartition et les calculs utilisés. Elles illustrent l'application de la méthodologie à l'année de référence 2019 et garantissent la reproductibilité de l'analyse.

### **Annexe 1 – Calcul détaillé du financement par le BMF des frais de pratique (2019)**

Ventilation détaillée des sous-parties du BMF et calcul de la part imputée aux frais de pratique.

---

### **Annexe 2 – Méthodologie et algorithme d'attribution du financement BI**

Description des clés de répartition et de l'algorithme utilisé pour attribuer la part du financement BI aux frais de pratique (sur la base des m<sup>2</sup>, des ETP, etc.).

---

### **Annexe 3 – Répartition des ETP entre les centres de coûts concernés (Finhosta 2019)**

Aperçu de la répartition du personnel par centre de coûts et par clés de répartition utilisées pour l'affectation des flux de financement aux frais de pratique.

---

### **Annexe 4 – Tableau récapitulatif des révisions et des montants utilisés (BMF 2019)**

Détail des révisions apportées aux budgets du BMF et des montants retenus pour l'année de référence 2019.

---

### **Annexe 5 – Calcul et répartition du financement Maribel social**

Notes méthodologiques relatives à l'affectation des moyens Maribel aux frais de pratique sur la base de la répartition des ETP.

Annexe 1 - Calcul détaillé du financement par le BMF des frais de pratique (2019)

BFM Acute ziekenhuizen 07/2019 (excl hybride)	Budget 01-07-2019	deel Sp/PAL/BRA	subtotaal	deel praktijkkosten	sleutel
<b>A1</b>					
<b>Tot - A1</b>	<b>0,00</b>			<b>0,00</b>	
<b>A2</b>					
200 Forfait A2	36.203.951,19			0,00	
<b>Tot - A2</b>	<b>36.203.951,19</b>			<b>0,00</b>	
<b>A3</b>					
NMR	16.922.697,44				
Radiotherapie	5.358.790,83				
PETSCAN	5.900.000,00				
<b>Tot - A3</b>	<b>28.181.488,27</b>			<b>28.181.488,27</b>	100,00%
<b>B1</b>					
200 Budget B1	1.314.364.092,37			95.252.389,32	7,25%
600 Transport K-patiënten	686.191,16			0,00	
650 Heelkundig dagziekenhuis art. 33 § 1 en 2	114.964,74			0,00	
700 Sociale dienst G-bedden	3.991.869,83			0,00	
800 Financiering van de Sociale Dienst	5.117.781,84			0,00	
900 Burgerlijke aansprakelijkheid artsen	0,00			0,00	
950 Verwarming 2005	4.212.099,14			631.409,45	14,99%
9000 Wijziging van het budget	7.617.933,10			552.074,07	7,25%
9010 Budget B1 : Besparing	-3.814.450,22			-276.434,44	7,25%
<b>Tot - B1</b>	<b>1.332.290.481,96</b>			<b>96.159.438,39</b>	
<b>B2</b>					
200 Budget B2	2.467.074.822,95			393.785.748,80	15,96%
210 Normen IB	0,00			0,00	
370 Sociale correctiefactor aan 25 %	5.932.491,62			0,00	
375 Sociale correctiefactor aan 75 %	17.801.116,23			0,00	
900 Ongemakkelijke prestaties	39.455.920,50			0,00	
2300 Miniforfaits	34.898.428,81			0,00	
2310 Budgetaire inspanning	-13.550.904,25			-2.162.947,36	15,96%
9000 Wijziging van het budget (opening/sluiting vanbedden)	2.612.691,55			417.028,58	15,96%
<b>Tot - B2</b>	<b>2.554.224.567,41</b>			<b>392.039.830,01</b>	
<b>B3</b>				0,00	
200 NMR met toestellen eind 2019	38.409.117,80			38.409.117,80	100,00%

