



REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE DE LA PHASE 2.2.A : FRAIS DE FONCTIONNEMENT
DIRECTS DES ACTES TECHNIQUES MEDICO-CHIRURGICAUX

Le Centre Universitaire de Gestion, Economie et Droit appliqués aux Institutions de Soins et de Santé

Promoteur : Prof. P. Leclercq ; Collaborateurs scientifiques : S. Bardiaux, M. Vincent, D. Martins, C. Dauven, J. Van Den Bulcke avec la collaboration du Prof. M. Pirson

En collaboration avec l'équipe universitaire de recherche de la KUL

prof. Katrien Kesteloot, PhD., dr. Wim Tabeur, Tom Hamels, Reini Mertens, Mouna Vanlommel, Pieter De Veuster, Daphne Roskams, dr. Michael Erkens, Jo Vandersmissen met de samenwerking van Prof..Dr. Johan Kips

Juin 2025

Rapport

Rapport de clôture Phase 2.2.A

TABLE DES FIGURES	4
TABLE DES TABLEAUX	5
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	7
1.1. Rappel des dispositions du contrat du 23.12.2021 concernant la phase 2.2.A	8
1.2. Structure du rapport clôturant la phase 2.2.A	8
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DEVELOPPEE PAR GEDISULB	10
[A] Préalable : Origine des données de facturation et de comptabilité analytique	11
[B] Méthodologie développée par GEDISULB	14
2.1. Groupes d'activité cliniques	14
2.1.1. Les étapes nécessaires à la création des GAC	14
2.1.1.1. Collecte et préparation des sources d'informations exploitées	14
2.1.1.2. Préparation d'un tableau de travail	15
2.1.1.3. Estimation des différents types de GAC à créer	16
2.1.1.4. Attribution GAC	16
2.1.2. Difficultés, choix et limites du classement par GAC	16
2.1.3. Les GAC « théoriques »	17
2.1.4. Les GAC « opérationnels »	18
2.2. Pareto	20
2.3. Centres d'activité opérationnels (CAO)	22
2.3.1. Définition	22
2.3.2. L'identification des CAO dans l'échantillon des hôpitaux exploité par l'équipe GEDISULB	22
2.3.2.1. Les travaux de validation	22
2.3.2.2. Résultat des opérations de validation	25
2.3.3. Les prestations des CAO sélectionnés	26
2.3.4. Nettoyage des CAO en vue des calculs de coûts	28
2.4. Tableau des Cost Drivers	31
2.4.1. Définition	31
2.4.2. Constitution du tableau des cost drivers	31
2.4.2.1. Cost driver « personnel »	31
2.4.2.2. Cost driver « équipement »	32
2.4.2.3. Cost driver « PMC »	32
2.5. Calcul des coûts des actes techniques médicaux et chirurgicaux	33
2.5.1. Méthode	33

2.5.2. Algorithme développé pour le calcul des FF des ATMC et traitement des résultats obtenus	33
2.5.3. Résultats avant mise en commun avec LIGBKUL	37
Dossier complémentaire : Les études des cost drivers dans le cadre de la méthodologie GEDISULB ..	39
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE COMPARATIVE GEDISULB - LIGBKUL	49
3.1. Introduction	50
3.2. Etudes complémentaires réalisées pour améliorer le calcul des frais de fonctionnement présenté dans la version 1 de l'EVR FF ATMC NPS V0	50
3.2.1. De la liste des ATMC inclus dans la version 1 à la liste des ATMC inclus dans la version 2	50
3.2.1.1. Prestations écartées	50
3.2.1.2. Prestations ajoutées	51
3.2.2. Révision de la liste des Groupes d'Activité Cliniques (GAC)	52
3.2.3. Présence ou non de personnel soignant/technique pour réaliser l'ATMC	52
3.2.4. Doublons NPS V0	53
3.2.5. Actes complémentaires	54
3.2.6. Actes faisant référence à des moyens techniques	55
3.2.7 Autres discussions relatives aux frais de fonctionnement directs	55
3.3. Méthodologie comparative en vue de l'intégration des résultats des 2 équipes universitaires dans une EVR FF ATMC NPS V0 version XX	55
3.3.1. Mise en commun des résultats des calculs des frais de fonctionnement réalisés par chaque équipe	56
3.3.2. Analyse préparatoire réalisée par chaque équipe sur base de principes préalablement définis consensuellement.	56
3.3.3. Réunions de concertation	58
3.3.4. L'échelle commune	58
CHAPITRE 4 : RESULTATS	59
4.1. Format	60
4.2. Résultat : l'EVR FF ATMC NPS V0 version 2	60
4.3. Commentaires	63
CHAPITRE 5 : COMMENTAIRES.....	64
5.1. Préalable	65
5.2. L'EVR FF ATMC, élément constitutif de la construction tarifaire	66
5.2.1. Prise en compte des "coûts indirects "	67
5.2.2. Mise à jour périodique de l'EVR FF ATMC	69
5.2.3. Coûts de la pratique et sources de financement	70

5.3. Réflexions et suggestions concernant le calcul des frais de fonctionnement de l'activité médicale	72
5.3.1. Relation entre le lieu d'exécution de l'acte médical et son coût.	72
5.3.2. Le prestataire effectif de l'acte médical est-il le médecin lui-même ou le médecin assisté par du personnel soignant/technique ou du personnel soignant/technique à qui le médecin a confié la réalisation de l'acte ?	73
5.3.3. Faut-il redéfinir le paramétrage des ressources directement impliquées dans la réalisation des ATMC ?	75
5.3.4. Prestations susceptibles d'être réalisées par plusieurs spécialités médicales	76
5.3.5. Le calcul des frais de fonctionnement doit-il être effectué par prestation ou faut-il produire des résultats pour des combinaison de prestations ?	77
5.3.6. Imputation des coûts des produits médicaux courants (PMC).	78
5.3.7. Imputation des équipements médicaux (et des contrats de maintenance)	80
5.3.8. Les caractéristiques des patients peuvent influencer les coûts de la pratique	81
5.3.9. Prestations peu ou pas représentées dans les échantillons hospitaliers	83
5.3.10. Prestations à statut mixte	84
5.3.11. L'EVR FF ATMC NPS V0 prévue à l'issue de la phase 2.2.A correspond à un contexte hospitalier	85
5.4. Nécessité d'entreprendre une réforme de la comptabilité hospitalière et de prévoir des hôpitaux de référence	85
5.4.1. Limites de la comptabilité analytique hospitalière	86
5.4.2. Conséquences	87
5.4.3. Impulser une réforme de la comptabilité analytique hospitalière	88
5.4.4. Nécessité de sélectionner des hôpitaux de référence néerlandophones et francophones	89

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : RÉSULTAT DES OPÉRATIONS DE VALIDATION	26
FIGURE 2 : ILLUSTRATION DES OPTIONS POSSIBLES EN CAS DE PRESTATION SANS COÛT UNITAIRE 2016-2018..	32
FIGURE 3 : ILLUSTRATION DES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE LA MÉTHODOLOGIE DE CALCUL DES FRAIS DE FONCTIONNEMENT	33
FIGURE 4 : EXEMPLE DE FORMULAIRE DESTINÉ À L'ENDOSCOPIE	40
FIGURE 5 : EXEMPLE DE FICHE DE SYNTHÈSE (VARIANTE UTILISANT LES PASSAGES PATIENTS)	43

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : EXTRAIT DES STATISTIQUES NATIONALES 2022 FOURNIES PAR L'INAMI.....	14
TABLEAU 2 : MISE EN FORME PAR GEDISULB DES STATISTIQUES FOURNIES PAR L'INAMI.....	14
TABLEAU 3 : EXTRAIT DES STATISTIQUES PACHA 2022 RELATIVES AUX CAO PRODUCTEURS PAR ATMC	15
TABLEAU 4 : EXTRAIT DU TABLEAU DE TRAVAIL QUI RASSEMBLE LES DIFFÉRENTES SOURCES D'INFORMATIONS PERMETTANT DE GUIDER LES CHOIX D'ATTRIBUTION DES GAC À CHAQUE ATMC.....	16
TABLEAU 5 : EXTRAIT DE LA DÉTERMINATION DU GAC À PARTIR DES SOURCES D'INFORMATIONS RASSEMBLÉES DANS LE TABLEAU DE TRAVAIL	16
TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES ATMC DANS 34 GAC « THÉORIQUES »	18
TABLEAU 7 : EXTRAIT ILLUSTRANT LA DIFFÉRENCE ENTRE LES GAC « THÉORIQUES » ET « OPÉRATIONNELS » ...	19
TABLEAU 8 : RÉPARTITION DES ATMC DANS 47 GAC « OPÉRATIONNELS »	19
TABLEAU 9 : EXEMPLES DE DIFFÉRENCES ENTRE LES DISCIPLINES PRINCIPALES SELON LES STATISTIQUES NATIONALES ET LES STATISTIQUES PACHA.....	20
TABLEAU 10 : EXEMPLES DE PRESTATIONS RÉALISÉES MAJORITAIREMENT EN MILIEU EXTRAHOSPITALIER	20
TABLEAU 11 : EXEMPLE DE PARETO 80% SUR LES QUANTITÉS NATIONALES 2022.....	20
TABLEAU 12 : EXEMPLE DE PARETO 80% SUR LES QUANTITÉS NATIONALES 2022 ET LES DÉPENSES NATIONALES 2022.....	21
TABLEAU 13 : RÉCAPITULATIF PARETO PAR GAC « THÉORIQUE ».....	21
TABLEAU 14 : EXTRAIT DE LA CARTOGRAPHIE PERMETTANT DE LOCALISER LES ATMC SELON LES CDF OÙ ILS ONT ÉTÉ IMPUTÉS.....	22
TABLEAU 15 : EXTRAIT DES PRESTATIONS RÉALISÉES DANS UN CDF PRODUISANT DES ATMC.....	23
TABLEAU 16 : IDENTIFICATION ET REGROUPEMENT DES NATURES DE CHARGES PAR CAO.....	23
TABLEAU 17 : IMPORTANCE RELATIVE DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE CHARGES D'UN CAO	24
TABLEAU 18 : ILLUSTRATION D'UN CAO ÉCARTÉ CAR LES ATMC Y SONT PRODUITS DE MANIÈRE MARGINALE...	24
TABLEAU 19 : ILLUSTRATION DE CAO ÉCARTÉS CAR MÉTHODOLOGIE INAPPLICABLE	24
TABLEAU 20 : ILLUSTRATION D'UN CAO ÉCARTÉ CAR L'ADÉQUATION ENTRE LES CHARGES ET LA PRODUCTION N'EST PAS COHÉRENTE.....	25
TABLEAU 21 : EXTRAIT DE LA CARTOGRAPHIE DES CAO GRÂCE AU CLASSEMENT DES PRESTATIONS	27
TABLEAU 22 : EXTRAIT DES CATÉGORIES DE PRESTATIONS PRINCIPALES.....	27
TABLEAU 23 : EXTRAIT DES PROPORTIONS DE LA QUANTITÉ D'ATMC PRODUITS DANS LES CAO	28
TABLEAU 24 : ILLUSTRATION DU NETTOYAGE DES LIGNES DE RÉSULTATS DE COÛT D'ATMC	29
TABLEAU 25 : ILLUSTRATION DE L'ATMC 202007 RÉALISÉ DANS 4 CAO AVANT NETTOYAGE).....	30
TABLEAU 26 : ILLUSTRATION DE L'ATMC 202007 RÉALISÉ DANS 3 CAO APRÈS NETTOYAGE)	30
TABLEAU 27 : EXTRAIT DU TABLEAU GÉNÉRAL DES COST DRIVERS	31
TABLEAU 28 : EXTRAIT DU FONCTIONNEMENT DE L'ALGORITHME DE CALCUL.....	34
TABLEAU 29 : EXTRAIT DU REGROUPEMENT PAR ATMC DES COÛTS CALCULÉS DANS LES DIFFÉRENTS CAO OÙ ILS ONT ÉTÉ PRODUITS	34
TABLEAU 30 : EXTRAIT DU TABLEAU PRÉSENTANT PAR ATMC LA MOYENNE SIMPLE, LA MOYENNE PONDÉRÉE, LA MÉDIANE SIMPLE ET LA MÉDIANE PONDÉRÉE.....	35
TABLEAU 31 : ILLUSTRATION DU TABLEAU DES RÉSULTATS GEDISULB POUR RÉALISER LES CHOIX DE COÛTS	36
TABLEAU 32 : DÉTAILS DES CHAMPS DU TABLEAU DES RÉSULTATS GEDISULB ET EXEMPLES DES CHOIX DE COÛTS SELON LES 3 CAS DE FIGURE	36
TABLEAU 33 : EXTRAIT DES RÉSULTATS DE COÛTS GEDISULB DES 2.248 ATMC	36
TABLEAU 34 : EXTRAIT DU CLASSEMENT DES ATMC PAR PARAGRAPHE DU CLASSEMENT CCAM ET ORDRE CROISSANT DE COÛT	37
TABLEAU 35 : EXTRAIT DU TABLEAU DES RÉSULTATS GEDISULB AVANT MISE EN COMMUN AVEC LIGBKUL	38
TABLEAU 36 : CONSTITUTION DE 9 CATÉGORIES DE DOUBLONS	53

TABLEAU 37 : CONSTATATION D'UNE INCOHÉRENCE DES COÛTS AU SEIN D'UNE MÊME CATÉGORIE DE DOUBLONS.....	54
TABLEAU 38 : LISTE DES GAC RÉPARTIE PAR ÉQUIPE UNIVERSITAIRE.....	57
TABLEAU 39 : EXEMPLE D'UN REGROUPEMENT D'ATMC LIÉS À LA "CHIRURGIE DE LA PAROI".....	58
TABLEAU 40 : REPRÉSENTATIVITÉ DES PRESTATIONS COUVERTES PAR L'ÉTUDE SUR LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT	63
TABLEAU 41 : REPRÉSENTATIVITÉ DES PRESTATIONS COUVERTES PAR L'ÉTUDE SUR LES FRAIS DE FONCTIONNEMENT (À L'EXCLUSION DES 24 ATMC DU GAC_NARCOSE)	63
TABLEAU 42 : DEGRÉ DE FIABILITÉ DES ATMC À TITRE INDICATIF	63

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.2.A : FRAIS DE FONCTIONNEMENT
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1.1. Rappel des dispositions du contrat du 23.12.2021 concernant la phase 2.2.A

Article 2 : Durée du contrat

Le contrat s'inscrit dans un programme pluriannuel débutant le 1^{er} janvier 2022. La durée du contrat pour les phases 2.1.A et 2.2.A sera de 42 mois pour se terminer le 30 juin 2025. Le planning des tâches (timing + remise des résultats) repris à la page 43 de l'annexe 1 indique le déroulement des études prévues à partir de la date à laquelle débutera le contrat.

Article 9 : Obligations et Délivrables ou rapports

La forme des livrables ainsi que le planning et les modalités de remise des résultats à l'INAMI sont décrits dans l'annexe 6.

Annexe 6

Frais de Fonctionnement

- En fonction des données dont elles pensent pouvoir disposer et de leurs interprétations respectives de l'annexe 5, les deux équipes adopteront deux méthodologies susceptibles de présenter des différences techniques.
- Les deux équipes conviennent cependant que ces approches différentes ne sont pas inconciliables. Il faudra comparer les résultats, s'efforcer de comprendre les écarts et retenir, par consensus, une EVR FF ATMC NPS V0 commune¹.

PV de la réunion du comité de pilotage du 17 juin 2022.

- Les deux équipes universitaires présentent leurs méthodologies respectives, résultant de concertations préalables entre elles.
Ces méthodologies découlent de l'annexe 5 au contrat qui prévoit l'élaboration d'une échelle de valeur relative des frais de fonctionnement relative à la nouvelle nomenclature pour fin 2024, reflétant le coût en personnel, en matériel médical courant, en équipement médical, et tout autre coût direct établi en concertation entre les deux équipes (quelle que soit la source de financement actuelle).
- L'INAMI marque son accord pour les méthodologies suivies par les deux équipes mais se soucie de la cohérence du résultat final, qui doit être une seule et unique échelle de valeur relative des frais de fonctionnement relative à la nouvelle nomenclature¹ pour fin 2024.

1.2. Structure du rapport clôturant la phase 2.2.A

Le rapport comporte cinq chapitres. Les annexes jointes à la fin du rapport sont référencées en indiquant d'abord le numéro du chapitre et ensuite un numéro séquentiel pour chaque annexe (débutant par le chiffre 1 pour chaque chapitre).

Ces chapitres sont brièvement présentés ci-après.

Chapitre 1 Introduction

Il s'agit d'une simple énumération des dispositions contractuelles concernant la phase 2.2.A suivie par une courte introduction destinée à présenter les différents chapitres du rapport.

¹ En attendant la mise en opération de la nouvelle nomenclature descriptive NPS V1, le calcul des frais de fonctionnement des ATMC sera effectué à partir de la comptabilité et des enregistrements de l'activité relatifs à la nomenclature NPS V0 (exercice 2019).

Chapitre 2 Méthodologie de calcul des frais de fonctionnement des actes techniques médicaux et chirurgicaux ATMC) de la nomenclature 2019 (NPS V0 2019)

Ce chapitre est spécifique à chaque équipe universitaire puisque la faculté de développer et de mettre en œuvre des méthodologies différentes a été octroyée à chaque équipe (voir § 1.1) à condition que ces techniques puissent finalement être coordonnées afin d'aboutir à une échelle unique de valeurs relatives des frais de fonctionnement.

Chapitre 3 Méthodologie comparative en vue de l'intégration des résultats des deux équipes dans une échelle commune (EVR FF ATMC NPS V0)

Cette méthodologie permet d'aboutir au résultat escompté par l'INAMI. Elle a été développée afin d'être utilisée à plusieurs reprises. Ainsi, elle a été appliquée, pour la première fois, fin de l'année 2024 pour produire une version provisoire de l'EVR FF ATMC NPS V0 2019, version 1.

Le chapitre 3 débute par un exposé de différentes propositions visant à améliorer cette échelle provisoire version 1. Il se poursuit par la description de la méthodologie comparative utilisée pour aboutir à une seconde version de l'EVR FF ATMC NPS V0 2019.

Chapitre 4 EVR FF ATMC NPS V0 2019.

C'est évidemment le chapitre le plus important puisqu'il présente le résultat final des travaux des deux équipes c'est-à-dire l'Echelle de Valeurs Relatives des Frais de Fonctionnement des Actes Techniques Médicaux et Chirurgicaux de la nomenclature actuelle (l'EVR FF ATMC NPS V0 2019, version 2)

Chapitre 5 Commentaires et points d'attention

Ce chapitre aborde successivement trois thèmes qui sont étroitement liés aux études de frais de fonctionnement de l'activité médicale.

- Une échelle des coûts n'est qu'une des composantes permettant l'élaboration des tarifs médicaux.
- Les activités médicales sont, par nature, complexes et évolutives. Les calculs de coût de ces activités soulèvent de nombreux problèmes qui sont évoqués et discutés dans ce chapitre.
- La disponibilité des données de base (activité et comptabilité) fait également l'objet de réflexions et de propositions.

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.2.A : FRAIS DE FONCTIONNEMENT
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DEVELOPPEE PAR GEDISULB

**Ce chapitre est spécifique à chaque équipe universitaire puisque la faculté de développer et de mettre en œuvre des méthodologies différentes a été octroyée à chaque équipe.
Pour information, le chapitre 2 du rapport en néerlandais décrit la méthodologie du groupe de recherche LIGBKUL.*

[A] Préalable : Origine des données de facturation et de comptabilité analytique

(a) Les données nécessaires²

- ⊕ Données de facturation
- ⊕ Données de comptabilité analytique
- ⊕ Dictionnaires nécessaires aux données de facturation et de comptabilité
- ⊕ Clés de répartition utilisées en comptabilité analytique
- ⊕ Tableau 13 de Finhosta avec une granularité des CDF harmonisée avec les données comptables
- ⊕ Fichier RHM (fichier standard transmis au SPFSP)

(b) Appel à participation

- L'INAMI a envoyé les appels à participation aux hôpitaux le 12 juillet 2022. Le mail comportait une annexe détaillant :
 - Une synthèse méthodologique
 - Les données à fournir par les hôpitaux
 - Les critères qui seraient pris en compte pour évaluer la recevabilité des candidatures
 - Le calendrier des différentes étapes en vue de la sélection des hôpitaux participants
 - Les modalités financières et contractuelles
 - La procédure d'introduction d'une candidature
- Les hôpitaux devaient faire connaître leur intention de participer à la sélection pour le 9 septembre. Ils étaient invités à prendre contact avec les équipes universitaires pour plus de précisions si nécessaire.

(c) Sélection des hôpitaux ayant indiqué leur intention de travailler avec l'équipe universitaire GEDISULB

→ Candidatures

i) Candidatures potentielles

20 hôpitaux ont manifesté leur intérêt pour participer à l'étude. Ils ont contacté l'équipe GEDISULB pour indiquer leur intention d'introduire une candidature et pour discuter de leur capacité de faire parvenir leurs données dans les conditions requises et en temps voulu.

ii) Hôpitaux ayant renoncé à la sélection

Après examen conjoint de leurs données, les responsables de trois hôpitaux ont constaté que leurs données ne correspondaient pas aux prérequis et qu'il serait impossible de les mettre en conformité dans les délais prévus (pour fin octobre 2022). Deux hôpitaux ont estimé que, même s'ils pouvaient fournir des données recevables, les travaux ultérieurs, même limités, qui résulteraient de leur candidature n'étaient pas envisageables compte tenu des moyens dont ils disposaient. Ces cinq hôpitaux ont donc décidé de ne pas faire acte de candidature pour l'exercice 2019 mais il a été convenu qu'ils garderaient le contact avec l'équipe GEDISULB en vue d'une éventuelle participation aux travaux portant sur l'exercice 2022.

² Les fichiers détaillés ont été établis en concertation avec l'équipe LIGBKUL.

iii) Hôpitaux ayant communiqué leurs données en vue de la sélection

15 hôpitaux ont transmis des fichiers de données au cours de la seconde quinzaine de septembre 2022 à l'équipe GEDISULB qui a entrepris l'analyse de ces fichiers en se basant sur les critères de recevabilité fixés par les équipes universitaires et l'INAMI.

Pour rappel, ces critères étaient les suivants :

- Le niveau de granularité doit être suffisant. (NB : La problématique de la granularité des centres de frais ou des centres d'activité [CDF/CA] est un concept difficile à définir de manière univoque mais les deux équipes universitaires LIGBKUL et GEDISULB ont une vision commune de ce que recouvre cette exigence).
- Les actes facturés (comme les charges qui s'y rapportent) devront obligatoirement être rattachés au CDF/CA correspondant à leur lieu de production.
- La liaison entre CDF/CA de la facturation et de la comptabilité devra être établie de manière univoque.
- Les écarts entre activités facturées et charges comptabilisées pour l'activité médicale et par CDF/CA devront être raisonnables.
- Les écarts entre produits facturés et produits comptabilisés pour l'activité médicale et par CDF/CA devront être raisonnables (marge à apprécier par GEDISULB sur base de limites similaires pour les différents hôpitaux).

→ Les travaux de validation

i) Un premier examen superficiel a été effectué. Il avait pour objet de vérifier :

- Que tous les fichiers demandés étaient présents
- Qu'il existait bien une correspondance entre CDF/CA renseignés dans le fichier facturation et dans le fichier comptabilité analytique
- Que la granularité des CDF/CA à l'échelle de l'ensemble de l'hôpital semblait suffisante
- Que la comptabilité de l'ensemble de l'hôpital (et pas seulement de certains CDF/CA) avait bien été transmise.

ii) Résultat des opérations de validation (hôpitaux francophones et bilingues)

➤ Recevabilité

- Pour chaque hôpital candidat, la granularité des CDF/CA retenus était acceptable en rapport avec la taille de l'établissement.
- Les principales activités (bloc opératoires, radiologie, quartier d'accouchement, centres d'activité de cardiologie, de pneumologie, de gastro entérologie, de neurologie, etc.) sont présentes et identifiables.
- L'activité en ATMC prestés dans ces CDF/CA était significative.
- Les moyens imputés pour réaliser cette activité semblaient susceptibles de correspondre aux activités répertoriées.

➤ Le matériel disponible (sur base de l'examen superficiel) pour les calculs prévus

- Au terme de l'analyse décrite ci-dessus, les 15 hôpitaux candidats totalisent un total de 375 CDF/CA retenus (25 CDF/CA en moyenne par hôpital [minimum 15, maximum 42]).
- Les actes techniques médicaux et chirurgicaux (ATMC) prestés dans ces CDF/CA sont au nombre de 5.327.363 soit 85% des ATMC prestés dans ces hôpitaux (355.157 ATMC en moyenne par hôpital [minimum 158.256 maximum 752.083]).
- Ces 5.327.363 ATMC correspondent à 2.249 types d'ATMC différents de la nomenclature actuelle.

- Les 375 CDF/CA retenus totalisent des coûts directs (qui seront inclus dans l'étude) pour 367.335.751€ (24.489.050 € en moyenne par hôpital [minimum 8.091.666€, maximum 62.854.219€]).

➤ En conclusion, GEDISULB a recommandé à l'INAMI d'incorporer les 15 hôpitaux candidats à l'étude en "coûts réels" des frais de fonctionnement liés aux activités médicales (exercice 2019).

01. Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre [APPSM] (Sambreville)

02. Centre Hospitalier Régional [APPSM] (Namur)

03. Clinique Saint Luc (Bouge)

04. Cliniques du Sud Luxembourg [Vivalia] (Arlon)

05. Institut Famenne Ardenne Condroz [Vivalia] (Marche)

06. CHU Mont-Godinne [CHU UCL Namur] (Mont-Godinne)

07. Centre hospitalier de l'Ardenne [Vivalia] (Libramont)

08. Centre Hospitalier universitaire Tivoli (La Louvière)

09. Cliniques de l'Europe (Bruxelles)

10. Clinique & Maternité Sainte Elisabeth [CHU UCL Namur]

11. Centre Hospitalier Régional Peltzer (Verviers)

12. CHU Saint Pierre (Bruxelles)

13. Cliniques Universitaires Saint Luc (Bruxelles)

14. Hôpital Erasme [HUB] (Bruxelles)

15. Hôpital Delta [Chirec] (Bruxelles)

(d) Convention INAMI-GEDISULB-HOPITAUX

A la demande de l'INAMI, GEDISULB a rédigé un projet de convention pour la mise à disposition des données hospitalières nécessaires à l'exécution de la phase 2.2.A de la réforme de la nomenclature (étude sur base des coûts hospitaliers 2019).

Ce projet a été transmis le 17 novembre au Dr Legrand.

A la suite de quelques observations de M. Van De Velde, le projet a été modifié et renvoyé à l'INAMI le 24 décembre 2022.

[B] Méthodologie développée par GEDISULB

2.1. Groupes d'activité cliniques

Un groupe d'activité clinique (GAC) fait référence à un processus de soins plus ou moins homogène et à une utilisation connexe de ressources (ex : même équipement médical, même personnel/qualification).

Comme on l'explique aux paragraphes 2.1.3 et 2.1.4, les GAC sont un outil de travail utilisé tant dans le cadre de la méthode GEDISULB pour le calcul des frais de fonctionnement que dans le cadre des travaux réalisés en commun par les deux équipes pour la coordination de leurs résultats.

2.1.1. Les étapes nécessaires à la création des GAC

2.1.1.1. Collecte et préparation des sources d'informations exploitées

GEDISULB disposait de différentes sources de données :

(a) Les statistiques nationales 2022 et 2019 fournies par l'INAMI, accompagnées de la qualification des prestataires.

Tableau 1 : Extrait des statistiques nationales 2022 fournies par l'INAMI

nomcl	groupe	norm	care	care			profqual	description	ambulant	hospitalise
ature	nomen	est	givr	er_prof	qual					
355132	N13	0	10	109				Spécialistes en anesthésie-réanimation, porteur du titre professionnel particulier en médecine d'urgence		1
355132	N13	0	10	340				Spécialistes en gynécologie-obstétrique		2
355132	N13	0	10	410				Spécialistes en oto-rhino-laryngologie		197
355132	N13	0	10	414				Spécialistes en oto-rhino-laryngologie avec reconnaissance en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés		39
355132	N13	0	10	450				Spécialistes en urologie		2
355132	N13	0	10	480				Spécialistes en chirurgie orthopédique		2
355132	N13	0	10	520				Spécialistes en stomatologie		1
355132	N13	0	10	583				Spécialistes en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie		7
355132	N13	0	10	598				Médecin spécialiste en médecine interne, porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique		1
355132	N13	0	10	623				Spécialiste en pneumologie porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie		10
355132	N13	0	10	650				Spécialistes en gastro-entérologie		3
355132	N13	0	10	653				Spécialiste en gastro-entérologie porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie		1
355132	N13	0	10	660				Spécialistes en oncologie médicale		1
355132	N13	0	10	770				Spécialistes en neurologie		-1
355132	N13	0	10	930				Spécialistes en radiodiagnostic	1.155	
355132	N13	0	10	960				Spécialistes en radiothérapie-oncologie		2
355143	N13	0	10	410				Spécialistes en oto-rhino-laryngologie		
355143	N13	0	10	414				Spécialistes en oto-rhino-laryngologie avec reconnaissance en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés		11
355143	N13	0	10	623				Spécialiste en pneumologie porteur de la qualification professionnelle particulière en oncologie		3
355143	N13	0	10	834				Spécialistes en médecine physique et en réadaptation avec reconnaissance en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés		1
355143	N13	0	10	930				Spécialistes en radiodiagnostic		109

Ce tableau a été complété par GEDISULB pour aboutir à la présentation ci-dessous (extrait) :

Tableau 2 : Mise en forme par GEDISULB des statistiques fournies par l'INAMI

Article	ECONOD AT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS V0	Discipline 2022 (stat INAMI)	Qté discipline (stat INAMI)	Q tot 2022 (stat INAMI)	% discipline (stat INAMI)
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	RX	1.264	1.550	81,5%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	ORL	250	1.550	16,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	PNEUMO	13	1.550	0,8%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	MED INT	8	1.550	0,5%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	GASTRO	4	1.550	0,3%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	GYNE	2	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	ORTHO	2	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	RADIOTHERAPIE-ONCO	2	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	URO	2	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	ANEST	1	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	MED PHY	1	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	ONCO	1	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	STOMATO	1	1.550	0,1%
Article 11 - Prestations techniques médicales spéciales	215375	355132	355143	Ponction d'un ganglion lymphatique	NEURO	-1	1.550	-0,1%

Ces données n'étaient pas suffisantes pour la construction des GAC, car elles précisaient uniquement la qualification des prestataires. Il était cependant également nécessaire de connaître les lieux de production principaux des ATMC, autrement dit, les Centres d'Activité Opérationnels³ (CAO) principaux des ATMC, car les CAO présentent en général des caractéristiques communes en termes de types de ressources consommées. Ces informations n'étaient pas disponibles dans les statistiques de l'INAMI, mais étaient en revanche disponibles via PACHA⁴, dont les données ont été exploitées.

(b) Les statistiques PACHA 2022, 2019 et 2018 relatives aux Centres d'Activité Opérationnels (CAO) producteurs⁵ par ATMC.

Tableau 3 : Extrait des statistiques PACHA 2022 relatives aux CAO producteurs par ATMC

ECONOD AT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospita	LIBELLE NPS V0	CAO PACHA 2022	Q CAO PACHA 2022	Q tot PACHA 2022	% CAO PACHA 2022
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	T_BLOC OP	912	1.890	48,25%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	C_CHIRGEN	259	1.890	13,70%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	C_DERMATO	221	1.890	11,69%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	C_CHIRORTHO	202	1.890	10,69%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	T_PTE INTERVENTI	161	1.890	8,52%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	T_HJCHIR	128	1.890	6,77%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	C_CHIRABDO	4	1.890	0,21%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	C_CHIRPLAST	1	1.890	0,05%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	C_CHIRVASC	1	1.890	0,05%
214260	275192	275203	Cure radicale d'un ongle incarné avec exérèse partielle ou totale de la matrice et des parties molles	C_COMMUN	1	1.890	0,05%
215926	245151	245162	Pose d'un bouchon méatique lacrymal, par oeil	C_OPHT	178	240	74,17%
215926	245151	245162	Pose d'un bouchon méatique lacrymal, par oeil	T_BLOC OP	55	240	22,92%
215926	245151	245162	Pose d'un bouchon méatique lacrymal, par oeil	T_HJCHIR	7	240	2,92%
215222	532836	532840	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans	C_DERMATO	3.584	4.340	82,58%
215222	532836	532840	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans	T_HJCHIR	415	4.340	9,56%
215222	532836	532840	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans	T_BLOC OP	228	4.340	5,25%
215222	532836	532840	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans	T_PTE INTERVENTI	106	4.340	2,44%
215222	532836	532840	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans	C_COMMUN	7	4.340	0,16%
215222	532836	532840	Excision d'une lésion cutanéomuqueuse directement accessible suivie d'une suture en deux plans	C_OPHT	178	240	74,17%
214376	276474	276485	Traitement de la maladie de Dupuytren (greffe de peau y compris): Correction chirurgicale de la rétra	T_BLOC OP	55	240	22,92%
214376	276474	276485	Traitement de la maladie de Dupuytren (greffe de peau y compris): Correction chirurgicale de la rétra	T_HJCHIR	7	240	3%

2.1.1.2 Préparation d'un tableau de travail

Un tableau de travail a été réalisé pour rassembler les différentes sources d'informations permettant de guider les choix d'attribution des GAC à chaque ATMC. Les paires de doublons⁶ NPS V0 (la notion de doublon est développée au § 3.2.4), préalablement identifiées, ont également été indiquées dans ce tableau de travail.

³ La différence entre Centre de Frais (CDF) et Centres d'Activité Opérationnels (la notion de CAO est expliquée au § 3.1).

⁴ PACHA (Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés) est une application de calcul de cout des prestations, séjours des patients et pathologie. 17 hôpitaux sont associés pour partager cette application qui est gérée conjointement par le CR1 de l'ESP de l'ULB et par l'asbl GEDIS.

⁵ Informations recueillies via la facturation des hôpitaux participant au Projet d'Analyse des Coûts des Hôpitaux Associés (PACHA), qui précise le Centre De Frais/Centre d'Activité Opérationnel (CDF/CAO) producteur de chaque prestation facturée.

⁶ Par doublons NPS V0, on entend des libellés identiques ou quasi identiques présents dans 2 articles différents de la nomenclature, mais qui ont des codes INAMI différents.

Tableau 4 : Extrait du tableau de travail qui rassemble les différentes sources d'informations permettant de guider les choix d'attribution des GAC à chaque ATMC

codes INAMI doublons NPS VO	Article	ECONOD AT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS VO	Disc principale 2022 (stat INAMI)	Q disc principale 2022 (stat INAMI)	% disc principale 2022 (stat INAMI)	Disc principale 2019 (stat INAMI)	Q disc principale 2019 (stat INAMI)	% disc principale 2019 (stat INAMI)	CAO principal PACHA 2022	% CAO principal PACHA 2022	CAO principal PACHA 2019	% CAO principal PACHA 2019
	Article 14 h) - Ophatmolo	203612	249233	249244	Biomicroscopie binoculaire du segment antérieur a	OPHT	3.673.226	100%	OPHT	3.649.000	100%	C_OPHT	99%	C_OPHT	100%
	Article 11 - Prestations tex	202986	475075	475086	** Examens électrocardiographiques avec protocole	CARDIO	1.302.404	62%	CARDIO	1.394.863	60%	C_CARDIO	59%	C_CARDIO	54%
	Article 14 i) - Oto-Rhino-L	202771	258812	258823	Tympanoscopie uni- ou bilatérale au moyen d'un mi	ORL	1.238.168	100%	ORL	1.253.742	100%	C_ORL	96%	C_ORL	97%
	Article 17 quater - Echogr	213174	469291	469302	Echographie du petit bassin, quelle que soit la voie	C_GYNE	1.796.933	100%	GYNE	1.636.001	100%	C_GYNE	78%	C_GYNE	79%
	Article 17 - Imagerie médi	213228	459572	459583	Tomographie commandée par ordinateur, de l'abdo	RX	549.952	100%	RX	497.888	100%	T_RX	100%	T_RX	100%
	Article 20 b) - Pneumolog	201792	471310	471321	** Détermination du volume résiduel	PNEUMO	444.698	94%	PNEUMO	437.673	94%	C_PNEUMO	60%	C_PNEUMO	55%
	Article 20 c) - Gastro-enté	203738	473056	473060	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	GASTRO	383.709	97%	GASTRO	379.880	96%	T_ENDO	45%	T_ENDO	50%
	Article 20 e) - Cardiologie	202985	475812	475823	Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring contri	CARDIO	795.722	97%	CARDIO	783.661	97%	C_CARDIO	83%	C_CARDIO	76%
	Article 20 f) - Neuropsych	202946	477131	477142	Electroencéphalographie	NEURO	295.472	90%	NEURO	298.416	92%	C_NEURO	57%	C_NEURO	58%
	Article 9 - Accouchement	203553	424056	424060	Cardiotocographie anténatale (à l'exclusion des car	GYNE	318.606	100%	GYNE	324.976	100%	C_GYNE	65%	C_GYNE	91%
	Article 3 - Prestations tech	202957	149612	149623	Réalisation d'un frotis cervical et vaginal en vue d'un	GYNE	520.439	100%	GYNE	495.432	100%	C_GYNE	100%	C_GYNE	97%
253271-253282-258672-258683	Article 14 c) - Chirurgie Pl	212380	253271	253282	Procédure de rhinoplastie externe avec une ci	CHIR PLAST	381	79%	CHIR PLAST	243	73%	T_BLOC OP	85%	T_BLOC OP	85%
253271-253282-258672-258683	Article 14 i) - Oto-Rhino-L	212404	258672	258683	Procédure de rhinoplastie externe avec une ci	ORL	2.350	98%	ORL	2.107	97%	T_BLOC OP	81%	T_BLOC OP	81%
	Article 11 - Prestations tex	203659	350055	350066	Recherche d'une hypersensibilité allergique imméd	ORL	69.607	50%	ORL	68.663	48%	C_ORL	36%	C_ORL	41%
	Article 14 j) - Urologie	202297	261914	261925	Examen uro-dynamique : Mictiographie, avec protox	URO	213.779	98%	URO	198.673	98%	C_URO	97%	C_URO	84%
258554-258565-312970-312981	Article 14 i) - Oto-Rhino-L	202964	258554	258565	Evidement unilatéral d'un ou deux groupes ganglion	ORL	493	83%	ORL	495	86%	T_BLOC OP	97%	T_BLOC OP	97%
258554-258565-312970-312981	Article 14 i) - Stomatologie	212702	312970	312981	Evidement unilatéral d'un ou deux groupes ganglion	STOMATO	67	58%	STOMATO	52	65%	T_BLOC OP	79%	T_BLOC OP	94%
	Article 21 - Dermatologie	202323	532416	532420	Traitement général par photochimiothérapie ou pho	DERMATO	151.901	100%	DERMATO	193.451	100%	C_DERMATO	100%	C_DERMATO	100%
	Article 14 g) - Gynécologie	202241	431955	431966	** Colposcopie microscopique	GYNE	80.974	100%	GYNE	82.148	99%	C_GYNE	84%	C_GYNE	83%
	Article 14 k) - Chirurgie orl	214380	279636	279640	Méniscectomie interne ou externe du genou, quelle	ORTHO	21.734	100%	ORTHO	32.630	100%	T_BLOC OP	82%	T_BLOC OP	91%
	Article 14 a) - Chirurgie G	202934	220290	220301	* Curetage utérin, curatif ou explorateur, y compris	GYNE	15.634	98%	GYNE	19.770	98%	T_BLOC OP	94%	T_BLOC OP	92%

2.1.1.3. Estimation des différents types de GAC à créer

Cette estimation préalable a été basée sur plusieurs critères :

- Les différentes spécialités médicales concernées par les ATMC
- Les CAO principaux des ATMC

2.1.1.4. Attribution GAC

A partir des sources d'informations rassemblées dans le tableau de travail (disciplines principales, CAO principal et doublons NPS VO), détermination du GAC pour chaque ATMC.

