

IFFE - Partie frais de fonctionnement pour les services à charge des honoraires

FAQ relative au calcul définitif du taux de prélèvement et à sa vérification, pour les décomptes Interventions Financières Fédérales Exceptionnelles (IFFE) (1^{er} et 2^e semestres 2020)

1) Généralités

Dans le cadre des interventions COVID fixées par l'AR IFFE du 30 octobre 2020, et en particulier de la partie garantissant les frais de fonctionnement pour l'hôpital en cas de diminution des activités et des recettes d'honoraires (cf. art. 4, §3), le taux de prélèvement de l'hôpital concerné sert à effectuer le calcul.

Chaque hôpital calcule son propre taux de prélèvement (qui doit être avalisé par le conseil médical) et le communique aux autorités, documenté et accompagné de la vérification par les réviseurs d'entreprises.

Les administrations et le groupe de travail « Hôpitaux » de l'Institut des Réviseurs d'Entreprises (IRE) ont tracé les lignes pour un calcul uniforme par les hôpitaux et pour une vérification uniforme par les réviseurs d'entreprises.

Avec [la présentation](#) disponible nous espérons préciser davantage la circulaire du 21 décembre 2021 (voir [Circulaires hôpitaux | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#)). Une explication du calcul du taux de prélèvement par hôpital et de sa vérification par le réviseur d'entreprises est donnée ci-après sous forme de FAQ. Elle aborde également le lien avec le financement de l'intervention pour la garantie de la rémunération de base des MSF (soit accordée à l'hôpital via l'art. 4, soit au conseil médical via l'art. 6).

Les questions qui restent néanmoins sans réponse peuvent toujours être posées par mail à l'adresse suivante : fin.fed.covid@health.fgov.be.
Le cas échéant, la FAQ sera encore mise à jour dans les mois à venir.

2) Chaque hôpital doit-il introduire un taux de prélèvement vérifié ?

- Presque tous les hôpitaux ont connu une diminution de l'activité « normale » et de la facturation en raison de l'épidémie de COVID en 2020 par rapport à la dernière année « normale » 2019 (qui est l'année de référence pour les interventions COVID). Ces hôpitaux peuvent donc s'attendre à un ajustement de leurs frais de fonctionnement pour les services à charge des honoraires, tel que prévu par l'AR IFFE. L'admissibilité de l'hôpital peut être vérifiée par l'hôpital lui-même, voir art. 4 §3 2.1 Étape 1.
- Les hôpitaux qui ne prélèvent pas de frais de fonctionnement sur les honoraires des prestataires de soins rempliront un taux de prélèvement de 0 %. Bien entendu, ces hôpitaux ne doivent pas faire l'objet d'une vérification par le réviseur d'entreprises.

- La confirmation par le conseil médical est stipulée dans l'arrêté royal et, dans un souci de transparence, il est important que les prestataires de soins soient informés. Sans oublier que cette confirmation n'offre pas la garantie aux autorités que le calcul a été effectué correctement.

3) Le calcul par hôpital du taux de prélèvement 2019

- **Un taux de prélèvement par hôpital, calculé par les hôpitaux eux-mêmes ?**
 - Il est tenu compte du modèle de financement actuel, où le financement est principalement lié à la nature et à la taille des activités, et où certains services hospitaliers tels que les consultations et les services médico-techniques sont financés à charge des honoraires. Abstraction faite des différences entre les hôpitaux, les honoraires financent les postes suivants dans ces services :
 - l'exécution par le prestataire de soins (et assure le revenu du prestataire de soins) ;
 - les frais de fonctionnement directs et indirects à charge des honoraires.
 - Pour cette partie de l'IFFE, il a été décidé de tenir compte des différences entre les hôpitaux :
 - de l'impact de la COVID sur la facturation des activités normales en 2020
 - des différences dans les règlements financiers, résultant :
 - du mix des activités médicales et de soins avec plus ou moins de prestations techniques, associées à plus ou moins de frais de fonctionnement correspondants pour l'hôpital ;
 - de plus ou moins de coûts (collaborateurs, infrastructures (médicales), ...) sur les services à charge des honoraires ;
 - des collaborateurs, y compris ou à l'exclusion des MSF (voir plus loin, récupération des coûts auprès de médecins indépendants, y compris ou à l'exclusion des coûts salariaux des MSF) ;
 - des statuts des prestataires de soins financés par des honoraires (majoritairement ou exclusivement indépendants/salariés) ;
 - et des différences qui en découlent dans le traitement comptable.
 - Des différences dans les règlements financiers, d'une part, et dans le traitement comptable, d'autre part, font en sorte que seul l'hôpital même peut calculer le taux de prélèvement.
- **Quels sont les principes appliqués au calcul et à la documentation ?**
 1. Le plus simplement possible
 2. Démonstration à l'aide de documents comptables (et connexes) 2019
 3. Un calcul uniforme pour chaque hôpital
 - Neutre par rapport au règlement financier
 - Non susceptible d'optimisation
 - Égalité de traitement (=> équité)
 4. Vérifiable
- **Comment le taux de prélèvement 2019 est-il défini ?**
 - Le taux de prélèvement est la part en pourcentage des honoraires 2019 qui revient à l'hôpital sur la base du régime financier de 2019 :