600	Radiotherapie met prestaties 2019 (zie BFM 2021)	46.436.952,75			46.436.952,75	100,00%
800	Petscan	2.247.264,00			2.247.264,00	100,00%
801	Petscan 50%	327.726,00			327.726,00	100,00%
<b>Tot - B3</b>		<b>87.421.060,55</b>			<b>87.421.060,55</b>	
<b>B4</b>					0,00	
100	Recyclage	77.865.441,57			10.070.015,96	12,93%
300	Sociaal akkoord 1989	189.917,61			24.561,26	12,93%
400	Bedrijfsrevisor	2.377.421,91			0,00	
500	Hoofdgeneesheer	11.190.540,76			0,00	
600	Verpleegster ziekenhuishygiëne	8.802.560,32			0,00	
700	Geneesheer ziekenhuishygiëne	6.298.561,29			0,00	
710	Platform hygiëne	24.789,40			0,00	
720	Kwaliteit en veiligheid	0,00			0,00	
721	Pay for performance	6.182.153,98			0,00	
730	Borstklinieken	5.909.430,43			0,00	
731	Functie zeldzame ziektes	1.000.000,00			0,00	
902	Art. 55 Gegevensregistratie : vast deel	3.771.282,00			0,00	
903	Art. 55 Gegevensregistratie : variabel deel	13.495.687,22			0,00	
904	Art.55 Gegevensregistratie : TDI	222.900,54			0,00	
905	Elektronisch Patiëntendossier : Sokkel per Ziekenhuis	2.460.677,00			178.326,06	7,25%
906	Elektronisch Patiëntendossier : Sokkel per Bed	4.921.560,77			356.667,09	7,25%
907	Elektronisch Patiëntendossier : Acceleratorbudget	40.628.102,52			2.944.331,68	7,25%
908	Elektronisch Patiëntendossier : Early Adopter Budget	2.539.256,41			184.020,73	7,25%
1000	MUG	25.709.012,86			0,00	0,00%
1100	Integratiepremie	8.531.958,89			0,00	0,00%
1200	Opneming ter observatie	393.321,30			0,00	
1300	Intern transport	19.082.795,24			0,00	
1500	Permanente vorming	4.924.265,85			0,00	
1510	Supplement permanente vorming 01/01/2009	767.380,74			0,00	
1600	Permanente vorming PU	199.018,70			0,00	
1700	Eerste tewerkstelling (ex RVA stagiairs)	66.604.905,64	2.770.982,56	69.375.888,20	8.170.976,87	11,78%
1800	Langdurige afwezigheid	29.109.601,89	2.267.661,65	31.377.263,54	9.288.954,35	29,60%
1900	Historisch deel patronale bijdragen voor pensioenen	39.017.840,75	1.131.810,32	40.149.651,07	11.885.940,14	29,60%
1901	Verhoging RSZ-PPO voor de periode 2005-2007	14.184.628,90	276.273,24	14.460.902,14	4.281.018,95	29,60%
1904	Pensioe, stat. Act, art 73 §7	65.649.756,94	2.011.033,65	67.660.790,59	20.030.363,53	29,60%
1906	Pensioe. Stat : Act. Art. 73 §9	9.760.883,99	90.710,58	9.851.594,57	2.916.475,24	29,60%
1910	0,25 % voor compens. maatregel IPA openbareziekenhuizen	3.249.616,99	153.931,07	3.403.548,06	940.449,47	27,63%
2000	Pilootstudies	36.406.958,78			0,00	0,00%
2001	Projecten Art. 107 : coördinator	0,00			0,00	
2002	Projecten Art. 107 : Aanhangsel	0,00			0,00	
2003	Projecten Art 107 : medische functie	0,00			0,00	