Tableau 5 : Extrait de la détermination du GAC à partir des sources d'informations rassemblées dans le tableau de travail

ECON ODAT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS VO	Disc principale 2022 (stat INAMI)	% disc principale 2022 (stat INAMI)	Disc principale 2019 (stat INAMI)	% disc principale 2019 (stat INAMI)	CAO principal PACHA 2022	% CAO principal PACHA 2022	CAO principal PACHA 2019	% CAO principal PACHA 2019	GAC
203024	258510	258521	** Endoscopie d'un ou plusieurs sinus, avec ou sans prélèvement biopsique, avec ou sans ma	ORL	100%	ORL	100%	C_ORL	86%	C_ORL	86%	GAC_ORL_TECHNIQUE
202918	257471	257482	Drainage prothétique transtympanal uni ou bilatéral	ORL	100%	ORL	100%	T_BLOC OP	73%	T_BLOC OP	76%	GAC_BLOC_OP_ORL
203612	249233	249244	Biomicroscopie binoculaire du segment antérieur avec protocole ou iconographie	OPHT	100%	OPHT	100%	C_OPHT	99%	C_OPHT	100%	GAC_OPHT_TECHNIQUE
212011	246912	246923	Extraction extracapsulaire du cristallin par une méthode de fragmentation au moyen d'ultrason	OPHT	100%	OPHT	100%	T_BLOC OP	75%	T_BLOC OP	75%	GAC_BLOC_OP_OPHT
202704	353194	353205	** Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par séance	DERMATO	65%	DERMATO	68%	C_DERMATO	97%	C_DERMATO	95%	GAC_DERMATO_TECHNIQUE
211617	432751	432762	Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire par l'apposition transvaginale d'un treillis sou	URO	61%	URO	60%	T_BLOC OP	90%	T_BLOC OP	90%	GAC_BLOC_OP_URO
213599	464170	464181	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque	CARDIO	100%	CARDIO	100%	T_CORONARO	83%	T_CORONARO	84%	GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE
203545	452690	452701	Radiographie du thorax et de son contenu, un cliché	RX	100%	RX	100%	T_RX	100%	T_RX	100%	GAC_RX
202405	311975	311986	Biopsie d'une glande salivaire	STOMATO	60%	STOMATO	60%	C_STOMATO	72%	C_STOMATO	55%	GAC_STOMATO_TECHNIQUE

2.1.2. Difficultés, choix et limites du classement par GAC

Les exemples présentés dans le tableau 5 correspondaient à des ATMC assez simples à classer. Cependant, pour un certain nombre d'ATMC, l'attribution d'un GAC s'est avérée plus difficile ou a nécessité un travail d'analyse plus fouillé :

- (1) D'une part car les statistiques relatives aux disciplines principales et aux CAO principaux n'étaient pas toujours cohérentes, ou présentaient des différences selon les années de références. Il a donc fallu effectuer des choix.
- (2) D'autres part car on a choisi de regrouper les ATMC se ressemblant et les doublons NPS VO :
 - a. Les ATMC se rassemblant, malgré qu'ils puissent présenter des différences en termes de statistiques relatives aux disciplines principales et aux CAO principaux, ont été regroupés dans un même GAC par souci de cohérence et en vue de faciliter la comparaison des résultats de coût.

→ Par exemple, les ATMC liés aux recherches d'allergènes, réalisés par les pneumologues, les ORL et les dermatologues, ont tous été regroupés en pneumologie technique.

b. Pour chaque paire de doublons NPS V0, les statistiques ont dû être analysées afin de classer ces doublons dans un même GAC. C'est en général la discipline qui réalisait l'ATMC en plus grande quantité qui guidait le choix du GAC. Il y a cependant eu des exceptions lorsqu'il s'agissait de paires de doublons qui se ressemblaient, car comme expliqué ci-dessus, on a jugé préférable de les classer dans un même GAC par soucis de cohérence et en vue de faciliter la comparaison des résultats de coût.

→ Par exemple, les doublons NPS V0 liés aux radiographies et aux échographies (articles 17, 17 bis, 17 ter et 17 quater) ont été regroupés dans les GAC_RX (y compris le GAC_RX_INTERVENTIONNELLE& INVASIVE) et GAC_ECHO, alors qu'une partie de ces radiographies et échographies concernaient les connexistes. Cependant, les radiographies et échographies quasi exclusivement réalisées par les connexistes n'ont donc pas été classées dans les GAC_RX et GAC_ECHO. En effet, les coronarographies ont été classées dans le GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE, les échographies cardiaques ont été classées dans le GAC_CARDIO_TECHNIQUE, les échographies de grossesse ont été classées dans le GAC_GYNE_TECHNIQUE, et les échographies de l'œil ont été classées dans le GAC_OPHTLAMO_TECHNIQUE.

(3) Enfin, car certains GAC qui ne comportaient pas suffisamment d'ATMC ont été fusionnés (ex : GAC_GYNE_TECHNIQUE&PMA&SALLE_ACC, GAC_NEPHRO&HEMATO, etc.).

Les difficultés et choix qui précèdent ont induit des limites au classement initial par GAC. En effet, ce classement initial par GAC avait pour conséquence :

- De biaiser les Pareto par discipline/secteur
- De ne pas permettre d'estimer les volumes, les chiffres d'affaires totaux et les coûts totaux d'une discipline ou d'un secteur (estimations de "masse" par GAC).

Dès lors, il a été proposé de classer les ATMC dans deux types de GAC : les GAC « théoriques » et les GAC « opérationnels ».

2.1.3. Les GAC « théoriques »

Les GAC « théoriques » correspondent aux GAC initiaux et permettent :

- De planifier les travaux et répartir les tâches entre les deux équipes universitaires
- De faciliter la comparaison des résultats et l'analyse des coûts (gradation des frais de fonctionnement)

Les ATMC ont été répartis dans 34 GAC « théoriques » :

Tableau 6 : Répartition des ATMC dans 34 GAC « théoriques »

	GAC	Nombre d'ATMC
1	GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO	171
2	GAC_BLOC_OP_CHIR CARD	34
3	GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO	533
4	GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	87
5	GAC_BLOC_OP_CHIR THOR	44
6	GAC_BLOC_OP_CHIR VASC	63
7	GAC_BLOC_OP_COLONNE	55
8	GAC_BLOC_OP_GYNECO	94
9	GAC_BLOC_OP_NEUROCHIR	44
10	GAC_BLOC_OP_OPHT	65
11	GAC_BLOC_OP_ORL	151
12	GAC_BLOC_OP_STOMATO	110
13	GAC_BLOC_OP_URO	96
14	GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE	33
15	GAC_CARDIO_TECHNIQUE	32
16	GAC_CHIRORTHO_TECHNIQUE&TRAUMATO	123
17	GAC_CT&MEDNUCL	48
18	GAC_DERMATO_TECHNIQUE	29
19	GAC_ECHO	55
20	GAC_ENDO&TECHNIQUE_GASTRO	71
21	GAC_ENDO&TECHNIQUE_PNEUMO	44
22	GAC_ENDO&TECHNIQUE_URO	32
23	GAC_GYNE_TECHNIQUE&PMA&SALLE_ACC	63
24	GAC_IRM	12
25	GAC_NEPHRO&HEMATO	12
26	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	36
27	GAC_OPHT_TECHNIQUE	52
28	GAC_ORL_TECHNIQUE	40
29	GAC_PAIN_CLINIC	30
30	GAC_RX	88
31	GAC_RX_INTERVENTIONNELLE&INVASIVE	60
32	GAC_RX_PONCTION	15
33	GAC_STOMATO_TECHNIQUE	13
34	GAC_URGENCE&PETITS ACTES TECHNIQUES	17
	Total général	2.452

2.1.4. Les GAC « opérationnels »

Les GAC « opérationnels » correspondent à un 2^{ème} classement (qui ne concerne pas LIGBKUL), et permettent :

- De réaliser des **Pareto** correctes par discipline/secteur afin d'identifier les ATMC devant faire l'objet d'une validation plus approfondie des cost drivers, d'une analyse plus minutieuse des coûts, et de comparaisons et d'arbitrages plus détaillés entre les équipes universitaires.
- De réaliser des **estimations de volumes**, de chiffres d'affaires totaux et de coûts totaux par discipline/ secteur.
- De réaliser les **cartographies** des CAO, permettant d'identifier le ou les types d'activités réalisées.

La classification en GAC « opérationnels » a été réalisée grâce à l'exploitation des statistiques nationales 2022 relatives aux disciplines, et des statistiques PACHA 2022 relatives aux CAO producteurs par ATMC. Lorsque les données de 2022 n'étaient pas disponibles, ce sont celles de 2019 qui ont été exploitées.

Contrairement aux GAC « théoriques », le classement en GAC « opérationnels » :

- N'implique pas que les ATMC se ressemblant soient regroupés dans le même GAC
- N'implique pas que les doublons soient regroupés dans le même GAC
- N'implique pas de fusion de GAC

La différence entre les GAC « théoriques » et « opérationnels » est illustrée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Extrait illustrant la différence entre les GAC « théoriques » et « opérationnels »

Codes INAMI doublons NPS V0	Article	ECONO DAT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS V0	tarif 2022	Qté nationales 2022	GAC "théorique"	GAC "opérationnel"
477116-477120-558552-558563	Article 20 f) - Neuropsychiatrie	203471	477116	477120	*Electromyographie, par électrode aiguille	80 €	119.274	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_NEURO
477116-477120-558552-558563	Article 22 - Physiothérapie	203066	558552	558563	Electromyographie, par électrode aiguille	81 €	205.604	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_MEDPHYS
477470-477481-558530-558541	Article 20 f) - Neuropsychiatrie	202057	477470	477481	* Mesure de la vitesse de conduction nerveuse (motrice et/ou s	51 €	113.964	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_NEURO
477470-477481-558530-558541	Article 22 - Physiothérapie	202651	558530	558541	* Mesure de la vitesse de conduction nerveuse (motrice et/ou s	52 €	191.879	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_MEDPHYS
477514-477525-558611-558622	Article 20 f) - Neuropsychiatrie	202876	477514	477525	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, p	38 €	4.006	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_NEURO
477514-477525-558611-558622	Article 22 - Physiothérapie	203125	558611	558622	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, p	39 €	7.321	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_MEDPHYS
477492-477503-558596-558600	Article 20 f) - Neuropsychiatrie	202951	477492	477503	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, u	19 €	1.651	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_NEURO
477492-477503-558596-558600	Article 22 - Physiothérapie	203407	558596	558600	* Mesure de la vitesse de conduction motrice et/ou sensitive, u	19 €	286	GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	GAC_MEDPHYS
256130-256141-311334-311345	Article 14 i) - Stomatologie	203483	311334	311345	Intervention chirurgicale pour kystes paradentaires	217 €	14.865	GAC_BLOC_OP_STOMATO	GAC_BLOC_OP_STOMATO
256130-256141-311334-311345	Article 14 j) - Oto-Rhino-Laryngologie	202082	256130	256141	Intervention chirurgicale pour kystes para-dentaires	218 €	1.572	GAC_BLOC_OP_STOMATO	GAC_BLOC_OP_ORL
532711-532722-251775-251786	Article 14 c) - Chirurgie Plastique	206776	251775	251786	Exérèse d'une tumeur maligne de la peau ou des muqueuses s	525 €	10.569	GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST
532711-532722-251775-251786	Article 21 - Dermatologie	203129	532711	532722	Exérèse d'une tumeur maligne de la peau ou des muqueuses s	474 €	1.511	GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	GAC_DERMATO_TECHNIQUE
253256-253260-258650-258661	Article 14 j) - Oto-Rhino-Laryngologie	212403	258650	258661	Correction souspérichondrale et souspériostée de la cloison n	273 €	10.041	GAC_BLOC_OP_ORL	GAC_BLOC_OP_ORL
253256-253260-258650-258661	Article 14 c) - Chirurgie Plastique	212389	253256	253260	Correction souspérichondrale et souspériostée de la cloison n	263 €	1.432	GAC_BLOC_OP_ORL	GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST
260330-260341-431152-431163	Article 14 j) - Urologie	202100	260330	260341	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique, chez la fem	47 €	38.671	GAC_ENDO&TECHNIQUE_URO	GAC_ENDO_URO&ASSIMILES
260330-260341-431152-431163	Article 14 g) - Gynecologie - Obstétrique	202102	431152	431163	Cystoscopie, avec ou sans prélèvement biopsique, chez la fem	51 €	1.433	GAC_ENDO&TECHNIQUE_URO	GAC_GYNECO_TECHNIQUE
257316-257320-471730-471741	Article 20 b) - Pneumologie	201847	471730	471741	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de	144 €	4.779	GAC_ENDO&TECHNIQUE_PNEUMO	GAC_ENDO_PNEUMO&ASSIMILES
257316-257320-471730-471741	Article 14 j) - Oto-Rhino-Laryngologie	202916	257316	257320	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de	104 €	49	GAC_ENDO&TECHNIQUE_PNEUMO	ORL_TECHNIQUE

Les ATMC de la NPS V0 ont été répartis dans 47 GAC « opérationnels ». Il y en a davantage que les GAC « théoriques » car les GAC « théoriques » qui correspondent à des fusions de GAC (en cas de GAC contenant trop peu d'ATMC) ont été « défusionnés » pour le travail de classification en GAC « opérationnels », et ce notamment afin de ne pas biaiser les Pareto.

Tableau 8 : Répartition des ATMC dans 47 GAC « opérationnels »

GAC "opérationnels"	Nombre d'ATMC
1 GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO	173
2 GAC_BLOC_OP_CHIR CARD	38
3 GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO	542
4 GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	90
5 GAC_BLOC_OP_CHIR THOR	45
6 GAC_BLOC_OP_CHIR VASC	67
7 GAC_BLOC_OP_COLONNE	54
8 GAC_BLOC_OP_GYNECO	91
9 GAC_BLOC_OP_NEUROCHIR	51
10 GAC_BLOC_OP_OPHT	69
11 GAC_BLOC_OP_ORL	126
12 GAC_BLOC_OP_STOMATO	121
13 GAC_BLOC_OP_URO	94
14 GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE	37
15 GAC_CARDIO_TECHNIQUE	24
16 GAC_CHIR_TECHNIQUE	8
17 GAC_CHIRORTHO_TECHNIQUE&TRAUMATO	131
18 GAC_CT	32
19 GAC_DERMATO_TECHNIQUE	28
20 GAC_ECHO	47
21 GAC_ENDO_GASTRO&ASSIMILES	60
22 GAC_ENDO_PNEUMO&ASSIMILES	17
23 GAC_ENDO_URO&ASSIMILES	26
24 GAC_GASTRO_TECHNIQUE	10
25 GAC_GYNE_TECHNIQUE	41
26 GAC_HEMATO	8
27 GAC_IRM	12
28 GAC_MEDNUCL	18
29 GAC_MEDPHYS	16
30 GAC_NEPHRO	2
31 GAC_NEURO_TECHNIQUE	15
32 GAC_OPHT_TECHNIQUE	49
33 GAC_ORL_TECHNIQUE	46
34 GAC_PAIN_CLINIC	31
35 GAC_PEDIA	26
36 GAC_PMA	3
37 GAC_PNEUMO_TECHNIQUE	17
38 GAC_PSY_TECHNIQUE	4
39 GAC_RHUMATO	4
40 GAC_RX	53
41 GAC_RX_INTERVENTIONNELLE&INVASIVE	45
42 GAC_RX_PONCTION	16
43 GAC_SALLE_ACC	10
44 GAC_STOMATO_TECHNIQUE	20
45 GAC_URGENCE&PETITS ACTES TECHNIQUES	9
46 GAC_URO_TECHNIQUE	22
47 GAC_USI	4
Total général	2.452

Il est à noter que pour certains ATMC, la discipline principale selon les statistiques nationales ne correspondait pas à la réalité observée selon les statistiques des CAO principaux des hôpitaux PACHA. L'explication est la suivante : Les statistiques nationales concernent tant l'activité hospitalière que l'activité extrahospitalière. Or les ATMC dans le cadre de l'EVR FF ATMC, concernent le milieu hospitalier. Le tableau ci-dessous illustre le propos.

Tableau 9 : Exemples de différences entre les disciplines principales selon les statistiques nationales et les statistiques PACHA

Article	ECONO DAT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS V0	Q nationales 2022	Disc principale 2022 (stat INAMI)	Q disc principale 2022 (stat INAMI)	% disc principale 2022 (stat INAMI)	Q TOT PACHA 2022	CAO principal PACHA 2022	Q CAO principal 2022	% CAO principal PACHA 2022	% Q TOT PACHA 2022 / Q nationales 2022	GAC *opérationnels
Article 3 - Prestations techn	202174	114030	114041	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopatho	46.310	MED GEN	46.102	100%	98	C_GYNE	98	100%	0,2%	GAC_GYNE_TECHNIQUE
Article 3 - Prestations techn	203705	145530	145541	Ablation d'ongle incarné	14.004	MED GEN	10.284	73%	267	C_CHIRORTHO	91	34%	1,9%	GAC_CHIRORTHO_TECHNIQUE&TRAUMATO
Article 3 - Prestations techn	203346	113094	113105	Excision de végétations dermiques, par cure	3.525	MED GEN	2.346	67%	86	C_GYNE	44	51%	2,4%	GAC_GYNE_TECHNIQUE
Article 3 - Prestations techn	202009	144712	144723	* Extraction de corps étrangers, non enclavés du pharynx ou du conduit	59.270	MED GEN	44.833	76%	2.382	C_ORL	2.354	98,8%	4,0%	GAC_ORL_TECHNIQUE
Article 3 - Prestations techn	202421	148094	148105	Suture par fils ou par colle tissulaire de plaies autres que celles de la fai	133.256	MED GEN	38.860	29%	3.730	T_GAR	1.175	32%	2,8%	GAC_URGENCE&PETITS ACTES TECHNIQUES
Article 17 ter - Imagerie mé	204447	466130	466141	* Radiographie de l'épaule, avec visualisation de l'articulation scapulo-h	3.521	RHUMATO	2.117	60%	22	T_BLOC OP	14	64%	0,6%	GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO
Article 17 ter - Imagerie mé	202943	466270	466281	Radiographie du bassin, au minimum un cliché du bassin de face dans s	3.161	RHUMATO	1.980	63%	15	T_BLOC OP	15	100%	0,5%	GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO
Article 14 l) - Stomatologie	202626	317052	317063	+ Traitement chirurgical par curetage pour ostéite alvéolaire ou pour ost	100.496	MED DENT	75.462	75%	2.851	C_STOMATO	1.301	46%	2,8%	GAC_STOMATO_TECHNIQUE
Article 14 l) - Stomatologie	202151	317074	317085	+ Gengivectomie étendue à une mâchoire, sur une région d'au moins 6 c	18.896	MED DENT	12.078	64%	258	T_BLOC OP	106	41%	1,4%	GAC_BLOC_OP_STOMATO

Il en est de même pour certains ATMC qui présentent une discipline principale selon les statistiques nationales qui correspond à ce qui est observé selon les statistiques des CAO principaux des hôpitaux PACHA, mais qui présentent une grande différence entre, d'une part les quantités nationales, et d'autre part les quantités produites dans les 17 hôpitaux PACHA. Cela traduit le fait qu'ils sont majoritairement réalisés en milieu extrahospitalier. Le tableau ci-dessous illustre ce propos.

Tableau 10 : Exemples de prestations réalisées majoritairement en milieu extrahospitalier

Article	ECONO DAT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS V0	Q nationales 2022	Disc principale 2022 (stat INAMI)	Q disc principale 2022 (stat INAMI)	% disc principale 2022 (stat INAMI)	Q TOT PACHA 2022	CAO principal PACHA 2022	Q CAO principal 2022	% CAO principal PACHA 2022	% Q TOT PACHA 2022 / Q nationales 2022	GAC *opérationnels
Article 14 i) - Oto-Rhino-Lar	203387	255135	255146	Examen vestibulaire comprenant les épreuves caloriques ou rotatoires,	27.187	ORL	27.187	100%	1.698	C_ORL	1.693	100%	6,2%	GAC_ORL_TECHNIQUE
Article 14 i) - Oto-Rhino-Lar	203417	257530	257541	Aspiration de cholestéatome sous microscope	12.281	ORL	12.281	100%	556	C_ORL	307	55%	4,5%	GAC_ORL_TECHNIQUE
Article 14 i) - Oto-Rhino-Lar	203372	255216	255220	Réssection de polypes de l'oreille, par cure	2.782	ORL	2.782	100%	110	C_ORL	103	94%	4,0%	GAC_ORL_TECHNIQUE
Article 3 - Prestations techn	202987	144653	144664	* Tamponnement nasal postérieur	2.386	ORL	1.749	73%	73	C_ORL	70	96%	3,1%	GAC_ORL_TECHNIQUE
Article 14 i) - Oto-Rhino-Lar	203107	255032	255043	Audiométrie tonale ou vocale avec un ou plusieurs tests complémentai	10.609	ORL	10.596	100%	670	C_ORL	666	99%	6,3%	GAC_ORL_TECHNIQUE
Article 20 g) - Rhumatologie	212416	478015	478026	Ponction diagnostique ou ponction thérapeutique d'une ou de plusieurs	14.355	RHUMATO	14.313	100%	809	C_RHUM	666	82%	5,6%	GAC_RHUMATO
Article 17 ter - Imagerie mé	203710	466255	466266	Radiographie de la hanche, avec visualisation de l'articulation coxo-fém	7.888	ORTHO	6.867	87%	500	T_BLOC OP	355	71%	6,3%	GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO
Article 17 quater - Echogra	207012	469350	469361	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconograp	44.166	MED INT	30.356	69%	1.179	C_ENDOCRINO	721	61%	2,7%	GAC_MEDNUCL

2.2. Pareto

A partir des GAC « opérationnels », la sélection des ATMC principaux a pu être réalisée par Pareto. Cette sélection a constitué une étape clé, car elle a permis non seulement de concentrer les efforts de validation des cost drivers (la notion de cost drivers est détaillée au § 2.4), d'analyser et de comparer les coûts des prestations prioritaires en termes d'impact sur les frais de fonctionnement, mais aussi d'identifier celles devant faire l'objet de discussions plus approfondies et d'une validation commune entre les 2 équipes de recherche (voir chapitre 3).

Le Pareto (80%) a été réalisé par GAC « opérationnels », sur les quantités nationales 2022 (Q 2022). Lorsque le Pareto (80%) réalisé sur les quantités nationales 2022 ne représentait pas 80% en termes de dépenses nationales des honoraires pris en charge par l'INAMI (Q 2022 * tarif 2022), le seuil du Pareto a été augmenté jusqu'à atteindre 80% de ces dépenses nationales.

Tableau 11 : Exemple de Pareto 80% sur les quantités nationales 2022

GAC *opérationnels	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS V0	tarif 2022	Q nationale s 2022	SOMME PAR GAC	%	PARETO	Sélection pareto 80% (ou	TARIF 2022 * Q 2022	SOMME "X" PAR GAC	SOMME PAR GAC	%	
GAC_BLOC_OP_CHIR THOR	1	227496	227500	Pleurotomie (un ou plusieurs drains)	90 €	4.484	22.118	20,27%	20,27%	X	404.816 €	9.688.037 €	12.241.662 €	79,14%
	2	257038	257040	Thyroidectomie totale ou subtotale bilatérale avec dissection de	546 €	4.411	22.118	19,94%	40,22%	X	2.407.171 €			
	3	227216	227220	Exérèse totale élargie ou partielle du poumon avec évidement ga	1.364 €	2.001	22.118	9,05%	49,26%	X	2.729.964 €			
	4	227452	227463	Thoracotomie exploratrice ou thoracoscopie y compris la biops	458 €	1.765	22.118	7,98%	57,24%	X	809.094 €			
	5	227592	227603	Réssection du ganglion sentinelle	229 €	1.637	22.118	7,40%	64,64%	X	375.200 €			
	6	228152	228163	Médiastinoscopie	229 €	1.245	22.118	5,63%	70,27%	X	285.354 €			
	7	227253	227264	Exérèse totale ou partielle d'un poumon	1.160 €	1.057	22.118	4,78%	75,05%	X	1.226.046 €			
	8	227334	227345	Exérèse de la plèvre pour infection chronique ou tumeur, avec oi	887 €	1.022	22.118	4,62%	79,67%	X	906.310 €			
	9	257073	257084	Parathyroïdectomie sélective	546 €	997	22.118	4,51%	84,18%	X	544.083 €			

Ces 9 ATMC représentent 84% de l'activité du GAC_BLOC_OP_CHIR THOR des quantités nationales facturées en 2022, mais en termes de dépenses nationales, cela ne représente que 79,14%. Pour atteindre au minimum 80% des dépenses nationales, 2 ATMC sont rajoutés à la sélection des actes considérés comme principaux.

Tableau 12 : Exemple de Pareto 80% sur les quantités nationales 2022 et les dépenses nationales 2022

GAC opérationnels	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS V0	tarif 2022	Q nationales 2022	SOMME PAR GAC	%	PARETO	Sélection pareto 80% (ou X)	TARIF 2022 * Q 2022	SOMME "X" PAR GAC	SOMME PAR GAC	%
GAC_BLOC_OP_ CHIR THOR	1	227496	227500	Pleurotomie (un ou plusieurs drains)	90 €	4.484	22.118	20,27%	20,27%	X	404.816 €	10.100.153 €	12.241.662 €
	2	257036	257040	Thyroidectomie totale ou subtotale bilatérale avec dissection de	546 €	4.411	22.118	19,94%	40,22%	X	2.407.171 €		
	3	227216	227220	Exérèse totale élargie ou partielle du poumon avec évidement ga	1.364 €	2.001	22.118	9,05%	49,26%	X	2.729.964 €		
	4	227452	227463	Thoracotomie exploratrice ou thoracoscopie y compris la biops	458 €	1.765	22.118	7,98%	57,24%	X	809.094 €		
	5	227592	227603	Réséction du ganglion sentinelle	229 €	1.637	22.118	7,40%	64,64%	X	375.200 €		
	6	228152	228163	Médiastinoscopie	229 €	1.245	22.118	5,63%	70,27%	X	285.354 €		
	7	227253	227264	Exérèse totale ou partielle d'un poumon	1.160 €	1.057	22.118	4,78%	75,05%	X	1.226.046 €		
	8	227334	227345	Exérèse de la plèvre pour infection chronique ou tumeur, avec oi	887 €	1.022	22.118	4,62%	79,67%	X	906.310 €		
	9	257073	257084	Parathyroïdectomie sélective	546 €	997	22.118	4,51%	84,18%	X	544.083 €		
	10	258333	258344	Excision pour biopsie d'un ganglion profond du cou	113 €	869	22.118	3,93%	88,11%	X	98.188 €		
	11	228115	228126	Traitement des tumeurs et des infections du médiastin par voie t	887 €	354	22.118	1,60%	89,71%	X	313.927 €		

A titre informatif, 523 ATMC ont été identifiés comme faisant partie des actes principaux qui ont fait l'objet d'une attention particulière. Le tableau ci-dessous récapitule le nombre d'ATMC par GAC « théorique » et du nombre d'ATMC sélectionnés par la technique du Pareto.

Tableau 13 : Récapitulatif Pareto par GAC « théorique »

GAC "théorique	Nombre d'ATMC	Sélection Pareto
GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO	171	37
GAC_BLOC_OP_CHIR CARD	35	7
GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO	534	69
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	80	22
GAC_BLOC_OP_CHIR THOR	44	11
GAC_BLOC_OP_CHIR VASC	64	21
GAC_BLOC_OP_COLONNE	54	8
GAC_BLOC_OP_GYNECO	92	30
GAC_BLOC_OP_NEUROCHIR	44	12
GAC_BLOC_OP_OPHT	69	4
GAC_BLOC_OP_ORL	141	25
GAC_BLOC_OP_STOMATO	115	8
GAC_BLOC_OP_URO	98	16
GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE	38	11
GAC_CARDIO_TECHNIQUE	26	5
GAC_CHIRORLTHO_TECHNIQUE&TRAUMATO	122	20
GAC_CT&MEDNUCL	48	13
GAC_DERMATO_TECHNIQUE	30	10
GAC_ECHO	55	19
GAC_ENDO&TECHNIQUE_GASTRO	69	11
GAC_ENDO&TECHNIQUE_PNEUMO	44	13
GAC_ENDO&TECHNIQUE_URO	32	8
GAC_GYNE_TECHNIQUE&PMA&SALLE_ACC	63	11
GAC_IRM	12	5
GAC_NEPHRO&HEMATO	21	8
GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	36	11
GAC_OPHT_TECHNIQUE	48	10
GAC_ORL_TECHNIQUE	48	11
GAC_PAIN_CLINIC	31	8
GAC_RX	88	25
GAC_RX_INTERVENTIONNELLE&INVASIVE	61	18
GAC_RX_PONCTION	15	7
GAC_STOMATO_TECHNIQUE	12	4
GAC_URGENCES&PETITS ACTES TECHNIQUES	19	9
GAC_USI	16	6
GAC_ANESTH_NARCOSE	25	10
Total général	2.500	523

2.3. Centres d'activité opérationnels (CAO)

2.3.1. Définition

Selon les règles de la comptabilité analytique hospitalière belge (CAHB), les charges sont imputées dans des centres de frais (CDF).

Compte tenu du manque bien connu d'uniformité dans l'application des règles de la CAHB et du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (PCMNH), des regroupements ou des scissions de CDF sont nécessaires pour rétablir un minimum de comparabilité entre les activités des différents hôpitaux. Les CAO sont le résultat de ces opérations.

2.3.2. L'identification des CAO dans l'échantillon des hôpitaux exploité par l'équipe GEDISULB

15 hôpitaux ont transmis des fichiers de données relatifs à l'exercice 2019 au cours de la seconde quinzaine de septembre 2022 à l'équipe GEDISULB qui a entrepris l'analyse de ces fichiers en se basant sur les critères de recevabilité fixés par les équipes universitaires et l'INAMI.

2.3.2.1. Les travaux de validation

(1) Comme expliqué ci-dessus [A] Préalable : Origine des données de facturation et de comptabilité) analytique, un premier examen superficiel des fichiers transmis par les hôpitaux, a permis de vérifier :

- a) que tous les fichiers demandés étaient présents
- b) qu'il existait bien une correspondance entre les centres de frais (CDF) renseignés dans le fichier facturation et dans le fichier comptabilité analytique
- c) que la granularité des CDF à l'échelle de l'hôpital semblait suffisante
- d) que la comptabilité de l'ensemble de l'hôpital (et pas seulement de certains CDF) avait bien été transmise.

(2) Une cartographie des ATMC a été réalisée afin de sélectionner les CDF utiles pour le calcul des FF liés à l'activité médicales :

→ Cartographie des ATMC :

- Une cartographie permettant de localiser l'ensemble des ATMC dans les différents CDF où ils avaient été imputés par l'hôpital a été réalisée pour chaque hôpital candidat.

Tableau 14 : Extrait de la cartographie permettant de localiser les ATMC selon les CDF où ils ont été imputés

Q	ECONO DAT	LIBELLE	C_ANEST	C_CARDIO	C_CHIR	C_CHIRVASC	C_DENTISTE	C_DERMATO	C_DOULEUR	C_GASTRO	C_GER	C_GYNE	C_OPHT	C_ORL	C_PED	
951	201690	Examen échographique transthoracique limité du cœur, comprenant l'a		89%												0%
466	201691	Bilan échographique transoesophagien complet du cœur, comprenant l'		100%												
577	201740	Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation : Classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 270 ou N 450 ou I 550 et supérieure à K 240 ou N 400 ou I 450														
44	201750	Dilatation endovasculaire percutanée sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou c														
11	201752	Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris le:														
1	201757	Intervention chirurgicale pour malformations vésicales ou pour extrophie de la vessie														
31	201783	Suture par fils ou par colle tissulaire de plaies autres que celles de la face, y compris le matériel : Trois ou plus de trois plaies														
6.099	201792	** Détermination du volume résiduel														46%
4	201809	Ponction biopsique de la glande thyroïde en vue d'un examen anatomo-pathologique														
5	201845	Laparoscopie diagnostique sans biopsie y compris le pneumopéritoine														
35	201847	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions														
111	201848	Extraction de corps étrangers sus-aponévrotiques, nécessitant incision des tissus, à l'exclusion des corps étrangers du globe oculaire										45%				
74	201849	Etude rhinomanométrique de la perméabilité des deux fosses nasales avec mesure des débits et des pressions avec graphique et protocole														100%
9	201850	Hystérectomie totale élargie, avec lymphadénectomie pelvienne														
4	201857	Ablation de tumeur de la luette														25%

- Les prestations, autres que des ATMC, réalisées de manière concomitante dans ces CDF sont identifiées afin d'en estimer la proportion en vue des étapes ultérieures. Ces prestations mobilisent des moyens dont il importe de tenir compte dans les CDF qui seront retenus.

Tableau 15 : Extrait des prestations réalisées dans un CDF produisant des ATMC

CDF	ECONODAT	LIBELLE	ACTE ATMC	Q TOT	% ACTE CDF	% ACTE HOP
C_CARDIO	204561	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité, y compris un rapport écrit	0	12.117	24,8%	0,0%
	207084	Bilan échographique transthoracique complet du coeur, comprenant l'acquisition d'images bidimensionnelles	1	8.554	17,5%	90,4%
	202985	Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu d'au moins une dérivation avant chaque changement	1	7.403	15,1%	91,4%
	202986	** Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum	1	6.008	12,3%	45,6%
	203534	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie, y compris un rapport écrit éventuel	0	2.091	4,3%	0,0%
	203067	Monitoring de Holter : Enregistrement électrocardiographique continu pendant 24 heures au moins, au	1	1.935	4,0%	97,6%
	207085	Répétition dans l'année civile de la prestation 469814 - 469825 ou 460456 - 460460 pour l'une des indi	1	1.910	3,9%	91,7%
	207093	Examen duplex couleur bilatéral des artères carotides et des artères vertébrales	1	1.217	2,5%	79,1%
	213599	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque	1	1.049	2,1%	100,0%
	214470	Stress-test cardiaque par échographie au moyen d'une épreuve pharmacodynamique, contrôles élect	1	941	1,9%	100,0%

(3) Les CDF ont été restructurés en CAO.

(4) Ensuite, il a été procédé à une analyse et au groupement des charges des CAO.

→ Pour chaque CAO, identification des natures de charges selon les trois coûts directs convenus entre les équipes GEDISULB et LIGBKUL [coût du personnel 62, 617, 619 (catégorie 3 + 4 + 5), équipement médical (6303, 6103-6135), dispositifs médicaux non amortissables (600, 601, 6063)]. Les autres coûts directs hors médecins ont été groupés dans une dernière catégorie afin d'en apprécier l'importance relative.

Tableau 16 : Identification et regroupement des natures de charges par CAO

CAO	COUTPERS	COUTPMC	COUTEQUIPMED	CT619+620	COUTAUTRES	COUTINDIRECT	Total général
CAO_CO							
C_ANEST	20.436	1.128	0	169.673	4.701	228.449	424.388
C_CARDIO	626.365	234.967	513.845	2.344.855	168.118	619.067	4.507.217
C_CHIR	580.673	40.128	3.875	662.202	49.866	968.836	2.305.580
C_CHIRVASC	0	0	0	15.514	323	5.664	21.501
C_DENTISTE	162.430	69.860	23.837	644.789	180.270	137.526	1.218.712
C_DERMATO	26.783	4.500	19.335	135.978	11.060	91.026	288.682
C_DOULEUR	331.320	1.169	1.893	164.242	45.941	142.076	686.641
C_ENDOCRINO	0	136	1	341.230	-41.522	180.009	479.854
C_GASTRO	489.532	146.233	87.324	1.385.635	122.624	550.616	2.781.964
C_GER	0	0	369	16.844	250	6.893	24.355
C_GYNE	75.779	13.958	24.095	383.466	-30.223	354.716	821.791
C_HEMATO-ONCO	0	819	2.782	632.111	21.050	383.965	1.040.728
C_MEDNUCL	0	396	0	90.110	2.808	119.803	213.117
C_NEPHRO	0	0	1	58.223	5.348	54.118	117.690
C_NEUROCHIR	6.555	4	232	18.287	15.722	67.773	108.572
C_OPTH	196.452	1.547	69.797	689.255	35.202	339.901	1.332.154
C_ORL	135.360	4.130	20.027	281.847	12.845	216.650	670.859
C_PED	491.834	20.819	10.078	1.386.480	-56.323	568.847	2.421.736
C_PNEUMO	169.205	24.680	23.164	619.832	39.932	242.157	1.118.971
C_POLYCLINIQUE	12	9.615	21.343	320.698	111.936	192.156	655.761
C_PSY	78.227	0	1	186.955	10.655	104.690	380.527
C_URO	22.588	2.182	0	29.633	3.826	46.453	104.682
CAO_CV							
ASSIST VENTILATOIRE	84.175	237.376	146.121	663.731	15.355	445.341	1.592.099
AUTOSURV	598.105	882.505	19.071	246.851	44.884	261.435	2.052.850
CLINIQUE DU SEIN	141.732	0	0	0	14.256	19.410	175.398
O2	0	317.596	1.512	0	3.516	28.290	350.913
PLAN CANCER	621.385	0	0	0	201.592	198.896	1.022.874
READAPT FONCTIONNELLE	1.311.314	4.383	6.199	664.980	236.632	417.126	2.640.633
CAO_EH							
EH CRECHE	0	0	0	0	44.000	0	44.000
EH LOCALUX	0	0	0	0	53.961	195.392	249.352
EH_MRS	0	0	5.117	0	379.102	473.809	858.027
CAO_HJ							
HO_HJCHIR	924.573	27.672	1.742	29.058	50.842	687.159	1.721.046
T_HIGER	129.410	673	0	298	4.681	26.672	161.734
T_HJMED	551.256	86.374	2.955	331.706	156.878	512.336	1.641.505
CAO_HO							
HCH_DIGEST	981.121	47.559	5.635	35.872	168.191	1.015.960	2.254.339
HCH_MIXTE	956.667	33.219	4.371	61.762	441.323	708.300	2.205.643
HCH_ORTHO	1.047.174	42.286	6.208	61.661	102.331	825.512	2.085.072
HGE_1	1.213.527	53.876	13.014	400.548	145.758	1.063.318	2.890.040
HGE_2	1.163.157	49.350	9.929	326.889	101.044	1.045.237	2.695.606
HGE_3	1.077.799	60.807	7.218	274.036	-19.196	692.669	2.093.333
HMA	1.608.327	36.246	24.761	234.740	137.481	857.608	2.899.163
HMD_CARDIO	1.024.442	48.307	19.741	268.916	42.253	869.450	2.273.109
HMD_GASTRO	930.685	46.551	111.936	312.717	-81.689	735.950	2.056.150
HMD_NEURO	987.711	40.303	13.101	131.613	105.820	848.506	2.127.055
HMD_ONCO	1.262.668	74.665	9.339	540.000	131.944	788.200	2.806.816
HMD_PNEUMO	1.257.490	79.704	40.049	255.285	-15.476	1.048.108	2.665.160
HNN*	815.023	33.348	15.240	199.868	8.737	210.099	1.282.314
HPE	1.519.699	61.464	20.205	1.025.651	-92.484	934.825	3.469.360
HSP LOCO	940.975	34.857	8.999	64.047	198.367	928.698	2.175.943
HSP NEURO	962.349	35.113	16.316	46.999	187.986	961.381	2.210.145
USI	2.984.850	343.011	126.273	1.182.235	314.381	1.200.762	6.151.512
CAO_LM							
T_ANEST OP	0	0	18.002	2.946.323	-48.415	110.823	3.026.733
T_BLOC OP	2.517.944	1.034.478	450.499	4.500.068	622.270	2.602.807	11.728.066
T_DIA HEMODIALYSE	2.293.153	1.233.995	197.756	705.035	620.423	1.141.655	6.192.017
T_DIA HEMODIALYSE MALM	289.778	298.293	8.791	231.756	774.279	213.860	1.816.756
T_DIA PERITONEALE	6.570	259.612	0	68.710	29.483	14.486	378.862
T_GAR	2.822.085	277.848	41.851	2.722.452	531.160	1.727.667	8.123.603
T_KINE	2.468.700	48.170	63.636	940.406	616.893	1.365.605	5.503.410
T_LABORATOIRE	2.690.250	2.757.032	150.376	928.303	1.556.287	847.003	8.929.252
T_MEDNUCL	270.569	171.420	295.830	524.815	34.618	163.881	1.461.133
T_NEURO	192.021	20.436	27.963	588.492	20.764	211.109	1.060.786
T_POLYSOMNO	130.459	59.035	10.990	128.062	10.895	42.980	382.420
T_PTEINTERVENTION	158.161	47.174	1.556	238.814	32.720	81.068	559.493
T_RADIOThERAPIE	1.184.544	65.607	1.419.324	1.529.578	546.128	674.723	5.419.904
T_RX	2.034.804	135.405	884.718	3.719.570	263.997	816.700	7.855.374
T_SALACC	509.181	98.878	35.663	926.282	76.078	248.411	1.894.473
T_SMUR	0	634	6.800	517.081	18.357	21.531	564.403
CAO_LP							
PHARMA	1.697.386	-373.802	37.330	0	32.561.185	764.930	34.687.030
CAO_LP2							
T_BANQSANG	0	901.315	1.974	0	11.539	34.277	949.105
Total général	48.035.922	10.289.942	5.120.752	39.339.615	45.256.517	34.776.083	182.818.832

L'illustration du rassemblement des charges d'un CAO et de l'importance relative des différentes catégories est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 17 : Importance relative des différentes catégories de charges d'un CAO

COÛT PERS	COÛT PMC	COÛT EQU MED	COÛTS AUTRES	COÛTS INDIRECTS	TOTAL FR. FONCT.	CT619+620	Total
834.913 €	958.457 €	541.942 €	238.954 €	593.127 €	3.167.392 €	1.376.965 €	4.544.358 €
26%	30%	17%	8%	19%	100%		
74%			26%		100%		

(5) Première sélection des CAO à incorporer dans l'étude :

- Chaque CAO où la cartographie a repéré des ATMC a fait l'objet d'une analyse. L'objectif était d'écarter les CAO où les ATMC figuraient de manière marginale (par exemple s'il s'agit de prestations effectuées occasionnellement mais en quantité non significative ou dans les rares cas d'imputations erronées occasionnelles).