$$\sum \text{honoraires pour l'hôpital} / \sum \text{honoraires (pour 2019, en \%)}$$

Numérateur : les honoraires qui reviennent à l'hôpital ¹
Dénominateur : chiffre d'affaires des honoraires

- **Pourquoi l'année 2019 doit-elle être utilisée pour le calcul, et quid si le règlement financier a été modifié en 2019 ou ultérieurement ?**
 - Lors du calcul de cette partie de l'intervention, le taux de prélèvement vérifié de l'hôpital par semestre sera appliqué à la facturation perdue en 2020 en comparaison de 2019. Ainsi, les autorités interviennent sur une base forfaitaire dans les frais de fonctionnement perdus de l'hôpital, par rapport à ceux obtenus « dans une année normale » via la rétrocession sur les honoraires.
L'« année normale » la plus récente est 2019, si bien qu'elle constitue l'année de référence pour l'AR IFFE.
 - Si le règlement financier a été ajusté en 2019, le calcul entraînera la prise en compte proportionnelle des modifications à partir de la modification.
 - Si le règlement financier a été adapté après 2019, l'hôpital doit malgré tout travailler avec les données comptables 2019 et le règlement modifié ne sera pas pris en compte.

- **Que faut-il considérer comme honoraires ?**
 - Les rémunérations pour des prestations de soins (au sens large) en 2019, au nom de prestataires de soins indépendants ou salariés financés par des honoraires et titulaires d'un numéro INAMI, et enregistrées dans la comptabilité de l'hôpital de l'année 2019 ;
 - pour des soins à des patients ambulatoires et hospitalisés, y compris les patients en hôpital de jour ou avec une imputation en tant que « soins à basse variabilité »
 - nomenclature et pseudo-nomenclature
 - imputation forfaitaire ou par prestation
 - suppléments d'honoraires
 - honoraires de disponibilité et de permanence
 - montants de conventions INAMI figurant explicitement et avec un montant indiqué par l'INAMI (dans le forfait) dans une rémunération pour les prestataires de soins qui sont généralement financés par des honoraires
 - facturations à l'INAMI, aux patients, à des tiers (ex. de tiers : organismes assureurs belges ou étrangers y compris les assurances hospitalisation et les assurances accidents du travail, les entreprises, les clubs sportifs, d'autres hôpitaux, le SPF Justice, les CPAS, etc.)
 - Prestations de soins dans le cadre d'expertises, d'études cliniques, de contrôles préventifs et de check-up, etc.
 - enregistrées dans la comptabilité de l'hôpital en tant que chiffre d'affaires des honoraires, facturation 2019 (facturé — encore à facturer — éventuellement déjà comptabilisé comme irrécouvrable) et sans qu'il importe de déterminer quelle partie est responsable de la facturation ou de la perception (hôpital, prestataire de soins pour le compte de l'hôpital, conseil médical, asbl, etc.)
 - y compris la rémunération éventuelle à l'hôpital pour la tarification, la facturation et la perception

¹ Au numérateur :

- une partie des honoraires, dans le cas où il y a (également) des prestataires de soins indépendants. C'est la partie des frais de fonctionnement de l'hôpital après application du règlement financier (suivant le régime applicable : par l'application de pourcentages de cotisation et/ou après récupération des coûts auprès des prestataires de soins indépendants) ;
- tous les honoraires, dans le cas où il n'y a aucun prestataire de soins indépendant ;