2005	Pilootstudies Art. 63 §3	480.000,00			0,00	
2006	Geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren	7.588.166,41			0,00	
2010	Zorgprogramma G : Geriatrisch dagziekenhuis	14.457.086,28			0,00	
2015	Zorgprogramma G : Interne liaison G	19.671.883,20			0,00	
2021	Multidisciplinair algologisch team	7.860.742,16			0,00	0,00%
2022	Hemovigilantiefunctie	4.476.951,44			0,00	0,00%
2023	Lokale coördinatiefunctie orgaandonatie	5.222.808,00			0,00	0,00%
2024	Voedingsteams	2.123.047,31			0,00	0,00%
2040	Kankerplan : Pilootstudies	7.509.218,00			0,00	0,00%
2050	Kankerplan : Multidisciplinaire equipe	54.074.186,00			0,00	0,00%
2051	Kankerplan : Datamanager	5.716.617,38			0,00	0,00%
2052	Kankerplan : Ondersteuning ped. Oncol. Eenheid	954.246,88			0,00	0,00%
2053	Kankerplan : Ondersteuning celbank	3.217.960,00			0,00	0,00%
2054	Kankerplan : Ondersteuning tumortheek	3.300.000,00			0,00	0,00%
2055	Kankerplan : Coördinatie translationeel onderzoek	1.338.680,00			0,00	0,00%
2056	Kankerplan : Nutritionele Ondersteuning	8.228.250,06			0,00	0,00%
2057	Kankerplan : Liaisonfunctie Pediatrie	1.305.285,85			0,00	0,00%
2200	Palliatieve functie : mobiele equipe	17.740.845,89			0,00	
2310	Art 69 : UROD	339.999,99			0,00	
2311	Personeelsomkadering TBC	839.467,55			0,00	
2400	Nosocomiale infecties	1.407.767,00			0,00	
2500	Gesubsidieerde contractuelen IBF	103.787.469,92	1.323.795,12	105.111.265,04	16.721.248,26	15,91%
3500	Begeleider intreders en herintreders	5.002.017,99			0,00	
3600	Mobiele equipe (Sp, Sp pal, Psy)	0,00			0,00	
3700	Ludieke activiteiten en psy. soc. Beg.	5.742.838,46			0,00	
3800	Bijkomend personeel	175.544.814,68			0,00	
3900	Kinderoncologie	4.573.223,81			0,00	
4000	Transplantaties	1.446.078,47			1.446.078,47	100,00%
4100	Artikel 74	8.190.796,49			0,00	
4101	Besparing van toepassing op UNIV. kar. van de ALG.Ziek.	-1.162.540,92			0,00	
4200	In vitro fertilisatie	22.793.040,36			2.947.729,77	12,93%
4300	Bemiddelingsfunctie	2.642.831,40			0,00	
4400	Coördinatie en psy. omkaderingbrandwondenpatiënten	0,00			0,00	
4600	Artikel 91 quater van het KB van 25 april 2002	3.544.704,31			0,00	
4800	Expertisecentrum voor comapatiënten	596.111,54			0,00	
4900	Tewerkstelling Veiligheid	12.180.483,00			0,00	
4901	Tewerkstelling Kinderverzorgsters	1.928.121,30			0,00	
4902	Tewerkstelling Geïnterneerden	0,00			0,00	
5000	Valorisatie van de titles en kwalificaties : <b>herzien bedrag</b>	75.777.888,00			3.440.145,44	4,54%
5001	Classificatie van functie : IFIC 2016	0,00			0,00	
7000	Lineaire besparing januari 2017	-14.536.213,56			0,00	