Tableau 18 : Illustration d'un CAO écarté car les ATMC y sont produits de manière marginale

CAO	ECONODAT	LIBELLE	ACTE ATMC	Q Total	% ACTE CAO	% ACTE HOP
C_ANEST	211711	Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanin	0	4.983	49,1%	0,00%
	203553	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux c	0	2.478	24,4%	0,00%
	PM900250	900250 CONSULTATION ANESTHESIE PRE-OP	0	2.180	21,5%	0,00%
	202986	* Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différen	1	361	3,6%	2,74%
	211710	Consultation pré-anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanin	0	124	1,2%	0,00%
	215388	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-	0	8	0,1%	0,00%
	203552	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste autre que ceux cités aux n	0	7	0,1%	0,00%
	201880	Examen d'un patient hospitalisé par un médecin spécialiste	0	7	0,1%	0,00%
	215387	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en chirurgie, en oto-rhino-	0	3	0,03%	0,00%
	202311	* Pansement dermatologique compliqué pour lésions étendues	1	2	0,02%	0,04%
	204561	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie accrédité, y	0	2	0,02%	0,00%
Total C_ANEST				10.155,00	100%	

- ✓ Elimination de la consultation d'anesthésie car les ATMC qui y sont réalisés représentent une part trop faible de l'activité du CAO (2 ATMC identifiés en vert), et qui n'impacte pas les calculs étant donné que ces actes sont réalisés ailleurs dans l'hôpital

- Les CAO où des ATMC étaient prestés de manière significative, mais lorsque l'imputation des charges se révélait inappropriée pour un calcul correct des frais de fonctionnement de l'activité médicale, ont également été écartés.

Tableau 19 : Illustration de CAO écartés car méthodologie inapplicable

CAO	Q	COUPEPERS	COUPEPMC	COUPEQUIMED
HO_HJCHIR	2	924.573 €	27.672 €	1.742 €
T_HJMED	7.291	551.256 €	86.374 €	2.955 €
HCH_MIXTE	8	956.667 €	33.219 €	4.371 €
HCH_ORTHO	4	1.047.174 €	42.286 €	6.208 €
HGE_1	458	1.213.527 €	53.876 €	13.014 €
HGE_2	419	1.163.157 €	49.350 €	9.929 €
HGE_3	278	1.077.799 €	60.807 €	7.218 €
HMA	6.614	1.608.327 €	36.246 €	24.761 €
HMD_CARDIO	2.070	1.024.442 €	48.307 €	19.741 €
HMD_GASTRO	23	930.685 €	46.551 €	111.936 €
HMD_NEURO	331	987.711 €	40.303 €	13.101 €
HMD_ONCO	860	1.262.668 €	74.665 €	9.339 €
HMD_PNEUMO	336	1.257.490 €	79.704 €	40.049 €
HNN*	2.482	815.023 €	33.348 €	15.240 €
HPE	3.418	1.519.699 €	61.464 €	20.205 €
HSP NEURO	2	962.349 €	35.113 €	16.316 €
USI	9.014	2.984.850 €	343.011 €	126.273 €
T_GAR	52.131	2.822.085 €	277.848 €	41.851 €

- ✓ Elimination du service de garde (identifié en rouge) où il est quasi impossible de déterminer la part des moyens en personnel affectés à la réalisation des ATMC de celle consacrée à la prise en charge des patients se présentant en urgence.

(6) Seconde sélection des CAO à incorporer dans l'étude :

→ Chaque CAO ayant fait l'objet de la sélection précédente a été analysé d'un point de vue de l'adéquation apparente des moyens imputés (personnel, produits médicaux courants, équipements) avec l'activité réalisée dans le CAO. Lorsque cette adéquation n'a pas été constatée, le CAO a été écarté sous réserve d'une vérification ultérieure avec l'hôpital.

Tableau 20 : Illustration d'un CAO écarté car l'adéquation entre les charges et la production n'est pas cohérente

CAO	Q	CA_TOT	COUPEPERS	COUPEPMC	COUPEQUIPMED	CT619+620	COUTAUTRES	COUINDIRECT	Total général
C_URO	1.813	52.313 €	22.588 €	2.182 €	0 €	29.633 €	3.826 €	46.453 €	104.682 €

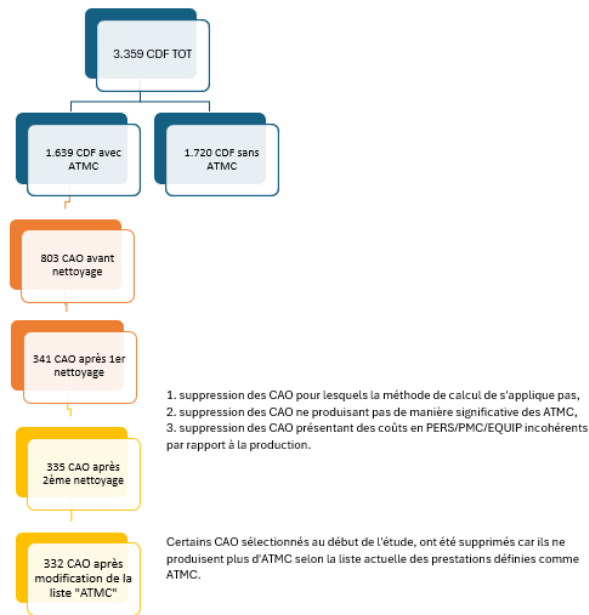
CAO	ECONODAT	LIBELLE	ACTE ATMC	Q Total	% ACTE CAO	% ACTE HOP
C_URO	203553	Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux nos 101290, 102292, 102336, 102373, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102	0	1.062	58,6%	0,0%
	206657	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Du bassin masculin	1	232	12,8%	100,0%
	207088	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Echographie urinaire complète	1	110	6,1%	32,3%
	206658	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Du bassin féminin	1	96	5,3%	100,0%
	202100	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique, chez la femme	1	68	3,8%	89,5%
	201880	Examen d'un patient hospitalisé par un médecin spécialiste	0	41	2,3%	0,0%
	202512	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme	1	37	2,0%	60,7%
	206659	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Du scrotum	1	34	1,9%	100,0%
	203102	Examen uro-dynamique, avec un ou plusieurs des paramètres suivants, enregistrement simultané : - de la pression intravésicale - du profil urétral - de la pression intrarectale - E.M.G. des muscles	1	32	1,8%	100,0%
	207089	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes : Echographie transrectale	1	29	1,6%	46,0%
	206656	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et support iconographique issu d'un traitement digital des données quel que soit le nombre d'échogrammes - De l'abdomen : Les reins et/ou l	1	25	1,4%	92,6%
	213108	* Remplacement d'un cathéter sus-pubien ou d'un cathéter pour urétérostomie cutanée ou néphrostomie.	1	19	1,0%	76,0%
	202297	Examen uro-dynamique : Mictiographie, avec protocole et extrait des tracés	1	11	0,6%	100,0%
	203220	** Ponction biopsique de la prostate sous contrôle échographique	1	6	0,3%	46,2%
	202012	Dilatation de l'urètre	1	6	0,3%	100,0%
	202457	Examen uro-dynamique, avec un ou plusieurs des paramètres suivants, enregistrement simultané : - de la pression intravésicale ; - du profil urétral ; - de la pression intrarectale ; - E.M.G. des m	1	3	0,2%	100,0%
	202930	** Ponction vésicale	1	1	0,1%	12,5%
	202584	Incision de phlegmon superficiel	1	1	0,1%	0,7%

- ✓ Le coût en équipement médical de ce CAO est à zéro, or plusieurs des actes prestés dans cette consultation d'urologie nécessitent l'utilisation d'équipement médical (ex : échographie, cystoscopie, etc.). Ces équipements sont soit amortis, soit mal imputés.

2.3.2.2. Résultat des opérations de validation

- Les fichiers transmis comportaient 3.359 CDF.
- La cartographie des ATMC a permis d'identifier 1.639 CDF utiles pour le calcul des FF liés à l'activité médicale.
- Ces 1.639 CDF ont été restructurés en 803 CAO.
- Au terme de l'analyse et de la sélection décrite ci-dessus, les 15 hôpitaux candidats totalisaient un total de 332 CAO retenus (22 CAO en moyenne par hôpital [minimum 11, maximum 36]).
- Les actes techniques médicaux et chirurgicaux (ATMC) prestés dans ces CAO étaient au nombre de 5.240.068.
- Ces 5.240.068 ATMC correspondaient à 2.268 types d'ATMC différents de la nomenclature actuelle.
- Les 332 CAO retenus totalisaient des coûts directs (inclus dans l'étude) pour 361.286.400€.

Figure 1 : Résultat des opérations de validation



2.3.3. Les prestations des CAO sélectionnés

Pour les CAO sélectionnés, toutes les prestations (ATMC et autres prestations) susceptibles de consommer des ressources PERS, PMC, EQUIP ont été identifiées, car les charges devaient être réparties sur l'ensemble de ces prestations.

Une série de codes a donc été exclus car ils ne nécessitent pas de frais de fonctionnement directs, et n'ont donc pas été valorisés. Exemples :

- Les ATMC facturés à 10% et 5% pour l'assistance opératoire
- Les suppléments d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié
- Les majorations de consultation au cabinet par un médecin spécialiste si la consultation est effectuée telle et telle heures
- Les honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé
- Les codes de journée d'entretien forfaitaire (groupes 1 à 7)
- Les codes de pseudonomenclature liés aux implants et dispositifs médicaux invasifs
- Les codes de frais divers facturés aux patients
- etc.

Une cartographie plus précise des 332 CAO a été réalisée grâce au classement des prestations consommatrices de ressources dans les catégories suivantes :

- ATMC
- ACA (Actes de Consultation et Assimilés)
- AMTA (Actes Médico-Techniques Automatisés)
- APM (Actes Paramédicaux)
- DENTISTERIE
- CODE DE PSEUDONOMENCLATURE (Code INAMI)
- PSEUDOCODE (Code non INAMI, facturé par les hôpitaux)
- NARCOSE

Tableau 21 : Extrait de la cartographie des CAO grâce au classement des prestations

CAO	Catégorie de prestations	Nb de types de prestations	Nb TOT de types de prestations	% Nb de types de prestations	Q prestations	Q TOT prestations	% Q prestations
H11_C_CARDIO	ATMC	48	61	79%	36.848	52.190	71%
H11_C_CARDIO	ACA	13	61	21%	15.342	52.190	29%
H11_C_PNEUMO	ATMC	62	76	82%	13.674	23.076	59%
H11_C_PNEUMO	ACA	13	76	17%	9.356	23.076	41%
H11_C_PNEUMO	PSEUDOCODE	1	76	1%	46	23076	0%
H11_C_DERMATO	ACA	6	36	17%	6.840	12.526	55%
H11_C_DERMATO	ATMC	27	36	75%	3.754	12.526	30%
H11_C_DERMATO	PSEUDONOMENCLATURE	2	36	6%	1.916	12.526	15%
H11_C_DERMATO	PSEUDOCODE	1	36	3%	16	12526	0,1%
H11_C_CHIRGEN	ACA	12	36	33%	10.752	10.872	99%
H11_C_CHIRGEN	ATMC	24	36	67%	120	10872	1%
H11_C_STOMATO	DENTISTERIE	185	230	80%	37.087	53.401	69%
H11_C_STOMATO	PSEUDONOMENCLATURE	7	230	3%	10.572	53.401	20%
H11_C_STOMATO	ACA	5	230	2%	5.342	53.401	10%
H11_C_STOMATO	ATMC	33	230	14%	400	53401	1%
H11_T_KINE	APM	18	40	45%	59.287	89.038	67%
H11_T_KINE	EXCLU ATMC	12	40	30%	26.815	89.038	30%
H11_T_KINE	PSEUDONOMENCLATURE	4	40	10%	2.228	89.038	3%
H11_T_KINE	ACA	5	40	13%	659	89.038	1%
H11_T_KINE	ATMC	1	40	3%	49	89038	0,1%
H11_C_NEURO	ATMC	38	53	72%	8.669	19.913	44%
H11_C_NEURO	PSEUDONOMENCLATURE	3	53	6%	162	19913	0,8%
H11_C_OPHT	ATMC	58	65	89%	33.492	50.705	66%
H11_C_OPHT	ACA	3	65	5%	14.902	50.705	29%
H11_C_OPHT	PSEUDONOMENCLATURE	3	65	5%	2.297	50.705	5%
H11_C_OPHT	APM	1	65	2%	14	50705	0,03%

Ce classement a permis d'identifier la catégorie de prestations principale de chaque CAO (ATMC, ACA, dentisterie, etc.). L'illustration de cette catégorisation est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 22 : Extrait des catégories de prestations principales

CAO	Catégorie de prestations principales	% Catégorie de prestations principales
H11_C_CARDIO	ATMC	71%
H11_C_CHIRGEN	ACA	99%
H11_C_CHIRORTHO	ACA	72%
H11_C_CHIRPLAST	ACA	94%
H11_C_CHIRVASC	ACA	79%
H11_C_DERMATO	ACA	55%
H11_C_GASTRO	ACA	74%
H11_C_GYNE	ACA	54%
H11_C_MED	ACA	86%
H11_C_NEURO	ACA	56%
H11_C_OPHT	ATMC	66%
H11_C_ORL	ATMC	62%
H11_C_PED	ACA	82%
H11_C_PNEUMO	ATMC	59%
H11_C_STOMATO	DENTISTERIE	69%
H11_C_URO	ACA	69%
H11_T_AUTODIALYSE SOIGNIES	ATMC	100%
H11_T_BLOC OP	ATMC	99%
H11_T_CORONARO	ATMC	99%
H11_T_DIA HEMODIALYSE	ATMC	100%
H11_T_DIA HEMODIALYSE EH	ATMC	100%
H11_T_ENDO GASTRO	ATMC	99%
H11_T_KINE	APM	67%
H11_T_MEDNUCL	ATMC	84%
H11_T_RX	ATMC	99%
H11_T_SAL ACC	ATMC	80%

La proportion de la quantité d'ATMC produits par rapport à l'ensemble de la production a ensuite été calculée pour chaque CAO :

Tableau 23 : Extrait des proportions de la quantité d'ATMC produits dans les CAO

CAO	% Qté ATMC dans CAO
H11_C_CARDIO	70,60%
H11_C_CHIRGEN	1,10%
H11_C_CHIRORTHO	10,86%
H11_C_CHIRPLAST	1,82%
H11_C_CHIRVASC	20,57%
H11_C_DERMATO	29,97%
H11_C_GASTRO	26,11%
H11_C_GYNE	45,03%
H11_C_MED	12,45%
H11_C_NEURO	43,53%
H11_C_OPHT	66,05%
H11_C_ORL	62,26%
H11_C_PED	17,29%
H11_C_PNEUMO	59,26%
H11_C_STOMATO	0,75%
H11_C_URO	31,35%
H11_T_AUTODIALYSE SOIGNIES	100%
H11_T_BLOC OP	99,33%
H11_T_CORONARO	99,49%
H11_T_DIA HEMODIALYSE	99,94%
H11_T_DIA HEMODIALYSE EH	100%
H11_T_ENDO GASTRO	99,05%
H11_T_KINE	0,06%
H11_T_MEDNUCL	83,96%
H11_T_RX	99,19%
H11_T_SAL ACC	80,23%

2.3.4. Nettoyage des CAO en vue des calculs de coûts

- (1) Elimination **des CAO** qui produisent moins de 10% d'ATMC en termes de quantité (cf. tableau 23), afin de retenir uniquement ceux qui comportaient de manière significative des ATMC.
 - ✓ 37 CAO supprimés ; Restait 295 CAO.
- (2) Après avoir fait tourner l'algorithme de calcul des frais de fonctionnement (partie développée au § 5), les CAO ont ensuite été analysés, et des lignes (c'est-à-dire une combinaison d'un code et d'un CAO) de résultats de coût d'**ATMC** ont été supprimées si elles présentaient 3 caractéristiques :
 - La quantité réalisée dans le CAO était inférieure à 10 et la quantité réalisée dans l'échantillon total était supérieure à 50 (seuils choisis pour éviter de supprimer complètement des ATMC non réalisés fréquemment dans l'échantillon)
 - ET la proportion (FF TOT/moyenne pondérée) <50% ou >200%
 - ET la proportion (FF TOT/médiane pondérée) <50% ou >200%

Tableau 24 : Illustration du nettoyage des lignes de résultats de coût d'ATMC

GAC "théorique"	ECONODAT	LIBELLE NPS V0	HOP_CAO	Q dans CAO	Q échantillon 2019	FF TOT	Moyenne pondérée FF TOT	Proportion (FF TOT/Moyenne pondérée)	Médiane pondérée FF TOT	Proportion (FF TOT/Médiane pondérée)
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H1_T_BLOC OP	11	574	426,09 €	480,45 €	89%	387,04 €	110%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H11_T_BLOC OP	113	574	492,37 €	480,45 €	102%	387,04 €	127%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H12_T_BLOC OP	279	574	387,04 €	480,45 €	81%	387,04 €	100%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H14_T_BLOC OP	32	574	510,68 €	480,45 €	106%	387,04 €	132%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H15_T_BLOC OP	25	574	735,83 €	480,45 €	153%	387,04 €	190%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H16_T_BLOC OP	2	574	456,82 €	480,45 €	95%	387,04 €	118%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H17_T_BLOC OP_1	8	574	537,83 €	480,45 €	112%	387,04 €	139%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H2_T_BLOC OP	49	574	705,78 €	480,45 €	147%	387,04 €	182%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H2_T_HJCHIR	5	574	125,71 €	480,45 €	26%	387,04 €	32%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H5A_T_BLOC OP	3	574	647,69 €	480,45 €	135%	387,04 €	167%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H6_T_BLOC OP	13	574	796,00 €	480,45 €	166%	387,04 €	206%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H6_T_HJCHIR	6	574	467,94 €	480,45 €	97%	387,04 €	121%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H7G_T_BLOC OP	14	574	757,62 €	480,45 €	158%	387,04 €	196%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H7G_T_HJCHIR	3	574	285,62 €	480,45 €	59%	387,04 €	74%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H7N_T_BLOC OP	6	574	660,44 €	480,45 €	137%	387,04 €	171%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H8_T_BLOC OP	4	574	383,23 €	480,45 €	80%	387,04 €	99%
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	203594	Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un	H8_T_HJCHIR	1	574	243,94 €	480,45 €	51%	387,04 €	63%

Le code 203594 « Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané réalisé en un temps sur une surface égale ou supérieure à 100 cm² » réalisé 5 fois en 2019 dans le CAO H2_T_HJCHIR a été supprimé car :

- Sa quantité est inférieure à 10 (Q=5)
- La quantité de l'échantillon est supérieure de 50 (Q=574)
- La proportion (FF TOT/Moyenne pondérée) est inférieure à 50% (26%)
- La proportion (FF TOT/Médiane pondérée) est inférieure à 50% (32%)

Après suppression de 37 CAO et de 800 lignes, un résultat par acte a ensuite été obtenu par le calcul des moyennes simple et pondérée ainsi que des médianes simple et pondérée.

Illustration de la méthodologie avec le GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE :

- 54 CAO réalisent au moins un ATMC du GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE
- Les 54 CAO réalisent au moins 10% d'ATMC → pas de suppression de CAO
- Avant suppression des lignes d'ATMC (combinaison d'un code et d'un CAO) pour les raisons évoquées ci-dessus, le code 202007 était réalisé dans 4 CAO.

Tableau 25 : Illustration de l'ATMC 202007 réalisé dans 4 CAO avant nettoyage)

ECONODAT I	LIBELLE FINAL	Total
201891	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction	12
201937	Extraction percutanée d'une électrode chez un patient ayant un stimulateur car	13
202007	Dénudation de vaisseau, y compris la ponction ou l'injection	4
202138	** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle électrocardiographi	20
202407	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous	16
202408	Plastie endovasculaire percutanée de la valve aortique, d'une malformation co	9
202514	Fermeture du defect du septum auriculaire, du defect du septum ventriculaire	11
203152	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction	9
203163	Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les courbe	14
203198	Cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse	3
203259	Honoraires supplémentaires lors de la prestation 589013-589024 pour le trait	14
203375	Examen électrophysiologique approfondi sans ablation en vue de l'éveil et de l'a	14
203380	Examen électrophysiologique restreint sans ablation en vue de l'étude de la fon	7
203396	Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les courbe	2
203583	Diagnostic et/ou traitement de tachycardies par stimulations électriques au mi	13
203690	Mapping électrocardiographique de tachy-arythmies pendant une intervention	1
203701	Défibrillation électrique du coeur en cas de réanimation cardio-pulmonaire et	15
203716	* Ponction de péricardite (y compris les injections et lavages éventuels) sous c	11
203810	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction	9
203936	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la fonction	18
204564	Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathéters pa	16
212200	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'une t	12
212201	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'un flu	11
212202	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'aryth	8
212203	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement d'un flu	9
212204	Examen électrophysiologique et ablation percutanée du faisceau de His	8
212520	Repositionnement d'une ou plusieurs électrodes cardiaques, un autre jour que	16
212521	Implantation par voie transveineuse d'une électrode ventriculaire gauche, con	13
213580	Implantation, enlèvement ou remplacement, via une intervention chirurgicale,	31
213593	Mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) perr	25
213594	Remplacement d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s)	9
213596	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque	1
213597	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séq	2
213599	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque	15
213600	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séq	12
215993	Mesure de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose intermédiaire de l'artère	11
215994	Ensemble des mesures de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose intermé	9

- Après suppression de lignes d'ATMC pour les raisons citées ci-dessus, ce code n'apparaît plus que dans 3 CAO :

Tableau 26 : Illustration de l'ATMC 202007 réalisé dans 3 CAO après nettoyage)

ECONODAT F	LIBELLE FINAL	Total
201891	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la f	12
201937	Extraction percutanée d'une électrode chez un patient ayant un stimula	12
202007	Dénudation de vaisseau, y compris la ponction ou l'injection	3
202138	** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle électrocardi	19
202407	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent	16
202408	Plastie endovasculaire percutanée de la valve aortique, d'une malform	9
202514	Fermeture du defect du septum auriculaire, du defect du septum ventri	10
203152	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la f	8
203163	Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les	12
203198	Cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veine	3
203259	Honoraires supplémentaires lors de la prestation 589013-589024 pour	14
203375	Examen électrophysiologique approfondi sans ablation en vue de l'éveil	14
203380	Examen électrophysiologique restreint sans ablation en vue de l'étude d	7
203396	Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermodilution ou par les	2
203583	Diagnostic et/ou traitement de tachycardies par stimulations électrique	11
203690	Mapping électrocardiographique de tachy-arythmies pendant une inter	1
203701	Défibrillation électrique du coeur en cas de réanimation cardio-pulmon	14
203716	* Ponction de péricardite (y compris les injections et lavages éventuels)	11
203810	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la f	9
203936	Cathétérismes cardiaques en dehors de la surveillance continue de la f	18
204564	Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathé	15
212200	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement	12
212201	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement	11
212202	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement	8
212203	Examen électrophysiologique et ablation percutanée pour le traitement	9
212204	Examen électrophysiologique et ablation percutanée du faisceau de His	8
212520	Repositionnement d'une ou plusieurs électrodes cardiaques, un autre j	16
212521	Implantation par voie transveineuse d'une électrode ventriculaire gauche	12
213580	Implantation, enlèvement ou remplacement, via une intervention chirur	30
213593	Mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire	24
213594	Remplacement d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permar	9
213596	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque	1
213597	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum de	2
213599	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque	14
213600	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum de	12
215993	Mesure de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose intermédiaire de	11
215994	Ensemble des mesures de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose i	9

Néanmoins, la suppression de ce CAO pour cet ATMC, n'entraîne pas la suppression totale du CAO dans le GAC. On a donc bien travaillé avec 54 CAO pour ce GAC, mais le calcul des moyennes et des médianes de l'ATMC 202007 a été réalisé sur base de 3 CAO.

2.4. Tableau des Cost Drivers

2.4.1. Définition

Un inducteur de coût est une variante de l'unité d'œuvre classique qui permet de répartir les charges sur des services ou des produits. Cette variante permet de ne pas se limiter à des variables volumétriques mais d'intégrer des éléments qualitatifs (par exemple une qualification de personnel).

Comme trois ressources (personnel soignant ou technique, produits médicaux courants et équipements médicaux) sont les frais de fonctionnement ciblés, il faut un inducteur de coût spécifique à chacune des ressources à répartir. Pour le personnel, on peut assez facilement concevoir qu'il s'agit de la durée du travail de ce personnel nécessaire pour réaliser la prestation dont on veut calculer le coût. Pour les produits médicaux courants ou les équipements médicaux, il est plus difficile de déterminer des inducteurs de coût applicables à la production des CAO.

2.4.2. Constitution du tableau des cost drivers

GEDISULB a constitué un tableau général des unités d'œuvre (UO) attribuées à chaque prestation pour chaque ressource entrant dans le calcul des frais de fonctionnement.

La constitution de base pour le cost driver « personnel » est décrite au § 2.4.2.1, pour le cost driver « équipement » au § 2.4.2.2, et pour le cost driver « PMC » au § 2.4.2.3.

Tout au long de la période de contrat, ce tableau a été régulièrement et méthodiquement actualisé et amélioré à l'aide de travaux spécifiques comme cela est développé dans le dossier complémentaire sur les cost drivers.

Tableau 27 : Extrait du tableau général des cost drivers

ECONOD AT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospita	LIBELLE NPS V0	DUREE PERS	Q PERS	CD PERS	CD PMC	CD EQUIP
etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.
213536	241872	241883	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice unilatérale	86,01	1,00	86,01	104,10	37,02
204986	243154	243165	Appendicectomie à froid ou à chaud, avec ou sans perforation	93,51	1,00	93,51	122,99	43,46
213537	241894	241905	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice bilatérale	99,09	1,00	99,09	112,15	42,62
205079	242454	242465	Cholécystectomie	95,04	1,00	95,04	138,24	51,45
213539	241931	241942	Traitement chirurgical d'une hernie incisionnelle de la paroi abdominale (en ce cc	113,30	1,00	113,30	121,50	46,62
212181	241835	241846	Gastroplastie de réduction associée à une dérivation bilio-pancréatique ou gastro	134,65	2,00	269,30	326,68	97,47
204838	243051	243062	Hémi-colectomie droite ou gauche ou résection segmentaire du colon ou résecti	228,35	2,00	456,69	322,12	77,95
202933	220253	220264	Cure chirurgicale de phlegmon profond	70,44	1,00	70,44	70,55	18,97
205246	244554	244565	Cure radicale d'hémorroïdes comportant résection, ligature des pédicules et aba	54,38	1,00	54,38	67,56	18,73
202099	220113	220124	Cure chirurgicale de végétations dermiques	42,45	1,00	42,45	65,97	13,91
202703	221152	221163	Résection de kyste sacro-coccygien	51,12	1,00	51,12	79,05	16,63
204145	244436	244440	Résection chirurgicale de la fistule anale transsphinctérienne ou supra-sphinctér	57,72	1,00	57,72	79,31	17,27
204989	243633	243644	Laparotomie exploratrice	121,51	1,00	121,51	121,50	39,85
etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.

2.4.2.1. Cost driver « personnel »

Il s'agit ici de la durée d'exécution moyenne des ATMC vue sous l'angle des frais de fonctionnement (qui peut différer ou être similaire à la durée du travail médical).

Pour certains ATMC de la NPS V0, on dispose d'enregistrements objectifs (ex : durées de passage au bloc opératoire). Pour d'autres ATMC, les données ont été recueillies auprès de responsables infirmiers, techniciens ou de médecins.

Cette durée moyenne a été combinée au nombre moyen de personnel soignant et/ou technique dont la présence simultanée est requise. Lorsqu'aucun personnel n'est nécessaire, la durée est, par définition égale à 0.

2.4.2.2. Cost driver « équipement »

Pour tester la méthodologie de calcul des frais de fonctionnement, GEDISULB a exploité les coûts en équipement calculés lors d'une étude réalisée en 2016-2018 (étude préparatoire à la scission des honoraires médicaux). Sur les 3.821 prestations réalisées dans l'échantillon 2019 à partir des CAO sélectionnés parmi les 15 hôpitaux partenaires, 1.298 (34%) disposaient d'un ou plusieurs coûts en équipements calculés lors de cette étude 2016-2018.

Pour pallier l'absence de données pour certaines prestations, une approche alternative a été adoptée. Le coût par prestation a été estimé à partir de la durée pondérée par un coefficient issu de l'étude 2016-2018.

Pour chaque ATMC ainsi que pour chaque prestation non ATMC sans coût unitaire 2016-2018, trois options ont été comparées et un choix a été effectué :

- Option 1 : la prestation ne nécessite pas l'utilisation d'équipement médical (ex : consultation de base)
- Option 2 : l'utilisation d'équipement médical peut être déduite par assimilation avec une prestation comparable (ex : traitement de coalescences [brides] du corps vitré par laser assimilé à trabéculoplastie ou iridoplastie par laser)
- Option 3 : l'utilisation d'équipement médical ne peut être déduite par assimilation avec une prestation comparable (ex : mesure de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose intermédiaire de l'artère coronaire). Dans ce cas, un coût de base par minute a été calculé (coût des équipement / somme des minutes d'exécution des ATMC).

Figure 2 : Illustration des options possibles en cas de prestation sans coût unitaire 2016-2018

Etude 2016-2018			Etude 2016-2018		calcul 1		calcul 2		EVR EM 2019
Code	EVR	Durée	2019	2019	2016	2016	calcul 1	calcul 2	Points EM
201849	31,27	30	Q ₁	Min PS ₁	EVR 2016 ₁	Min2016 ₁	$EVR 2016_1 / Min2016_1$	$EVR 2016_1 / Min2016_1 * Min PS_1$	Points EM ₁
201850	198,81	221	Q ₂	Min PS ₂	/	/	?	OPTION 1 (0) OPTION 2 (assimilation) OPTION 3 (CT EM 2019 / MIN CDF/CA Hx 2019 * Min PS ₂)	Points EM ₂
...	Q ₃	Min PS ₃	EVR 2016 ₃	Min2016 ₃	$EVR 2016_3 / Min2016_3$	$EVR 2016_3 / Min2016_3 * Min PS_3$	Points EM ₃
AnonATMC			Q _n	Min PS _n	/	/	?	OPTION 1 (0) OPTION 2 (assimilation)	Points EM _n

2.4.2.3. Cost driver « PMC »

La méthodologie pour la création de l'EVR provisoire pour l'imputation des coûts des PMC est identique à celle pour les équipements médicaux et a exploité également les coûts de l'étude 2016-2018. Cependant, au cours de celle-ci, les coûts des PMC n'ont été évalués que pour un nombre limité d'ATMC.

Pour compléter les données collectées lors de l'étude 2016-2018 et ainsi augmenter la précision de l'EVR provisoire PMC, un système d'enregistrement des PMC consommés a été exploité dans quelques consultations et secteurs médico-techniques d'hôpitaux partenaires (système Téléform, scannage de codes-barres, etc.). Les enregistrements ainsi obtenus ont été analysés en détails, prestation par prestation, afin d'en vérifier la cohérence.

Pour chaque ATMC, ainsi que pour chaque prestation non ATMC qui ne disposaient d'aucune information de coût en PMC, trois options ont été comparées et un choix a été effectué :

- Option 1 : la prestation ne nécessite pas l'utilisation de PMC (ex : consultation de base)
- Option 2 : l'utilisation de PMC peut être déduite par assimilation avec une prestation comparable (ex : opération de Hartmann assimilé à Hémi-colectomie droite ou gauche ou résection segmentaire du colon ou résection du sigmoïde ou résection partielle du rectum avec rétablissement de la continuité)
- Option 3 : l'utilisation de PMC ne peut être déduite par assimilation avec une prestation comparable (ex : mesure de la Fraction Flow Reserve en cas de sténose intermédiaire de l'artère coronaire). Dans

ce cas, on calcule un coût de base par minute (coût des PMC / somme des minutes de (simple) présence infirmière/technicien pour les prestations nécessitant cette présence).

2.5. Calcul des coûts des actes techniques médicaux et chirurgicaux

2.5.1. Méthode

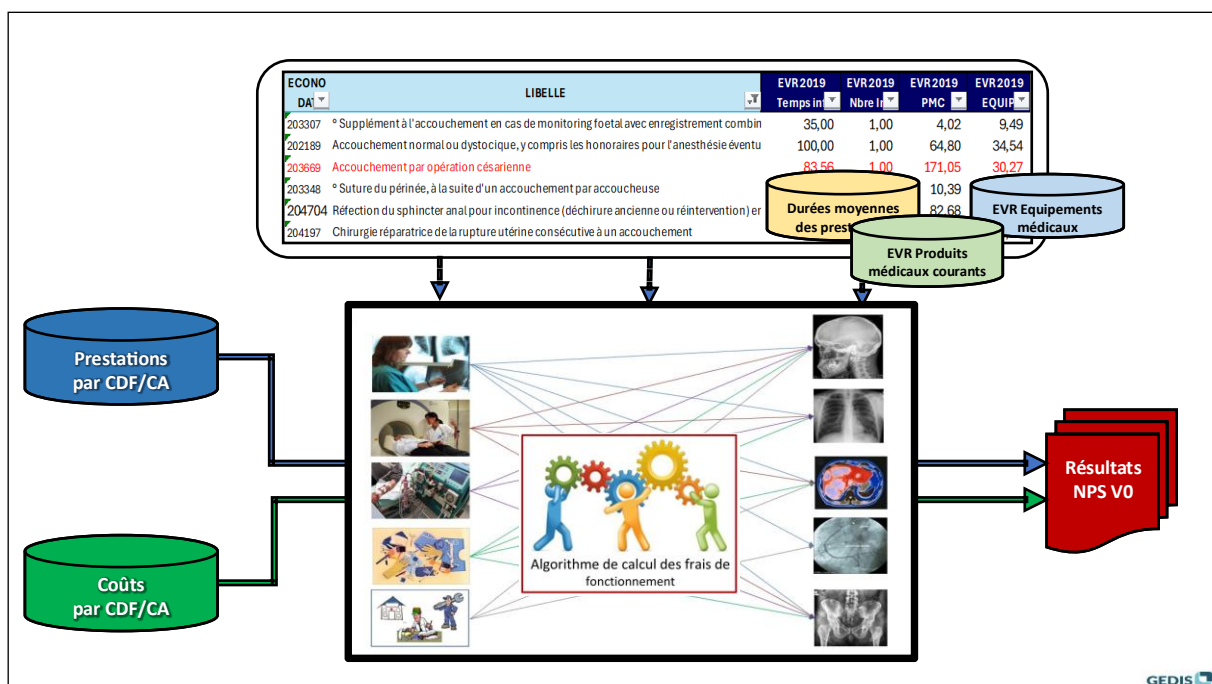
GEDISULB a développé un modèle de calcul des frais de fonctionnement directs (personnel soignant et technique, équipements médicaux, produits médicaux courants) des actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC).

Le fonctionnement de ce système implique, outre les données d'activité et de comptabilité analytique des hôpitaux participants, la préparation de **3 fichiers « cost drivers »** permettant l'imputation des ressources des CAO sur la production de ces CAO. Ces trois fichiers sont :

- (a) une table fixant une **durée** de réalisation des actes-par le personnel soignant ou technique,
- (b) une **échelle de valeurs relatives d'exploitation des équipements médicaux** permettant d'imputer le coût des équipements médicaux des CAO sur les actes produits en tenant compte d'une intensité « normative » d'utilisation de ces équipements,
- (c) une **échelle de valeurs relatives de consommation des dispositifs médicaux non amortissables et non tarifables (PMC)** permettant d'imputer le coût des PMC des CAO sur les actes produits en tenant compte d'une intensité « normative » d'utilisation de ces PMC.

Comme le schématise la figure 3, pour chaque CAO sélectionné, les charges directes du CAO sont imputées à l'aide des cost drivers sur la toutes les prestations produites par le CAO. Un algorithme développé à cet effet est décrit ci-après.

Figure 3 : Illustration des différentes étapes de la méthodologie de calcul des frais de fonctionnement



2.5.2. Algorithme développé pour le calcul des FF des ATMC et traitement des résultats obtenus

Il s'agit d'un programme dont le concept est relativement simple puisque, pour chaque CAO sélectionné, il faut successivement répartir chacun des 3 natures de charge étudiée en fonction de la quantité de prestations réalisées et des UO qui leur ont été attribuées.