- **Quels éléments ne doivent pas être considérés comme des honoraires ?**
 - Les rémunérations qui n'ont rien ou peu à voir avec les prestations de soins mais qui, dans certains cas (souvent exceptionnels) peuvent (en partie) être versées par l'hôpital à des prestataires de soins indépendants qui sont généralement rémunérés par des honoraires :
 - parrainage, mécénat, revenus provenant de l'organisation ou de la participation active à des congrès, séminaires, conférences ou formations
 - forfaits (hospitalisation de jour, douleur, oncologie, dialyse) et autres financements INAMI qui supportent en principe les frais de fonctionnement de l'hôpital
 - réductions sur volume, notes de crédit ou marges bénéficiaires sur des médicaments, des implants, des dispositifs médicaux, des consommables, etc.
 - financements BMF qui vont souvent au prestataire de soins indépendant (p. ex. médecin-chef, médecin équipe de soins palliatifs, médecin centre multidisciplinaire de la douleur, médecin hygiène hospitalière, ...)
 - financement maître de stage
 - ...

- **Faut-il tenir compte du chiffre d'affaires complet des honoraires ?**
 - Oui, le dénominateur doit inclure le chiffre d'affaires complet des honoraires (« tous les types d'honoraires »). Le numérateur reprend le montant correspondant pour l'hôpital du chiffre d'affaires complet des honoraires.
 - Peu importe que l'AR IFFE prévoie ou non des ajustements spécifiques pour certains honoraires afin de garantir les frais de fonctionnement de l'hôpital. (Concrètement : par exemple, les suppléments d'honoraires perdus en 2020 ne sont pas garantis, tandis que les suppléments d'honoraires doivent bien être inclus dans le calcul du pourcentage).
 - Les raisons à cela peuvent être trouvées en partie dans les « principes » énoncés ci-dessus pour le taux de prélèvement : la simplicité et la vérifiabilité, l'égalité de traitement de tous les hôpitaux malgré des différences dans les règlements financiers, et le souci d'éviter des « optimisations » en vue d'un calcul qui se termine au plus haut pourcentage possible. L'objectif est de traiter de la même manière les hôpitaux appliquant des régimes financiers différents. Un régime financier dans un hôpital est le fruit de négociations locales dans lesquelles l'hôpital vise à couvrir les frais de fonctionnement à charge des honoraires. Par ailleurs, certaines parties peuvent également poursuivre d'autres objectifs secondaires avec le règlement financier (par exemple, que l'écart des revenus entre les disciplines reste limité, que toutes les disciplines puissent être sollicitées, que les prestataires indépendants travaillent (presque) à temps plein dans l'hôpital, que les prestataires de soins indépendants qui assument des missions stratégiques, scientifiques ou de formation dans l'hôpital ne subissent pas de perte de revenu grâce à la solidarité avec les confrères, etc.).

Voici deux exemples de différences, toutes deux illustrées par l'exemple des suppléments d'honoraires pour lesquels aucun ajustement n'est prévu :

- Dans le cas d'un règlement financier avec partiellement un décompte des coûts réels, il n'est pas possible de déterminer quelles recettes d'honoraires (incluant les suppléments d'honoraires ou justement pas les suppléments d'honoraires) sont versées à l'hôpital par le prestataire de soins indépendant pour financer quelle partie du décompte des coûts ;
- La partie (hôpital - prestataire de soins indépendant) à qui reviennent (principalement) les suppléments d'honoraires varie considérablement d'un hôpital à l'autre. Parfois, des suppléments d'honoraires sont (presque) entièrement utilisés pour cofinancer (un fonds pour) une nouvelle construction, une rénovation ou une innovation, etc. (c'est-à-dire intervenir dans les frais de l'hôpital pour les services à charge des honoraires). Parfois, le régime financier prévoit que des suppléments

d'honoraires sont (presque) entièrement destinés aux prestataires de soins indépendants.

Pour des raisons d'égalité de traitement, aucun hôpital ne peut exclure certains types de recettes d'honoraires (ni au numérateur ni au dénominateur) dans le calcul du taux de prélèvement.