9000	Wijziging van het budget	1.749.158,59			0,00	
<b>Tot - B4</b>		<b>1.089.126.264,43</b>			<b>95.827.303,27</b>	
<b>B5</b>					0,00	
200	Massa B5	99.946.153,61			0,00	
400	Antibiotherapiebeheer	4.326.629,73			0,00	
420	Opleiding van de apothekers	3.250.000,00			0,00	
430	Medico-farmaceutisch Comité	2.970.878,87			0,00	
440	Klinische pharmacie	7.008.394,50			0,00	
9000	Wijziging van het budget	-1.221.973,71			0,00	
<b>Tot - B5</b>		<b>116.280.083,00</b>			<b>0,00</b>	
<b>B6</b>						
200	Massa B6	90.749.765,68	646.496,89	91.396.262,57	76.118.176,08	83,28%
9000	Wijziging	762.196,47	0,00	762.196,47	634.785,31	83,28%
<b>Tot - B6</b>		<b>91.511.962,15</b>			<b>76.752.961,39</b>	
<b>B7</b>					0,00	
250	Verschil punten B2	8.911.464,36			0,00	
300	Vermindering B2	-1.135.864,06			0,00	
600	Massa C	7.712.847,08			0,00	
800	Massa D	0,00			0,00	
900	Onderdeel B7 A	127.681.080,23			0,00	
910	Miniforfaits	8.896.917,31			0,00	
7000	Besparing van toepassing op UNIV. kar. van de ALG.Ziek.	-2.198.315,83			0,00	
9000	Wijziging	0,00			0,00	
<b>Tot - B7</b>		<b>149.868.129,09</b>			<b>0,00</b>	
<b>B8</b>						
201	Massa sociale functie 50 %	11.608.730,87			0,00	
220	Massa SCI 50 %	10.402.195,72			0,00	
260	Massa sociale functie 50 % ziekenhuizen buiten systeem	0,00			0,00	
270	Massa SCI 50 % ziekenhuizen buiten systeem	1.206.462,77			0,00	
400	Massa interculturele bemiddeling	1.490.147,26			0,00	
9000	Wijziging	402.128,67			0,00	
<b>Tot - B8</b>		<b>25.109.665,29</b>			<b>0,00</b>	
<b>B9</b>					0,00	
100	Financiering eindloopbaan met herziening	522.623.109,10			144.536.298,88	27,66%
200	Attractiviteitspremie met herziening	124.068.142,86			19.948.756,04	16,08%
300	Vakantiegeld statutairen (65-80)	13.401.208,52	44.370,66	13.445.579,18	3.980.441,80	29,60%
305	Vakantiegeld statutairen (80-92 )	543.938,85	0,00	543.938,85	161.028,16	29,60%
310	Onderfinanciering vakantiegeld	4.603.522,12	0,00	4.603.522,12	1.362.830,98	29,60%
600	Interculturele bemiddeling	922.104,11			0,00	
700	Supplementair personeel operatiekwartier	6.065.440,06			6.065.440,06	100,00%

800	Versterking nachtequipe algemene ziekenhuizen	23.767.406,14		0,00	
900	Verhoging 50 naar 56 % suppl zondagnacht enfeestdagen	2.351.923,59		0,00	
1000	Functiecomplement <b>met herziening</b>	3.803.285,99		927.376,45	24,38%
1110	Mobiele equipe - Bijkomende Betrekkingen	92.902.151,99		14.828.712,59	15,96%
1120	Bijkomende tewerkstelling: Akkoord 2011 ? PubliekeSector	3.740.761,44		0,00	
1140	Bijkomende tewerkstelling: Akkoord 2011 ? PrivateSector	3.837.925,73		0,00	
1150	Sociaal Akkoord : harmonisatie barema 1.35	11.038.377,29		1.761.906,70	15,96%
1200	Pediatisch hemato-oncologie	798.663,32		0,00	
1300	Ongemakkelijke prestaties : complement openbaresector	1.851.693,62		0,00	
1305	Ongemakkelijke prestaties - Complement privatesector	2.996.545,85		0,00	
1310	Maatregelen IFIC <b>herziening 2019</b>	54.322.970,26		18.430.388,46	33,93%
1311	IFIC PR : bijkomend budget 2019	0,00		0,00	33,93%
9000	Wijziging	2.274.498,64		0,00	
	Post 2019 : Zorgpersoneelsfonds	0,00		0,00	15,96%
<b>Tot - B9</b>		<b>875.913.669,48</b>		<b>212.003.180,12</b>	
<b>C2</b>					
<b>Tot - C2</b>		<i>irrelevant</i>			
<b>C3</b>					
200	Massa C3	-12.176.097,11		0,00	
9000	Wijziging van het budget (opening/sluiting vanbedden)	0,00		0,00	
<b>Tot - C3</b>		<b>-12.176.097,11</b>		<b>0,00</b>	
<b>Tot</b>					
<b>Tot - BMF</b>		<b>6.373.955.225,71</b>		<b>988.385.262,01</b>	
			aandeel ZIV netto	<b>97,62%</b>	
				<b>964.879.112,51</b>	

## bijlage 2 Algoritme Berekening aandeel praktijkkosten in B1

Berekening gebeurt per instelling - budget per instelling wordt opgeteld - globaal percentage is mediaan alle instellingen