1^{ère} étape

- (1) Préparation d'un onglet présentant les données de facturation des 15 hôpitaux.
- (2) Sélection et organisation (TCD) des données de facturation des CAO sélectionnés.
- (3) Préparation d'un onglet avec les données de coûts des CAO sélectionnés.
- (4) Combinaison des données de facturation et des données de coût des CAO sélectionnés.
- (5) Importation des cost drivers des prestations des CAO sélectionnés.
- (6) Calcul du coût PERSONNEL des prestations réalisées dans les CAO sélectionnés.
- (7) Calcul du coût PMC des prestations réalisées dans les CAO sélectionnés.
- (8) Calcul du coût EQUIPEMENT des prestations réalisées dans les CAO sélectionnés.
- (9) Calcul du coût total des prestations (= Somme CT PERSONNEL + CT PMC + CT EQUIPEMENT)

Tableau 28 : Extrait du fonctionnement de l'algorithme de calcul

HOP_CAO	ECON ODAT	LIBELLE	Qté dans CAO	COÛT PERS	COÛT PMC	COÛT EQUIP MED	Temps réalisation Phase 2.2.A	Nbre Inf -Phase 2.2.A	Point EVR PMC - Phase 2.2.A	Point EVR EQUIP - Phase 2.2.A	Durée PERS	Durée PERS x Qté	Minutes totales PERS	CT PERS/min	CT U PERS	Point EVR PMC x Qté	Point totaux EVR PMC	CT U PMC	Point EVR EQUIP * Qté	Points totaux EVR EQUIP	CT U EQUIP	CUTOT
H15_T_GASTRO	203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	5.120	834.913	958.457	541.942	27,33	1,13	17,38	28,34	30,98	158.606	795.076	1,05	32,53	88.991	361.820	46,04	145.118	871.996	17,62	96,19
H15_T_GASTRO	203039	Examen du côlon jusqu'à la valvule iléo-caecale, par e	3.615	834.913	958.457	541.942	37,33	1,60	36,70	58,96	59,73	215.936	795.076	1,05	62,73	132.685	361.820	97,23	213.133	871.996	36,64	196,60
H15_T_GASTRO	207028	Echographie bidimensionnelle avec protocole écrit et :	1.858	834.913	958.457	541.942	16,32	0,20	1,55	3,65	3,26	6.066	795.076	1,05	3,43	2.875	361.820	4,10	6.774	871.996	2,27	9,79
H15_T_GASTRO	203261	Excision de polype(s) du côlon, de l'iléum ou du jéjunu	1.038	834.913	958.457	541.942	21,00	1,67	1,41	34,95	35,00	36.330	795.076	1,05	36,75	1.461	361.820	3,73	36.282	871.996	21,72	62,20
H15_T_GASTRO	202135	* Rectoscopie	765	834.913	958.457	541.942	15,23	1,01	7,56	19,82	15,33	11.731	795.076	1,05	16,10	5.786	361.820	20,03	15.161	871.996	12,32	48,45
H15_T_GASTRO	203248	Examen du rectum et du sigmoïde ou du côlon jusqu'à	723	834.913	958.457	541.942	20,56	1,04	11,16	24,17	21,47	15.522	795.076	1,05	22,54	8.071	361.820	29,57	17.472	871.996	15,02	67,13
H15_T_GASTRO	207070	Examen du tube digestif supérieur et des organes voisi	516	834.913	958.457	541.942	44,85	1,66	35,21	385,72	74,30	38.340	795.076	1,05	78,02	18.169	361.820	93,27	199.030	871.996	239,72	411,02
H15_T_GASTRO	202309	* Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang	429	834.913	958.457	541.942	5,00	1,00	-	-	5,00	2.145	795.076	1,05	5,25	-	361.820	-	-	871.996	-	5,25
H15_T_GASTRO	202702	Examen de l'iléum par endoscopie	385	834.913	958.457	541.942	37,00	1,53	36,70	57,12	56,73	21.842	795.076	1,05	59,58	14.131	361.820	97,23	21.992	871.996	35,50	192,31
H15_T_GASTRO	202912	Insertion d'une prothèse dans les voies biliaires ou par	346	834.913	958.457	541.942	70,86	2,00	41,31	72,84	141,71	49.032	795.076	1,05	148,81	14.294	361.820	109,43	25.204	871.996	45,27	303,52
H15_T_GASTRO	203960	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie e	345	834.913	958.457	541.942	30,00	1,00	2,56	72,55	30,00	10.350	795.076	1,05	31,50	882	361.820	6,77	25.029	871.996	45,09	83,36
H15_T_GASTRO	207071	Prélèvement(s) à l'aiguille de tissu au travers de la par	285	834.913	958.457	541.942	15,20	1,00	10,57	20,82	15,20	4.332	795.076	1,05	15,96	3.012	361.820	27,99	5.934	871.996	12,94	56,90
H15_T_GASTRO	207068	Dilatation de sténose(s) du tube digestif, par endosco	274	834.913	958.457	541.942	29,93	2,00	1,41	34,95	59,85	16.399	795.076	1,05	62,85	386	361.820	3,73	9.577	871.996	21,72	88,30
etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.

2ème étape

- (10) Regroupement par ATMC des coûts calculés dans les différents CAO où ils ont été produits.
- (11) Traitement des doublons NPS V0 des GAC_BLOC_OP afin de considérer qu'ils ne forment qu'une seule prestation (leur attribuer un code econodat de référence, un libellé de référence et sommer leurs quantités produites)
- (12) Calcul de la moyenne simple, de la moyenne pondérée, de la médiane simple et de la médiane pondérée par ATMC et ce pour le coût PERSONNEL, PMC, EQUIPEMENT, et le coût TOTAL.

Tableau 29 : Extrait du regroupement par ATMC des coûts calculés dans les différents CAO où ils ont été produits

ECONO DAT	LIBELLE	HOP_CAO	Qté dans CAO	Qté TOT	CT U PERS	CT U PMC	CT U EQUIP	CUTOT
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H15_T_GASTRO	5.120	53.371	32,53 €	46,04 €	17,62 €	96,19 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H15_T_GastroPedia	456	53.371	17,32 €	11,26 €	34,17 €	62,75 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H11_T_ENDO GASTRO	1.127	53.371	54,81 €	37,06 €	22,42 €	114,29 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H12_T_PLATEAU TECHNIQUE	4.955	53.371	65,81 €	15,14 €	1,46 €	82,41 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H14_C_GASTRO	4.111	53.371	44,11 €	14,83 €	18,23 €	77,17 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H16_C_GASTRO	4.373	53.371	32,52 €	11,69 €	5,06 €	49,28 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H16_C_PED	191	53.371	71,42 €	9,18 €	6,74 €	87,33 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H17_C_GASTRO_1_T_ENDO GASTRO_1	2.987	53.371	24,55 €	7,37 €	12,57 €	44,48 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H17_C_GASTRO_3_T_ENDO GASTRO_3	2.293	53.371	30,13 €	6,16 €	12,24 €	48,54 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H1_C_GASTRO	1.102	53.371	41,71 €	41,80 €	68,24 €	151,76 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H1_T_BLOC OP	564	53.371	39,38 €	15,18 €	25,01 €	79,57 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H2_C_GASTRO	1.842	53.371	66,81 €	30,89 €	33,62 €	131,32 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H2_T_BLOC OP	34	53.371	71,70 €	23,54 €	35,08 €	130,32 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H5A_T_ENDO	2.397	53.371	54,11 €	8,45 €	11,82 €	74,38 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H5L_T_BLOC OP	1.216	53.371	43,12 €	18,05 €	40,10 €	101,27 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H5M_B_C_GASTRO	902	53.371	36,04 €	5,24 €	21,40 €	62,68 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H5M_M_C_GASTRO	1.583	53.371	38,72 €	20,24 €	26,24 €	85,20 €
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	H6_T_ENDOSCOPIE	7.293	53.371	40,70 €	15,22 €	15,39 €	71,32 €
etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.	etc.
		moyenne simple						
		moyenne pondérée						
		médiane simple						
		médiane pondérée						

3ème étape :

(13) Réalisation d'un tableau présentant par ATMC la moyenne simple, la moyenne pondérée, la médiane simple et la médiane pondérée de chaque type de coût (concerne 2.035 ATMC). Les frais de fonctionnement totaux correspondent à la somme des 3 types de coûts. Lorsqu'un ATMC n'a été réalisé que dans un seul CAO, c'est le coût calculé dans ce CAO qui a été utilisé pour compléter la moyenne simple, la moyenne pondérée, la médiane simple et la médiane pondérée (concerne 213 ATMC).

Tableau 30 : Extrait du tableau présentant par ATMC la moyenne simple, la moyenne pondérée, la médiane simple et la médiane pondérée

ECONO DAT	LIBELLE NPS V0	Qté échantillon ULB après nettoyage	Nb CAO ULB après nettoyage	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Médiane	Médiane	Médiane	Médiane	Médiane	Médiane	Médiane	Médiane
				simple FF PERS	simple FF PMC	simple FF EQUIP	simple FF TOT	pondérée FF PERS	pondérée FF PMC	pondérée FF EQUIP	pondérée FF TOT	Simple FF PERS	Simple FF PMC	Simple FF EQUIP	Simple FF TOT	pondérée FF PERS	pondérée FF PMC	pondérée FFEQUIP	pondérée FF TOT
201923	** Tubage gastrique chez l'enfant de moins de sept ai	3.228	10	18,60	3,68	-	22,28	10,51	3,55	-	14,06	14,95	3,38	-	18,33	5,59	3,53	-	9,13
203202	* Ligature d'hémorroïdes	2.151	24	27,30	22,10	1,00	50,40	22,94	19,54	0,68	43,16	21,81	20,14	0,81	42,76	19,71	17,33	0,51	37,55
202135	* Rectoscopie	4.017	28	26,36	7,86	17,27	51,49	24,64	9,53	13,04	47,21	20,65	6,51	14,51	41,67	6,59	1,02	40,19	
203823	Extraction de corps étranger(s) du tube digestif par er	927	28	47,49	1,42	29,36	78,26	39,59	1,47	22,52	63,58	40,73	1,28	25,58	67,59	36,02	1,23	18,98	56,24
203361	Excision de polype(s) du côlon, de l'iléum ou du jéjun	8.306	24	52,62	1,25	22,60	76,47	46,66	1,28	15,72	63,66	52,28	1,12	23,09	76,48	59,66	0,18	2,76	62,59
203248	Examen du rectum et du sigmoïde ou du côlon jusqu'	7.704	25	35,55	11,03	19,47	66,04	37,20	14,01	16,63	67,85	30,60	10,08	15,90	56,58	45,61	9,72	1,24	56,58
212532	Excision de polype(s) du côlon, de l'iléum ou du jéjun	503	18	41,86	1,26	23,21	66,33	51,14	1,38	15,75	68,27	41,02	1,10	22,58	64,69	64,77	1,23	1,80	67,80
215254	Traitement de fistule ou de perforation du tube digest	158	14	46,85	18,92	11,86	77,64	42,66	23,04	8,69	74,39	43,59	15,00	10,49	69,08	43,60	14,28	11,27	69,16
203795	Examen de l'oesophage par endoscopie	1.018	32	51,81	12,94	15,33	80,08	50,48	13,91	12,07	76,47	48,43	10,82	14,07	73,32	52,45	5,53	6,96	64,95
203738	Examen du tube digestif supérieur par endoscopie	53.371	33	51,27	17,44	23,65	92,36	44,98	17,87	17,50	80,35	44,74	15,70	21,88	82,32	54,11	8,45	11,82	74,38
203960	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodéoscopie	1.054	7	41,59	3,07	33,79	78,46	37,92	3,97	41,25	83,14	39,43	2,23	39,41	81,06	39,42	2,24	39,40	81,06
215253	Excision d'une tumeur du tube digestif par mucosect	1.203	16	63,31	15,06	10,16	88,53	64,01	17,42	8,98	90,42	64,46	13,40	9,07	86,93	59,57	14,66	9,52	83,74
207068	Dilatation de sténose(s) du tube digestif, par endosc	1.105	17	84,35	1,38	27,81	113,54	77,85	1,82	19,96	99,63	83,77	1,30	23,84	108,91	78,64	1,23	18,98	98,86
202702	Examen de l'iléum par endoscopie	12.134	21	86,76	32,77	35,35	154,88	81,02	24,51	28,87	134,40	84,26	29,68	34,91	148,85	74,55	32,13	31,02	137,70
203039	Examen du côlon jusqu'à la valvule iléo-caecale, par	24.075	27	99,32	36,34	49,25	184,90	77,76	36,98	28,88	143,61	87,01	33,88	41,02	161,90	85,06	31,32	37,92	154,30
etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....	etc.....

4^{ème} étape :

(14) Pour chacun des 2.035 ATMC pour lesquels GEDISULB disposait des moyennes simples, moyennes pondérées, médianes simples et médianes pondérées, le coefficient de variation (CV) des coûts totaux dans les différents CAO producteurs a été calculé.

(15) Les choix des coûts GEDISULB ont été réalisés de la manière suivante :

- CV < 0,3 → Choix de prendre la moyenne pondérée des 3 types de coûts. Ce cas de figure concernait 1.059 ATMC.
- CV > 0,3 et nombre de CAO > ou = 7 → Choix de prendre la médiane pondérée des 3 types de coûts. Ce cas de figure concernait 648 ATMC.
- CV > 0,3 et nombre de CAO < 7 → Choix entre la moyenne simple ou la moyenne pondérée des 3 types de coûts, grâce à différentes informations ajoutées dans le tableau des résultats permettant

5ème étape :

(16) Classement des ATMC par paragraphes du classement CCAM et par ordre croissant de coût total afin de faciliter la comparaison avec les coûts LIGBKUL, l'analyse des différences, et de vérifier la cohérence des résultats (voir chapitre 3).

Tableau 34 : Extrait du classement des ATMC par paragraphe du classement CCAM et ordre croissant de coût

ECONO DAT	Code INAMI	Code INAMI ambu hospit	LIBELLE NPS VO	Choix FF	Choix FF	Choix FF	Choix FF	Chapitre CCAM	Sous-chapitre CCAM	Paragraphe CCAM	Sous-paragraphes CCAM
				PERS	PMIC	EQUIP	TOT				
				GEDISULB	GEDISULB	GEDISULB	GEDISULB				
205005	242373	242384	Laparoscopie ou laparotomie pour prélèvement	206,96	62,10	34,97	297,63	07 APPAREIL DIGESTIF	07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF	07.01.11	07.01.11.01 Ponction et biopsie hépatique
202917	242612	242623	** Laparoscopie sans prélèvement biopsique,	184,19	97,61	45,11	326,91	07 APPAREIL DIGESTIF	07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF	07.01.12	07.01.12.01 Exploration chirurgicale de l'appareil digestif
201845	432493	432504	Laparoscopie diagnostique sans biopsie y com	184,19	97,61	45,11	326,91	07 APPAREIL DIGESTIF	07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF	07.01.12	07.01.12.02 Exploration chirurgicale de l'appareil digestif
203758	352323	352324	** Laparoscopie avec prélèvement biopsique,	178,06	105,03	53,60	336,69	07 APPAREIL DIGESTIF	07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF	07.01.12	07.01.12.03 Exploration chirurgicale de l'appareil digestif
203904	432515	432526	Laparoscopie diagnostique avec biopsie ou cyt	178,06	105,03	53,60	336,69	07 APPAREIL DIGESTIF	07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF	07.01.12	07.01.12.04 Exploration chirurgicale de l'appareil digestif
204089	242633	242644	Laparotomie exploratrice	272,99	127,89	46,39	447,27	07 APPAREIL DIGESTIF	07.01 ACTES DIAGNOSTIQUES SUR L'APPAREIL DIGESTIF	07.01.12	07.01.12.05 Exploration chirurgicale de l'appareil digestif
204642	241393	241404	Oesophagomyotomie selon Heller par voie ab	571,18	267,65	40,17	886,99	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.07 Actes thérapeutiques sur l'œsophage
205638	228012	228023	Oesophagotomie ou gastro-oesophagotomie	1.895,94	902,64	153,30	2.951,88	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.11 Oesophagotomie par thoracotomie
216076	228270	228281	Oesophagotomie ou gastro-oesophagotomie	1.895,94	902,64	153,30	2.951,88	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.12 Oesophagotomie par thoracotomie
213362	228233	228244	Oesophagotomie ou gastro-oesophagotomie	1.118,79	729,85	188,77	2.037,41	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.13 Oesophagotomie par thoracotomie
216078	228314	228325	Oesophagotomie ou gastro-oesophagotomie	1.118,79	729,85	188,77	2.037,41	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.14 Oesophagotomie par thoracotomie
205620	228174	228185	Oesophagotomie subtotale jusqu'à niveau d	2.273,54	1.036,56	214,16	3.524,26	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.15 Oesophagotomie par thoracotomie
216077	228292	228303	Oesophagotomie subtotale jusqu'à niveau d	2.273,54	1.036,56	214,16	3.524,26	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.16 Oesophagotomie par thoracotomie
213363	228255	228266	Oesophagotomie subtotale jusqu'à niveau d	2.550,51	852,49	365,19	3.768,20	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.17 Oesophagotomie par thoracotomie
216079	228336	228340	Oesophagotomie subtotale jusqu'à niveau d	2.550,51	852,49	365,19	3.768,20	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.01	07.03.01.18 Oesophagotomie par thoracotomie
205376	241696	241706	Gastrectomie	189,44	90,07	36,06	323,56	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.04 Gastrectomie
205111	241570	241581	Reconversion du transit gastro-duodénal aprè	362,19	220,02	149,90	726,11	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.05 Actes thérapeutiques sur l'estomac et le duodénum
205271	241032	241043	Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie ab	509,67	203,79	94,43	807,89	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.06 Fundoplicature de l'estomac
205459	227135	227146	Hernie ou éversion diaphragmatique ou hiat	870,92	609,00	119,67	1.599,59	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.07 Actes thérapeutiques sur l'estomac et le duodénum
204484	241614	241625	Gastro-entérostomie	400,81	201,47	54,13	656,41	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.08 Dérivation de l'estomac et du duodénum
204800	242115	242126	Duodéno-jejunostomie	508,70	384,87	40,80	934,37	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.09 Dérivation de l'estomac et du duodénum
203555	241673	241684	Gastrectomie	111,93	107,08	41,46	260,47	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.10 Gastrectomie et duodénotomie
203554	241651	241662	Pyloroplastie	164,96	71,32	28,67	264,95	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.11 Pyloroplastie et duodénotomie
212178	241776	241789	Gastroplastie de réduction (Mason, Sleeve) (p	283,77	203,07	79,93	566,77	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.12 Actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide
212180	241813	241824	Gastroplastie de réduction par placement d'u	282,08	279,24	85,73	647,05	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.13 Actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide
212181	241838	241849	Gastroplastie de réduction associée à une dér	452,00	291,11	99,46	842,57	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.14 Actes thérapeutiques sur l'estomac pour obésité morbide
205612	241555	241566	Déjastro-gastrectomie	499,60	227,12	75,72	802,43	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.15 Gastrectomie
205298	241533	241544	Réssection de l'estomac et gastroplastie de ré	300,58	269,27	96,55	756,41	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.16 Gastrectomie
205273	241474	241485	Gastrectomie subtotale	576,87	313,71	112,03	1.002,61	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.17 Gastrectomie
205666	241452	241463	Gastrectomie totale avec anastomose oesop	974,99	301,96	143,53	1.420,47	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.18 Gastrectomie
205636	241430	241441	Gastrectomie totale ou déjastro-gastrectomie a	1.256,96	465,79	159,21	1.883,95	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.19 Gastrectomie
205822	241410	241426	Gastrectomie totale avec hémipancréatectom	1.508,97	1.138,59	198,77	2.846,32	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.02	07.03.02.20 Actes thérapeutiques sur l'estomac et le duodénum
203077	242213	242224	Fermeture d'une iléo- ou colostomie ou d'une	228,48	115,59	36,00	380,06	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.04	07.03.04.05 Entérostomie
204987	243191	243202	Iléo- ou colostomie latérale	247,07	129,99	34,92	411,98	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.04	07.03.04.06 Entérostomie
205240	243176	243188	Iléo- ou colostomie terminale	291,61	122,32	56,29	470,22	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.04	07.03.04.07 Entérostomie
204646	242372	242383	Entéro-anastomose	462,33	304,34	44,37	811,03	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.04	07.03.04.08 Dérivation de l'intestin grêle
205276	243294	243305	Réssection de polypes ou de tumeurs intestina	134,77	211,00	63,06	408,83	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.04	07.03.04.09 Entérotomie
204743	243250	243261	Ablation du diverticule de Meckel	217,38	282,40	57,53	557,31	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.04	07.03.04.10 Exérèse de l'intestin grêle
204707	243235	243246	Réssection segmentaire du grêle	482,49	265,38	67,92	815,19	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.04	07.03.04.11 Exérèse partielle de l'intestin grêle
205218	243095	243106	Iléo-colocœctomie	734,49	291,33	90,68	1.106,51	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.06	07.03.06.05 Actes thérapeutiques sur le côlon
204087	243073	243084	Colectomie segmentaire avec colostomie dou	374,51	158,33	91,16	624,00	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.06	07.03.06.06 Actes thérapeutiques sur le côlon
204909	243053	243064	Opération de Hartmann	399,60	340,12	222,36	962,08	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.06	07.03.06.07 Colectomie
204838	243051	243062	Hémi-colectomie droite ou gauche ou résecti	885,53	192,81	57,99	1.136,34	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.06	07.03.06.08 Colectomie
205833	243036	243040	Colectomie totale avec iléostomie ou anastom	1.124,31	519,47	160,41	1.804,20	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.06	07.03.06.09 Colectomie
205825	244763	244764	Proctocolectomie ou colectomie de restaurat	1.880,55	540,66	247,32	2.668,52	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.06	07.03.06.10 Colectomie
203852	243110	243121	Rétablissement de la continuité colique par an	1.017,36	311,41	133,95	1.462,72	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.06	07.03.06.11 Rétablissement de la continuité du côlon après colectomie
203300	244355	244366	Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes d	101,46	6,28	52,77	160,50	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.01 Destruction et exérèse de lésion du rectum
205245	244311	244322	Réssection d'une tumeur villosité du rectum pa	183,53	57,30	42,57	263,40	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.02 Actes thérapeutiques sur le rectum
203765	244252	244263	Exérèse d'un corps étranger du rectum ou d	87,90	47,74	22,99	158,57	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.03 Rétrait de corps étranger du rectum
205485	244230	244241	Exérèse d'un corps étranger du rectum par s	141,77	177,83	57,39	376,99	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.04 Rétrait de corps étranger du rectum
204020	244274	244285	Suture sans laparotomie des plaies du rectum	105,23	59,92	22,56	187,71	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.05 Suture de plaie du rectum
204807	244156	244160	Cure opératoire du prolapsus rectal par voie a	357,59	215,43	247,54	820,55	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.06 Rectopexie
202569	243193	243204	Intervention chirurgicale pour fistule périnéor	230,48	73,90	34,42	338,80	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.07 Fermeture de fistule du rectum
204833	244075	244086	Amputation périnéale du rectum	350,62	74,86	92,83	518,11	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.08 Exérèse totale du rectum
205827	244031	244042	Réssection antérieure du rectum avec conserv	1.178,11	403,43	99,54	1.680,09	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.09 Exérèse totale du rectum
205668	244016	244027	Intervention type Miles	1.356,27	492,59	191,14	2.040,01	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.10 Exérèse totale du rectum
204907	244193	244204	Réssection d'un prolapsus rectal	141,50	66,19	47,39	255,09	07 APPAREIL DIGESTIF	07.03 ACTES THERAPEUTIQUES SUR LE TUBE DIGESTIF	07.03.07	07.03.07.11 Exérèse de prolapsus rectal et de rectocolite

2.5.3. Résultats avant mise en commun avec LIGBKUL

Le tableau des résultats de coûts GEDISULB avant mise en commun avec les résultats de LIGBKUL (voir chapitre 3) se présentait sous la forme suivante :

Tableau 35 : Extrait du tableau des résultats GEDISULB avant mise en commun avec LIGBKUL

Equipe VZ	GAC "théorique" V2	Pareto	codes INAMI doublons NPS V0	Type d'acte	Article	ECONO DAT	Code INAMI ambu	Code INAMI hospit	LIBELLE NPS V0	Qté échantillon 2019 ULB après nettoyage	Nb CAO ULB après nettoyage	Choix FF PERS GEDISULB	Choix FF PMC GEDISULB	Choix FF EQUIP GEDISULB	Choix FF TOT GEDISULB
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205005	242373	242384	Laparoscopie ou laparotomie pour prélèvement biopsique	80	13	200,56	62,10	34,97	297,63
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x	432493-432504 350512-350523	Acte isolé	Article 11 - Prestations techniques médicales	202917	350512	350523	** Laparoscopie sans prélèvement biopsique, y compris	668	20	184,19	97,61	45,11	326,91
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x	432493-432504 350512-350523	Acte isolé	Article 14 g) - Gynécologie - Obstétrique	201845	432493	432504	Laparoscopie diagnostique sans biopsie y compris			184,19	97,61	45,11	326,91
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x	432515-432526 353253-353264	Acte isolé	Article 11 - Prestations techniques médicales	203758	353253	353264	** Laparoscopie avec prélèvement biopsique, y compris	326	18	178,06	105,03	53,60	336,69
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x	432515-432526 353253-353264	Acte isolé	Article 14 g) - Gynécologie - Obstétrique	203904	432515	432526	Laparoscopie diagnostique avec biopsie ou cyto			178,06	105,03	53,60	336,69
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204989	243633	243644	Laparotomie exploratrice	634	17	272,99	127,89	46,89	447,77
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204642	241393	241404	Oesophagomyotomie selon Heller par voie abdom	4	3	571,18	287,65	40,17	898,99
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228012-228023 228270-228281	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	205638	228012	228023	Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie th	2	2	1.895,94	902,64	153,30	2.951,88
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228012-228023 228270-228281	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	216076	228270	228281	Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie th			1.895,94	902,64	153,30	2.951,88
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228233-228244 228314-228325	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	213362	228233	228244	Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie th	4	3	1.118,79	729,85	188,77	2.037,41
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228233-228244 228314-228325	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	216078	228314	228325	Oesophagectomie ou gastro-oesophagectomie th			1.118,79	729,85	188,77	2.037,41
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228174-228185 228292-228303	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	205620	228174	228185	Oesophagectomie subtotalé jusqu'au niveau de la	6	3	2.273,54	1.036,56	214,16	3.524,26
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228174-228185 228292-228303	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	216077	228292	228303	Oesophagectomie subtotalé jusqu'au niveau de la			2.273,54	1.036,56	214,16	3.524,26
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228255-228266 228336-228340	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	213363	228255	228266	Oesophagectomie subtotalé jusqu'au niveau de la	72	4	2.550,51	852,49	365,19	3.768,20
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO		228255-228266 228336-228340	Acte isolé	Article 14 e) - Chirurgie Thoracique	216079	228336	228340	Oesophagectomie subtotalé jusqu'au niveau de la			2.550,51	852,49	365,19	3.768,20
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	203376	241695	241706	Gastrostomie	106	15	189,44	98,07	36,06	323,56
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205111	241570	241581	Réc conversion du transit gastro-duodénal après ga	4	3	362,19	220,02	143,90	726,11
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x		Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205271	241032	241043	Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdom	581	17	509,67	203,79	94,43	807,89
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205459	227135	227146	Hernie ou éversionnement diaphragmatique ou hiatale	21	4	870,92	609,00	119,67	1.599,59
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204464	241614	241625	Gastro-entérostomie	41	11	400,81	201,47	54,13	656,41
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204800	242115	242126	Duodéno-jéjunostomie	83	11	508,70	384,87	40,80	934,37
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	203555	241673	241684	Gastrostomie	8	6	111,93	107,08	41,46	260,47
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	203554	241651	241662	Pyloroplastie	8	3	164,96	71,32	28,67	264,95
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x		Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	211278	241776	241780	Gastroplastie de réduction (Mason, Steeve) (pour l	1049	17	283,77	203,07	79,93	566,77
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	212180	241813	241824	Gastroplastie de réduction par placement d'un an	43	9	282,08	279,24	85,73	647,05
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x		Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	212181	241835	241846	Gastroplastie de réduction associée à une dérivat	1415	16	452,00	281,11	98,46	831,57
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205612	241555	241566	Dégastro-gastrectomie	63	9	499,60	227,12	75,72	802,43
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205298	241533	241544	Résection de l'estomac ou gastroplastie de réduct	52	11	390,58	269,27	96,55	756,41
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205273	241474	241485	Gastroectomie subtotalé	62	14	576,87	313,71	112,03	1.002,61
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205665	241452	241463	Gastroectomie totale avec anastomose oesophago	131	16	974,99	301,95	143,53	1.420,47
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205636	241430	241441	Gastroectomie totale ou dégastrogastroectomie avec	4	4	1.258,86	465,79	159,21	1.883,85
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205822	241415	241426	Gastroectomie totale avec hémipancréatectomie g	1	1	1.508,97	1.138,59	198,77	2.846,32
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	203377	243213	243224	Fermeture d'une iléo- ou colostomie ou d'une fistu	119	15	228,48	115,59	36,00	380,06
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x		Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204987	243191	243202	Iléo- ou colostomie latérale	325	17	247,07	122,99	34,92	411,98
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205240	243176	243180	Iléo- ou colostomie terminale	140	14	291,81	122,32	56,29	470,42
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204645	243272	243283	Entéro-anastomose	136	14	462,33	304,34	44,37	811,03
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	205276	243294	243305	Résection de polypes ou de tumeurs intestinales t	5	5	134,77	211,00	63,06	408,83
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO			Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204047	243250	243261	Ablation du diverticule de Meckel	11	10	217,38	282,40	57,53	557,31
ULB	GAC_BLOC_OP_CHIRABDO	x		Acte isolé	Article 14 d) - Chirurgie Abdominale	204703	243235	243246	Résection segmentaire du grêle	482	17	482,49	265,38	67,32	815,19

Chapitre 2

Dossier complémentaire : Les études des cost drivers dans le cadre de la méthodologie GEDISULB

1. Importance des cost drivers dans la méthodologie de calcul des frais de fonctionnement directs liés aux actes techniques médicaux et chirurgicaux [FF ATMC] mise en œuvre par GEDISULB dans le cadre de la phase 2.2.A.

1.1. Pour mémoire : 3 catégories de cost drivers sont nécessaires pour répartir les frais de fonctionnement directs des centres d'activité opérationnels (CAO) sur les prestations produites dans ces centres.

Après avoir identifié les frais de fonctionnement directs FFD (personnel soignant/technique, équipements médicaux et produits médicaux courants) et les activités médicales (AM) de chaque centre d'activité opérationnel (CAO) sélectionné pour l'étude, il faut répartir ces FFD sur les AM. Cette opération s'effectue en utilisant les cost drivers (CD).

A chaque nature frais de fonctionnement doit correspondre un type de cost drivers (CD). On aura donc :

- Des cost drivers pour imputer le personnel soignant/technique. Ces cost drivers sont principalement basés sur la durée de participation de ce personnel à la réalisation des actes médicaux : Cost drivers de durée [CD DUREE FF].

Des cost drivers pour imputer les équipements médicaux. Ces cost drivers nécessitent des travaux préparatoires complexes pour obtenir les poids relatifs correspondant à chaque acte médical [CD EQU FF]

- Des cost drivers pour imputer les produits médicaux courants, A nouveau, ces cost drivers nécessitent des travaux préparatoires complexes pour obtenir les poids relatifs correspondant à chaque acte médical [CD PMC FF]

1.2. Absence d'un catalogue de cost drivers pour l'imputation des coûts des CAO sur les prestations médicales.

En Belgique, il n'existe actuellement aucun registre officiel recensant ce type de cost drivers.

D'une part, les imputations des frais de fonctionnement nécessaires à la réalisation des actes médicaux sur ces actes n'est pas imposée par la comptabilité des hôpitaux ce qui aurait impliqué un support à fournir par les autorités.

D'autre part, l'investissement nécessaire pour le développement de ce type de cost drivers est généralement jugé trop important par les hôpitaux. Ceux-ci estiment que l'intérêt de connaître les FF des actes médicaux pour leur gestion interne ne pourrait justifier l'importance de l'investissement pour le développement de CD spécifiques à l'établissement.

L'objet de cette note est d'entrer dans le détail de l'élaboration des cost drivers dont l'ensemble constitue le tableau des CD dont il est question au § 2.4.2. du chapitre 2.

2. Cost drivers de durée [CD DUREE FF]

2.1. Enregistrements disponibles en routine

Lors de la réalisation de certaines activités (par exemple, les interventions réalisées dans un bloc opératoire), les heures de début et de fin de l'intervention sont souvent systématiquement enregistrées.

A partir des informations issues d'un échantillon hospitalier, on peut calculer la durée de la ou des prestations réalisées.

Toutefois pour le calcul du CD DUREE FF, le calcul implique d'autres données telles que

- Le nombre (ETP) de personnel soignant/technique présent lors de chaque intervention
- La présence permanente ou partielle de ce personnel
- La qualification du personnel pourrait également s'avérer utile

2.2. Pour d'autres activités, ces enregistrements ne sont (ou pas encore) entrés dans la pratique. Il faut alors procéder par estimation.

En s'inspirant de l'expérience de la phase 2.1.A (honoraires professionnels), l'équipe GEDISULB a mis au point, en collaboration avec la société ICTCG, différents types de questionnaires électroniques (QE) destinés à proposer des durées de participation des personnels soignant ou technique à la réalisation des actes médicaux (AM).

La structure générale de ces questionnaires est adaptée à la nature des différents CAO. On distingue ainsi les QE destinés aux :

- Blocs opératoires ou CAO assimilés
- Unités d'endoscopie ou CAO assimilés
- Aux autres centres d'activité médico technique (ex : ophtalmologie hors QO, dermatologie hors QO, cardiologie, etc.)

Figure 4 : Exemple de formulaire destiné à l'endoscopie

INAMI	LIBELLE	% actes avec anesthésie générale (AG)	Durée en minutes (sans AG)	Durée en minutes (avec AG)	Nombre d'infirmières (sans AG)	Nombre d'infirmières (avec AG)	Nombre d'aides soignantes	Nombre de techniciens RX	Autres paramédicaux	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
GASTRO ENDOSCOPE												
473211-473222	Ablation complète d'un ou de plusieurs polypes du colon au moyen d'une anse diathermique à l'occasion d'une colonoscopie gauche ou d'une colonoscopie totale	100%	60	60	1	2	1	0	0	●	●	●
473830-473841	Cholangiographie rétrograde avec extraction de calculs cholédociens	95%	80	80	2	2	0	1	0	●	●	●
473174-473185	Colonoscopie totale, c.à.d. atteignant l'angle droit du colon ou la valvule iléocaecale	90%	50	50	1	2	1	0	0	●	●	●
473056-473060	Fibro-duodénoscopie (2ème et 3ème duodénum)	20%	30	60	1	2	0	0	0	●	●	●
473432-473443	Iléoscopie	80%	45	60	1	2	0	0	0	●	●	●
355073-355084	Traitement de la lithiase (rénale, biliaire, de pancréas) au moyen du lithotripteur extracorporel par ondes de choc sous contrôle radioscopique ou échographique	100%	0	120	0	2	0	0	0	●	●	●
355751-355762	**Fonction du foie	0%	45	75	1	2	0	0	0	●	●	●
472511-472522	**Rectoscopie	2%	20	50	1	2	0	0	0	●	●	●

Préalablement à son utilisation, chaque type de QE doit être complété par la liste des AM pour lesquels on souhaite calculer les CD.

Le mode d'administration de ces QE est différents de celui adopté pour la phase 2.1.A mais le principe est le même : obtenir des validations et en déduire des "CD DUREE FF" normatifs. Ceux-ci seront utilisés dans chaque CAO pour réaliser les imputations des charges sur les prestations et calculer les coûts de personnel FF.

3. Cost drivers pour des équipements médicaux [CD EQU FF]

La durée d'utilisation des équipements médicaux n'est qu'un des éléments constitutifs des CD EQU FF.

Très souvent, plusieurs équipements différents (dont les coûts et les taux d'utilisation sont différents) sont utilisés pour la réalisation d'une prestation médicale.

Créer une table de CD EQU FF revient à combiner ces différents paramètres (équipements utilisés, coût d'amortissement et de maintenance de ces équipements, taux d'utilisation, durée d'utilisation de chaque équipement pour chaque prestation, etc.) pour la réalisation de chaque prestation médicale.

A l'occasion d'études antérieures⁷, l'équipe CR1ESP/GEDISULB a développé une méthode d'enregistrement pour le calcul du coût d'utilisation des équipements médicaux pour la réalisation des ATMC.

Cette méthode comporte 5 phases :

3.1. Phase 1

Un tableau Excel vide (ou partiellement prérempli) sera présenté par l'équipe GEDISULB à l'équipe du CAO étudié. Ce tableau comporte 4 zones.

- Zone 1 : Equipements médicaux.
 - Par équipement médical, on entend un dispositif médical amortissable et non implantable.
 - Chaque équipement médical utilisé par le CAO doit être listé à raison d'un équipement par colonne. Il faut veiller à ce que les libellés utilisés pour identifier les équipements soient compréhensibles à la fois par les services administratifs concernés et par le personnel des CAO étudiés (ce qui nécessite souvent l'établissement de tables de concordance).
- Zone 2 : Données comptables relatives aux équipements médicaux.

Pour chaque équipement listé

 - Au niveau du CAO, on remplit l'item "quantité d'équipements"
 - Les services administratifs et techniques concernés fournissent :
 - ✓ Le coût d'achat de l'équipement ou un coût d'achat "moyen" des équipements
 - ✓ Un coût "moyen" annuel de maintenance et/ou de réparation
 - Les services administratifs et techniques concernés et le personnel du CAO se mettent d'accord sur une "durée de vie économique moyenne".
- Zone 3 : L'activité médicale du CAO produite par l'utilisation des équipements médicaux.

⁷ Leclercq P., Pirson M., Réforme du financement des hôpitaux, La problématique des honoraires médicaux (Frais de fonctionnement et travail médical), Rapport définitif, tome I (Rapport et annexes), 18 janvier 2018

L'activité est la liste des prestations recensées durant l'exercice étudié en tant que production du CAO à l'aide des équipements médicaux listés dans la zone 1.

- Les quantités d'actes doivent être indiquées (chaque acte est comptabilisé comme une unité indépendamment des règles de tarification pour autant qu'il soit facturé à 50%, 75% ou 100%).
 - Les équipes qui gèrent l'étude doivent également se mettre d'accord sur une durée d'utilisation des équipements pour réaliser les prestations.
- Zone 4 : L'imputation des actes médicaux sur les équipements médicaux nécessaires à leur réalisation.

Ligne par ligne (pour chaque acte réalisé), il faut identifier les équipements utilisés. Quand le chiffre 1 est indiqué, cela signifie que l'équipement est utilisé dans 100% des cas. Si on indique un chiffre inférieur à 1, c'est que l'équipement est utilisé de manière moins systématique (par exemple, 0,5 signifie qu'en moyenne l'équipement est utilisé une fois sur deux). On indique 0 lorsque l'équipement n'est pas requis pour l'exécution de l'acte médical.

3.2. Phase 2

- Chaque case de la zone 4 ou figure un chiffre > 0 est convertie en minutes en multipliant la durée unitaire estimée de l'acte (vert accentué) par la quantité d'actes (vert foncé) et par le chiffre indiqué dans chaque case.
- Les minutes ainsi calculées sont sommées pour chaque colonne (chaque équipement) et reportées dans la Zone 5, ligne "total minutes".
- En divisant le coût "amortissement + maintenance/réparation" par le "total minutes", on obtient le coût par minute de l'utilisation de l'équipement médical X.