Il ne faut en outre pas oublier que le but de tout cet exercice est de calculer un % qui permettra ensuite aux autorités de calculer une intervention *forfaitaire* pour les frais de fonctionnement perdus de l'hôpital.

- **De quels honoraires perdus les frais de fonctionnement seront-ils adaptés via l'art. 4, §3 (et lesquels ne le seront pas) ?**
 - Correction pour
 - les facturations d'honoraires qui peuvent être liées à l'hôpital par l'INAMI (tant la part de l'INAMI que la contribution personnelle/le ticket modérateur qui en résulte)
 - le calcul théorique des facturations non-AMI
 - Pas de correction pour
 - suppléments d'honoraires
 - honoraires de disponibilité ou de permanence (mais le montant INAMI accordé n'est pas non plus influencé par les activités en diminution liées à la COVID)
 - autres facturations pour des prestations liées aux soins et qui se rapprochent des honoraires (expertises, études, contrôle préventif, ...)

- **L'hôpital rémunère les prestataires de soins indépendants via un montant forfaitaire mensuel, sans rapport avec l'ampleur des activités ou la facturation mensuelle. Même lorsque l'activité normale a diminué, les montants forfaitaires ont continué à être versés. L'hôpital peut-il considérer ces médecins indépendants comme des médecins salariés aux fins du calcul du taux de prélèvement et, en d'autres termes, considérer les forfaits comme des frais de fonctionnement permanents de l'hôpital ?**
 - Non, dans le calcul du taux de prélèvement, la rémunération forfaitaire aux prestataires de soins **indépendants ne peut pas** être incluse comme partie des frais de fonctionnement courants de l'hôpital. Cela vaut aussi bien pour les hôpitaux qui accordent 'toujours' un forfait à leurs prestataires de soins indépendants que pour ceux qui l'ont fait dans les premiers mois de la crise COVID.
 - C'est le choix de l'hôpital de convenir avec les **prestataires de soins indépendants** d'une rémunération qui n'est pas proportionnelle aux revenus que ces prestataires de soins génèrent par la facturation.
 - L'AR IFFE fait une distinction entre les prestataires de soins indépendants et salariés financés par des honoraires pour certaines autres interventions dans les articles 6 et 7.

- **Le règlement financier prévoit que les revenus des honoraires sont affectés à un fonds ou à une provision ou réserve. Comment ces honoraires doivent-ils être inclus dans le calcul du taux de prélèvement ?**
 - Dans le calcul, le montant est attribué soit à l'hôpital, soit aux prestataires de soins indépendants. La destination finale des moyens est déterminante.
 - Les ajouts à des fonds, réserves, etc. de l'année 2019 sont pris en considération pour le calcul.
 - Quelques exemples : une partie des honoraires est rétrocédée...
 - pour les investissements (futurs) de l'hôpital en matière d'ICT ou de DPI, dans la construction ou la rénovation de bâtiments ou dans l'appareillage médical,...
 - = partie hôpital

