KCE REPORT 380As

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

INDIRECTE ZIEKENHUISKOSTEN ALS MARK-UP PERCENTAGE OP DE DIRECTE KOSTEN

KCE REPORT 380As
HEALTH SERVICES RESEARCH

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
Belgian Health Care Knowledge Centre

SYNTHESE

INDIRECTE ZIEKENHUISKOSTEN ALS MARK-UP PERCENTAGE OP DE DIRECTE KOSTEN

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

2024 www.kce.fgov.be

VOORWOORD

Al enige tijd zijn de meeste betrokken actoren in ons land het er over eens dat de ziekenhuisfinanciering toe is aan hervorming. Daarbij wil men evolueren naar een systeem met een *all-in* pathologieforfait per opname, gebaseerd op de reële kosten van de ziekenhuizen. Daarnaast staat er ook een belangrijke hervorming in de steigers voor de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Beide hervormingen zijn onderling gerelateerd, aangezien de artsen een bepaald deel van hun honorarium moeten afdragen aan de ziekenhuizen, voor kosten die gerelateerd zijn aan hun prestatie, zoals het loon van assisterend personeel of het onderhoud van de infrastructuur.

In het kader van de hervormingen van de nomenclatuur wordt onder meer een relatieve waardeschaal uitgewerkt voor de professionele verloning van de arts, die afgesplitst wordt van de praktijkkosten in het ziekenhuis. Drie onderzoeksteams van ULB, KU Leuven en Möbius bestuderen in dit kader momenteel de directe praktijkkosten. Aan het KCE werd de vraag gesteld om de indirecte ziekenhuiskosten te evalueren als mark-up percentage op de directe kosten. In tegenstelling tot directe kosten waarvoor er een causaal verband is met de geleverde prestatie of dienst, zijn indirecte kosten meer algemene kosten (bv. administratie, verwarming,…).

Als uitgangspunt nam het KCE de Finhosta database van de FOD Volksgezondheid, die de financiële gegevens bevat van alle Belgische ziekenhuizen. Om in het kader van de geplande ziekenhuishervorming een *all-in* forfait berekening mogelijk te maken, werd een mark-up percentage berekend voor alle ziekenhuisdiensten, waaronder ook verpleegafdelingen, apotheek en consultaties. Daarmee reikt onze studie verder dan het werk van de drie onderzoeksteams die zich beperken tot de diensten in het kader van de nomenclatuurhervormingen, en die rechtstreeks kostengegevens verzamelden bij vrijwillig deelnemende ziekenhuizen en labo's. De Finhosta database bleek echter ook meerdere beperkingen te vertonen, zoals u zal lezen in dit rapport. Maar het dient opgemerkt te worden dat deze database niet opgezet werd met het doel een *all-in* pathologieforfait per opname te berekenen, noch voor de herziening van de nomenclatuur.

De twee grote, fundamentele hervormingen die momenteel gaande zijn in de Belgische gezondheidszorg hebben éénzelfde doel: de financiering van artsen en ziekenhuizen verbeteren. Meerdere stappen zijn nog nodig voor de verdere concretisering van deze plannen, en een aantal beleidskeuzes zullen gemaakt moeten worden. Wij hopen met dit rapport een bijdrage geleverd te hebben aan deze complexe uitdaging om de financiering van de Belgische gezondheidszorg evenwichtiger en transparanter te maken.

Christophe JANSSENS	Marijke EYSSEN	Ann VAN DEN BRUEL
Adjunct Algemeen Directeur	Algemeen Directeur a.i. (tot 29 februari 2024)	Algemeen Directeur