3.3. Phase 3

- Il s'agit, pour chaque équipement, de convertir en euros les minutes nécessaires à la réalisation de chaque prestation. Calcul : coût par minute de l'utilisation de l'équipement médical X multiplié par le nombre de minutes nécessaires à la réalisation de chaque prestation ayant nécessité la mise en œuvre de cet équipement.
- Une fiche de synthèse pour chaque acte est élaborée en listant
 - Les équipements utilisés,
 - La durée d'utilisation de chaque équipement requis
 - Le cout d'utilisation de chaque équipement médical requis

Figure 5 : Exemple de fiche de synthèse (variante utilisant les passages patients)

Cystoscopie avec cathétérisme des uretères										
Econ	203025									
amb	260293									
hosp	260304									
Q 2014	223				5%		50%			
LIBELLE EQUIPEMENT	CT achat EQU	Q EQU	Durée de vie	CT AMORT	CT maint	CT amort + maint	CT STERILI	CT TOT a repar	Total patients	Coût unitaire
AUTOLAVEUR ENDOSCOPE	€ 36.205	5	5	€ 36.205	€ 1.810	€ 38.015	€ -	€ 38.015	16.511	€ 2,30
COLONNE DISTRIBUTION ENERGIE	€ 8.600	7	5	€ 12.040	€ 602	€ 12.642	€ -	€ 12.642	20.058	€ 0,63
COLONNE ENDOSCOPIE URO	€ 50.134	4	5	€ 40.107	€ 2.005	€ 42.113	€ -	€ 42.113	2.410	€ 17,47
DEFIBRILLATEUR	€ 10.000	1	5	€ 2.000	€ 100	€ 2.100	€ -	€ 2.100	20.058	€ 0,10
ENDOSCOPE CYSTO RIGIDE	€ 11.000	8	5	€ 17.600	€ 880	€ 18.480	€ 9.240	€ 27.720	661	€ 41,95
ENDOSCOPE CYSTO VIDEO (SOUPLE)	€ 18.744	5	5	€ 18.744	€ 937	€ 19.681	€ -	€ 19.681	15.300	€ 1,29
MONITEUR SPO2	€ 1.621	8	5	€ 2.594	€ 130	€ 2.723	€ -	€ 2.723	2.905	€ 0,94
MONITEUR UNITE CENTRALE	€ 7.880	1	5	€ 1.576	€ 79	€ 1.655	€ -	€ 1.655	4.320	€ 0,38
RECHAUFFEUR PATIENT (BAIR-HUGGER)	€ 1.697	3	5	€ 1.018	€ 51	€ 1.069	€ -	€ 1.069	20.058	€ 0,05
RX-MOBILE SCOPIE	€ 78.650	3	5	€ 47.190	€ 2.360	€ 49.550	€ -	€ 49.550	1.911	€ 25,93
TABLE OPERATOIRE	€ 45.100	7	5	€ 63.140	€ 3.157	€ 66.297	€ -	€ 66.297	16.999	€ 3,90
TOTAL CT UNIT										€ 94,95

3.4. Phase 4 : Validation

La somme du résultat de la multiplication du coût d'utilisation de chaque équipement médical requis pour la réalisation de chaque prestation médicale par la quantité de prestations réalisées durant l'exercice doit, bien entendu être égale à la somme des coût "amortissement + maintenance/réparation" de chaque colonne du CAO.

4. Cost drivers pour les produits médicaux courants [CD PMC FF]

La durée d'un examen médical ou d'une intervention chirurgicale n'est pas un bon proxy susceptible d'être utilisé comme CD PMC FF⁸. Seules des analyses comparatives de consommation de PMC par prestation permettent de dégager des CD PMC FF valables. Dans la pratique, il s'agit d'études très difficiles à réaliser.

4.1. Enregistrements disponibles en routine

Dans quelques rares hôpitaux, des enregistrements sont réalisés au niveau de certains CAO (il s'agit le plus souvent de blocs opératoires).

Si ces hôpitaux acceptent de mettre leurs données à disposition pour l'élaboration de cost drivers normatifs, il faut :

- Vérifier comment les données ont été enregistrées et exploitées au niveau de l'hôpital
- Assurer un traitement conforme aux objectifs poursuivis (dégager des cost drivers normatifs)
- Proposer une validation sur le terrain durant une période courte mais intensive.

4.2. Proposer des études spécifiques durant des périodes limitées

Plusieurs formules peuvent être envisagées selon l'importance et l'organisation du CAO qui fera l'objet de l'étude.

4.2.1. Scannage

⁸ Delo C, Leclercq P, Martins D, Pirson M. Costs of disposable material in the operating room do not show high correlation with surgical time: Implications for hospital payment. Health Policy (2015) Aug 119(8) : 1126-32

Lorsque les produits médicaux à enregistrer sont très nombreux ou si l'organisation du CAO le permet, le scannage sera la formule d'enregistrement privilégiée.

Le logiciel de base utilisé par GEDISULB a été développé par la société Aaxis Médical. Tous les travaux préliminaires permettant les enregistrements sont réalisés par GEDISULB d'une part pour respecter la rigueur imposée par la méthodologie et d'autre part pour éviter de surcharger les pharmaciens, le personnel soignant ou technique par des travaux qui se situent en dehors de leur mission principale.

La méthode proposée est la suivante (à adapter selon les hôpitaux) :

4.2.1.1. Dictionnaire et produits médicaux consommés au bloc opératoire

L'hôpital est invité à fournir pour l'exercice complet le plus récent en précisant la période prise en compte :

a) un dictionnaire précisant les codes détaillés et les libellés des natures comptables correspondantes pour toutes les natures comptables commençant par 600 et 601 ainsi que par 6063 (ainsi que les comptes de variation de stock correspondants).

b) tous les items entrant dans ces natures consommés par le bloc opératoire seront listés dans un tableau dont le format est précisé : code produit, libellé produit, nature comptable auquel le produit est rattaché, quantité utilisée au bloc opératoire, coût total pour le bloc opératoire.

4.2.1.2. Classement des produits médicaux consommés au bloc opératoire

En collaboration avec la pharmacie et les autres services éventuellement concernés par la fourniture de ces produits médicaux au bloc opératoire, l'équipe GEDISULB propose un tri et le reclassement entre les catégories suivantes :

- (a) Spécialités pharmaceutiques
- (b) Implants et dispositifs médicaux invasifs pour usage à long terme (remboursement INAMI)
- (c) Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme (remboursement INAMI)
- (d) Produits médicaux facturés aux patients, à l'exclusion des catégories a, b et c (pas de remboursement INAMI)
- (e) Tout ce qui ne sera pas compris dans les 4 premières catégories sera qualifié de PMC

4.2.1.3. Informations complémentaires nécessaires à la qualité de la liaison

Pour tous les items répertoriés dans la catégorie "PMC (e)" et la catégorie "Dispositifs médicaux invasifs autres que pour usage à long terme (c)", GEDISULB demandera à l'hôpital de compléter le tableau ci-dessus par les champs suivants :

- (i) le coût unitaire pour l'hôpital
- (ii) le nom du fournisseur
- (iii) la référence du fournisseur

4.2.1.4. Liaison entre les codes-barres des emballages et les codes produits de l'hôpital

Il s'agit d'établir une correspondance entre les codes-barres des emballages des PMC et les codes internes attribués par l'hôpital à ceux-ci. Ce travail est accompli par l'équipe GEDISULB qui dispose de la technologie appropriée. La difficulté et la durée du travail de liaison dépend fortement de

l'organisation du stockage. Les PMC dont l'emballage est dépourvu de codes-barres sont identifiés afin de prévoir les procédures qui leur seront appliquées.

4.2.1.5. Organisation des circuits et de la logistique d'enregistrement au sein d'un bloc opératoire

(a) Méthode

Durant la période de l'étude, chaque intervention donne lieu à un double circuit.

(i) Au cours de l'opération,

- Les produits souillés (compresses, aiguilles, gants, etc.) suivent le circuit habituel d'évacuation via les sacs prévus à cet effet.
- Les emballages sont jetés par le personnel soignant dans des sacs de couleur différente.

(ii) A la fin de l'intervention,

- Les sacs contenant les emballages sont fermés et identifiés à l'aide d'une étiquette « patient » par le personnel soignant.
- Selon une organisation qui a dû être mise au point par la coordinatrice, les sacs sont transportés dans un lieu de stockage choisi par l'hôpital.

(iii) Périodiquement, le contenu des sacs est scanné (voir §3 ci-dessous).

(iv) Une fois le scannage réalisé, les sacs doivent être évacués par le service logistique de l'hôpital.

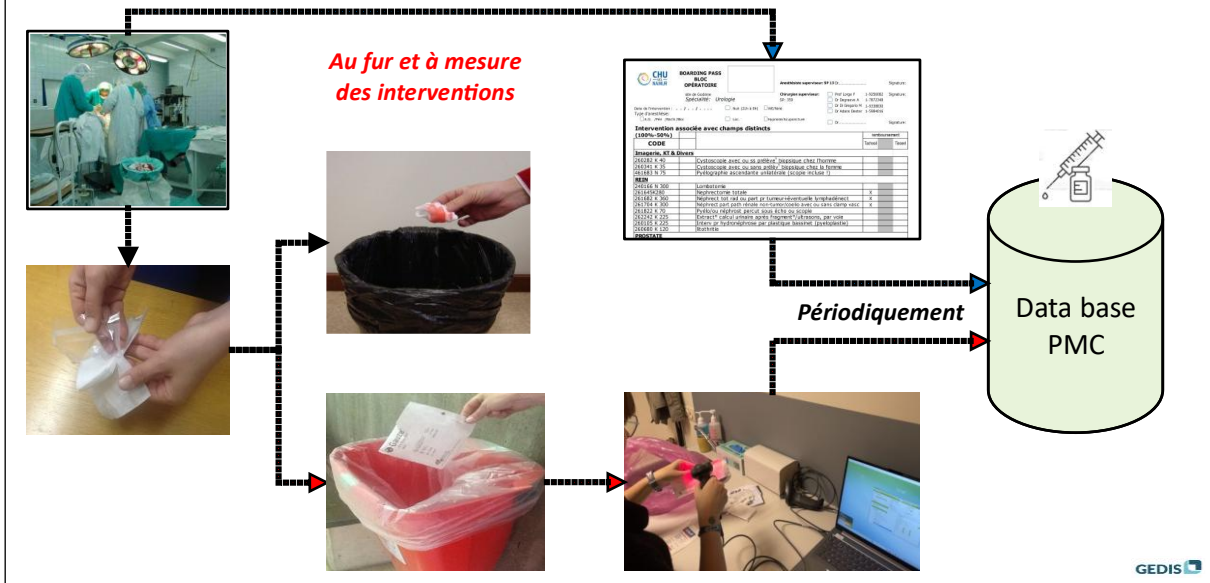
(b) Estimation des volumes à traiter

- En se basant sur une activité probable de X interventions par an (à confirmer), on prévoit avec l'hôpital le nombre de sacs à traiter par semaine.
- La période de l'étude couvrant 6 mois, l'hôpital devra prévoir l'achat de X sacs.
- Sur base d'une approximation vérifiée lors des tests, on évalue la durée de scannage d'un sac à 5 minutes ce qui mobilise +/- x heures d'un agent. On a donc dû prévoir X jours de scannage par semaine.
- Le local où s'effectue le scannage doit pouvoir accueillir +/- X sacs à raison d'un épisode de scannage tous les X jours.

(c) Scannage

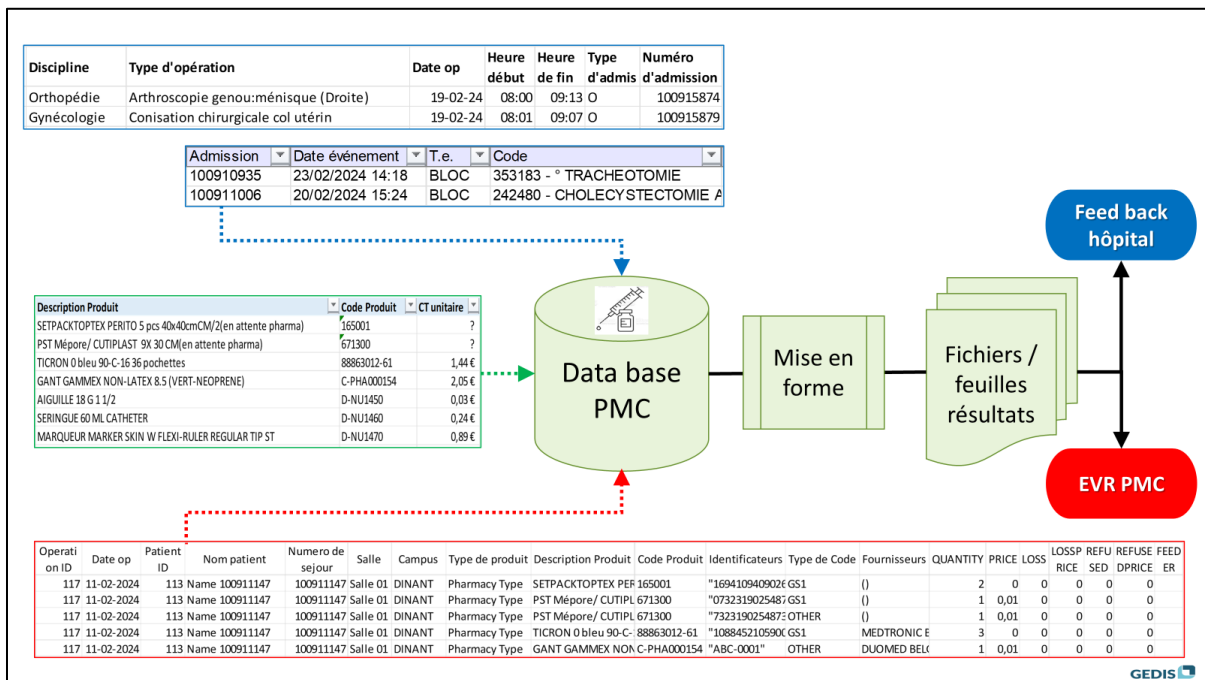
- La formation et l'encadrement des agents qui assurent le scannage en routine est assuré par l'équipe GEDISULB.
- Deux solutions sont envisagées pour le scannage des sacs : le recours à des étudiants vacataires ou l'engagement par l'hôpital d'un agent affecté à cette mission durant sa durée. Un budget doit être prévu pour prendre en charge ce personnel (non qualifié).

Enregistrement des informations pour la création du cost-driver G2 "PRODUITS MEDICAUX COURANTS"



4.2.1.6. Constitution et exploitation des bases de données

- Si l'enregistrement des données nécessite de nombreuses opérations préparatoires et une organisation rigoureuse durant la période dévolue à l'étude, il ne s'agit cependant que d'une étape.
- La validation, la gestion et l'exploitation des données sont complexes car un nombre important de passages au bloc opératoire ou en cardiologie interventionnelle (pour citer un autre exemple) compte la réalisation de multiples actes techniques qui se combinent. L'extraction de montants de PMC par code de la nomenclature suppose des analyses détaillées souvent difficiles et fastidieuses.



4.2.2. Lecture optique

Lorsque les produits médicaux à enregistrer sont en nombre limité ou si un enregistrement par scannage semble une méthode peu efficace, un enregistrement sur des formulaires spéciaux couplé à la lecture optique sera la formule d'enregistrement privilégiée.

Le logiciel de base utilisé a été développé par la société Iguana. Tous les travaux préliminaires de design des formulaires et les tests d'enregistrement ont été réalisés par GEDISULB. La méthode est la suivante :

4.2.2.1. Design des feuilles d'enregistrement des données

GEDISULB conçoit les formats des formulaires qui comportent 3 sections :

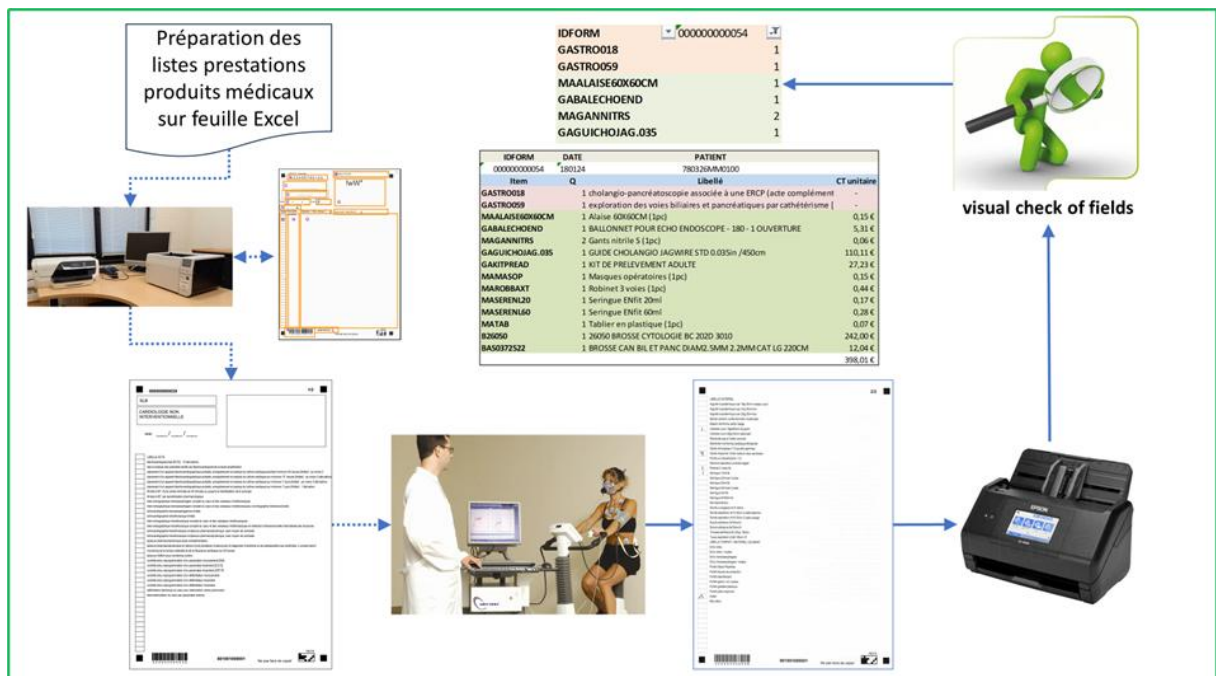
- Destinée à la saisie d'un numéro identifiant anonymement le patient (n° administratif ou de séjour ou de passage qui est logiquement le code-barres figurant sur les étiquettes)
- Les codes et libellés des actes médicaux prestés
- Les dispositifs médicaux utilisés lors du passage (matériel ou forfait)

En fonction des situations susceptibles d'être rencontrées, GEDISULB propose trois formulaires :

- 40 cases recto et 50 cases verso (simulation pour cardiologie non interventionnelle)
- 40 cases recto et 100 cases verso, (simulation pour la dermatologie)
- Feuille 1 = 40 cases recto et 50 cases verso combiné, feuille 2 = 100 cases recto et 100 cases verso (simulation pour l'endoscopie).

4.2.2.2. Constitution et exploitation des bases de données

Travaux similaires à ce qui est décrit au § 4.2.1.6 ci-dessus.



5. Etudes spécifiques entreprises par GEDISULB pour améliorer le tableau des cost drivers dans le cadre de la réforme de la nomenclature

Ces différentes techniques ont été mises en œuvre et se poursuivent dans différents hôpitaux afin de compléter, d'améliorer et d'actualiser le tableau des cost drivers présenté au § 2.4.2. du chapitre 2.

Durant la période pendant laquelle s'est déroulée la phase 2.2.A. l'hôpital Erasme, les cliniques universitaires Saint Luc, le CHU Tivoli, le CHU Saint Pierre, le CHU Godinne, l'hôpital de Dinant et la clinique Sainte Elisabeth ont participé ou participent à des études concernant les domaines d'activité médicale suivants.

➤ Cost driver durée des frais de fonctionnement (CD DU FF)

- ✓ Bloc opératoire
- ✓ Imagerie
- ✓ Endoscopie digestive
- ✓ Oto rhino laryngologie hors QO
- ✓ Dermatologie hors QO
- ✓ Ophtalmologie hors QO

➤ Cost driver Equipement (CD EQU FF)

- ✓ Cardiologie interventionnelle
- ✓ Bloc opératoire
- ✓ Dialyse

➤ 5.3. Cost driver Produits médicaux courants (CD PMC FF)

- ✓ Cardiologie interventionnelle
- ✓ Bloc opératoire
- ✓ Quartier d'accouchement

6. Enseignement et recommandations

Dans le cadre de la méthodologie développée par GEDISULB, on comprend facilement l'importance de disposer de cost drivers régulièrement actualisés et aussi affinés que possible.

Plusieurs cost drivers utilisés pour les calculs des frais de fonctionnement des ATMC de la nomenclature NPS V0 ne seront plus adaptés à un calcul relatif aux ATMC de la nomenclature NPS V1.

Les études de cost drivers nécessitent une étroite collaboration avec les hôpitaux qu'il faut convaincre de participer à ces travaux jugés le plus souvent consommateurs de ressources et sans utilité directe pour les hôpitaux.

Si l'enregistrement des données (durée de travail, équipements utilisés, produits médicaux consommés) est un véritable défi, la complexité des analyses à réaliser pour exploiter ces données ne doit pas être sous-estimée.

Dans quelques hôpitaux, des efforts conséquents sont consentis pour enregistrer des données utiles pour la création ou l'actualisation de cost driver (par exemple de consommation de produits médicaux dans tel ou tel centre d'activité). On remarque cependant que, faute de ressources ou d'expérience, l'analyse de ces données n'est pas réalisée.

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.2.A : FRAIS DE FONCTIONNEMENT
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE COMPARATIVE GEDISULB -
LIGBKUL

Méthodologie comparative en vue de l'intégration des résultats des 2 équipes universitaires dans une EVR FF ATMC NPS V0

3.1. Introduction

A partir de son échantillon d'hôpitaux, chaque équipe universitaire a utilisé sa méthodologie (voir chapitre 2) pour calculer les coûts en personnel soignant et/ou technique, produits médicaux courants et équipements médicaux des ATMC de la NPS V0.

Afin d'obtenir pour le 31 décembre 2024 une première version provisoire (version 1) d'une EVR commune [FR/NL] FF ATMC NPS V0, une méthodologie de comparaison des résultats a dû être élaborée, discutée, testée et validée par les deux équipes.

En résumé, les équipes ont échangé leurs résultats respectifs, les ont intégrés aux leurs, les ont comparés, les ont analysés, ont identifié les ATMC qui devaient faire l'objet de discussions plus approfondies, et ont procédé aux arbitrages en vue d'aboutir à un consensus concernant le coût total final à intégrer dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 1.

Cette étape préliminaire, réalisée en octobre et novembre 2024, a permis de mettre au point et de tester la **méthodologie comparative en vue de l'intégration des résultats des 2 équipes universitaires dans une seule échelle commune « EVR FF ATMC NPS V0 »**.

Au cours du 1^{er} semestre 2025,

- Les équipes ont présenté à l'INAMI une série de travaux complémentaires destinés à améliorer les calculs des frais de fonctionnement. Ces propositions ont été approuvées par l'INAMI le 14.03.2025. Ces travaux ont été réalisés et sont décrits ci-dessous (voir § 3.2).
- A partir des résultats obtenus à la suite de ces travaux complémentaires, les calculs des frais de fonctionnement des ATMC NPS V0 réalisés par chaque équipe ont fait l'objet de plusieurs corrections.
- Les coûts actualisés par chaque équipe ont à nouveau été échangés et la procédure de comparaison, mise au point et testée fin de l'année 2024, a été reproduite en mai et juin 2025 (voir § 3.3. ci-dessous) afin d'aboutir à la version 2 de l'EVR FF ATMC NPS V0 qui est jointe au rapport clôturant la phase 2.2.A.

3.2. Etudes complémentaires réalisées pour améliorer le calcul des frais de fonctionnement présenté dans la version 1 de l'EVR FF ATMC NPS V0

3.2.1. De la liste des ATMC inclus dans la version 1 à la liste des ATMC inclus dans la version 2

L'EVR provisoire FF ATMC NPS V0 2019 version 1 comportait 2.452 ATMC. Une discussion portant sur 76 prestations non incluses dans cette première EVR a abouti à écarter 28 prestations et à intégrer 48 ATMC supplémentaires à la liste initiale. La version 2 comportera donc 2.500 ATMC NPS V0.

3.2.1.1. Prestations écartées

- 12 prestations « collecte des cellules souches hématopoïétiques »
 - Codes (Econodat) : 211916 / 211912 / 211914 / 211913 / 211915 / 211922 / 211921 / 213232 / 211920 / 211919 / 211918 / 211917

Prestations complexes relevant pour partie des ATMC et pour partie des ACA ou des AMTAA.
Le financement de ces prestations devra faire l'objet d'une étude spécifique.
- 10 prestations « séances de rééducation en médecine physique »
 - Codes (Econodat) : 203408 / 203147 / 207444 / 212229 / 202953 / 207448 / 207446 / 207445 / 212970 / 212969

Ces séances de rééducation de médecine physique font l'objet de discussions au niveau du groupe ACA.

Ces prestations ne sont pas intégrées dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2.

➤ 6 prestations au statut ambigu (ATMC, ACA ou suppléments ?)

- 214021 (0-214126 « Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant et/ou monitoring continu de la pression intracardiale ou pulmonaire au moyen d'un cathéter intracardiaque, les premier et deuxième jours, par jour ») et 214027 (0-211326 « Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant, du premier au cinquième jour inclus, par jour »)

Il s'agit d'actes de surveillance dont l'étude est attribuée au groupe ACA.

Ces prestations ne sont pas intégrées dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2.

- 213611 (202856-202860 « Honoraires complémentaires par séance pour l'utilisation de l'imagerie médicale pour les prestations 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 et 202790-202801 »)

Les 21 ATMC de pain clinic qui sont indiqués dans ce libellé d'honoraires complémentaires précisent dans leur propre libellé « avec utilisation de l'imagerie médicale ».

Dans l'EVR FF ATMC NPS V0, le coût de l'utilisation de l'imagerie a été incorporé dans le coût de la prestation de pain clinic. Ce code n'est donc pas intégré dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2 car il s'agit d'un supplément et non d'un acte en tant que tel.

- 203759 (201154-201165 « Honoraires complémentaires pour les interventions chirurgicales sous hypothermie profonde (température centrale au-dessous de 33°) »)

Ce code est un honoraire complémentaire prévu pour l'anesthésiste qui participe à l'induction de l'hypothermie et à la surveillance du patient durant cette hypothermie.

Cette intervention de l'anesthésiste ne nécessite pas de frais de fonctionnement supplémentaires.

Avec l'accord de l'INAMI, ce code ne figure pas dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2.

- 204623 (237193-237204 « Supplément d'honoraires pour nouvelle intervention chirurgicale sur une prothèse aortique existante pour les prestations 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064 et 237075 - 237086 »)

Ce code correspond à un supplément d'honoraire (en fait un modificateur) qui est ajouté à l'honoraire de la prestation principale pour permettre de rémunérer davantage le chirurgien vasculaire en cas de réintervention sur une prothèse aortique existante.

La réintervention n'implique pas de frais de fonctionnement supplémentaires.

Avec l'accord de l'INAMI, ce code ne figurera pas dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2.

- 206001 (459970-459981 « Honoraires complémentaires par séance opératoire pour échographies en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale »)

Honoraire complémentaire prévu pour les radiologues qui se déplacent au quartier opératoire pour réaliser une échographie. Ce code n'implique pas de frais de fonctionnement supplémentaires.

Avec l'accord de l'INAMI, ce code ne figure pas dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2.

3.2.1.2. Prestations ajoutées

➤ 9 prestations « dialyse chronique »

- Codes (Econodat) : 215139 / 215140 / 215143 / 215141 / 215142 / 215145 / 215144 / 215497 / 207227

GEDISULB n'a pas été en mesure de mener l'étude spécifique jugée nécessaire pour valider les résultats partiels actuellement disponibles.

Le calcul des frais de fonctionnement pour les prestations de dialyse chronique qui figurent dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2 sont issus de l'étude de LIGBKUL.

➤ 25 prestations « narcoses liées à un acte princeps »

- Codes (Econodat) : 203053 / 203431 / 203150 / 202714 / 202921 / 202954 / 201740 / 203395 / 203013 / 203796 / 203715 / 202361 / 202459 / 203014 / 203217 / 203374 / 213383 / 203243 / 203605 / 212099 / 203218 / 203188 / 203219 / 203394 / 206663

Ces prestations figurent dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2 mais avec un coût égal à 0 car les coûts, faute d'enregistrement des techniques anesthésiques, sont imputés sur les actes princeps.

➤ 14 prestations « installation et surveillance technique » des articles 13, 11 et 25

- Codes (Econodat) : 214016 / 214052 / 214046 / 214047 / 205431 / 214028 / 214042 / 214025 / 214054 / 214058 / 214044 / 214045 / 214050 / 212385

Dans la NPS V0, « l'installation et la surveillance » sont combinées dans le même libellé (et concernent donc à la fois le groupe ATMC et le groupe ACA).

Dans la NPS V1, "l'installation" (qui concerne le groupe ATMC) sera dissociée de "la surveillance" (qui concerne le groupe ACA).

Ces prestations figurent dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2 mais le coût n'a pas été calculé pour des raisons expliquées au §5.3.10 du chapitre 5.

3.2.2. Révision de la liste des Groupes d'Activité Cliniques (GAC)

34 GAC ont été créés pour faciliter

- La planification des travaux et la répartition des tâches entre les deux équipes universitaires
- Les analyses des coûts.

Pour remédier à quelques incohérences constatées dans la liste utilisée lors des études qui ont abouti à la version 1 de l'EVR FF ATMC NPS V0 2019,

➤ 2 nouveaux GAC ont été créés :

- Un GAC_ANESTH_NARCOSE alimenté par les 25 prestations de « narcose » ajoutées dans l'EVR FF version 2.
- Un GAC_USI constitué de 16 prestations dont les 14 actes de « surveillance et installation » (des articles 13, 11 et 25) ajoutés dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2.

➤ L'attribution des prestations entre les GAC a été modifiée pour 55 ATMC.

3.2.3. Présence ou non de personnel soignant/technique pour réaliser l'ATMC

✓ L'exécution de plusieurs ATMC s'effectue différemment selon les institutions, ou selon les prestataires ou même selon certaines caractéristiques des patients.

Les calculs qui ont été effectués dans le cadre des EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 1 ou version 2 ne peuvent évidemment prendre en compte cette variation de pratique.

Les imputations des charges de personnel soignant/technique sur les ATMC d'un centre d'activité opérationnel procèdent donc de ce qui semble être la pratique jugée la plus habituelle par les équipes universitaires.

➤ A titre indicatif, la version 2 de l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 comporte pour chaque prestation une mention « avec personnel soignant » ou « sans personnel soignant ».

Cette mention permettrait de préparer le terrain pour une étude complémentaire plus approfondie visant à définir, d'une manière plus précise, la part respective du médecin et du personnel soignant dans la réalisation de ces actes (ce qui aura également d'éventuelles conséquences sur l'EVR HP ATMC NPS V1 puisque la durée « réalisation de l'acte par le médecin » et la durée « réalisation de l'acte par le personnel soignant/technique » devront être coordonnées et adaptées).

3.2.4. Doublons NPS V0

Par doublons NPS V0, on entend des libellés identiques ou quasi identiques présents dans 2 articles différents de la nomenclature, mais qui ont des codes INAMI différents.

194 doublons ont été identifiés dans la nomenclature NPS V0 2019.

✓ Incohérence des coûts des doublons dans la version 1 de l'EVR FF ATMC NPS V0

En prenant en compte les articles, les prestations, la notion de connexité, 9 catégories de doublons ont été constituées.

Tableau 36 : Constitution de 9 catégories de doublons

Type de doublon niveau 1	Nombre de PAIRES	Type de doublon niveau 2	Nombre de PAIRES	Type de doublon niveau 3	Nombre de PAIRES	Catégories de doublons
Articles 17	108	Radiographies	63	réalisés en majorité par radiologues	33	1° Doublons NPS V0 RX réalisés en majorité par radiologues
				réalisés quasi exclusivement par radiologues	19	2° Doublons NPS V0 RX réalisés quasi exclusivement par radiologues
				réalisés en majorité par connexistes	7	3° Doublons NPS V0 RX réalisés en majorité par connexistes
		Echographies	45	réalisés quasi exclusivement par connexistes	4	4° Doublons NPS V0 RX réalisés quasi exclusivement par connexistes
				réalisés en majorité par radiologues	10	5° Doublons NPS V0 ECHO réalisés en majorité par radiologues
				réalisés en majorité par connexistes	14	6° Doublons NPS V0 ECHO réalisés en majorité par connexistes
				réalisés quasi exclusivement par connexistes	21	7° Doublons NPS V0 ECHO réalisés quasi exclusivement par connexistes
Hors articles 17	86	QO	74		74	8° Doublons NPS V0 hors RX/ECHO au BLOC OPERATOIRE
		Hors QO	12		12	9° Doublons NPS V0 hors RX/ECHO hors BLOC OPERATOIRE
Total	194		194		194	

D'autre part, en observant les résultats de la version 1 de l'EVR FF, on peut constater 3 situations différentes : (a) Coûts différents pour les doublons, (b) Coûts identiques pour les doublons, (c) Coût attribué à un seul des doublons

En rapprochant les 9 catégories de doublons et les 3 situations de coûts, on constate une incohérence des coûts au sein d'une même catégorie de doublons

Tableau 37 : Constatation d'une incohérence des coûts au sein d'une même catégorie de doublons

Catégories de doublons	Situation dans EVR FF V1	Nombre de PAIRES
1° Doublons NPS V0 RX réalisés en majorité par radiologues	CT différents	10
	CT identiques	8
	CT pour un seul des doublons	15
2° Doublons NPS V0 RX réalisés quasi exclusivement par radiologues	CT différents	9
	CT identiques	3
	CT pour un seul des doublons	7
3° Doublons NPS V0 RX réalisés en majorité par connexistes	CT différents	1
	CT identiques	3
	CT pour un seul des doublons	3
4° Doublons NPS V0 RX réalisés quasi exclusivement par connexistes	CT identiques	4
5° Doublons NPS V0 ECHO réalisés en majorité par radiologues	CT différents	9
	CT pour un seul des doublons	1
6° Doublons NPS V0 ECHO réalisés en majorité par connexistes	CT différents	12
	CT pour un seul des doublons	2
7° Doublons NPS V0 ECHO réalisés quasi exclusivement par connexistes	CT différents	1
	CT identiques	1
	CT pour un seul des doublons	19
8° Doublons NPS V0 hors RX/ECHO au BLOC OPERATOIRE	CT identiques	73
	HORS ECHANTILLON 2019	1
9° Doublons NPS V0 hors RX/ECHO hors BLOC OPERATOIRE	CT différents	2
	CT identiques	6
	CT pour un seul des doublons	4
Total général		194

➤ Solution préconisée pour la version 2 de l'EVR FF ATMC NPS V0.

Une harmonisation de la présentation des coûts par catégorie de doublon a donc été proposée pour la version 2 de l'EVR FF ATMC NPS V0.

○ Pour les 117 paires de doublons HORS GAC_BLOC_OP : rapport de coûts distincts lorsque les données le permettent ; sinon, coût rapporté pour un seul doublon (selon des critères comme la faible réalisation ou une seule observation dans les CAO), l'autre étant indiqué par un « / » ; les doublons HORS GAC_BLOC_OP étant souvent réalisés dans des CAO bien différents.

○ Pour les 77 paires de doublons GAC BLOC_OP : rapport de coûts identiques ; les doublons GAC_BLOC_OP étant souvent réalisés par des disciplines différentes mais dans des CAO similaires (BLOC OP ou HJ CHIR).

N.B. On ne perdra pas de vue que la nouvelle nomenclature NPS V1 élimine les doublons pour ne garder qu'un libellé unique. Il faudra donc choisir un seul coût (par exemple pour un même libellé, que l'acte soit réalisé par un radiologue ou un connexiste) ou la réécriture des libellés s'il s'avérait que les actes n'étaient pas identiques (avec dès lors des coûts différents).

3.2.5. Actes complémentaires

Un acte complémentaire est un acte médical ou chirurgical réalisé en plus d'un acte principal.

✓ Il faut veiller à distinguer le coût de l'acte principal de celui de l'acte complémentaire afin d'éviter une double comptabilisation des coûts.

➤ GEDISULB a dressé une liste (non exhaustive) de 47 actes complémentaires, qui ont ensuite été associés, dans la mesure du possible, à un ou plusieurs actes principaux, sur base des libellés ou des textes officiels de la nomenclature. Cette liste, non exhaustive, a été transmise à l'équipe LIGBKUL.

Une méthodologie commune de calcul des coûts des actes complémentaires a été discutée entre les deux équipes. Cette méthodologie n'a pas pu être finalisée dans le calendrier prévu.

Une étude complémentaire sera donc nécessaire après juin 2025 pour approfondir cette problématique et aboutir à une approche harmonisée entre les deux équipes.

3.2.6. Actes faisant référence à des moyens techniques

Il s'agit d'actes qui aident à réaliser l'acte principal en mobilisant un équipement spécifique (par exemple : guidage, contrôle radioscopique, neuro-navigation, technologie de destruction).

355014	355025	Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes, par la méthode au laser à l'exclusion du YAG : 431115 - 431126, 431395 - 431406, 431432 - 431443, 431594 - 431605, 432294 - 432305, 432530 - 432541, 432552 - 432563, 432574 - 432585, 432596 - 432600, 432633 - 432644, 432692 - 432703, 245512 - 245523, 245534 - 245545, 245556 - 245560, 246050 - 246061, 246072 - 246083, 246175 - 246186, 246573 - 246584, 246632 - 246643, 246654 - 246665, 248172 - 248183, 248194 - 248205, 248216 - 248220, 248231 - 248242, 248253 - 248264, 248275 - 248286, 248290 - 248301, 248312 - 248323, 255835 - 255846, 256653 - 256664, 257751 - 257762, 258090 - 258101, 258112 - 258123 et 312071 - 312082
--------	--------	--

✓ Le problème est d'éviter une double imputation des coûts. Par exemple, dans le cas du code 355014-355025, le coût du laser nécessaire à une série de prestations gynécologiques, ophtalmologiques, etc., doit être imputé sur ce code 355014-355025 (qui permet de facturer l'utilisation du laser), et non sur les actes qui utilisent le laser (431115-431126, 431395-431406, etc.).

Dans l'exemple ci-dessus, le libellé de certaines prestations utilisant le laser, comme par exemple le code 248194-248205 « *Photocoagulation par laser de lésions chorioretiniennes maculaires avec...* » introduit une ambiguïté supplémentaire puisque ce libellé spécifie l'utilisation du laser ce qui pourrait suggérer que l'utilisation de ce moyen est compris dans le tarif de l'acte (et donc que le coût de l'utilisation du laser doit être intégré au code 248194-248205 alors qu'il doit l'être sur le code 355014-355025).

➤ GEDISULB a dressé une liste (non exhaustive) de 20 prestations faisant référence à des moyens techniques qui a été transmise à l'équipe LIGBKUL.

Les deux équipes ont convenu d'utiliser, pour ces prestations, les coûts calculés par GEDISULB, afin de garantir une cohérence méthodologique dans le cadre de la version 2 de l'EVR FF. Pour les versions ultérieures des EVR FF, l'INAMI devra statuer sur la méthodologie la plus pertinente : (a) imputer le coût du moyen technique sur des codes spécifiques ou (b) sur l'acte auquel est associé l'usage du moyen technique (et donc, par voie de conséquence), prévoir la suppression de ces codes spécifiques.

3.2.7 Autres discussions relatives aux frais de fonctionnement directs

De commun accord, les équipes se sont prononcées également sur la sélection des coûts suivants :

- Les coûts de la stérilisation centrale ne sont pas inclus dans l'étude.
- Le coût en personnel de la salle de réveil a été fusionné au coût en personnel du QO. En d'autres mots, le coût en personnel de la salle de réveil a été imputé sur les prestations.

3.3. Méthodologie comparative en vue de l'intégration des résultats des 2 équipes universitaires dans une EVR FF ATMC NPS V0 version XX »⁹.

Préalables

Avant de procéder à des nouveaux calculs de FF intégrant les précisions décrites au §2 ci-dessus, chaque équipe universitaire a procédé à une analyse de l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 1. En effet, lorsque cette version provisoire a été transmise, fin 2024, à l'INAMI, le temps a manqué pour réaliser une analyse détaillée.

⁹ Méthodologie élaborée en 2024 et testée une première fois pour aboutir à une 1^{ère} version d'une EVR provisoire FF ATMC NPS V0 2019. Cette méthodologie a été reproduite sur les nouveaux résultats obtenus au 1^{er} semestre 2025 suite aux adaptations décrites au § 3.2.

Les constats des deux équipes ont été partagés et des mesures ont été décidées en commun pour s'assurer d'éviter la répétition, dans la version 2, d'incohérences mises en évidence lors de l'analyse de la version 1.