- pour la solidarité entre les prestataires de soins, qu'ils soient de disciplines différentes ou non, afin que certains puissent consacrer leur temps à gérer ou diriger un service ou pour compléter le montant du BMF du médecin-chef,..., ou pour consacrer du temps à la recherche scientifique, à l'innovation ou à la formation de jeunes confrères, ou pour que l'écart de revenus diminue, ou pour que toutes les disciplines de l'hôpital puissent obtenir un revenu suffisant et rester ainsi représentées.
= partie prestataires de soins indépendants
- **Qu'entend-on et que n'entend-on pas par « cohérence du numérateur et du dénominateur » ?**
 - Ce que l'on n'entend pas, c'est que l'hôpital puisse, à son gré, inclure ou omettre certains honoraires dans le calcul.
Toute possibilité de choix ouvrirait en effet la porte à des « optimisations ».
 - En revanche, ce que l'on entend, c'est que les hôpitaux doivent tenir compte du fait qu'il peut y avoir des paiements à des prestataires de soins indépendants, mais que la source de financement n'est pas toujours constituée d'honoraires (de cette année) et peut éventuellement ne pas faire partie, à des fins comptables, du « chiffre d'affaires des honoraires ».
Ces autres financements peuvent être :
 - Des rémunérations prévues dans le BMF comme pour le médecin-chef, le médecin en soins palliatifs, le médecin travaillant en centre multidisciplinaire de la douleur, etc. ;
 - Une rémunération pour les maîtres de stage, etc. ;
 - ...
 - Les ajouts à partir des honoraires 2019 à des fonds ou provisions étant inclus dans le calcul (au numérateur et au dénominateur), l'utilisation en 2019 des moyens extraits de ces fonds ne sera pas prise en compte dans le calcul du taux de prélèvement.
 - Si l'hôpital loue des « locaux équipés, y compris coûts, le secrétariat et autres » au prestataire de soins indépendant (qui est également lié à l'hôpital pour d'autres activités de soins, par exemple pour les patients hospitalisés), mais que le prestataire de soins indépendant utilise ces locaux comme s'il s'agissait d'un cabinet privé, et que les revenus qui y sont générés ne sont pas comptabilisés dans le chiffre d'affaires des honoraires de l'hôpital, le recouvrement des coûts par l'hôpital ne puisse pas être inclus dans le calcul du taux de prélèvement. Ce revenu pour l'hôpital n'est en effet pas une « rétrocession d'honoraires » car les honoraires qui y sont facturés ne sont pas reflétés dans la comptabilité de l'hôpital.
 - Bien qu'une rémunération pour une prestation de soins puisse être incluse dans des conventions INAMI bien définies, seule la partie qui est explicitement désignée par l'INAMI comme une rémunération pour prestations de soins d'un prestataire de soins bien défini qui dispose d'un numéro INAMI peut être incluse dans le numérateur pour le calcul du taux de prélèvement.
La rémunération pour des prestations de soins est alors assimilée à des honoraires. La partie de la rémunération pour les prestations de soins revenant à l'hôpital est incluse dans le numérateur.
Si la convention INAMI prévoit que le prestataire de soins est lui aussi rémunéré par ce biais, sans être explicite et que cela concerne donc un montant total finançant également tous les autres frais de l'hôpital, cela ne peut pas être inclus dans le calcul (ni le montant total dans le chiffre d'affaires des honoraires, ni la partie de celui-ci destinée à l'hôpital).

4) La vérification

L'Institut des Réviseurs d'Entreprises (IRE-IBR) communique également lui-même à ce sujet avec les réviseurs d'entreprises des hôpitaux.

- **Pourquoi une vérification par le réviseur d'entreprises est-elle imposée ?**
 - Compte tenu des différences susmentionnées entre les hôpitaux, il n'est pas possible de évaluer directement et uniformément le taux de prélèvement pour tous les hôpitaux.
 - Les paramètres qui affectent le financement de l'hôpital individuel, et qui sont rapportés par les parties prenantes elles-mêmes, nécessitent une vérification indépendante. L'AR désigne à cet effet le réviseur d'entreprises.
 - C'est une somme importante qui est allouée aux hôpitaux sur la base de ce paramètre. Les autorités doivent veiller à ce que les moyens de la sécurité sociale soient correctement alloués et répartis équitablement entre les hôpitaux, et s'assurer qu'il n'y a pas de double financement de la garantie sur la rémunération de base pour les MSF.

- **À qui la mission doit-elle être confiée ?**
 - Un réviseur d'entreprises inscrit dans le registre public ;
 - Il est recommandé d'attribuer la mission au réviseur d'entreprises qui a contrôlé les comptes annuels 2019 de l'hôpital.
 - Si la facturation et la perception centrale des honoraires sont effectuées par une partie autre que l'hôpital, nous présumons que le chiffre d'affaires total des honoraires et la part destinée à l'hôpital peuvent être déduits de la comptabilité de l'hôpital. Si nécessaire, le réviseur d'entreprises de cette autre partie sera également impliqué dans la tâche de vérification.

- **Les autorités prévoient-elles une intervention pour la facture du réviseur d'entreprises, dans le cas où ce dernier facture la mission ?**
 - Aucun financement spécifique n'est prévu, mais l'AR IFFE finance les forfaits de surcoût aux hôpitaux.