Gegevens :		Bron	
1	Criteria OK	factor P BFM 2019	
2	Criteria sterilisatie	factor P BFM 2019	
3	supplement OK	factor P BFM 2019	
4	Oppervlakte 160	gegevens B1 2019 (basis 2017)	
5	Oppervlakte OK	gegevens B1 2019 (basis 2017)	
6	Oppervlakte 261	gegevens B1 2019 (basis 2017)	
7	Factor P	factor P BFM 2019	
8	Opp_tot_Hosp	totale oppervlakte 2019 na omslag	
9	WE 02	Werkeenheden algemene kosten ziekenhuis BFM 2019	
10	WE 03	Werkeenheden onderhoud ziekenhuis BFM 2019	
11	WE 04	Werkeenheden verwarming ziekenhuis BFM 2019	
12	WE 05	Werkeenheden Administratie ziekenhuis BFM 2019	
13	L9 massa AK	B1 algemene kosten ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
14	L9 massa ond	B1 onderhoud ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
15	L9 massa Verw	B1 verwarming ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
16	L9 massa Adm	B1 administratie ziekenhuis na aanpassing verantwoorde acitviteit (L9 = lijn 9)	
17	B1_200 incl internaat	Totale B1 inclusief internaat uit bijlage B1 BFM 2019	
<b>berekeningen :</b>			
18	WE gewogen AK (Ok +25%) x 0,33	werkeenheden algemene kosten gewogen volgens factoren A & B met OK + 25%	$m^2 \text{ OK}(5) \times 0,33 \times 1,25 + m^2 \text{ OK} (5) \times 0,67 + m^2 160 (4) + m^2 261(6)$
19	WE gewogen ond (Ok +50%) x	werkeenheden onderhoud gewogen volgens factoren A & B met OK + 50%	$m^2 \text{ OK}(5) \times 0,33 \times 1,50 + m^2 \text{ OK}(5) \times 0,67 + m^2 160 (4) + m^2 261(6)$
20	WE verw (geen weging)	werkeenheden verwarming. De $m^2$ worden niet gewogen	$m^2 \text{ OK} (5) + m^2 160 (4) + m^2 261 (6)$
21	% mMP/TM AK	percentage gewogen WE algemene kosten van OK/160/261 op totaal werkeenheden = (18) / (09)	
22	% mMP/TM ond	percentage gewogen WE onderhoud van OK/160/261 op totaal werkeenheden = (19) / (10)	
23	% mMP/TM verw	percentage WE verwarming OK/160/261 op totaal werkeenheden = (20) / (11)	
24	weerhouden AK	deel van budgetmassa Algemene Kosten voor 180/160/261 = (21) * (13)	
25	weerhouden ond	deel van budgetmassa Onderhoud voor 180/160/261 = (22) * (14)	
26	weerhouden verw	deel van budgetmassa verwarming voor 180/160/261 = (23) * (15)	
27	factor P gewogen	aandeel van de drie diensten in de werkeenheden Administratie (enkel factor P, rest is ligdagen en opname)=(criteria OK (1) + 160 (2) + suppl OK (3)) x 43	
28	%	percentage gewogen werkeenheden 180/160 (27) in totaal werkeenheden administratie (12)	
29	weerhouden admin	aandeel van de drie diensten in de budgetmassa Administratie = (28) * (16)	
<b>specifiek : internaat</b>			
30	CT08	budgetmassa Internaat ziekenhuis (historisch 1994)	
31	CT08 % B2	Intenaat (30) x % B2 in totaal B1+B2 x % 160/180/261 in B2	
<b>32</b>	<b>totaal weerhouden B1</b>	<b>totaal van alle deelfinancieringen 160/180/261 in de B1 (24) + (25) +(26) +(29) +(31)</b>	