A titre d'exemple, les frais de fonctionnement doivent respecter une gradation prévisible. L'analyse de la version 1 montre que ce principe n'a pas toujours été respecté. Par exemple, le code 202095 (255872-255883 « Résection de cornet ou queue de cornet ou turbinoplastie, unilatérale ») a un coût plus élevé que le code 203100 (255894-255905 « Résection de cornet ou queue de cornet ou turbinoplastie, bilatérale ») alors qu'on s'attend au contraire. Ce genre d'anomalie disparaît dans la version 2.

3.3.1. Mise en commun des résultats des calculs des frais de fonctionnement réalisés par chaque équipe.

Chaque équipe universitaire utilise sa méthodologie (voir chapitre 2) pour calculer les frais de personnel soignant/technique, de produits médicaux courants et d'équipement médical directement imputables à chacun des 2.500 ATMC NPS V0.

Les résultats de ces calculs ont été échangés, en veillant à communiquer les champs suivants :

- GAC "théorique" V2
- Equipe V2
- ECONODAT
- Code INAMI ambu
- Code INAMI hospit
- LIBELLE NPS V0
- Formulering NPS V0
- Tarif 2022
- Qté nationales 2022
- Qté échantillon 2019
- FF PERS
- FF PMC
- FF EQUIP
- FF TOT
- Degré de fiabilité des CT de l'ensemble du GAC
- Degré de fiabilité des CT de l'ATMC
- Commentaire

3.3.2. Analyse préparatoire réalisée par chaque équipe sur base de principes préalablement définis consensuellement.

Idéalement, chaque équipe, disposant de l'ensemble des résultats, aurait pu analyser la totalité des résultats disponibles pour la totalité des actes de la nomenclature à condition de n'être tenue par aucune contrainte de planning (ce qui n'était évidemment pas le cas).

Dans la pratique, pour accélérer le travail, chaque équipe s'est chargée d'analyser en priorité les actes des GAC listés selon une répartition convenue de commun accord.

Tableau 38 : liste des GAC répartie par équipe universitaire

GAC à traiter par KU Leuven	Nb ATMC
GAC_CARDIO_INTERVENTIONNELLE	38
GAC_CARDIO_TECHNIQUE	26
GAC_CHIRORTHO_TECHNIQUE&TRAUMATO	122
GAC_ENDO&TECHNIQUE_GASTRO	69
GAC_ENDO&TECHNIQUE_PNEUMO	44
GAC_ENDO&TECHNIQUE_URO	32
GAC_GYNE_TECHNIQUE&PMA&SALLE_ACC	63
GAC_CT&MEDNUCL	48
GAC_ECHO	55
GAC_IRM	12
GAC_RX	88
GAC_RX_PONCTION	15
GAC_RX_INTERVENTIONNELLE&INVASIVE	61
GAC_NEPHRO&HEMATO	21
GAC_NEURO&PSY&MEDPHYS&RHUMATO	36
GAC_STOMATO_TECHNIQUE	12
GAC_URGENCES&PETITS ACTES TECHNIQUES	19
GAC_USI	16
TOTAL	777

GAC à traiter par ULB	Nb ATMC
GAC_BLOC_OP_CHIR ORTHO	534
GAC_BLOC_OP_OPHT	69
GAC_BLOC_OP_STOMATO	115
GAC_BLOC_OP_GYNECO	92
GAC_BLOC_OP_ORL	141
GAC_BLOC_OP_CHIR PLAST	80
GAC_BLOC_OP_URO	98
GAC_BLOC_OP_CHIR VASC	64
GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO	171
GAC_BLOC_OP_COLONNE	54
GAC_BLOC_OP_CHIR THOR	44
GAC_BLOC_OP_NEUROCHIR	44
GAC_BLOC_OP_CHIR CARD	35
GAC_DERMATO_TECHNIQUE	30
GAC_OPHT_TECHNIQUE	48
GAC_ORL_TECHNIQUE	48
GAC_PAIN_CLINIC	31
TOTAL	1 698

Les 2.500 ATMC ont été répartis de la manière suivante : 777 ATMC incombant à l'équipe LIGBKUL ; 1.698 ATMC incombant à l'équipe GEDISULB ; le GAC_ANESTH_NARCOSE, constitué de 25 prestations, n'a été attribué à aucune équipe car de commun accord il a été décidé d'imputer les FF sur les actes princeps (sauf pour une prestation 203394 « Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les différentes phases de l'accouchement, y compris la période de dilatation et les éventuelles manoeuvres obstétricales du postpartum citées aux prestations 202031 - 202042 et 202053 -202064 » pour laquelle LIGBKUL souhaitait rendre un coût).

- Lorsque l'écart des FF totaux est inférieur à 50%, les deux équipes ont convenu d'appliquer la règle suivante : retenir le montant correspondant à la moyenne pondérée des coûts GEDISULB et LIGBKUL.
- Lorsque l'écart des FF totaux est supérieur à 50%, une analyse impliquant une exploration de toutes les sources d'informations disponibles est alors nécessaire (nombre de personnes prévues et durées estimées ou enregistrées pour la réalisation de l'acte, équipements utilisés, informations provenant de médecins et d'experts, etc.)

Chaque équipe a procédé à ces analyses approfondies, en se centrant sur les actes des GAC dont l'analyse leur incombait en priorité, pour comprendre l'origine des écarts et proposer les solutions adéquates à adopter par consensus.

- Si une seule équipe universitaire fournit un coût pour une prestation donnée, ce dernier est retenu. Cela s'applique également lorsque le coût de l'autre équipe est jugé moins fiable pour des raisons valables.
- Si les deux équipes universitaires ne disposent pas de coûts pour une prestation donnée ou que les coûts sont jugés non fiables, en général, aucun résultat final n'est retenu.
- Une technique complémentaire dite de « gradation attendue des frais de fonctionnement » a également été utilisée, notamment pour les GAC chirurgicaux, pour mettre en évidence des anomalies difficiles à repérer autrement.

Au sein d'un même GAC, les ATMC correspondant à des « types de chirurgie » semblables en termes de localisation et de technique opératoire ont été regroupés. Il est en effet plus facile de comparer simultanément les prestations se ressemblant, plutôt que de les analyser dans un ordre aléatoire, car les ATMC au sein d'un même regroupement présentent des similitudes en termes de personnels soignants, de produits médicaux courants et d'équipements nécessaires à leur réalisation.

Au sein d'un même regroupement, les prestations ont été triées selon la gradation attendue des frais de fonctionnement. Cette gradation (qui ne constituait qu'une proposition et était bien entendu discutable) était basée sur :

- ✓ L'expérience de terrain
- ✓ Les résultats de coûts
- ✓ Les durées
- ✓ Les cost drivers GEDISULB
- ✓ Les scores de la phase 2.1

Exemple d'un regroupement d'ATMC liés à la « chirurgie de la paroi » :

Tableau 39 : Exemple d'un regroupement d'ATMC liés à la "chirurgie de la paroi"

ECONO DAT	LIBELLE	Moyenne pondérée FF PERS	W_MDN_ EHK_P	ECART	Moyenne pondérée FF PMC	W_MDN_ EHK_M	ECART	Moyenne pondérée FF EQUIP	W_MDN_ EHK_A	ECART	Moyenne pondérée FF TOT	POOL_W_ MDN_EEN HEIDSKOS T	% Verschil POOL_W_ MDN_EEN HEIDSKOS T & Moyenne pondérée FF TOT
213538	Traitement chirurgical d'une hernie primaire de la paroi abdominale (en ce compris hernie ombilicale, hernie épigastrique, hernie spiegelienne ou hernie lombaire)	€ 147,64	€ 158,72	8%	€ 113,74	€ 96,48	-15%	€ 35,93	€ 26,14	-27%	€ 297,31	€ 311,65	5%
213536	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice unilatérale	€ 161,70	€ 197,68	22%	€ 101,14	€ 105,47	4%	€ 42,46	€ 31,40	-26%	€ 305,29	€ 363,61	19%
213537	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice bilatérale	€ 170,98	€ 205,37	20%	€ 94,48	€ 121,58	29%	€ 44,02	€ 62,14	41%	€ 309,48	€ 421,91	36%
213539	Traitement chirurgical d'une hernie incisionnelle de la paroi abdominale (en ce compris récidive après traitement d'une hernie primaire de la paroi abdominale et hernies parastomales)	€ 206,52	€ 250,50	21%	€ 107,44	€ 186,51	74%	€ 48,72	€ 111,53	129%	€ 362,68	€ 576,02	59%

A priori, les coûts en équipement devraient être similaires (dans l'exemple ce n'est pas le cas). Si la moyenne pondérée entre les résultats des deux équipes avait « simplement » été appliquée, les résultats obtenus auraient été incohérents en termes de positionnement « attendu » des prestations dans le GAC_BLOC_OP_CHIR ABDO.

3.3.3. Réunions de concertation

- De nombreux échanges de mails ont permis aux deux équipes de s'assurer de la progression et de la coordination de leurs travaux respectifs et de valider les solutions proposées de part et d'autre.
- Pour les actes particulièrement importants (mis en évidence par des sélections basées sur la technique de Pareto¹⁰), des discussions communes ont été organisées par télé-conférence afin de trouver de manière interactive les solutions les mieux adaptées aux problèmes rencontrés.

3.3.4. L'échelle commune

Chaque équipe a ensuite préparé une échelle de coûts totaux pour les ATMC des GAC dont elle était, en priorité, responsable, et les deux échelles ont été fusionnées afin d'obtenir une échelle unique commune EVR FF ATMC NPS V0 version 2 présentée au chapitre suivant.

¹⁰ Pareto de 80% sur les quantités nationales 2019 of 2022. Si les ATMC sélectionnés dans le pareto représentaient moins de 70% du chiffre d'affaires du GAC, le seuil de sélection du pareto a été augmenté à 90%.

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.2.A : FRAIS DE FONCTIONNEMENT
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX

CHAPITRE 4 : RESULTATS

Résultat : EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2

Fin décembre 2024, une échelle provisoire de valeurs relatives EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 1 a été transmise à l'INAMI.

Au cours du 1^{er} semestre 2025, diverses améliorations ont été proposées à l'INAMI (voir chapitre 3.2.). A la suite de nouveaux calculs des frais de fonctionnement, les deux équipes universitaires ont reproduit la méthodologie comparative permettant d'intégrer leurs résultats dans une échelle commune.

Ce chapitre présente cette échelle EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2 (L'échelle sera également transmise à l'INAMI sous forme Excel).

4.1. Format

EconodatID	numéro unique pour la nomenclature ambulatoire et hospitalier code INAMI uniek nummer overkoepelend voor ambulante en klinische nomenclatuurcode RIZIV
Code INAMI ambu Code RIZIV ambu	code de nomenclature INAMI ambulatoire nomenclatuurnummer ambulante RIZIV
Code INAMI hosp Code RIZIV hosp	Code de nomenclature INAMI hospitalisé nomenclatuurnummer klinische RIZIV
LIBELLE NPS V0	description nomenclature
Formulering NPS V0	omschrijving nomenclatuur
FF TOT kost totaal	total des frais de fonctionnement directs totale directe praktijkkosten
EVR RWS	échelle de valeur relative relatieve waardeschaal
fiabilité betrouwbaarheid	niveau de fiabilité (faible/moyen/élevé) niveau van betrouwbaarheid (laag/gemiddeld/hoog)
personnel de santé zorgpersoneel	nomenclature réalisée avec ou sans personnel soignant nomenclatuur uitgevoerd met of zonder zorgpersoneel
commentaire commentaar	explication toelichting
NUM_NAT 2019 NAT_AANTAL 2019	quantités nationales facturées de la nomenclature 2019 nationaal aantal facturaties nomenclatuur 2019
NAT_DEPENSES 2019 NAT_UITGAVEN 2019	dépenses nationales de la nomenclature 2019 nationale uitgaven nomenclatuur 2019

La colonne « fiabilité / betrouwbaarheid » indique le degré de fiabilité avec lequel les groupes de recherche donnent une indication de « certitude » concernant la valeur relative calculée (par prestation ou par CAG).

La colonne « personnel de santé / zorgpersoneel » fournit un indicateur en termes d'hypothèse sur la présence de personnel de soins non médical, directement impliqué dans la prestation.

4.2. Résultat : l'EVR FF ATMC NPS V0 version 2

Les équipes universitaires soulignent qu'à ce stade, l'échelle ne peut être dissociée des commentaires figurants au chapitre 5. Les équipes universitaires recommandent que ces commentaires soient pris en considération préalablement à la conversion de l'échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement en tarifs. A titre d'exemple un extrait du tableau figure ci-dessous.

ECONODAT	Code INAMI ambu	Code INAMI hosp	LIBELLE NPS VO	FF TOT kost totaal	EVR RWS	fiabilité	personnel de santé
204517	450214	450225	Deuxième lecture de mammographie de dépistage, des deux seins, dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité	€		moyen	zonder zorgpersoneel
202173	113190	113201	* Ponction d'hydramnios simple	€		moyen	zonder zorgpersoneel
202771	258812	258823	Tympanoscopie uni - ou bilatérale au moyen d'un microscope binoculaire stéréoscopique à agrandissement multiple d'au moins 10 fois	€		moyen	zonder zorgpersoneel
212800	149634	149645	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué par un médecin spécialiste, dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique	€		élevé	zonder zorgpersoneel
202957	149612	149623	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué par un médecin spécialiste, dans le cadre du dépistage de cellules néoplasiques	€		élevé	zonder zorgpersoneel
202770	257773	257784	Examen d'une lésion de l'oreille moyenne en cas de perforation du tympan, sous microscope chirurgical binoculaire du type Zeiss (en dehors des interventions chirurgicales)	€		moyen	zonder zorgpersoneel
202174	114030	114041	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué dans le cadre du dépistage de cellules néoplasiques	€		moyen	zonder zorgpersoneel
212799	114170	114181	Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique, effectué dans le cadre d'un suivi diagnostique ou thérapeutique	€		moyen	zonder zorgpersoneel
204390	248636	248640	Dynamométrie et/ou tonométrie (Schiötz et/ou tonomètre à applanation)	€		moyen	met zorgpersoneel
203612	249233	249244	Biomicroscopie binoculaire du segment antérieur avec protocole ou iconographie	€		moyen	met zorgpersoneel
202241	431955	431966	** Colposcopie microscopique	€		élevé	zonder zorgpersoneel
202764	257670	257681	Examen stroboscopique des vibrations des cordes vocales	€		moyen	met zorgpersoneel
204010	248673	248684	Biomicroscopie du segment postérieur et/ou de l'angle caméculaire à l'aide de verres de contact	€		moyen	met zorgpersoneel
202926	558773	558784	Manipulations vertébrales (attestable une fois par jour et maximum 3 fois par patient pour un même traitement)	€		faible	met zorgpersoneel
202585	149030	149041	* Implantation hormonale	€		élevé	zonder zorgpersoneel
204785	248975	248986	Ophtalmoscopie binoculaire indirecte avec ou sans indentation sclérale	€		moyen	met zorgpersoneel
216190	468753	468764	Evaluation échographique de la grossesse au cours du troisième trimestre, avec protocole et documents, attestable maximum une fois par grossesse.	€		élevé	zonder zorgpersoneel
216191	468775	468786	Examen échographique morphologique au cours du deuxième trimestre à partir de la 20e semaine de gestation qui comprend, outre une biométrie et l'appréciation de la viabilité, l'exploration des systèmes d'organes fœtaux, avec protocole et documents .	€		élevé	zonder zorgpersoneel

ECONODAT	Code INAMI ambu	Code INAMI hosp	LIBELLE NPS VO	FF TOT kost totaal	EVR RWS	fiabilité	personnel de santé
212427	252571	252582	Reconstruction du sein par lambeau (cutanéograsseux) libre à pédicule perforant	€		faible	met zorgpersoneel
212426	252556	252560	Reconstruction du sein par lambeau libre microchirurgical	€		faible	met zorgpersoneel
203447	232632	232643	Craniosynostoses : Traitement chirurgical par avancement du bandeau orbitaire et reconstruction du massif facial	€		faible	met zorgpersoneel
216084	242830	242841	Duodéno-pancréatectomie	€		élevé	met zorgpersoneel
205823	242012	242023	Duodéno-pancréatectomie	€		élevé	met zorgpersoneel
205726	229272	229283	Résection aortique sous protection d'un by-pass temporaire par prothèse (aorte ascendante et crosse de l'aorte)	€		moyen	met zorgpersoneel
216079	228336	228340	Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu	€		élevé	met zorgpersoneel
213363	228255	228266	Oesophagectomie subtotale jusqu'au niveau de la crosse aortique, avec reconstitution de la continuité et évidement ganglionnaire étendu	€		élevé	met zorgpersoneel
203229	318076	318080	Hépatectomie totale suivie de greffe orthotopique du foie	€		moyen	met zorgpersoneel
215205	252674	252685	Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant, (y compris la fermeture du site donneur)	€		élevé	met zorgpersoneel
215207	252711	252722	Reconstruction mammaire bilatérale au moyen de la chirurgie reconstructive après une opération par lambeau libre microchirurgical perforant (y compris la fermeture du site donneur), après accord du Collège des médecins-directeurs préalablement à l'intervention	€		élevé	met zorgpersoneel
206999	229633	229644	Revascularisation myocardique à cœur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s)	€		élevé	met zorgpersoneel
205137	229611	229622	Revascularisation myocardique effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée) y compris le ou les éventuel(s) bypass veineux associé(s)	€		élevé	met zorgpersoneel
205625	229574	229585	Revascularisation myocardique par anastomose à l'aide de l'artère mammaire interne, utilisant les deux artères mammaires ou l'implantation d'une artère mammaire sous forme de pontages séquentiels	€		élevé	met zorgpersoneel
206947	318334	318345	Transplantation d'intestin grêle et du foie	€		faible	met zorgpersoneel
205136	229014	229025	Opération sur le cœur ou les gros vaisseaux intrathoraciques sous circulation extra-corporelle	€		élevé	met zorgpersoneel

4.3. Commentaires

L'échelle liste 2.500 prestations uniques (ID ECONODAT, c'est-à-dire ambu=hosp=1), qui ont été réalisées au total 53.633.887 fois en 2019 et qui représentent 2.790.763.901 euros de dépenses nationales honoraires de l'INAMI en 2019.

Les frais de fonctionnement ont été fournis pour 2.281 prestations soit 91,24% des prestations de la nomenclature 2019. Ces 2.281 prestations représentent, en quantité, 95,83% des prestations réalisées et, en montants remboursés 90,39% du montant des honoraires pris en charge par l'INAMI.

Tableau 40 : Représentativité des prestations couvertes par l'étude sur les frais de fonctionnement

	Nombre Econodat	Quantités Nat. 2019	Dépenses Nat. 2019
ATMC	2.500	53.633.887	2.790.763.901 €
Résultat ATMC	2.281	51.398.691	2.522.500.801 €
	91,24%	95,83%	90,39%

Cependant, étant donné que les frais de fonctionnement de 24 ATMC du GAC_NARCOSE ont été imputés sur les actes princeps, ces 24 prestations ne présentent aucun coût dans l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2. Le tableau ci-dessus a donc été adapté, en excluant ces 24 prestations du total des 2.500 ATMC, afin que les pourcentages calculés reflètent la situation avec plus de précision.

Tableau 41 : Représentativité des prestations couvertes par l'étude sur les frais de fonctionnement (à l'exclusion des 24 ATMC du GAC_NARCOSE)

	Nombre Econodat	Quantités Nat. 2019	Dépenses Nat. 2019
ATMC (excl. 24 ATMC anesthésie)	2.476	51.726.387	2.537.669.998 €
Résultat ATMC	2.281	51.398.691	2.522.500.801 €
	92,12%	99,37%	99,40%

Les frais de fonctionnement ont été fournis pour 2.281 prestations soit 92,12% des prestations de la nomenclature 2019. Ces 2.281 prestations représentent, en quantité, 99,37% des prestations réalisées et, en montants remboursés 99,40% du montant des honoraires pris en charge par l'INAMI.

Dans les détails, les GAC sont colorés pour les résultats les moins connus. Un très grand nombre de ATMC ont pu être étudiés et se sont vu attribuer un coût direct de pratique dans le cadre de cette étude, ce qui a permis de calculer une EVR.

A titre indicatif, les groupes d'étude indiquent ci-dessous sur quelle partie de la nomenclature ces premiers résultats (bien que basés sur la NPS V0 et les données 2019) peuvent être considérés comme plus ou moins fiables.

Cette classification n'est pas « codée en dur » et a également été définie à l'aide de divers critères (p. ex. écart de coûts très important entre les hôpitaux ou les deux groupes d'étude, prestation très faible en termes de volume, ...) dans les différents GAC. Cet aperçu du degré de fiabilité est donc présenté à **titre indicatif**.

Le degré de « fiabilité » indique la répartition suivante : faible/moyen/élevé :

Tableau 42 : degré de fiabilité des ATMC à titre indicatif

Rijlabels	Aantal van ECONODAT	Som van NAT_AANTAL 2019	Som van NAT_UITGAVEN 2019	AANTAL ECONODAT	NAT_AANTAL 2019	NAT_UITGAVEN 2019
faible/laag	487	2 573 893	96 907 733 €	21%	5%	4%
moyen/gemiddeld	451	18 138 856	537 391 684 €	20%	35%	21%
élevé/hoog	1343	30 685 942	1 888 201 384 €	59%	60%	75%
Eindtotaal	2281	51 398 691	2 522 500 801 €			

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.2.A : FRAIS DE FONCTIONNEMENT
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX

CHAPITRE 5 : COMMENTAIRES

Note préliminaire

Dans ce chapitre de commentaires, les deux groupes de recherche fournissent conjointement des explications complémentaires.

Ce chapitre conjoint comprend des sections dans les deux langues, chaque groupe expliquant les principaux éléments (« commentaires », « conclusions et points d'intérêt ») dans sa propre langue.

5.1. Préalable

L'échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement des actes techniques médicaux et chirurgicaux de la nomenclature des prestations de santé 2019 version 2 (EVR FF ATMC NPS V0 2019 version 2) constitue un instrument exploitable pour poursuivre les travaux visant à la mise en place de la réforme de la nomenclature.

Toutefois, une mise à jour et des perfectionnements restent nécessaires avant qu'une échelle basée sur les mêmes méthodologies puisse être utilisée efficacement pour l'élaboration des nouveaux tarifs des frais de fonctionnement des ATMC.

Ce chapitre aborde différents sujets regroupés en 3 thématiques :

- L'EVR FF ATMC, élément constitutif de la construction tarifaire
- Réflexions et suggestions concernant le calcul des frais de fonctionnement de l'activité médicale
- Les sources des données comptables et des activités hospitalières

Het eindproduct van dit project rond de directe praktijkkosten van de medische prestaties uit de groep TMCP is een **relatieve waardenschaal**, die de directe praktijkkosten van de diverse prestaties weerspiegelt, voor de huidige TMCP-nomenclatuurcodes (V0).

Deze relatieve waardenschaal (RWS) voor de praktijkkosten van de TMCP is uitgewerkt na een grondige onderzoeksfase, die startte in 2022, door twee onderzoeksteams, een Nederlandstalig (Leuven) en een Franstalig (ULB), die beiden intensief samenwerkten met een aantal ziekenhuizen.

De ontwikkeling van de methodiek, alsook het 'vergelijkbaar maken' van de data van de verschillende ziekenhuizen vergde de nodige tijd en energie. Gedurende heel de periode konden beide onderzoeksequipes hiervoor rekenen op de inzet, interesse en bijdragen van de deelnemende ziekenhuizen en was er zeer regelmatig overleg tussen beide equipes. Beide equipes volgen niet exact dezelfde methodiek, maar de aanpak is zeer complementair: de inzichten van beide equipes resulteren in onderlinge synergieën en wederzijdse verrijking van de aanpak.

Als eindresultaat kan een RWS voorgelegd worden, voor **het overgrote deel van de TMCP-codes**, die al in sterke mate de 'toets van de praktijk' kan doorstaan. De onderzoeksequipes legden voor 2281 van de 2476 verschillende TMCP-codes (dus voor 92,1% van de codes) een RWS vast. Deze codes vertegenwoordigen echter 99,4% van het nationaal volume aan TMC-prestaties en ook 99,4% van de honorariamassa van de TMC-prestaties.

Vele onderdelen van deze RWS mogen – weliswaar nog op basis van data 2019 – beschouwd worden als betrouwbaar en representatief voor de reële verschillen in directe praktijkkosten tussen TMC-prestaties. Voor een beperkt aantal prestaties, bv. prestaties die zeer zelden voorkomen, prestaties die altijd 'aanvullend' zijn (dus samen met een andere prestatie worden uitgevoerd), is de gehanteerde kostenmethodiek niet zo goed bruikbaar en dient een andere waarderingswijze te worden overwogen. Voor nog andere prestaties zijn de verschillen (in praktijkvoering en/of in kostenallocatie in 2019) tussen de ziekenhuizen groter, zodat het eindresultaat veiligheidshalve als 'medium' betrouwbaar beschouwd wordt. Voor deze prestaties is aanvullend validatie- of onderzoekswerk nodig – naast uiteraard een actualisatie o.b.v. recentere cijfers. Op basis van scoringsstelsel worden 59% van de verschillende codes een score 'hoge betrouwbaarheid' toegekend. Deze vertegenwoordigen echter 60% van het nationaal aantal TMC-prestaties en 75% van de nationale honorariamassa van die prestaties. 20% van de TMCP krijgt een score 'medium betrouwbaarheid'. Deze vertegenwoordigen

35% van het nationaal volume en 21% van de nationale honorariamassa van de TMC-prestaties. 21% van de codes krijgt 'lage betrouwbaarheid' toebedeeld, maar deze codes vertegenwoordigen slechts 5% van het nationaal volume en 4% van de nationale honoraria-uitgaven voor de TMC-prestaties.

In globo mag bijgevolg geconcludeerd worden dat de RWS voor de praktijkkosten van de meeste TMCP reeds bruikbaar is als een **voorlopige RWS**, om de voorbereidingen van de herijking van de nomenclatuur verder te zetten (bv. in vergelijking met de resultaten van ACA en ATMAA). Actualisering, verdere bijsturing en verfijning blijft echter noodzakelijk vooraleer deze RWS effectief kan gebruikt worden om nieuwe nomenclatuurtarieven voor de praktijkkosten (of algemener: een aangepaste financiering van de praktijkkosten) te ontwikkelen.

Deze fase van het project laat nog niet toe om een '**tarief**' voor de praktijkkosten per TMCP vast te leggen – en al helemaal niet voor de nieuwe nomenclatuurcodes (V1), die nog niet in voege zijn.

De bijgevoegde nota beschrijft, vervolgens eerst de belangrijkste aandachtspunten van het vervolgtraject, om, finaal aan de hand van de RWS, een vergoeding voor de directe (alook indirecte) praktijkkosten van de TMCP volgens de nieuwe nomenclatuurcodes (V1) te kunnen vastleggen. Daarna komen de belangrijkste aandachtspunten m.b.t. de berekende RWS per TMPC-nomenclatuurcode aan bod. Hierboven werd reeds aangegeven dat verfijningen en bijsturing wenselijk zijn: een derde paragraaf geeft de belangrijkste, voortschrijdende, inzichten weer die hierrond groeiden in de loop van het project, gerangschikt onder elf thema's. De laatste paragraaf benadrukt nogmaals de noodzaak om ook voor het vervolgtraject nog verder met peilziekenhuizen/ referentieziekenhuizen te werken.

5.2. L'EVR FF ATMC, élément constitutif de la construction tarifaire

On attire l'attention des décideurs sur le fait que l'EVR FF ATMC NPS V0 version 2 est basée sur le calcul des coûts directs réels et sur l'activité de 2019. Les équipes universitaires ont régulièrement rappelé l'importance d'une actualisation périodique.

On rappelle qu'une EVR FF ATMC n'est qu'une des composantes d'une échelle tarifaire. L'élaboration de celle-ci doit également prendre en compte plusieurs paramètres.

Les charges indirectes et les charges directes des centres d'activité opérationnels non incorporées dans les calculs des coûts directs dont est issue l'EVR FF ATMC NPS V0 devront être pris en compte dans (ou en parallèle avec) l'EVR FF qui sera utilisée pour déterminer les tarifs destinés à couvrir ces frais de fonctionnement)

On croit utile de rappeler qu'actuellement, seule une partie des coûts de la pratique est couverte par les honoraires tandis que d'autres frais de fonctionnement sont couverts par d'autres sources de financement comme le BMF ou des forfaits spécifiques.

Ces 3 considérations, font l'objet des développements suivants :

- Prise en compte des "coûts indirects "
- Mise à jour périodique de l'EVR FF ATMC
- Coûts de la pratique et sources de financement

In de vervolgfase, waarin op basis van de RWS van de directe praktijkkosten, de tarieven voor de praktijkkosten worden vastgelegd, dient o.a. nog rekening te worden gehouden met:

- De kosten van de **ziekenhuisbrede ondersteunende diensten** (zoals verwarming, elektriciteit, schoonmaak, IT, ziekenhuisonthaal, inschrijvingen, facturatie ...) die diensten en producten leveren aan elke operationele functionele eenheid (OFE).

De in dit project berekende RWS, die uiteraard kan worden uitgedrukt in euro, volstaat niet om de 'totale' praktijkkosten van de TMCP in kaart te brengen. Om een 'totale' (directe + indirecte) kost in kaart te brengen, dienen de euro's, die enkel berekend werden op basis van de directe praktijkkosten, bijgevolg te worden aangevuld met de indirecte kosten die de ziekenhuisbrede

ondersteunende dienstverlening omvat (en voor sommige ziekenhuizen allicht ook kosten die rechtstreeks (= direct) op de operationele functionele eenheid werden geboekt, maar niet mee opgenomen zijn bij de directe kosten).

Het KCE heeft de opdracht om de indirecte kosten te berekenen voor verschillende groepen van medische prestaties (cf. infra).

De RWS voor de directe praktijkkosten mag trouwens ook niet 'automatisch' gebruikt worden om de indirecte kosten te versleutelen over TMCP, omdat het gebruik van de ondersteunende diensten sterk kan verschillen naargelang de aard van de activiteiten. Met betrekking tot deze problematiek is er nood aan verdere afstemming met het KCE, dat de indirecte kosten in kaart brengt per Finhosta-kostenplaats voor alle ziekenhuizen.

- De **actualisatie van de kostengegevens**: deze studie is gebaseerd op de reële kosten en activiteitsvolumes in 2019 – het recentste COVID-vrije jaar waarvoor er data, met representatieve volumes aan activiteiten, beschikbaar zijn bij aanvang van de studie (in 2022). In de toekomst zal verdere periodieke actualisatie van de praktijkkosten (startend bij de implementatie van de nieuwe nomenclatuur) noodzakelijk blijven, omdat de medische praktijkvoering, evident, ook blijft evolueren. Een eerste actualisatie op basis van gegevens 2024 is trouwens al wenselijk.
- Een deel van de praktijkkosten wordt momenteel ook door **andere bronnen van financiering** gedekt (bv. BFM, dagzaalforfaits, materiaalhonoraaria en materiaal honoraria forfaits). Ook deze dienen in kaart te worden gebracht, om vervolgens te beslissen hoe deze andere bronnen van financiering worden in rekening gebracht.

5.2.1. Prise en compte des "coûts indirects "

Cette partie de l'étude des frais de fonctionnement liés à l'activité médicale a été confiée au KCE.

En 2012, le KCE a publié une étude¹¹ sur le coût des interventions hospitalières. Sur la base des données issues des hôpitaux belges, le KCE a fixé un taux de « frais généraux » pour les services logistiques de 56,6% des coûts directs. Ce pourcentage a été fixé uniformément pour tous les services hospitaliers, alors que, dans la pratique, les besoins en services logistiques peuvent varier considérablement en fonction du type de services médicaux (par exemple, la consommation d'énergie d'un service de radiologie ou de radiothérapie ne sera pas du tout comparable à la consommation d'énergie des consultations).

En 2024, le KCE a procédé à une mise à jour de l'étude de 2012¹². Cette nouvelle étude s'est basée sur les données de l'application Finhosta ce qui limite, de l'aveu même du KCE, la valeur des résultats (données trop agrégées et instructions d'enregistrement trop sommaires ou interprétées différemment selon les hôpitaux).

Sans surprise, cette étude fait état d'une grande variabilité dans les coûts indirects entre des centres d'activités similaires (ou considérés comme tels) dans des hôpitaux différents.

Sur base de ce constat, les deux équipes formulent une suggestion :

A l'avenir, pour pouvoir allouer les coûts indirects aux ATMC de manière plus précise, et donc disposer d'une EVR FF ATMC basée sur les coûts directs et indirects de la pratique, il est préférable de travailler

¹¹ Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Guide pour la tarification des interventions hospitalières en fonction des coûts. Évaluation des technologies de la santé (ETS). Bruxelles : Centre fédéral de connaissances des soins de santé (KCE). 2012. Rapport 178A du KCE. D/2012/10.273/29

¹² Vande Voorde Carine, Lefèvre Mélanie, Devriese Stephan, Obyn Caroline, Swartenbroekx Nathalie. Les coûts hospitaliers indirects en tant que pourcentage de majoration des coûts directs. Recherche sur les services de santé (HSR). Bruxelles. Centre de connaissances des soins de santé fédéraux (KCE). 2024. Rapports KCE 380AS. DOI : [10.57598/R380AS](https://doi.org/10.57598/R380AS).

avec un groupe limité d'hôpitaux de référence qui imputeront ces coûts indirects de manière plus uniforme que ce qui est actuellement possible sur la base des tableaux de Finhosta.

Elke medische activiteit heeft nood aan (soms) dienstgebonden, alsook ziekenhuisbrede ondersteunende dienstverlening (onderhoud, schoonmaak, energie, administratie ...). Beide (zowel dienstgebonden als ziekenhuisbrede) worden aangeduid met de term "indirecte kosten". Voor deze ondersteuning worden er in dit project geen cijfers verzameld.

In 2012 publiceerde het KCE een studie¹³ over de kostprijs van ziekenhuisinterventies, en op basis van de data van een ruime steekproef van ziekenhuizen werd door het KCE toen een 'overhead' percentage voor deze ondersteunende dienstverlening vastgelegd van 56,6% van de directe kosten. Dit percentage werd uniform vastgelegd voor alle ziekenhuisdiensten, terwijl, in praktijk, de nood aan ondersteunende dienstverlening sterk kan verschillen naargelang het soort medische prestaties. Zo zal de energieconsumptie op een dienst radiologie of radiotherapie totaal niet vergelijkbaar zijn met de energieconsumptie op raadplegingen. Ook de nood aan (hooggeschoold) ondersteunend personeel (die onder de indirecte kosten vallen) varieert heel sterk tussen de medische disciplines/ TMCP (bv. IT-medewerkers op radiologie; biotechnici in een dialysecentrum). Dialysecentra hebben bv. ook specifiek nood aan waterzuivering.

Het KCE deed daarom in 2024¹⁴ een actualisatie van de studie uit 2012. Binnen deze nieuwe KCE-studie, die vertrok van de methodologie die in 2012 werd ontwikkeld, en die sterk gebaseerd is op de kostenplaatsen, zoals afgelijnd in Finhosta, was er geen ruimte noch tijd voor een gedetailleerde afstemming met de individuele ziekenhuizen (om bv. verschillen in boekingswijzen te duiden, en te 'cleanen' i.f.v. een betere onderlinge vergelijkbaarheid). De KCE-equipe kon zich enkel baseren op de ingediende Finhostagegevens van alle ziekenhuizen. De KCE-studie probeerde weliswaar de aflijning van de geëxcludeerde (bv. farmaceutische specialiteiten en implantaten) en indirecte kosten zo consistent mogelijk te houden met de aflijning gehanteerd in het onderzoek naar de directe praktijkkosten van de TMCP, maar was beperkt door het niveau van detail dat in de Finhostatabellen beschikbaar is. De kostenplaatsen die Finhosta voorziet zijn bovendien vrij geaggregeerd en worden niet door alle ziekenhuizen op exact dezelfde manier geïnterpreteerd, wat het gevolg is van o.a. verschillen in de organisatie van de medische praktijk tussen ziekenhuizen onderling.

Zo zijn er voor bepaalde medisch-technische diensten/medische disciplines wel redelijk eenduidige kostenplaatsen opgenomen in Finhosta (bv. labo's en medische beeldvorming, ook OKA, raadplegingen¹⁵), maar voor andere activiteiten is helemaal niet duidelijk op welke Finhostakostenplaats deze dienen te landen. Dit geldt bv. voor functiemetingen (bv. pneumo, endoscopieën maagdarm), cathlabs ...

Zelfs binnen de eenduidig gedefinieerde kostenplaatsen verschillen de boekhoudpraktijken in de ziekenhuizen. Zo is bv. duidelijk dat in veel ziekenhuizen de specifieke kostenplaats NMR (binnen de kostenplaatsen van medische beeldvorming) niet steeds alle kosten specifiek voor NMR omvat.

Daarenboven wordt de medische praktijkvoering, evident, niet in alle ziekenhuizen op exact dezelfde manier georganiseerd. Bepaalde prestaties worden in één ziekenhuis in een OKA uitgevoerd, terwijl ze in andere ziekenhuizen in een dagzaal of op een kabinet worden uitgevoerd. Prestaties interventionele radiologie kunnen in de boekhouding verwerkt worden op een OKA, of op medische beeldvorming ...

¹³ Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Handleiding voor op kostengebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2012. KCE Report 178A. D/2012/10.273/29

¹⁴ Vande Voorde Carine, Lefèvre Mélanie, Devriese Stephan, Obyn Caroline, Swartenbroekx Nathalie. Indirecte ziekenhuiskosten als mark-up percentage op de directe kosten. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 380AS. [DOI : 10.57598/R380AS](https://doi.org/10.57598/R380AS).

¹⁵ Weliswaar niet van toepassing voor de TMCP

Daarnaast moet ook vastgesteld worden dat het reëel gebruik van sommige ondersteunende functies (bv. energie, koeling, IT-support) sterk kan verschillen naargelang de soorten medische prestaties, terwijl de boekhoudkundige verdeelsleutels onvoldoende deze variatie in gebruik weerspiegelen.

De KCE-studie kon enkel pogen om (a) alle kosten die in de RWS-studie beschouwd worden als indirecte kosten op te nemen in hun studie (ook voor de ziekenhuizen die sommige van deze kosten als directe kost boekten) en (b) om na te gaan hoe de ziekenhuizen deze kosten toewijzen aan de diverse (in Finhosta vrij geaggregeerde) kostenplaatsen, waar TMCP worden uitgevoerd.

Op basis van de resultaten van de KCE-studie, die inderdaad aangeven dat het aandeel indirecte kosten sterk verschilt naargelang de kostenplaats (en ook sterk verschilt tussen de ziekenhuizen onderling – zelfs na (poging tot) uitzuivering door het KCE), dienen verdere stappen gezet te worden om de directe praktijkkosten, berekend in het kader van het huidig onderzoeksproject aan te vullen met een benadering van de indirecte praktijkkosten. Zo zou het KCE de berekende indirecte kosten voor de volledige set van algemene ziekenhuizen kunnen vergelijken met de indirecte kosten voor de subset van ziekenhuizen die deelnamen aan de praktijkkostenstudie uitgevoerd door het Leuvense en het ULB-team. Daarnaast kunnen de onderzoeksgroepen inzoomen op de ‘dienstgebonden’ indirecte kosten, die specifiek zouden kunnen worden toegewezen aan bepaalde OFE's (bv. verdeling kost centrale sterilisatie, kost PACS voor radiologie, kost biotechnicus en waterzuivering voor dialyse).