KERN BOODSCHAPPEN

- De twee belangrijkste financieringsbronnen van de Belgische ziekenhuizen zijn het ziekenhuisbudget van de federale overheid en afhoudingen op de artsenhonoraria. Deze afhoudingen beogen de praktijkkosten te dekken, maar in de loop der jaren is het quasi onmogelijk geworden om op een objectieve wijze het onderscheid te maken tussen het professionele gedeelte van de honoraria en het deel voor de praktijkkosten.
- Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering is noodzakelijk en staat in de steigers. Daarbij is het de bedoeling dat de artsenhonoraria voortaan enkel het 'intellectuele' werk en de verantwoordelijkheid van de artsen (het professionele gedeelte) dekken. De praktijkkosten (de kosten die worden gemaakt voor het uitvoeren van de prestatie) zouden dan worden gefinancierd via het ziekenhuisbudget.
- Het nationaal beschikbare budget wordt momenteel onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van een complexe set van regels, waarbij de case-mix van een ziekenhuis (het aantal en type patiëntengroepen) een erg bepalende factor is. De hervormingsplannen voorzien dat dit systeem wordt vervangen door een forfaitair bedrag per aandoening (of APR-DRG) te betalen, gebaseerd op de reële directe en indirecte kosten van de ziekenhuizen.
- Drie onderzoeksteams (van KU Leuven, ULB en Möbius) werken momenteel een relatieve waardeschaal uit voor de directe praktijkkosten. Aan het KCE werd gevraagd om de indirecte kosten te berekenen als een mark-up percentage op de directe kosten.
- Het KCE gebruikte hiervoor gegevens uit de Finhosta databank van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Dit is momenteel de enige beschikbare bron in ons land met gegevens over de directe en indirecte kosten van alle Belgische ziekenhuizen. Deze gegevens bleken echter meerdere beperkingen te hebben. Zo zijn er aanzienlijke verschillen tussen de manier waarop de ziekenhuizen hun kosten in Finhosta boeken. Dit komt door organisatorische verschillen en een gebrek aan voldoende gedetailleerde richtlijnen omtrent de registratie.
- Het KCE berekende de indirecte kosten zowel voor de selectie van diensten die de drie onderzoeksteams analyseerden voor de berekening van de directe kosten als voor de andere ziekenhuisdiensten.
- Er waren soms grote verschillen in mark-up percentages tussen (groepen van) kostenplaatsen. Zo varieerde het mark-up percentage aanzienlijk voor kostenplaatsen gerelateerd aan de verpleegeenheden, apotheek of consultaties. Ook tussen de ziekenhuizen waren de verschillen aanzienlijk voor bv. de consultaties, de gipskamer en het bevallingskwartier. De variabiliteit was dan weer beperkt voor o.a. intensieve zorgen en klinische biologie. Deze resultaten wijzen op het belang van het gebruik van verschillende mark-up percentages voor verschillende diensten in plaats van een globaal percentage voor alle diensten.

- Wegens de beperkingen van de Finhosta gegevens, moet een (nieuwe) gedetailleerde template opgesteld worden voor de inzameling van kosten bij een representatieve steekproef van ziekenhuizen. Deze template kan ook nuttig zijn voor regelmatige updates van de nomenclatuur, de DRG-tarieven of voor andere kostenstudies.

INHOUDSTAFEL

■ **VOORWOORD** **1**
■ **KERN BOODSCHAPPEN** **2**
1. INLEIDING **6**
1.1. HERVORMING VAN DE ZIEKENHUISFINANCIERING IS NOODZAKELIJK 6
1.2. DE AFHOUDINGEN VAN DE ARTSENHONORARIA 6
1.2.1. Hoe wordt het honorarium van de artsen in België bepaald? 6
1.2.2. Inkomensverschillen tussen specialismen 6
1.2.3. Verschillende afspraken inzake afhoudingen 7
1.2.4. Hervorming van de nomenclatuur 7
1.3. HET ZIEKENHUISBUDGET 8
1.3.1. Een gesloten ziekenhuisbudget dat onder de ziekenhuizen wordt verdeeld 8
1.3.2. Prikkels om het aantal prestaties op te drijven 8
1.3.3. Hervorming naar een all-in pathologieforfait 8
1.4. DOEL VAN ONZE STUDIE: INDIRECTE KOSTEN ALS MARK-UP PERCENTAGE OP DE DIRECTE KOSTEN 9
1.5. WAT HEBBEN WE ONDERZOCHT? 10
1.6. HOE GINGEN WE TE WERK? 10
2. WELKE ZIJN DE DIRECTE EN INDIRECTE ZIEKENHUISKOSTEN? 10
2.1. ENKELE BEGRIPPEN UIT DE ZIEKENHUISBOEKHOUDING 10
2.1.1. Minimumindeling van het rekeningenstelsel 10
2.1.2. Definitieve en tijdelijke kostenplaatsen 10
2.1.3. Cascademethode voor het toewijzen van de kosten 11
2.1.4. Verdeelsleutels 11
2.2. WELKE KOSTEN NAMEN WE (NIET) IN AANMERKING? 11