Bijlage 3 : Ontzorging volgens FTE

YEAR	Type personeel	KP 020-149	KP 150-199	KP 160	KP 180	KP 200-499	KP 261	KP 500-899	KP 550-553	KP 555	KP 650-680	KP 830	Totaal (020-899)
			(excl. 160, 180)			(excl. 261)		(excl. 550-553, 555, 650-680, 830)					
2019 0	Normaal	30.096,85	3.573,26	1.135,03	4.912,16	32.819,57	526,46	20.069,70	1.288,12	1.254,09	77,79	1.436,18	97.189,21
2019 1	RVA, EWE etc.	377,66	125,09	20,43	164,58	1.152,11	10,96	278,43	16,98	6,12	0,20	43,55	2.196,11
2019 2	IBF	2.499,29	60,73	75,80	97,61	627,27	6,06	448,55	20,99	25,56	1,34	84,59	3.947,79
2019 3	Logistiek assistent	573,94	69,17	52,74	95,80	874,45	8,32	76,55	38,27	1,00		2,67	1.792,91
2019 4	Sociale Maribel	2.701,54	309,63	158,44	428,78	2.339,18	20,54	622,64	86,28	34,15	3,48	127,06	6.831,72
2019 5	Ter beschikking gesteld pers	115,03	7,96	5,81	12,44	168,13	0,63	53,90	6,47	1,66		3,01	375,04
2019 6	Interim personeel	105,87	20,15	2,34	14,45	237,86	2,55	48,23	2,09	1,04	0,03	1,49	436,10
2019 7	Statutairen	3.299,38	337,58	101,87	487,71	3.428,48	54,47	2.528,97	152,09	167,26	6,42	153,95	10.718,18
2019 8	Prepensioen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>TOTAAL</b>	<b>39.769,56</b>	<b>4.503,57</b>	<b>1.552,46</b>	<b>6.213,53</b>	<b>41.647,05</b>	<b>629,99</b>	<b>24.126,97</b>	<b>1.611,29</b>	<b>1.490,88</b>	<b>89,26</b>	<b>1.852,50</b>	<b>123.487,06</b>
	<b>Cat 0 &amp; 7</b>	<b>33.396,23</b>	<b>3.910,84</b>	<b>1.236,90</b>	<b>5.399,87</b>	<b>36.248,05</b>	<b>580,93</b>	<b>22.598,67</b>	<b>1.440,21</b>	<b>1.421,35</b>	<b>84,21</b>	<b>1.590,13</b>	<b>107.907,39</b>

noot :	160 & 180 & 261 zitten niet in 150-199 en 200-499 maar wel in 020 - 899
	550 - 553 & 555 & 650-680 & 830 zitten niet in 500-899
Premise :	omslag KP 020 - 149 = 50,5%

financiering	berekening	percentage	opmerkingen
B4 1700 EWE	cat 1 : (160 + 180 + 261) / (0,505 x 020-149) + (150 - 199) + (200-499) + 160 + 180 + 261)	11,78%	personeel EWE enkel op BFM diensten
B4 1800	cat 7 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	29,60%	alle personeel statutairen (KP 020 - 899)
B4 1900			
B4 1901			
B4 1904			
B4 1906			
B9 300			
B9 305			
B9 310			
B4 1910	cat 0 & 7 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	27,63%	alle personeel ziekenhuizen zonder maribel/EWE/...
B4 2500 IBF	cat 2 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	15,91%	alle personeel IBF (020 - 899)
B6	cat 0 & 7 : (500 - 899 excl) / (500-899)	83,28%	zijn lasten buiten BFM => 550-553/555/650-680/830 uit te sluiten
B9 1120	cat 0 & 7 : (160 + 180 + 261) / (0,505 x 020-149) + (150 - 199) + (200-499) + 160 + 180 + 261	0,00%	bijkomend personeel indertijd verdeel pro rata bedden enkel BFM - kleine budgetten
B9 1140			
B9 1150			

**Bijlage 4 Ontrafeling herzienbare elementen (algemene ziekenhuizen)**

2019	KP 160	KP 180	KP 261	KP 500 -899 excl 830	KP 550-553	KP 555	KP 650-680	totaal	deel honoraria*	%
B4 5000 Titels en kwalificaties	4.049,07	378.827,52	138.170,53	6.183.179,02	3.045.695,84	553.429,64	0,00	68.397.680,96	3.105.100,66	4,54%
B9 100 CAO45+	6.748.331,87	23.128.866,86	2.109.797,51	111.961.798,30	5.158.311,05	5.290.078,80	205.739,08	481.974.930,20	133.294.665,61	27,66%
B9 200 Attractiviteitspremie	1.349.530,92	5.412.032,05	568.506,97	24.143.953,74	10.126.267,57	1.299.957,01	99.043,06	124.068.142,86	19.948.756,04	16,08%
B9 1000 functiecomplement	63.857,42	190.246,74	25.344,63	638.992,37	95.085,38	27.055,30	0,00	3.265.727,14	796.300,48	24,38%
B9 1310 IFIC	436.112,97	5.871.032,85	520.400,33	10.551.610,01	451.683,45	454.545,34	70.623,69	48.345.256,34	16.402.303,67	33,93%