Om in de toekomst de indirecte kosten op een meer accurate manier te kunnen toewijzen aan TMCP, om een RWS op basis van directe en indirecte praktijkkosten te kunnen bepalen, wordt bij voorkeur gewerkt met een beperkte groep van peilziekenhuizen, die de indirecte kosten op een uniforme, grondigere en meer nauwkeuriger manier toewijzen en versleutelen, dan momenteel op basis van de Finhostatabellen mogelijk is. Zo pleiten een aantal experts voor een ruimere afbakening in de directe praktijkkosten, met een afbakening die qua kostensoorten zou kunnen verschillen tussen de functionele eenheden. Dit zou ongetwijfeld toelaten om accuratere kosten per medische prestatie te berekenen, maar deze werkwijze vergroot ook het risico op dubbeltellingen.

5.2.2. Mise à jour périodique de l'EVR FF ATMC

L'EVR FF ATMC devrait être actualisée périodiquement.

En effet, la pratique médicale ne cesse d'évoluer sous l'influence des développements technologiques et des changements dans le fonctionnement opérationnel, de sorte que le déploiement de personnel, de produits médicaux courants et d'équipement, par prestation, peut changer de manière significative au fil des ans.

L'inflation est un autre facteur qui agit de manière significative sur les coûts salariaux mais également sur d'autres types de coûts comme l'énergie, l'alimentation, etc.

D'autres initiatives ont également modifié les barèmes comme le récent accord social qui prévoit l'introduction des barèmes IF-IC, ce qui implique en moyenne une augmentation réelle de 6 % du salaire au cours de la carrière des employés.

Cette actualisation des données relatives aux coûts joue également pour les coûts indirects, en raison de divers facteurs : entre autres, la très forte augmentation des coûts de l'énergie, de l'informatique et de la cybersécurité.

Il faut également rappeler que l'EVR FF ATMC a été calculée sur base de la nomenclature NPS V0 mais que ces coûts devront être adaptés à la nouvelle nomenclature NPS V1 qui est censée entrer en vigueur en 2028. Cette adaptation implique des calculs réalisés à partir d'une activité enregistrée selon la nomenclature NPS V1 dans un nombre représentatif d'hôpitaux.

De berekende RWS dienen daarenboven nog geactualiseerd te worden naar het jaar waarin ze toegepast zullen worden. Indien de kost van alle ingezette middelen op dezelfde manier zou evolueren, zou de kostenevolutie de RWS niét beïnvloeden, maar meestal is dat niet het geval. Bovendien blijft de

medische praktijkvoering evolueren, onder invloed van technologische evoluties en wijzigingen in de operationele werking, zodat de inzet van personeel, materiaal en apparatuur, per medische prestatie, over de loop der jaren sterk kan wijzigen. Een deel van deze evoluties heeft zich ook al vertaald in een aantal TMCP nomenclatuurwijzigingen sinds 2019.

Hierbij moet minstens rekening worden gehouden met de prijsevolutie (**inflatie**) sindsdien, die o.a. op de loonkosten een zeer substantiële impact heeft – denk aan de 6 indexsprongen in 2022. Maar ook andere kostensoorten zijn sterk onderhevig aan inflatie (bv. energie, voeding ...).

Daarenboven zijn de lonen niet enkel gestegen t.g.v. de inflatie, maar de barema's werden ook aangepast. Een recent sociaal akkoord voorziet de invoering van **IF-IC barema's**, die gemiddeld een 6% reële loonstijging over de loopbaan van de medewerkers impliceren. In 2019 was IF-IC nog maar gedeeltelijk van toepassing (bv. voor 18,25% in de private ziekenhuizen), terwijl sinds juli 2021 IF-IC volledig (100%) van toepassing is. Andere reële loonstijgingen die na 2019 werden ingevoerd zijn het nieuwe specialisatiecomplement (sinds jan 2022) en de verhoging van de eindejaarspremie sinds 2022.

Deze nood aan actualisatie van de kostengegevens speelt evenzeer voor het luik van de indirecte kosten, omwille van diverse factoren: er waren o.a. de zeer sterke stijging, maar permanent-hoogblijvende energiekosten, hogere exploitatiekosten door evoluties op het vlak van IT, cybersecurity, blijvend hogere kosten van voeding en impact van nieuwe regelgeving (bv. GDPR, MDR, NIS 2.0 ...).

Er zal in de toekomst, structureel, steeds een periodieke nood aan actualisatie van de praktijkkosten blijven, omwille van evoluties in de medische praktijkvoering en operationele werking. Dergelijke periodieke actualisatie faciliteert trouwens ook een verbetercyclus voor de analytische boekhouding van ziekenhuizen en laat toe om knelpunten uit voorgaande oefeningen methodologisch te verfijnen. In de voorbereidingsfase naar de invoering van de nieuwe nomenclatuur (V1) is er trouwens nood aan tussentijdse actualisatie van de praktijkkostendata, bv. een eerste maal op basis van de kostengegevens 2024 (weliswaar nog op basis van de huidige nomenclatuurprestaties en -volumes (V0)) en een tweede maal net voorafgaand aan de implementatie van de nieuwe nomenclatuur, op basis van ingeschatte volumedata voor de nieuwe nomenclatuur (V1).

Binnen het geheel van de nomenclatuurhervorming stelt er zich voor dit luik bijkomend nog de uitdaging dat de berekening van de praktijkkosten voor andere medische prestaties dan de TMCP gebeurde voor recentere jaren, wellicht met goede redenen (bv. substantiële nomenclatuurwijzigingen na 2019). Dit blijft een aandachtspunt i.f.v. de vergelijkbaarheid van de gegevens.

5.2.3. Coûts de la pratique et sources de financement

Jusqu'à la mise en exploitation de la nomenclature tarifante NPS V1, les honoraires n'auront jamais été divisés en une partie "professionnelle" et une partie "honoraires de pratique".

Si les frais de fonctionnement de l'activité médicale, et l'EVR FF ATMC qui en découle, ont été calculés en prenant en compte tous les coûts directs¹⁶ des ressources nécessaires à la réalisation des prestations, le financement actuel obéit à d'autres règles.

- Les coûts de pratique des services de chirurgie et d'anesthésie sont largement financés par la composante B2 du BMF, qui cofinance les coûts de pratique dans les blocs opératoires.
- Le volet B1 du BMF finance également, du moins en partie, les coûts des services logistiques (c'est-à-dire les coûts indirects) pour les blocs opératoires.
- Il existe également des honoraires forfaitaires en radiologie qui ne peuvent pas être liés à des services spécifiques (par exemple, des honoraires forfaitaires d'imagerie médicale).
- Les frais de fonctionnement pour la RMN et le PET sont partiellement financés par le volet B3 du BFM

¹⁶ Coûts définis dans les méthodologies du chapitre 2

- Une partie des frais de fonctionnement des ATMC réalisés en hospitalisation de jour est financée par les tarifs journaliers
- Le volet B9 du BFM finance de nombreux accords sociaux qui ont (peuvent avoir) un impact sur l'ensemble du personnel hospitalier, donc également sur les frais de personnel, qui ont été inclus dans les frais de fonctionnement des actes médicaux.

On souhaite rappeler qu'il sera très important, lors de la fixation des tarifs, de s'assurer d'une bonne adéquation des coûts calculés et des sources de financement retenues afin d'éviter un double financement ou des lacunes.

Uiteraard dient de vergelijking tussen de berekende praktijkkosten en de huidige financiering via honoraria aan de hand van tarieven per prestatie met de nodige omzichtigheid te gebeuren, om diverse redenen. De huidige honorariatarieven omvatten immers ook de vergoeding voor de professionele input van de arts. De tarieven werden in het verleden nooit opgesplitst in een 'professioneel' deel en een deel 'praktijkkosten'.

De studieopdracht die werd toevertrouwd aan het ULB-Leuven team omvat weliswaar enkel het in kaart brengen van de directe praktijkkosten van de TMCP, maar de praktijkkosten van een hele reeks TMCP worden ook nog (deels) gefinancierd via andere bronnen dan de prestatiehonoraria. In de studieopdracht werden enkel de kosten van de farmaceutische specialiteiten, implantaten en invasieve medische hulpmiddelen uitgesloten, omwille van hun specifieke eigen financiering. Een aantal belangrijke andere bronnen van financiering zijn de volgende (niet exhaustief):

- De praktijkkosten van de chirurgische en anesthesieprestaties worden voor een groot deel gefinancierd via onderdeel B2 van het BFM, dat de praktijkkosten in het OKA mee financiert. En onderdeel B1 van het BFM financiert, minstens deels, ook de kosten van de ondersteunende diensten (i.e. indirecte kosten) voor de dienstverlening in OKA.
- Daarnaast zijn er forfaitaire honoraria o.a. in de radiologie en klinische biologie die niet kunnen gerelateerd worden aan specifieke prestaties (o.a. forfaitair honorarium klinische biologie en medische beeldvorming per opname voor patiënten die in het ziekenhuis verblijven en het forfaitair honorarium per voorschrift voor ambulante patiënten, naast het consultancy honorarium voor radiologie, het forfaitair honorarium klinische biologie per verpleegdag), en waarbij ook niet altijd duidelijk is of ze enkel de professionele input van de arts-specialist (bv. consultancy) dan wel ook een deel van de praktijkkosten dekken.
- De praktijkkosten van TMCP voor NMR en de PET worden deels gefinancierd via onderdeel B3 van het BFM (idem dito in radiotherapie, maar deze prestaties vallen buiten de scope TMCP).
- Voor TMCP uitgevoerd in een dagzaal wordt een deel van de praktijkkosten gefinancierd via dagforfaits, althans voor die TMCP die op de lijst van de dagforfaits 1-7 voorkomen (bv. veel prestaties endoscopie). Bovendien werd, bij de vastlegging en actualisatie van de dagforfaits 1-7 (in 2015) uitgegaan van een ruimere omschrijving van de directe praktijkkosten.
- Voor veel medische prestaties financiert het honorarium ook, minstens deels, de nodige medische apparatuur, maar voor sommige apparatuur was er, historisch, ook een gedeeltelijke financiering via het BFM (in het toenmalige onderdeel A3 en A1). Dit was het geval voor de NMR- en PET-toestellen (voor de TMCP) en de lineaire versnellers (van radiotherapie) (via A3; voor andere medische uitrusting via A1). Sinds de laatste staatsvorming is deze financiering verschoven naar de deelstaten, maar met de uitbreiding van het aantal toestellen (ruimere programmatie door de federale overheid) is die financiering ook deels verwaterd.
- Het BFM voorziet in onderdeel B9 financiering voor een aantal sociale akkoorden, die impact (kunnen) hebben op alle ziekenhuispersoneel, dus ook op personeelskosten, die meegerekend werden in de praktijkkosten, bv. de IF-IC financiering (voorlopig via voorschotten), de attractiviteitspremie, het functiecomplement, de arbeidsduurvermindering.

- ...

Het is dan ook van groot belang dat bij de bepaling van tarieven op basis van de verschillende herijkingsprojecten de omvang van de andere financieringsbronnen in beeld wordt gebracht en op elkaar wordt afgestemd om dubbele financiering, of hiaten te vermijden.

5.3. Réflexions et suggestions concernant le calcul des frais de fonctionnement de l'activité médicale

Différents facteurs peuvent expliquer les variations des frais de fonctionnement résultant des calculs réalisés par les équipes universitaires à partir des données hospitalières.

Il n'entre pas dans le cadre de l'étude assignée aux équipes universitaires de se prononcer sur les modalités selon lesquelles devraient être réalisés les actes médicaux et chirurgicaux.

Trois années d'étude des frais de fonctionnement des prestations médicales ont naturellement suscité différentes réflexions et suggestions dont l'intérêt paraissait justifier une mention dans ce rapport.

De in het kader van de lopende studie berekende directe praktijkkosten reflecteren niet steeds eenduidig de praktijkkosten van de medische praktijkvoering. Bovendien worden soms grote verschillen in praktijkvoering (en dus in praktijkkosten) tussen ziekenhuizen vastgesteld. Het ligt daarenboven buiten de scope van de huidige studie om uit te klaren welke medische praktijkvoering de voorkeur zou genieten. Hieronder worden de redenen toegelicht en worden eerste voorstellen geformuleerd hoe deze elementen zouden kunnen worden geredimeerd. Evident valt de beslissing over welke elementen worden weerhouden, of niet, onder de verantwoordelijkheid van het RIZIV, en niet onder de onderzoeksgroepen. Hierbij kan het RIZIV uiteraard ook rekening houden met andere overwegingen dan de door de onderzoeksgroepen aangebrachte elementen.

5.3.1. Relation entre le lieu d'exécution de l'acte médical et son coût.

✓ Constat

L'organisation des activités médicales varie d'un hôpital à l'autre avec la conséquence qu'une même prestation peut être réalisée dans des centres d'activité opérationnels (CAO) différents (par exemple, selon l'organisation de l'hôpital ou les circonstances, une colonoscopie peut être réalisée dans un plateau technique dédié aux endoscopies, dans une salle d'opération ou dans un service médicotechnique de gastro-entérologie) ce qui peut entraîner une importante variation des frais de fonctionnement.

✓ Commentaire

LIGBKUL suggère que le lieu où la prestation devrait être « normativement » réalisée soit déterminé, et que le coût de la pratique des codes de la nomenclature NPS V1 soit calculé en conséquence. LIGBKUL remarque que dans certaines circonstances ou pour certains groupes de patients, il est jugé opportun que le service soit exécuté dans un autre type de lieu, ou nécessite par exemple un autre type de préparation ou de suivi (avec des coûts de pratique différents), d'autres sources de financement devraient en tenir compte (par exemple, des tarifs journaliers de chambre différents dans le cas de procédures de préparation ou de suivi plus approfondies).

GEDISULB préfère s'en tenir à sa méthode décrite dans le chapitre 2 (prise en compte de la variabilité des lieux d'exécution de l'acte médical dans le calcul des coûts).

L'INAMI, qui prend en compte d'autres considérations (modalités de contrôle, politique de financement, etc.), indiquera son point de vue aux équipes qui seront chargées de l'actualisation des frais de fonctionnement.

Zo blijkt dat de deelnemende ziekenhuizen op uiteenlopende manieren georganiseerd zijn in hun operationele medische werking. Bepaalde prestaties worden in één ziekenhuis in een OKA of een hooggespecialiseerd cathlab uitgevoerd, terwijl diezelfde prestaties in andere ziekenhuizen in een kabinet of in een poliklinische omgeving plaatsvinden. Een en ander heeft, uiteraard, impact op de beschikbaarheid van zorgpersoneel ter ondersteuning en de aanwezigheid van medische uitrusting, die allen mee de directe praktijkkosten bepalen.

Voor de lopende studie wordt gepoogd om deze praktijkverschillen zo goed mogelijk uit te zuiveren (door bv. de focus te leggen op de praktijkkosten in dié operationele functionele eenheden (OFE = organisatorische eenheden) in elk ziekenhuis waar de overgrote meerderheid van de prestaties werd uitgevoerd).

De berekende directe praktijkkosten zijn bijgevolg mee beïnvloed door de verschillen in operationele werking in elk van de deelnemende ziekenhuizen en het is uiteraard niet duidelijk, op dit ogenblik, of deze mix representatief is voor de praktijkvoering in de Belgische ziekenhuizen, laat staan wat de “meest aangewezen” vorm van praktijkvoering zou zijn.

→ Bij een (periodieke) actualisatie van de directe praktijkkosten (zie ook infra) zou daarom in de toekomst, idealiter, eerst worden vastgesteld op welk soort locatie (bv. OKA/ kabinet/ polikliniek) een bepaalde prestatie geacht wordt te worden uitgevoerd, vooraleer de vergoeding van de praktijkkosten van de V1-nomenclatuurcodes (voor uitvoering in die specifieke locatie) wordt vastgelegd. Indien, onder bepaalde omstandigheden/voor bepaalde patiëntengroepen het noodzakelijk geacht wordt dat de prestatie in een ander soort locatie wordt uitgevoerd, – of bv. een andere soort voorbereiding of nazorg vereist (met andere praktijkkosten) - zou hiervoor een aparte nomenclatuurcode kunnen worden voorzien; of dienen andere financieringsbronnen hiermee rekening te houden (bv. andere dagzaalforfaits i.g.v. uitgebreidere voor- of nazorgtrajecten).

5.3.2. Le prestataire effectif de l'acte médical est-il le médecin lui-même ou le médecin assisté par du personnel soignant/technique ou du personnel soignant/technique à qui le médecin a confié la réalisation de l'acte ?

✓ Constat

A nouveau, les pratiques diffèrent selon les services, voire les médecins, et les hôpitaux.

Ces pratiques entraînent à la fois des conséquences sur l'EVR des honoraires professionnels et sur l'EVR des frais de fonctionnement.

Au § 3.2.3 du chapitre 3 du présent rapport, on a indiqué que, pour les calculs réalisés actuellement, les imputations des charges de personnel soignant/technique sur les ATMC d'un centre d'activité opérationnel procèdent de ce qui semble être la pratique jugée la plus habituelle par les équipes universitaires et que, à titre indicatif, la version 2 de l'EVR FF ATMC NPS V0 2019 comporte pour chaque prestation une mention « avec personnel soignant » ou « sans personnel soignant ».

✓ Commentaire

Une étude complémentaire plus approfondie pourrait s'efforcer de définir, d'une manière plus précise, la part respective du médecin et du personnel soignant dans la réalisation des ATMC (ce qui aura également d'éventuelles conséquences sur l'EVR HP ATMC NPS V1 puisque la durée « réalisation de l'acte par le médecin » et la durée « réalisation de l'acte par le personnel soignant/technique » devront être coordonnées et adaptées).

La manière dont il faudra prendre en compte les résultats d'une telle étude sera également à discuter ; faudra-t-il fixer les cost drivers en fonction de la norme retenue ou faudra-t-il substituer un calcul normatif au calcul en coût réel actuel.

La décision de l'INAMI sera probablement influencée par d'autres considérations telles, par exemple, les conséquences de ce choix sur la mission du SECM ou sur les déplacements potentiels intra ou extra murs de certaines activités médicales.

In praktijk kunnen sommige TMCP:

- volledig worden uitgevoerd door de arts-specialist (in dit geval bevat de component 'praktijkkosten' geen of zeer beperkte personeelskosten, enkel eventueel voor voorbereiding, begeleiding, nazorg, planning, ...).
- uitgevoerd worden door de arts-specialist, met ondersteuning door zorgpersoneel (in dit geval bevat de component 'praktijkkosten' personeelskosten).
- (quasi) volledig gedelegeerd uitgevoerd worden door het zorgpersoneel (weliswaar onder globale medische supervisie), en situeert de bijdrage van de arts zich vooral, of uitsluitend, op het vlak van de protocollering van de onderzoeksresultaten alsook de supervisie op de manier waarop het onderzoek procesmatig plaatsvindt (in dit geval bevat de component 'praktijkkosten' een veel groter deel personeelskosten).

Voor sommige prestaties zal de manier van medische praktijkvoering (i.e. met of zonder ondersteuning door zorgpersoneel) weinig verschillen tussen de ziekenhuizen onderling, althans aangaande de vraag 'voert de arts de prestatie volledig zelf uit of niet?' (Bv. een OKA zal niet functioneren zonder verpleegkundigen; de oculaire biomicroscopie van art 14h wordt door de oftalmologen zelf uitgevoerd), maar voor veel andere prestaties is het niet zo duidelijk hoe omvangrijk de inzet van de arts tijdens de prestatie precies is – en dus hoeveel ondersteuning door zorgpersoneel vereist is. Die praktijken kunnen bovendien sterk verschillen tussen de ziekenhuizen onderling.

Ook voor de prestaties die artsen quasi-nooit zonder zorgpersoneel uitvoeren, kan de omvang van de ondersteuning door zorgpersoneel sterk verschillen (bv. aantal verpleegkundigen in een OKA-zaal). En ook voor prestaties die de artsen effectief volledig zelf uitvoeren, werden er significante verschillen vastgesteld in de mate waarin er zorgpersoneel werd ingezet om de patiënten voor te bereiden, te begeleiden en/of op te volgen na de interventie (bv. verpleegkundige inzet bij diagnostische en therapeutische endoscopieën). Hierbij wordt het (medisch) materiaal en de apparatuur ook vaak in uiteenlopende mate voorbereid door het zorgpersoneel.

Voor bepaalde prestaties zijn er, op basis van de resultaten van het onderzoek naar de duurcomplexiteit-risicoscores voor het professioneel deel (= bijdrage arts-specialist), indicaties met welke assumpties de praktijkkost voor de vigerende medische prestaties kan worden berekend:

- Als in het professioneel deel de prestatie een ruime duurscore krijgt toebedeeld (desgevallend rekening houdend met de tijd voor protocollering), kan ervan uitgegaan worden dat die score veronderstelt (of zelfs vastlegt) dat de arts de prestatie grotendeels zelf uitvoert à in dergelijk geval mogen de directe praktijkkostengegevens van de ziekenhuizen met een beperkte (of zelfs geen) inzet van zorgpersoneel voor die prestaties als de relevant worden beschouwd.
 - Als in het professioneel deel de prestatie een beperkte duurscore krijgt toebedeeld, kan ervan worden uitgegaan dat die score veronderstelt (of zelfs vastlegde) dat de arts voor de uitvoering van de prestatie wordt bijgestaan door zorgpersoneel (bv. longfunctietesten) à in dergelijk geval worden de directe praktijkkostengegevens van de ziekenhuizen met een heel beperkte (of zelfs geen) inzet van zorgpersoneel voor die prestaties als niet-relevant beschouwd voor de vastlegging van de praktijkkosten.
- ➔ In een vervolgonderzoek wordt, *idealiter*, op voorhand vastgelegd wat de veronderstelling is m.b.t. de inzet van de arts-specialist in de betrokken prestatie, en dit zowel voor de vastlegging van de score voor het professioneel gedeelte als voor de berekening van de directe praktijkkosten. De assumptie m.b.t. welk deel van de prestatie eventueel niet door de arts (maar door een medewerker) wordt gedaan dient bovendien nauwgezet afgestemd te worden

tussen het professioneel en het praktijkkostendeel per prestatie.

In het huidige onderzoeksproject groeide dit inzicht pas geleidelijk in de loop van het onderzoek (zgn. “voortschrijdend inzicht”), zowel voor het luik ‘professioneel deel’ als voor het luik ‘praktijkkosten’, waardoor het niet altijd meer mogelijk was om die bijkomende inzichten volledig mee te nemen in de analyses. Waar mogelijk wordt echter in het eindrapport aangegeven of de TMCP geacht werden uitgevoerd te zijn door de arts met/zonder ondersteuning door zorgpersoneel.

Bij toekomstige (periodieke) actualisaties van de resultaten zou, *idealiter*, zelfs op voorhand vastgelegd moeten worden wat de bijdrage van de arts – versus de ondersteunende rol van het zorgpersoneel – zou moeten zijn, vooraleer geactualiseerde waarden worden vastgelegd.

5.3.3. Faut-il redéfinir le paramétrage des ressources directement impliquées dans la réalisation des ATMC ?

Pour démarrer les études de la phase 2.2.A, une définition de ce qu’il fallait entendre par frais de fonctionnement directs a été arrêtée de commun accord.

Cette définition assez restrictive présente des avantages mais également quelques inconvénients :

- Pour certains groupes de services médicaux, il est clair que la gestion de la pratique nécessite également un soutien important de la part d’autres groupes de personnel pour garantir la qualité des soins et la sécurité des patients. Il s’agit par exemple du personnel informatique chargé du PACS et des bio techniciens d’un service de dialyse.
- Outre les employés, il peut également s’agir de coûts de matériel ou d’équipement - qui, bien que "standard", sont considérés comme des coûts indirects -alors que, pour certains types de services médicaux, ces coûts devraient en fait être considérés comme des coûts directs dans la pratique. Les exemples incluent les coûts (pratiques) de la stérilisation centrale (qui soutiennent principalement les unités opérationnelles telles que le bloc opératoire et l’endoscopie), les systèmes de contrôle (technique) de la qualité, par exemple pour des équipements médicaux spécifiques, la purification de l’eau dans les services de dialyse...

✓ Commentaires

On pourrait déterminer, pour différents groupes d’ATMC, quels « autres » groupes de personnel (et, par extension, éventuellement quels « autres » coûts de matériel ou d’équipement) devraient être considérés comme un coût direct (plutôt que comme un "coût indirect").

S’il peut paraître relativement aisé de redéfinir le périmètre des coûts directs à incorporer dans les études de coûts des ATMC, les conséquences pratiques sur la réalisation de ces études ne doivent pas être sous estimées car la diversité des situations rencontrées dans les hôpitaux (même s’il ne s’agit que d’un échantillon d’hôpitaux de référence imposera d’importants travaux de restructuration comptables.

Bij de ontwikkeling van de methodologie om de directe praktijkkosten in kaart te brengen is beslist om, voor de kosten van het ondersteunend personeel enkel rekening te houden met de personeelsgroepen die direct bij de uitvoering van de prestatie betrokken kunnen zijn. In praktijk wordt dit ‘technisch’ omschreven als – hierbij wordt gerefereerd naar de Finhostacategorieën - het verplegend en verzorgend personeel (categorie 3), het paramedisch personeel (categorie 4) en het ander personeel (categorie 5) dat ingezet wordt voor de betrokken activiteit/werkzaam is in de desbetreffende operationele eenheid. Deelnemende ziekenhuizen die bepaalde van die personeelsgroepen niét als

directe kost (maar als indirecte kost op een andere kostenplaats) boeken dienden bijgevolg deze categorieën nog te verschuiven.¹⁷

Voor sommige groepen van medische prestaties blijkt echter duidelijk dat de praktijkvoering ook een sterke ondersteuning door andere personeelsgroepen vereist, personeel dat weliswaar niet 1-op-1 bij de uitvoering van de prestaties wordt betrokken, maar wel absoluut noodzakelijk is om de kwaliteit van de zorg en de patiëntveiligheid te garanderen. Voorbeelden zijn IT'ers ter ondersteuning van PACS en biotechnici op een afdeling dialyse.

Naast medewerkers kan het ook gaan over materiaal- of apparatuurkosten - die weliswaar 'standaard' als indirecte kosten beschouwd worden - die voor sommige soorten medische prestaties in praktijk eigenlijk als directe kosten moeten worden beschouwd. Voorbeelden zijn o.a. de (praktijk)kosten van centrale sterilisatie (die vooral ondersteunend werken aan operationele eenheden zoals OKA en endoscopie), systemen van (technische) kwaliteitscontrole bv. voor specifieke medische apparatuur, waterzuivering op dialyse ...

Uit de KCE-studie m.b.t. de indirecte praktijkkosten zou bijgevolg een relatief groter aandeel zgn. "indirecte" kosten moeten blijken, omdat deze personeelscategorieën in relatief sterkere mate zouden moeten versleuteld worden naar de afdelingen waar ze ingezet worden. Hierbij wordt 'zouden moeten' benadrukt omdat in praktijk de Finhostakostenplaatsen niet altijd voldoende granulariteit vertonen en de voorziene verdeelsleutels niet altijd voldoende accuraat de reële inzet van middelen weerspiegelen.

→ Bij toekomstige studies zou, per groep van TMCP kunnen worden bepaald welke andere personeelsgroepen (en bij extensie mogelijk ook andere kosten materiaal of apparatuur) als directe kost dienen beschouwd te worden (i.p.v. als een 'indirecte kost').

Het is een uitdaging om die personeelsgroepen/materiaalkosten of apparatuur in elk van de deelnemende ziekenhuizen op een consistente en uniforme manier te integreren, wat nog het nodige onderzoekswerk zou vereisen.

5.3.4. Prestations susceptibles d'être réalisées par plusieurs spécialités médicales

✓ Constat

Certaines prestations médicales peuvent être réalisées par des médecins spécialistes de plusieurs disciplines, ce qui pourrait éventuellement avoir un impact sur les frais de fonctionnement à condition que cet impact soit confirmé par une étude statistique.

✓ Commentaire

Dans le cas où une étude statistique objectiverait des variations de frais de fonctionnement dont l'origine pourrait être attribuée à la discipline du prestataire (indépendamment du lieu d'exécution de la prestation [voir 5.3.1]), LIGBKUL souhaiterait connaître l'avis de l'INAMI sur un calcul différencié des frais de fonctionnement en fonction des spécialités concernées.

Il s'agit avant tout d'une problématique qui concerne les honoraires professionnels et subsidiairement les frais de fonctionnement.

Sommige medische prestaties kunnen door artsen-specialisten uit meerdere disciplines worden uitgevoerd. In een aantal gevallen zijn er wellicht weinig/geen verschillen in de medische praktijkkosten (en bijgevolg de directe praktijkkosten) naargelang de discipline die de prestatie uitvoert. Maar voor andere prestaties is dat mogelijk wel het geval: er zijn vrij grote verschillen in de tijd die nodig is voor de prestatie, de complexiteit van het werk ... Bij de analyse van de directe praktijkkosten blijkt inderdaad ook dat de verschillen in directe praktijkkosten, voor eenzelfde nomenclatuuromschrijving

¹⁷ En omgekeerd: indien in een ziekenhuis andere personeelsgroepen (bv. secretariaat) rechtstreeks op de betrokken kostenplaats werden geboekt, als directe kost, moesten deze buiten beschouwing gelaten worden voor de berekening van de directe praktijkkosten.en

(maar verschillende nomenclatuurcodes) tussen disciplines voor sommige medische prestaties heel klein was, maar groot was voor andere.

→ Voor het vervolg van de herijkingsoefening zou in eerste instantie uit de waardering van het professioneel deel al moeten blijken of de waardering verschilt tussen de disciplines onderling.

Daarnaast dient op niveau van het RIZIV te worden bepaald of het *wenselijk* is om de directe praktijkkosten afzonderlijk te berekenen (en bijgevolg met een verschillend bedrag te vergoeden), naargelang de uitvoerende discipline. Als dat het geval zou zijn, dient hiermee ook rekening te worden gehouden bij de nieuwe omschrijving van de nomenclatuurcodes (V1).

5.3.5. Le calcul des frais de fonctionnement doit-il être effectué par prestation ou faut-il produire des résultats pour des combinaison de prestations ?

✓ Constat

La mission impartie aux équipes universitaires était de calculer des frais de fonctionnement par prestation (en l'occurrence pour les 2.500 prestations de la NPS V0).

On peut cependant constater que certaines prestations sont toujours (ou du moins très fréquemment) exécutées en même temps qu'une autre prestation. Il est également fréquent que plusieurs interventions soient réalisées simultanément lors d'un passage d'un patient au bloc opératoire. Dans ces cas, le calcul des frais de fonctionnement imputables à chaque prestation est plus complexe.

NB. Une distinction doit être faite entre ces actes isolés, réalisés simultanément ou successivement lors d'un passage unique, et des actes principaux accompagnés d'actes complémentaires. Cette dernière modalité a été discutée au § 3.2.5. du chapitre 3 du présent rapport.

✓ Commentaire

Peut-être serait-il préférable de calculer un coût direct de la pratique pour les prestations communes.

Sous réserve de l'avis de l'INAMI, un calcul d'un coût « par passage » pour les prestations chirurgicales réalisées dans les blocs opératoires peut être envisagé dans le cadre de la nomenclature NPS V1.

Pour rappel, la nomenclature NPS V1 prévoit, à côté de la notion d'actes isolés, d'une part la notion d'actes complémentaires et d'autre part, la notion de procédure¹⁸. Il serait donc tout à fait approprié de calculer des frais de fonctionnement uniques pour de telles procédures.

Ceci ne dispense cependant pas de calculer des coûts pour chacune des prestations composant une procédure si, dans certaines circonstances, ces prestations pouvaient être réalisées indépendamment les unes des autres et, dès lors justifier des tarifs séparés.

De opdracht bestaat erin om voor de TMCP prestaties een RWS te bepalen op basis van de directe praktijkkost van de verschillende prestaties.

Bij de uitvoering van de opdracht blijkt dat bepaalde prestaties steeds (of toch heel frequent) samen met een andere prestatie worden uitgevoerd. Indien prestaties (bijna) steeds gezamenlijk worden uitgevoerd is het niet eenvoudig om de directe praktijkkosten afzonderlijk te berekenen voor die twee prestaties (bv. welk deel van de personeelskosten dient aan welke prestatie toegewezen te worden?).

Hetzelfde geldt voor een reeks prestaties die uitgevoerd worden in het OKA. In veel gevallen blijkt dat een patiënt tijdens één OKA-passage een ingreep/ingrepen ondergaat, die door meerdere heekundige (en anesthesie) nomenclatuurcodes gevat wordt. In het onderzoek voor de relevante prestaties binnen

¹⁸ Procédures : « ensemble d'actes isolés couramment associés dans le cadre d'interventions réglées. La rédaction d'un tel type de libellé est acceptée uniquement lorsque la combinaison d'actes est suffisamment fréquente et standardisée, et aboutit à un nombre limité de formulations. »

het operatiekwartier (exclusief anesthesie, niet-TMCP nomenclatuur zoals klinische biologie en pathologische anatomie) blijkt dat in de steekproef van 2.339 prestaties (€ 120 mio honoraria) er 1.670 (€ 91 mio honoraria) relevante OKA-prestaties zijn. Hiervan komen 213 codes (€ 2 mio honoraria) nooit alleen voor en 232 (€ 1 mio honoraria) altijd alleen voor. In totaal 1.457 prestatiecodes (€ 89 mio honoraria) komen dus soms wel en soms niet alleen voor.

Tijdens de studie vormt ook de interpretatie van cumuleerbare prestaties een uitdaging. Het onderscheid tussen een hoofdprestatie en een aanvullende prestatie is in de huidige nomenclatuur niet altijd duidelijk. De nomenclatuuromschrijvingen bieden op zichzelf niet voldoende houvast. Zo hebben de meeste therapeutische endoscopische prestaties ter hoogte van het spijsverteringsstelsel “door middel van endoscopie” in hun omschrijving staan. Op basis van expliciete cumulregels mag echter een deel wél en een deel niet gecumuleerd worden met het onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal. Daarnaast bestaan er toepassingsregels op artikelniveau die niet geëxpliciteerd zijn voor prestaties onder andere artikels die nochtans tot dezelfde cumulinterpretatievraag kunnen leiden. Deze en andere incongruenties zorgen er mee voor dat interpretatie van cumuleerbaarheid niet éénduidig afgeleid kan worden van de omschrijving van prestaties waarbij er geen expliciete cumulregels zijn (bv. Percutane plaatsing van elektrode(n) via transveneuze weg en hartcatheterisme langs veneuze weg)). Dit geeft soms aanleiding tot grote verschillen in kostprijberekeningen. Ook de interpretatie van bijkomende honoraria verschilt sterk tussen ziekenhuizen. Voor bv. het bijkomend honorarium medische beeldvorming laten sommige ziekenhuizen alle directe praktijkkosten landen op de hoofdprestatie terwijl andere ziekenhuizen de opsplitsing tussen beide proberen te behouden.

- ➔ In dergelijke gevallen kan het de voorkeur genieten dat de directe praktijkkost wordt berekend voor de gezamenlijke prestatie. In eerste instantie moet nagegaan worden hoe deze prestaties landen in de nieuwe nomenclatuurcodes (V1). Voor de cumuleerbaarheid geniet het de voorkeur dat deze zoveel mogelijk éénduidig afleidbaar is uit de omschrijving of een duidelijk en geëxpliciteerd kader krijgt. Zo kan het uitgangspunt bijvoorbeeld zijn dat elke prestatie de globale medische handeling omvat en eventuele uitzonderingen kenbaar worden gemaakt door een toevoeging in de omschrijving zoals “aanvullende handeling”.

Ook voor de heelkundige prestaties in het OKA zou het nuttig zijn om de directe praktijkkosten per OKA-passage te kunnen vastleggen (i.p.v. per prestatie). Met het RIZIV dient te worden afgestemd of het gewenst is om die piste verder uit te werken in een vervolgonderzoek. Het rapport over de RWS van de TMCP biedt al wat meer zicht op de aard en omvang van dit soort prestaties.

5.3.6. Imputation des coûts des produits médicaux courants (PMC).

La précision de ces imputations dépend des clés de répartition (cost driver PMC) qui seront utilisées.

Dans le chapitre consacré à la présentation de sa méthodologie, chaque équipe a décrit la ou les techniques utilisées pour se procurer ces cost drivers.

✓ Constat

Il n'est pas toujours facile de délimiter les PMC c'est-à-dire les produits médicaux (PM) de chaque CAO qui doivent être pris en compte dans le calcul des frais de fonctionnement directs.

A priori, la tarification permet de séparer, d'une part, les spécialités pharmaceutiques et les implants, dont le financement est assuré par une tarification faisant référence au code du produit délivré et au bénéficiaire, et d'autres part, les autres produits médicaux. Cependant une partie de ces derniers ne doit pas être incorporée aux PMC car une partie de ces « autres » produits médicaux font l'objet d'un financement forfaitaire spécifique lié à la prestation réalisée. Il est à souligner qu'en fonction de la prestation réalisée, certains PM seront soit considérés comme des PMC soit seront couvert par un forfait « ensemble de matériel » lié à la prestation. Par ailleurs, la description des produits médicaux laisse souvent une marge d'interprétation du champ d'application en raison de la formulation générale.

✓ Commentaires

Les deux équipes aboutissent à la même conclusion. Il serait souhaitable :

- D'obtenir une liste exhaustive des produits médicaux délivrés à chaque CAO pour la réalisation des ATMC produit par ce centre d'activité
- De catégoriser, sur base d'une classification uniforme, les produits médicaux en fonction des sources de financement et du périmètre défini pour le calcul de frais de fonctionnement
- D'analyser les écarts entre les coûts de chaque catégorie de PM et les financements alloués à ces catégories

De boekhoudkundige gegevens over de praktijkkosten per OFE mogen niet zomaar over alle TMCP in die OFE verdeeld worden, in functie van het aantal prestaties, omdat de aard en hoeveelheid van de materiaalkosten sterk kan verschillen tussen prestaties onderling. Er werd gepoogd om de materiaalkosten accurater toe te wijzen door (a) eerst activiteitgroepen vast te leggen, waarbij de materiaalkosten door lokale experts worden toegewezen aan activiteitgroepen en (b) vervolgens de kosten te verdelen over medische prestaties binnen elke activiteitgroep. De materiaalkosten worden dan verdeeld over alle medische prestaties in een activiteitgroep o.b.v. het aantal uitvoeringen (gefactureerde aantallen).

Voor de OKA-prestaties wordt door het Leuvense team een ruimere, afzonderlijke, studie opgezet, met een beperkt aantal ziekenhuizen (3) die over een meer gedetailleerd materiaalregistratiesysteem beschikken, dat toelaat om de kosten van (dure – doch niet vergoed via materiaalhonorarium of materiaalforfaits) materialen eenduidig toe te wijzen aan medische prestaties. Het aandeel van de materiaalkosten per OKA-prestatie, op basis van de gegevens van 3 ziekenhuizen, wordt vervolgens gehanteerd om de totale materiaalkosten in andere ziekenhuizen (die niet beschikken over gedetailleerde registratiesystemen) te verdelen over de OKA-prestaties in deze andere ziekenhuizen.

Materiaal dat gedekt wordt door een materiaalhonorarium of materiaalforfait kan niet altijd makkelijk worden afgebakend; er bestaan onder andere verschillen tussen ambulante en klinische aanrekening. In principe zijn deze materialen uitgesloten van de directe praktijkkosten in deze studie. Echter, verschillende ziekenhuizen geven aan dat dit materiaal in hun systemen niet of niet volledig identificeerbaar is, waardoor dit niet automatisch uitgesloten kon worden. Deze moeilijkheid is het grootst voor materialen gedekt door een materiaalhonorarium waarvoor het recht ontstaat door facturatie van de uitgevoerde prestatie en niet door facturatie van het gebruikte materiaal zelf. Hierbij laat de omschrijving van de materiaalforfaits vaak ruimte voor interpretatie van de draagwijdte door de algemene verwoording. Deze onduidelijkheid neemt nog toe wanneer er een (schijnbare) tegenstelling is met de omschrijving van de materiaaldekking van de betrokken TMCP en/of de regels met betrekking tot cumuleerbaarheid van meerdere TMCP, met daaraan verbonden materiaalhonoraaria, niet geëxpliciteerd zijn. De afbakening van deze materialen is hierdoor vaak ad hoc gebeurd door de ziekenhuizen zelf waardoor de uniformiteit en accuraatheid van deze afbakening nog niet helemaal zuiver zit. Daarnaast is het ook zo dat de materialen die een eigen financiering kennen niet steeds een-op-een kunnen gerelateerd worden aan materiaalkostensoorten. Soms dekt een materiaalforfait de kosten van producten die over meerdere kostensoorten zijn verdeeld en bovendien bevatten die kostensoorten ook materialen die niet door een materiaalforfait worden vergoed.