5) Le taux de prélèvement et la rémunération de base aux MSF

- **Qu'est-ce que le taux de prélèvement a à voir avec la garantie de la rémunération de base aux médecins spécialistes en formation (MSF), et avec la collecte de données ?**
 - L'AR IFFE prévoit une intervention pour continuer à payer la rémunération de base aux MSF, même si les prestations facturables diminuent à la suite de la pandémie de COVID. Cette intervention est garantie à celui qui prend en charge le coût salarial du MSF, soit l'hôpital, soit le médecin-maître de stage/l'association de médecins.
 - Il ne peut y avoir de double financement, c'est-à-dire à la fois à l'hôpital et au conseil médical (pour le médecin-maître de stage/l'association de médecins/...).
 - Le MSF est considéré comme à charge
 - de l'hôpital, lorsque l'hôpital met ce coût salarial, comme d'autres frais de fonctionnement, à charge des honoraires des médecins salariés, ou récupère le coût auprès du médecin indépendant ou de l'association de médecins, ... soit via les frais de fonctionnement que l'hôpital perçoit via les pourcentages de cotisation, soit via la facturation du coût réel **ET** reprend cette perception dans le numérateur dans le calcul du taux de prélèvement.
 - Le montant de cette intervention fait partie des frais de fonctionnement garantis totaux, via l'application de l'AR IFFE art. 4, §§ 3 et 4 (taux de prélèvement x facturation perdue).

- Dans la collecte de données : à désigner comme « à charge de l'hôpital ».
- Le montant revient à l'hôpital.
- du médecin-maître de stage indépendant/de l'association, lorsque l'hôpital récupère le coût auprès du médecin via une facturation de coûts spécifique **ET ne l'inclut pas** dans le numérateur du calcul du taux de prélèvement.
 - Le montant de cette intervention est calculé comme suit, en application de l'AR IFFE art. 6, §2 et §3, e).
(par mois et par ETP MSF à charge d'un médecin indépendant : 5.000€ x baisse nationale en % de la facturation INAMI)
 - Dans la collecte de données : à désigner comme « finalement à charge du maître de stage indépendant ».
 - Le montant revient au conseil médical, pour répartition ultérieure.

Il va sans dire que la collecte des données et le calcul du taux de prélèvement doivent être concordants.

Si le réviseur constate dans son rapport que le coût du MSF, lors du calcul du taux de prélèvement, est inclus dans le numérateur, les autorités n'accorderont aucun montant au conseil médical, via l'art. 6, §3 e).

6) Calendrier et procédure

- Période de vérification : en concertation entre l'hôpital et le réviseur d'entreprises
 - Dossier à transmettre à fin.fed.covid@health.fgov.be **pour le 31/10/22**
 - Calcul (documenté de manière succincte et claire)
 - Résultat du calcul en %
 - Accord du (président du) conseil médical
 - Rapport du réviseur : vérification avec constatations éventuelles
(y compris si le coût salarial des MSF est compris ou non dans le calcul)
 - En 2023 (date à déterminer), les autorités communiqueront aux hôpitaux quel taux de prélèvement s'appliquera au décompte définitif.
- **Que se passe-t-il si l'hôpital a déjà soumis un calcul du taux de prélèvement confirmé par le réviseur d'entreprises ?**
 - Dans tous les cas, le réviseur d'entreprises devra établir une nouvelle déclaration :
 - Il peut s'agir d'une courte déclaration confirmant que
 - le calcul a été effectué en pleine conformité avec la méthodologie convenue
 - la vérification a été effectuée selon la méthodologie convenue et conformément à la norme ISRS 4400
 - comment le coût des MSF est traité dans le calcul (s'il est (partiellement) inclus ou non dans le taux de prélèvement)
 - Une nouvelle vérification complète peut être nécessaire pour satisfaire aux conditions de calcul, de dossier et de vérification.
 - **Que se passe-t-il si le réviseur d'entreprises constate que les principes de la méthode de calcul n'ont pas été entièrement suivis par l'hôpital ?**
 - L'hôpital peut-il marquer son accord sur la constatation du réviseur d'entreprises ?
Si oui,
 - l'hôpital peut encore ajuster le calcul et l'explication, en tenant compte des constatations du réviseur ;
 - avec l'accord du conseil médical ;
 - avec une nouvelle vérification par le réviseur d'entreprises.

Si non,

- l'hôpital envoie le calcul et l'explication, ainsi que le rapport contenant les constatations du réviseur, aux autorités ;
- suivi ultérieur par les administrations.