\*KP 160 + 180 + 261 + 500-899 - 550/553 - 555 - 650-680 - 830

Bijlage 5 : aandeel praktijkkosten Sociale Maribel

YEAR	type personeel	KP 020-149	KP 150-199	KP 160	KP 180	KP 200-499	KP 261	KP 500-899	KP 550-553	KP 555	KP 650-680	KP 830	KP Totaal (020-899)
			(excl. 160, 180)			(excl. 261)		(excl. 550-553, 555, 650-680, 830)					
2019 0	Normaal	30.096,85	3.573,26	1.135,03	4.912,16	32.819,57	526,46	20.069,70	1.288,12	1.254,09	77,79	1.436,18	97.189,21
2019 1	RVA, EWE etc.	377,66	125,09	20,43	164,58	1.152,11	10,96	278,43	16,98	6,12	0,20	43,55	2.196,11
2019 2	IBF	2.499,29	60,73	75,80	97,61	627,27	6,06	448,55	20,99	25,56	1,34	84,59	3.947,79
2019 3	Logistiek assistent	573,94	69,17	52,74	95,80	874,45	8,32	76,55	38,27	1,00		2,67	1.792,91
2019 4	Sociale Maribel	2.701,54	309,63	158,44	428,78	2.339,18	20,54	622,64	86,28	34,15	3,48	127,06	6.831,72
2019 5	Ter beschikking gesteld pers	115,03	7,96	5,81	12,44	168,13	0,63	53,90	6,47	1,66		3,01	375,04
2019 6	Interim personeel	105,87	20,15	2,34	14,45	237,86	2,55	48,23	2,09	1,04	0,03	1,49	436,10
2019 7	Statutairen	3.299,38	337,58	101,87	487,71	3.428,48	54,47	2.528,97	152,09	167,26	6,42	153,95	10.718,18
2019 8	Prepensioen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>TOTAAL</b>	<b>39.769,56</b>	<b>4.503,57</b>	<b>1.552,46</b>	<b>6.213,53</b>	<b>41.647,05</b>	<b>629,99</b>	<b>24.126,97</b>	<b>1.611,29</b>	<b>1.490,88</b>	<b>89,26</b>	<b>1.852,50</b>	<b>123.487,06</b>
	<b>Cat 0 &amp; 7</b>	<b>33.396,23</b>	<b>3.910,84</b>	<b>1.236,90</b>	<b>5.399,87</b>	<b>36.248,05</b>	<b>580,93</b>	<b>22.598,67</b>	<b>1.440,21</b>	<b>1.421,35</b>	<b>84,21</b>	<b>1.590,13</b>	<b>107.907,39</b>
	<b>Cat 3 &amp; 4</b>	<b>3.275,48</b>	<b>378,80</b>	<b>211,18</b>	<b>524,58</b>	<b>3.213,63</b>	<b>28,86</b>	<b>699,19</b>	<b>124,55</b>	<b>35,15</b>	<b>3,48</b>	<b>129,73</b>	<b>8.624,63</b>

noot : 160 & 180 & 261 zitten niet in 150-199 en 200-499 maar wel in 020 - 899  
550 - 553 & 555 & 650-680 & 830 zitten niet in 500-899

privé ziekenhuizen 2020 :	<b>205.203.670,30</b>	cijfers 2019 niet beschikbaar
retro index naar 2019 vanuit 1/3/2020 :	<b>201.839.675,70</b>	
Openbare Algemene ziekenhuizen :	<b>97.271.803,22</b>	2019
totaal 2019 :	<b>299.111.478,92</b>	
<b>Sociale Maribel</b>	cat 3 & 4 : (160 + 180 + 261 + (500-899 excl)) / (020-899)	<b>16,97%</b> alle personeel cat 3 & 4 pro rata 020 - 899
te weerhouden :	<b>50.766.511,02</b>	