Ondanks deze onduidelijkheden zijn er aanwijzingen dat de materiaalhonoraaria en materiaalforfaits vaak niet volstaan om de materiaalkosten te dekken. In de meeste gevallen is de vergoeding niet of amper geëvolueerd doorheen de tijd. De berekening van de materiaalkosten gedekt door materiaalhonoraaria vormde geen onderwerp van deze studie. Deze financieringsbron vormt wel een belangrijk aspect voor een voldoende en duurzame financiering van de TMCP.

- ➔ In een vervolgstudie is het wenselijk om voor meer ziekenhuizen beroep te kunnen doen op meer accurate materiaalregistraties, om die praktijkkosten beter te kunnen toewijzen aan de

TMCP. Daarnaast dient ook de mate waarin materiaalhonoraria de werkelijke materiaalkosten dekken bestudeerd te worden. Dit is echter een werk van lange adem. Naast een verduidelijking van de draagwijdte van de verschillende materiaalhonoraria moeten hiervoor ook de kostensoorten verder verfijnd worden, niet enkel o.b.v. evoluties in soorten materialen, maar ook rekening houdend met de verschillende financieringsbronnen.

5.3.7. Imputation des équipements médicaux (et des contrats de maintenance)

✓ Constat

Les calculs de frais de fonctionnement réalisés par les équipes universitaires se fondent sur les données comptables transmises par les hôpitaux de leurs échantillons respectifs.

On peut présumer qu'avec des échantillons représentant plus du tiers des hôpitaux belges, les données d'amortissement sont représentatives du coût annuel réel des équipements.

Toutefois,

- Si, pour des raisons budgétaires, la majorité des hôpitaux sous-investissaient
- Si, pour les mêmes raisons, ils prolongeaient les durées économiques d'amortissement
- Si, certains équipements étaient sous-utilisés

Les calculs à la base de l'EVR FF ATMC, correspondraient, certes, à la réalité du terrain mais pas aux coûts de ce qui devrait être financé pour assurer des soins de qualité.

✓ Commentaires

Les équipes universitaires suggèrent qu'à côté du coût « réel » calculé à partir de la comptabilité des hôpitaux, un calcul « normatif » soit réalisé pour les équipements médicaux relativement coûteux. Ce second calcul, prenant en compte la valeur de remplacement et une durée de vie économique normative par catégorie d'équipement ainsi qu'un taux « normatif » d'exploitation, pourrait être comparé (ou être substitué) au coût « réel » des calculs actuels.

On relève également l'imprécision des libellés de la nomenclature actuelle NPS V0 et on s'inquiète des distorsions qui peuvent en résulter (par exemple en cas d'utilisation du robot). Si le coût du robot est réparti sur l'ensemble des procédures chirurgicales (par exemples, cholécystectomies, hystérectomies), le coût direct de la variante non-robotique serait surestimé et celui de la variante robotique sous-estimée.

On notera que la restructuration des libellés qui caractérise la nouvelle nomenclature NPS V1 répond à cette préoccupation. Le paragraphe 3.2.6 du chapitre 3 aborde également cette problématique.

Voor de apparatuur is gewerkt met de boekhoudkundige gegevens van de afschrijvingen van de medische apparatuur nodig voor het uitvoeren van de TMCP, alsook de kost van de onderhoudscontracten.

Bij een voldoende grote steekproef van ziekenhuizen zouden deze afschrijvingsgegevens representatief moeten zijn voor de reële jaarlijkse kost van de apparatuur: in sommige ziekenhuizen is de apparatuur immers nog in gebruik, maar al volledig afgeschreven (dus € 0 apparatuurkost), maar in andere ziekenhuizen starten dan weer pas de afschrijvingen van gloednieuwe apparatuur (lineaire afschrijving op 5 of 10 jaar, terwijl het apparaat wellicht misschien langer wordt gebruikt, desgevallend mits upgrade).

Indien echter voor sommige apparatuur heel veel ziekenhuizen in de steekproef werken met apparatuur die boekhoudkundig reeds volledig afgeschreven is, wordt de apparatuurkost onderschat en indien veel ziekenhuizen met gloednieuwe apparatuur werken is er een overschatting. Uit de detail analyse van OKA blijkt bv. het risico op onderschatting van de apparatuurkosten. Hier moet ook de

nodige aandacht aan worden besteed. Desgevallend kan de apparatuurkost op een andere (normatieve) manier berekend worden.

Daarenboven houdt de huidige nomenclatuur (V0) geen of onvoldoende rekening met de uiteenlopende manieren waarop een bepaalde prestatie kan uitgevoerd worden (bv. al dan niet met behulp van een robot). Zo voorzien veel huidige nomenclatuurcodes voor heelkundige ingrepen nog onvoldoende het onderscheid tussen een uitvoering als open ingreep, (mini-)laparoscopische ingreep of met behulp van robot. Als de kosten van de robot(s) – voor de ziekenhuizen waar er in 2019 al robotingrepen werden uitgevoerd – uitgesmeerd worden over alle heelkundige ingrepen (bv. cholecystectomieën, hysterectomieën), dan wordt de directe praktijkkost van de niet-robotische variant overschat en van de robotvariant onderschat. Daarom worden, voor de analyse o.b.v. de V0-prestaties in 2019 de kosten van de robot buiten beschouwing gelaten, maar afzonderlijk gerapporteerd.

- ➔ In een vervolgonderzoek kan worden overwogen om de boekhoudcijfers (afschrijvingen apparatuur, o.b.v. een 'boekhoudkundige' levensduur van 5, 7 of 10 jaar voor medische apparatuur) te vergelijken met de actuele vervangingswaarde en reële levensduur, en dit minstens voor de relatief dure medische uitrusting, om hiermee een meer accurate, normatieve, inschatting van de apparatuurkosten te kunnen maken.
- ➔ Idealiter wordt, voor de dure apparatuur, ook geëxpliciteerd welk soort toestel (i.e. basismodel versus model met diverse opties ...) financieel haalbaar is binnen de honorariafinanciering.

5.3.8. Les caractéristiques des patients peuvent influencer les coûts de la pratique

✓ Constat

Pour la réalisation d'un même type de prestation, les ressources consommées peuvent varier en fonction des techniques choisies par le médecin, de son expérience et, bien entendu, des caractéristiques du patient.

Dans un nombre de cas limités (certaines épreuves respiratoires, certaines dialyses, etc.), les tarifs de la nomenclature NPS V0 prennent en compte l'âge du patient.

✓ Commentaires

Une prise en compte élargie de caractéristiques des patients ou de facteurs contextuels pourrait, éventuellement, être envisagée lors des calculs conduisant à l'élaboration des EVR FF ATMC NPS V0/V1. Ce plaidoyer est illustré par différents exemples énumérés ci-dessous :

- a. Pour un même service, le case-mix en termes de gravité de la maladie (SOI) ou de niveau de complexité peut varier fortement d'un hôpital à l'autre. En général, ils sont plus élevés dans les centres tertiaires, ce qui se traduit par des coûts directs de pratique plus élevés (phase 2.2.A), mais aussi par une durée, une complexité et un risque plus élevés pour le médecin (phase 2.1.A).
- b. Un patient qui séjourne à l'hôpital en soins intensifs et qui doit bénéficier d'une RMN ou d'un examen tomodensitométrie au cours de ce séjour a besoin d'un soutien beaucoup plus important de la part du personnel soignant et d'un créneau horaire plus long que les patients qui sont entièrement mobiles.
- c. Les examens diagnostiques nécessitent beaucoup plus de temps de la part du médecin et du personnel soignant si le patient est à mobilité réduite, s'il est confus, etc.
- d. Lorsqu'une patiente souffrant d'une pathologie doit accoucher, elle devra bénéficier d'une surveillance accrue ce qui sous-entend la présence d'effectifs plus importants.
- e. L'électroencéphalographie (EEG) nécessite beaucoup plus de temps (et donc des coûts de personnel) pour un patient hospitalisé que pour un patient ambulatoire.

S'il s'agit, comme proposé dans l'étude de la phase 2.1.A, d'appliquer des modificateurs majorant ou minorant des tarifs en fonction d'estimations subjectives, la question se situe sur le plan « économique-politique » et, à ce titre, relève de l'INAMI.

S'il s'agit de fournir des justifications basées sur des études de coûts, l'équipe GEDISULB estime qu'une étude de faisabilité préalable est nécessaire afin d'évaluer ce qu'implique concrètement des calculs de coûts aussi différenciés.

In de loop van het onderzoek komt duidelijk tot uiting dat voor sommige TMCP de directe praktijkkosten sterk kunnen verschillen, naargelang bepaalde kenmerken van de patiënt. Dit geldt trouwens evenzeer voor de waardering van het professioneel deel van de medische prestatie.

In het verleden werden bepaalde patiëntkenmerken, zij het in beperkte mate, reeds meegenomen als differentiërende factor bij de vastlegging van het tarief (honorarium). Het meest voor de hand liggende kenmerk is de leeftijd van de patiënt: voor een beperkt aantal prestaties wordt een hogere vergoeding voorzien als de patiënt jonger is dan een bepaalde leeftijd. Enkele relevante voorbeelden zijn:

- Voor longfunctietesten (spirometrie, diffusietesten, meten van luchtwegresistentie, ...) is er een duidelijk verschil op vlak van personeelsinzet en slottijd afhankelijk van de leeftijd van de patiënt. Kinderen (bv. onder de 16 jaar) hebben vaak meer uitleg en begeleiding nodig dan volwassenen om de test goed uit te voeren. Voor de jongste kinderen (<7j) zal de personeelsinzet en slottijd nog hoger liggen. Voor hen zullen de ademhalingstechnieken die nodig zijn voor de test, zoals krachtig in- en uitademen, moeilijker zijn waardoor de test mogelijk meerdere keren moet worden herhaald. De huidige nomenclatuur differentieert enkel op basis van de leeftijd van 7 jaar.
 - De tijd dat zorgpersoneel besteedt aan extrarenale zuivering verschilt tussen leeftijdsgroepen 0-1 jaar, 1-7 jaar, 7-15 jaar en volwassenen. Bij de jongste patiënten is vaak continu toezicht noodzakelijk. Kinderen in de leeftijdsgroep 1-7 jaar hebben vaak meer uitleg en begeleiding nodig om de procedure goed te begrijpen en mee te werken. Oudere kinderen zullen vaker behoefte hebben aan extra ondersteuning om met de stress en angst van de behandeling om te gaan. Dit vergt meer tijd van het zorgpersoneel waardoor de procedure zelf meer tijd in beslag neemt.
 - Voor het BERA-onderzoek (door auditieve stimulatie opgewekte hersenpotentialen) is er momenteel enkel een verhoogd honorarium voor uitvoering bij pasgeborenen. Het differentiërend element in de praktijkkosten voor de uitvoering wordt echter bepaald door het gegeven dat dit onderzoek tot zekere leeftijd tijdens de slaap (natuurlijk, medicatie geïnduceerd of middels sedatie) dient te worden uitgevoerd. Dit is in praktijk meestal nodig tot de leeftijd van 36 maanden.
 - Echografieën vragen meer tijd bij kinderen, omdat ze moeilijker stil blijven liggen en meer uitleg behoeven dan volwassenen. De huidige nomenclatuur voorziet daartoe een hoger tarief voor echo's bij kinderen onder de 5 jaar.
 - Veel medische handelingen (vb. plaatsen van intra-arteriële katheter, sluiten van atriumseptum-defect, diagnostische punctie-aspiratie van de buikholte ...) kosten meer tijd voor het zorgpersoneel bij patiënten jonger dan 1 jaar. Zij zijn fysiek kleiner en kwetsbaarder dan oudere kinderen waardoor ze vaak intensievere ondersteuning nodig hebben tijdens en na de medische handeling. Daarnaast is de communicatie met deze jonge patiënten moeilijker waardoor het meer tijd kost om hen gerust te stellen en hun medewerking te krijgen.
- ➔ Bij een vervolgonderzoek is het wenselijk om de patiëntkenmerken of 'contextfactoren' die in rekening dienen te worden gebracht om de RWS – en bijgevolg het tarief voor de praktijkkosten – vast te leggen uit te breiden. Onderstaande lijst geeft een aantal voorbeelden van relevante elementen, andere dan leeftijd, niet-exhaustief, maar bedoeld als illustratie:
- Voor eenzelfde prestatie kan de case-mix wat betreft severity-of-illness (SOI) of level-of-complexity sterk verschillen per ziekenhuis. In het algemeen liggen deze hoger in de tertiaire centra met hogere directe praktijkkosten tot gevolg (fase 2.2) maar ook een

hogere duur, complexiteit en risico voor de arts (fase 2.1). Deze verschillende realiteiten worden erkend in de expertvalidatiesessies; bv. bij de endoscopische mucosale resectie (EMR) en endoscopische submucosale dissecties (ESD).

- Een patiënt die in het ziekenhuis verblijft op intensieve zorgen en tijdens dat verblijf een NMR-of CT-onderzoek dient te ondergaan vraagt veel meer ondersteuning door zorgpersoneel, en een langere slottijd dan patiënten die volledig mobiel zijn.
- Diagnostische onderzoeken, bv. aan het oog, of in NKO, vragen veel meer tijd van de arts en het zorgpersoneel indien de patiënt beperkt is in zijn mobiliteit, verwardheid vertoont ...
- Wanneer een patiënte met een onderliggende pathologie moet bevallen, zal zij gedurende een periode voor en/of na de bevalling ter observatie aanwezig moeten zijn in het bevallingskwartier. Dit vergt een aanzienlijk hogere personeelsinzet (vaak zelfs 1-op-1 toezicht) in vergelijking met patiënten zonder onderliggende pathologie (1-op-x toezicht).
- Een elektro-encefalografie (EEG) vraagt beduidend meer tijd (en dus personeelskost) voor een gehospitaliseerde patiënt t.o.v. een ambulante patiënt.
- Patiënten die sedatie/anesthesie nodig hebben vragen – los van de sedatie – ook meer tijd voor meerdere TMCP.

Voor sommige van deze voorbeelden zou de nieuwe nomenclatuur hiermee, op heel eenvoudige wijze, rekening kunnen houden omdat de vereiste extra informatie al standaard beschikbaar is uit de facturatie (bv. verschillend tarief voor ambulante of verblijvende patiënt, afhankelijk van de verblijfsafdeling van de patiënt, afhankelijk van de leeftijd ...) Het uitwerken van een geschikt aanrekenbeleid zal voor andere voorbeelden het nodige aanvullend studiewerk vergen.

5.3.9. Prestations peu ou pas représentées dans les échantillons hospitaliers

✓ Constat

Quelques prestations sont peu, voire pas, représentées dans les statistiques nationales de l'INAMI. Il n'est donc pas étonnant qu'elles ne figurent pas ou ne sont exécutées que très rarement dans les échantillons hospitaliers des équipes universitaires. Pour ces prestations, il est bien entendu impossible de calculer un coût direct de la pratique sur la base des coûts réels.

✓ Commentaires

Il faut d'abord savoir si ces prestations ont un équivalent dans la NPS V1 et si, c'est le cas, il convient de s'interroger avec les services de l'INAMI de l'intérêt de maintenir ces prestations dans la nomenclature.

On peut aussi décider de les maintenir pour des raisons statistiques mais se borner à les assimiler, sur un plan tarifaire, à telle ou telle prestation jugée équivalente par ces services spécialisés (SECM, CTM).

Enfin, on peut décider de maintenir ces prestations dans l'EVR FF ATMC. Dans ce cas, il conviendra de recourir à des estimations ou à une méthode de calcul « normative ».

Er zijn een beperkt aantal TMCP die nationaal niet frequent worden uitgevoerd, en die dus in de deelnemende ziekenhuizen zeer zelden of zelfs niet werden uitgevoerd in 2019. Voor die prestaties is het, uiteraard, onmogelijk om een directe praktijkkost te berekenen op basis van reële kosten.

Daarnaast zijn er ook een aantal prestaties die, wellicht toevallig, in 2019 in de deelnemende ziekenhuizen heel weinig werden uitgevoerd – toch niet op de operationele functionele eenheid die in het onderzoek werden opgenomen. Ook voor deze prestaties kon er nog geen directe praktijkkost berekend worden, die toeliet om de prestaties op te nemen in een RWS.

Voor die TMCP zal een andere manier van berekening van de praktijkkosten dienen te worden vastgesteld. Een eerste indicatie, of deze oefening überhaupt nuttig is, is alvast of de betrokken prestaties nog een nieuwe nomenclatuurcode kennen in V1. Indien dit het geval is, zal bijkomend studiewerk vereist zijn.

5.3.10. Prestations à statut mixte

✓ Constat

Dans la nomenclature actuelle NPS V0, en fonction de leur libellé, quelques prestations peuvent être classées partiellement dans les ATMC et partiellement dans les ACA (voir § 3.2.1 du chapitre 3).

✓ Commentaire

Avec l'accord de l'INAMI, on a veillé, lors de la restructuration de ces prestations, à les scinder de telle manière que chaque nouvelle prestation issue de cette opération puisse être classée sans ambiguïté dans les ATMC ou dans les ACA. C'est par exemple le cas du code (Econodat) 205431 « 211013-211024 : Installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, y compris la capnométrie : Le premier jour ».

Toutefois, cette clarification au niveau de la classification ne résout pas les problèmes de calcul des coûts et de tarifs. Deux difficultés devront être résolues.

- Le personnel qui effectue les installations est souvent le même que celui qui assure la surveillance des équipements et effectue de nombreuses autres tâches de soins aux patients.
- Imputer une partie de l'équipement à l'installation de celui-ci est une chose. Il faut s'assurer que l'autre partie de l'amortissement et de la maintenance ne sera pas négligée. Cette dernière observation pose la question de l'EVR FF ACA NPS V0/V1. A ce jour, ce sujet n'a été abordé que très superficiellement par le groupe chargé des ACA.

Concrètement, il semble souhaitable de confier le calcul des coûts de ces prestations à statut mixte à un seul groupe de travail. Celui-ci devra vraisemblablement recourir à une méthode de calcul « normative ».

Voor sommige prestaties is een berekening van de directe praktijkkosten o.b.v. de reële (boekhoudkundige) kosten quasi onmogelijk. Dit is o.a. het geval voor een aantal prestaties die voornamelijk uitgevoerd worden op (intensieve) hospitalisatieafdelingen.

Ten eerste zijn de prestaties m.b.t. monitoringondersteuning van patiënten op (intensieve) hospitalisatieafdelingen, zoals omschreven in nomenclatuur V0, moeilijk af te lijnen. Zo neemt vooral de installatie van de continue monitoring relatief veel tijd in beslag en is er weinig "dedicated" tijdsbesteding van het zorgpersoneel voor het toezicht zolang de metingen vlot lopen of is hier veel variatie in. Ook gebeuren er vaak meerdere prestaties tegelijkertijd bij patiënten op diensten intensieve zorgen.

Een gelijkaardige moeilijkheid doet zich voor bij de nomenclatuur voor plaatsen, functioneel opstarten en wegneme van extracorporele ondersteuning, inclusief eventuele heringrepen.

De beperking van deze TMCP tot de installatie/plaatsing binnen nomenclatuur V1 komt tegemoet aan dit aspect.

Ten tweede wordt voor een aantal TMCP-prestaties die vooral uitgevoerd worden op (intensieve) hospitalisatieafdelingen gebruikt gemaakt van apparatuur die al functioneel is voor continue monitoring/medicatioediening. Denk hierbij bijvoorbeeld aan pendels, monitoringsapparatuur en spuitdrijvers. Ook het personeel dat assisteert bij deze prestaties is reeds aanwezig in het kader van hun algemene verpleegopdracht. Deze middelen worden slechts voor een beperkt deel van hun tijd ingezet voor de TMCP.

Door de veelheid aan niet-TMCP activiteit en de continuïteit van monitoring op (intensieve) hospitalisatieafdelingen is het moeilijk de specifieke kosten voor de TMCP af te zonderen binnen de boekhouding van deze OFE's, in het bijzonder voor personeel en apparatuur.

Voor deze TMCP is mogelijk een normatieve benadering wenselijk. In deze benadering wordt opgelijst welke specifieke apparatuur en materialen nodig zijn om de prestaties uit te voeren en wordt in overleg met het zorgpersoneel vastgelegd hoeveel tijd er nodig is voor de prestaties. Dit omvat de tijd nodig voor zowel (a) de installatie alsook voor (b) het dagelijks toezicht en eventueel (c) de wegnahme.

5.3.11. L'EVR FF ATMC NPS VO prévue à l'issue de la phase 2.2.A correspond à un contexte hospitalier

✓ Constat

Extrapoler les frais de fonctionnement des ATMC calculés à partir des données hospitalières à des organisations extrahospitalières nécessiterait beaucoup de réflexion et de prudence comme cela a été discuté à plusieurs reprises lors de comités d'accompagnement.

✓ Commentaire

L'étude actuelle des frais de fonctionnement, confiée aux équipes universitaires par l'INAMI, concerne les hôpitaux. Extrapoler les résultats au milieu extra-hospitalier, sans réflexion approfondie, serait imprudent.

Il serait peut-être souhaitable d'inclure un échantillon de cabinets privés dans l'analyse, au moins pour les ATMC qui sont fréquemment réalisés dans des cabinets privés extra-muros.

Toutefois, plusieurs problèmes inhérents à la réalisation d'une telle étude doivent être préalablement analysés et résolus par l'INAMI (accès aux données comptables et d'activité ; qualité, transparence et organisation des données comptables ; etc.).

Tot slot moet nog worden benadrukt dat de initiële opzet van de opdracht voor het RIZIV erin bestaat om de directe praktijkkosten van de TMCP in een ziekenhuiscontext vast te leggen.

Er mag dus niet automatisch worden van uit gegaan dat de berekende directe praktijkkosten ook representatief zijn voor de uitvoering van deze prestaties in de context van een extramurale zelfstandige medisch specialistische praktijk, buiten een ziekenhuiscontext. Het is goed mogelijk dat, binnen de groep van TMCP die ook buiten een ziekenhuisomgeving kunnen en mogen uitgevoerd worden, de aard van de medische praktijkvoering sterk verschilt van de praktijkvoering binnen een ziekenhuis, bv. qua beschikbare apparatuur, ondersteuning door zorgpersoneel alsook dat de kenmerken van de patiëntenpopulatie die in een extramurale zelfstandige artspraktijk komt sterk kunnen verschillen (bv. meer mobiele patiënten, met minder co-morbiditeiten).

Uiteraard zijn er ook geen gegevens over de indirecte kosten in zelfstandige medische praktijken voorhanden in de KCE-studie.

- ➔ Bij vervolgonderzoek is het wenselijk om, minstens voor de TMCP die frequent ook in extramurale privépraktijken worden uitgevoerd, een steekproef van privépraktijken in de analyse te betrekken. Deze invalshoek maakt echter geen deel uit van de scope van de initiële opdracht om de directe praktijkkosten in kaart te brengen. Dit zal de kostensoepening trouwens niet vereenvoudigen omdat deze privépraktijken in hun boekhouding niet gebonden zijn aan het minimum rekeningenstelsel dat de ziekenhuizen dienen te hanteren. Bovendien zijn de jaarrekeningen van deze organisaties, met de details van de kostprijsboekhouding moeilijker consulteerbaar.

5.4. Nécessité d'entreprendre une réforme de la comptabilité hospitalière et de prévoir des hôpitaux de référence

En cas de répétition d'études portant sur les frais de fonctionnement des ATMC, il serait souhaitable que les hôpitaux qui participeraient à ces études améliorent l'enregistrement de leurs données d'activité médicale et de comptabilité de manière à pouvoir fournir plus rapidement et plus efficacement les données nécessaires dans le format requis.

Het is de betrachting dat de (meeste) ziekenhuizen, die deelnemen aan de praktijkkostenstudie in 2022-2024 ondertussen hun interne gegevensverzameling en datasets zo organiseren, dat ze, tijdens een volgende studie, sneller en efficiënter de nodige data in het vereist formaat kunnen aanleveren. Het is m.a.w. de bedoeling dat een aantal deelnemende ziekenhuizen zich profileren als 'peilziekenhuis' dat kostengegevens op een gestandaardiseerde manier kan ter beschikking stellen voor toekomstige analyses.

Deze data zullen trouwens niet enkel nuttig zijn om de praktijkkosten van de nieuwe nomenclatuurcodes (V1) te berekenen, maar ook om in daaropvolgende jaren periodieke actualisaties van deze praktijkkostenberekeningen te kunnen doorvoeren – of data aan te leveren voor andere kostprijsstudies vanuit diverse overheidsinstanties (RIZIV, FOD VVVL, KCE ...). Als dusdanig wordt verwacht dat een aantal van de ziekenhuizen die deelnemen aan de eerste fase van de directe praktijkkostenstudie (V0) ambiëren ook in de toekomst als peilziekenhuis voor dergelijke studies te blijven functioneren.

5.4.1. Limites de la comptabilité analytique hospitalière

A l'exception d'adaptations superficielles, la comptabilité des hôpitaux n'a pas évolué depuis la fin des années 90. A l'époque, une réforme du financement débutait et l'administration de la santé publique voyait surtout la comptabilité hospitalière comme un outil permettant de comparer les coûts des services communs (ou généraux).

L'étude des frais de fonctionnement entreprise dans le cadre de la réforme de la nomenclature a confirmé ce qui est bien connu des spécialistes de la comptabilité hospitalière, à savoir que les données d'activité et de coûts imputés aux centres d'activité (centres de frais des consultations et des services médico-techniques) ne sont pas aisément comparables entre les hôpitaux notamment :

- Parce que les pratiques médicales ne sont pas organisées de la même manière dans tous les hôpitaux. Par exemple,
 - Les salles de radiologie interventionnelle peuvent être aménagées spécifiquement pour certains types de prestations (des salles biplans uniquement pour les procédures cérébrales et l'électrophysiologie, tandis que d'autres procédures seront réservées à des salles monoplan) ou utilisées pour toutes les formes de radiologie interventionnelle.
 - Dans certains hôpitaux, les endoscopies sont réalisées dans un service d'endoscopie conçu à cet effet. Dans d'autres hôpitaux, elles ont lieu dans des hôpitaux chirurgicaux de jour ou au bloc opératoire ou dans des services médicotéchniques où de nombreuses autres interventions médicales ont également lieu.
- Parce que les hôpitaux ne comptabilisent pas toujours les coûts de manière uniforme dans les centres de frais. Par exemple,
 - Un service peut « consommer » du personnel de l'équipe mobile, alors que l'équipe mobile fait l'objet d'une comptabilisation dans un centre de frais distinct dans la comptabilité.
 - Dans plusieurs hôpitaux, l'équipement médical n'est pas toujours affecté au centre de frais où les prestations correspondantes sont effectuées.
 - Le personnel spécialisé (perfusionnistes, médecins, etc.) est souvent comptabilisé dans des centres de frais qui ne sont pas liés aux lieux où les prestations sont réalisées.

- Les imputations de personnel soignant, technique ou administratif ne sont pas régulièrement actualisées ce qui induit un déséquilibre entre l'activité produite et les ressources utilisées.
- Parce que, pour des raisons de facilité, plusieurs hôpitaux ont pris l'habitude de regrouper, dans un centre de frais unique, des activités réalisées, par les spécialistes d'une même discipline dans différents centres d'activité. Par exemple,
 - Les gynécologues prestent en consultation, au bloc opératoire, au quartier d'accouchement, etc. mais l'ensemble de ces activités médico-chirurgicales sont imputées dans un seul centre de frais...

L'enregistrement des données comptables transmises au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPF SP), via le système Finhosta sont inutilisables en tant que telles pour mener à bonne fin les études de réformes de la nomenclature ou du financement hospitalier. Comparativement aux systèmes comptables suisse, français ou allemand, Finhosta manque de la granularité suffisante, de règles d'imputation documentées et suffisamment précises et uniformes pour limiter, autant que faire se peut, les défaillances énumérées ci-dessus à titre d'exemple.

Deze eerste studie om RWS vast te leggen voor de TMCP leert dat de kostengegevens tussen ziekenhuizen niet altijd vergelijkbaar zijn, om meerdere redenen:

- De medische praktijkvoering wordt, niet in alle ziekenhuizen op dezelfde manier georganiseerd. Bijvoorbeeld:
 - Zalen voor interventionele radiologie kunnen specifiek ingericht worden voor bepaalde types prestaties (bv. biplane zalen enkel voor cerebrale procedures en elektrofysiologie, de overige procedures in monoplane zalen) of gebruikt worden voor alle vormen van interventionele radiologie. Dit heeft een impact op de apparatuurkosten.
 - Endoscopieën gebeuren in sommige ziekenhuizen op een zuivere endoscopieafdeling. In andere ziekenhuizen gebeuren ze op dagzalen, waar ook veel andere medische interventies plaatsvinden.
- Zelfs indien de praktijkvoering op dezelfde wijze zou georganiseerd zijn, boeken de ziekenhuizen deze kosten niet altijd op dezelfde manier in qua kostenplaats. Bijvoorbeeld:
 - Personeel op een afdeling kan aangevuld worden met medewerkers van de mobiele equipe, terwijl de mobiele equipe in de boekhouding op een afzonderlijke kostenplaats landt.
 - In sommige ziekenhuizen wordt de medische apparatuur niet altijd toegewezen aan de kostenplaats waar de corresponderende medische prestaties worden uitgevoerd.
 - Gespecialiseerd personeel (perfusionisten, fysici ...) wordt vaak op kostenplaatsen geboekt die niet gerelateerd zijn aan de plaatsen waar de prestaties worden uitgevoerd.

Beide elementen zijn aanvaardbaar als verklarende factoren, en het is ondoenbaar, noch wenselijk, om te ambiëren die verschillen tussen ziekenhuizen in de toekomst helemaal weg te werken. Dit zou de boekhoudkundige verplichtingen onnodig rigide maken en zou de ziekenhuizen kunnen verhinderen om hun werkprocessen te optimaliseren.

5.4.2. Conséquences

Avant d'exploiter les données d'activité médicales et de comptabilité hospitalière, des travaux préparatoires de validation, de réimputation et de restructuration de ces données sont nécessaires.

Les hôpitaux mettent beaucoup de temps et doivent consacrer une énergie considérable pour fournir des données correspondant aux cahiers de charges auxquels ils doivent souscrire s'ils souhaitent

répondre aux appels à collaboration lancés dans le cadre des calculs des coûts des prestations (et ensuite des séjours et des pathologies).

La plupart des hôpitaux ont besoin d'une aide extérieure pour les guider et les aider à organiser leurs données selon les formats requis. Un contrôle des données transmises par les hôpitaux est indispensable pour s'assurer de leur validité avant de les exploiter. L'importance de ces travaux varie selon le niveau d'organisation de l'hôpital. L'expérience montre, que même dans les meilleurs établissements, il ne faut pas sous-estimer les efforts et les moyens à consacrer à ces travaux préparatoires qui impliquent une disponibilité et une grande réactivité des hôpitaux.

Tijdens deze eerste studie gaat veel tijd en energie naar het vastleggen van “vergelijkbare startposities” voor elk van de ziekenhuizen. De ervaring leert dat de meeste ziekenhuizen heel veel tijd nodig hebben om de kostengegevens per “operationele functionele eenheid” te groeperen. Dit zijn onvermijdbare “opstartkosten”, die in de toekomst kunnen worden gereduceerd of vermeden door bv. het uitwisselen van best practices rond analytische boekhouding, door verder samen te werken met ziekenhuizen die al ervaring opbouwden, aangevuld met ziekenhuizen die leren benchmarken met de reeds opgebouwde ervaring. Bovendien wordt er bij voorkeur verder gebouwd op de reeds opgedane ervaring, om de methodiek nog verder te verfijnen, en de “startposities” nog beter te uniformiseren.

Deze ervaring leert ook dat de Finhostakostengegevens die de ziekenhuizen jaarlijks moeten aanleveren aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) op zich dus niet goed bruikbaar zijn door de FOD VVVL (of het Federaal Kenniscentrum (KCE)) voor kostenstudies. Die Finhostagegevens lijden immers aan dezelfde euvels. Een “ondoordacht” gebruik van (louter) de Finhostagegevens (i.e. kostprijsgegevens op niveau kostensoort en/of suffix per kostenplaats) om bv. de praktijkkosten van medische prestaties in kaart te brengen zou resulteren in onbruikbare en onbetrouwbare resultaten: de gedetailleerde bevraging van de deelnemende ziekenhuizen illustreert immers dat de gerapporteerde gegevens per kostenplaats nauwelijks vergelijkbaar zijn tussen ziekenhuizen, omdat de achterliggende activiteiten die op elk van de kostenplaatsen uitgevoerd worden sterk van elkaar kunnen verschillen en omdat Finhosta ook geen detailinformatie bevat over welke medische prestatie op welke kostenplaats wordt uitgevoerd. Bijgevolg kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij het nut van de huidige jaarlijkse Finhosta-kostenbevraging. Deze vaststelling geldt trouwens niet enkel voor dit RWS-project maar werd ook gemaakt door het KCE n.a.v. de studie om de omvang van de indirecte kosten per (soort) kostenplaats te actualiseren.

Deze problematiek, van kostengegevens per soort medische prestatie, die moeilijk vergelijkbaar zijn tussen ziekenhuizen, stelt zich in praktijk in sterkere mate voor de TMCP dan voor veel AATMA-prestaties: bij die prestaties is de kans immers veel groter dat de prestaties grotendeels gerealiseerd worden op “boekhoudkundig goed aflijnbare” operationele eenheden (i.e. kostenplaatsen) in het ziekenhuis. Bv. (externe) radiotherapieprestaties zullen hoogstwaarschijnlijk enkel op de radiotherapie-afdeling uitgevoerd worden; de meeste pathologische onderzoeken zullen uitgevoerd worden binnen een labo anatomopathologie. Uiteraard zijn er hier ook vormen van praktijkvoering die de kosten oefening compliceren (bv. brachytherapie wordt veelal toegediend op de bestralingsafdeling) maar dit speelt slechts voor een beperkter deel van de prestaties – terwijl deze complicatie een heel groot deel van de TMCP treft.

5.4.3. Impulser une réforme de la comptabilité analytique hospitalière

GEDISULB souhaite que les autorités envoient aux hôpitaux un signal clair indiquant une volonté de remanier la comptabilité analytique dans un délai raisonnable.

Les principes qui inspireront cette réforme devront être clairement présentés afin de permettre aux hôpitaux d'orienter progressivement leurs pratiques comptables conformément à ces directives générales¹⁹.

Pour ce qui concerne les hôpitaux francophones, ce message constitue un préalable important qui conditionnera, en grande partie, la mobilisation de ces hôpitaux et, plus particulièrement, des hôpitaux qui pourraient collaborer activement en tant qu'hôpitaux de référence (voir § 5.4.4).

Op langere termijn kan heil worden verwacht van een **actualisatie van het boekhoudplan** dat de ziekenhuizen dienen te volgen. De kostensoorten dienen te worden geactualiseerd, de definitieve kostenplaatsen dienen verder te worden verfijnd, verdeelsleutels geactualiseerd, ... Dit is echter een werk van lange adem, o.a. omdat er voorstellen moeten uitgewerkt worden, via advies vanuit de FRZV die vervolgens in wetgeving dienen omgezet te worden. Ziekenhuizen dienen echter ook nog sterker aangespoord te worden om de diverse kostensoorten en kostenplaatsen op een uniforme manier te gebruiken (bv. toewijzing mobiele equipes; welke soorten personeel moeten aan definitieve versus voorlopige kostenplaatsen toegewezen te worden) – maar de overheid moet ervan uitgaan dat de operationele werking van de verschillende ziekenhuisdiensten en medische specialismen binnen ziekenhuizen onderling zal blijven verschillen i.f.v. verschillen in patiëntenpopulatie, werking, aanwezige medische disciplines, beschikbare erkende functies, afdelingen, zorgprogramma's, Een accurate vergelijking van kostengegevens per patiëntengroep, per medische dienst of per TMCP zal bijgevolg, zelfs mét geactualiseerde boekhoudregelgeving, nooit een eenvoudige oefening worden, waarbij de FOD VVVL met als het ware "een druk op de knop" resultaten kan afleveren. Een werkwijze met 'referentieziekenhuizen'/ peilziekenhuizen, die bereid zijn om de nodige extra informatie, anders gegroepeerde of meer fijnkorrelige data aan te leveren zal in elk geval minder "ad hoc correcties en verschuivingen" vereisen dan in de huidige studie het geval was.

5.4.4. Nécessité de sélectionner des hôpitaux de référence néerlandophones et francophones

Comme une réforme de la comptabilité hospitalière est une entreprise qui prendra plusieurs années et que l'actualisation des EVR FF ATMC NPS V0/V1 devra être organisée dans des délais plus courts, la solution la plus pratique, à court terme, consiste à travailler avec des "hôpitaux de référence" constituant des échantillons représentatifs d'hôpitaux.

Ces hôpitaux devraient s'engager à fournir, périodiquement²⁰ et selon des formats standardisés, des données d'activité et de comptabilité aux organisations chargées d'actualiser les coûts des activités médico-hospitalières.

A cette fin des cahiers de charges, suffisamment explicites pour concrétiser ce qui serait demandé aux hôpitaux susceptibles de poser ou de renouveler leur candidature comme hôpitaux de référence, devraient être rédigés afin que ces établissements s'engagent en toute connaissance de cause.

Sur le modèle de ce qui se pratique depuis plusieurs années dans d'autres pays voisins, les hôpitaux de référence devraient pouvoir compter sur un financement structurel destiné à les soutenir dans les efforts qu'ils devront consentir pour répondre aux exigences de standardisation comptables auxquelles ils devront répondre.

Een op korte termijn meer (of zelfs enige) werkbare oplossing in praktijk bestaat erin om met "**peilziekenhuizen**" te werken, waarbij een representatieve steekproef van ziekenhuizen bereid is (en

¹⁹ Il s'agit d'une énumération de quelques principes de bon sens sur lesquels les équipes universitaires et le KCE pourraient probablement s'accorder sans trop de difficulté.

²⁰ L'actualisation des coûts de l'activité médicale doit permettre d'assurer la pérennité et l'amélioration des échelles de valeurs relatives de frais de fonctionnement pour tenir compte des changements des pratiques médicales (notamment en raison de l'innovation technologique) et pour intégrer les améliorations suggérées au § 5.3 ci-dessus.

hiervoor structureel gefinancierd wordt) om de interne kostengegevens (die inderdaad qua methodiek verschillen van ziekenhuis tot ziekenhuis – cf. supra), periodiek op een gestandaardiseerde manier ter beschikking te stellen van een overheidsinstantie (bv. het KCE) of onderzoeksteam, om actualisaties van kostenstudies te kunnen uitvoeren.

Dergelijke “peilpraktijken” kunnen niet enkel ingezet worden voor de actualisatie van de RWS van de nomenclatuur – een actualisatie die niet enkel noodzakelijk zal zijn zodra de V1-nomenclatuur minimum 18 maanden in voege is, maar die ook periodiek noodzakelijk zal blijven om wijzigingen in de kostenstructuur t.g.v. wijzigingen in de medische praktijkvoering (o.a. onder invloed van technologische innovatie) op te volgen en in kaart te brengen. Op die manier kan gegarandeerd worden dat, in de toekomst, de nomenclatuurtarieven sneller en nauwer aansluiten bij de wijzigende medische realiteit.