2.3. VERSCHIL IN METHODOLOGISCHE AANPAK MET DE DRIE STUDIES NAAR DE DIRECTE KOSTEN ... 12
2.4. INDELING IN DIRECTE EN INDIRECTE KOSTEN ... 12
3. BEPERKINGEN VAN DE FINHOSTA-GEGEVENS VOOR DE BEREKENING VAN DE INDIRECTE ZIEKENHUISKOSTEN ... 13
3.1. GEBREK AAN UNIFORMITEIT IN DE REGISTRATIE VAN DE KOSTEN ... 13
3.2. KOSTENPLAATSEN TE GEAGGREGEERD VOOR EEN KOSTENANALYSE VAN MEDISCHE PRESTATIES ... 13
3.3. KOSTENREKENINGEN EN KOSTENPLAATSEN TE GEAGGREGEERD IN FINHOSTA ... 14
3.4. DE VERDEELSLEUTELS ZIJN NIET ALTIJD DE ECHTE *COST DRIVERS* ... 14
4. BEREKENING VAN EEN MARK-UP PERCENTAGE VOOR INDIRECTE KOSTEN ... 15
4.1. MARK-UP PERCENTAGES VOOR DE TECHNISCHE MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES EN VOOR DE GEAUTOMATISEERDE EN ERAAN GEASSIMILEERDE MEDISCH-TECHNISCHE PRESTATIES ... 15
4.2. MARK-UP PERCENTAGES VOOR VERPLEEGAFDELINGEN, APOTHEEK EN CONSULTATIES 18
4.3. VERDERE INDELING IN INDIRECTE KOSTEN EN INDIRECTE DIRECTE KOSTEN ... 20
5. CONCLUSIE ... 22
5.1. *ONE SIZE DOES NOT FIT ALL*: HET BELANG VAN VERSCHILLENDE MARK-UP PERCENTAGES ... 22
5.2. VERDER ONDERZOEK EN BELEIDSBESLISSINGEN NOODZAKELIJK ... 22
5.2.1. Hervorming van de nomenclatuur: omzetting van de relatieve waardeschaal in een bedrag in euro ... 22
5.2.2. Hervorming van de financiering van de ziekenhuizen: reikwijdte van een all-in pathologiefinanciering ... 23
5.2.3. Nood aan een nieuwe kostentemplate voor een steekproef van ziekenhuizen ... 23
■ **AANBEVELINGEN ... 24**
■ **REFERENTIES ... 26**

1. INLEIDING

1.1. Hervorming van de ziekenhuisfinanciering is noodzakelijk

Een hervorming van de ziekenhuisfinanciering is dringend nodig, daarover zijn de meeste actoren in de gezondheidszorg het eens. Meer en meer ziekenhuizen gaan in het rood, zoals ook weer bleek uit de jaarlijkse financiële doorlichting van Belfius in 2023 (MAHA-rapport).[1] De twee belangrijkste bronnen van de ziekenhuisfinanciering zijn het ziekenhuisbudget van de federale overheid en de afhoudingen op de artsenhonoraria.

Het is de bedoeling om zowel de nomenclatuur als de samenstelling en de verdeling van het ziekenhuisbudget in parallel te hervormen. Doel is te komen tot een eenvoudiger en transparanter systeem dat minder de concurrentie en meer de samenwerking tussen zorgverleners en ziekenhuizen stimuleert. Het moet aanzetten tot een financiering die zorgkwaliteit en doelmatigheid stimuleert, en prikkels tot overconsumptie van zorg vermijdt. In zijn rapport 229 uit 2014 formuleerde het KCE een geheel van voorstellen om de ziekenhuisfinanciering te hervormen.[2] Het huidige rapport en studies van andere teams (zie sectie 1.2.4) zijn een voorbereiding op deze hervorming.

We bespreken eerst de huidige twee belangrijkste financieringsbronnen van de Belgische ziekenhuizen en hun pijnpunten. Vervolgens lichten we de hervormingsplannen toe.

1.2. De afhoudingen van de artsenhonoraria

1.2.1. Hoe wordt het honorarium van de artsen in België bepaald?

In ons land wordt in principe voor elke prestatie die door een ziekenhuisarts wordt geleverd, een honorarium of ereloon betaald door de ziekteverzekering en de patiënt. De meeste ziekenhuisartsen zijn zelfstandigen en zij worden voornamelijk vergoed op basis van dit ereloon per prestatie. Uitzondering hierop zijn een minderheid van artsen in niet-universitaire ziekenhuizen en (de meeste) artsen in universitaire ziekenhuizen. Zij ontvangen een maandelijks salaris.

Sinds de invoering van de verplichte ziekteverzekering in 1963, wordt het bedrag van dit ereloon tweejaarlijks onderhandeld en afgesproken tussen zorgverleners en ziekenfondsen, in de zogenaamde 'Medicomut', de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ) binnen het RIZIV. De tarieven worden vermeld in een zeer gedetailleerde 'nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen', die meer dan 10 000 (gedeeltelijk) terugbetaalde verstrekkingen omvat.

1.2.2. Inkomensverschillen tussen specialismen

Hoewel in de beginjaren van de nomenclatuur objectieve criteria werden gebruikt om de tarieven te bepalen (zoals de complexiteit en de tijdsduur van de medische prestaties), is doorheen de jaren de relatie tussen de tarieven en de objectieve criteria verstoord. De tarieven worden vooral bepaald na onderhandelingen in de NCAZ. Op die manier is er een onevenwicht ontstaan tussen honoraria voor technische interventies (bv. radiologie, klinische biologie) en meer 'intellectuele' prestaties, zoals consultaties (bv. psychiatrie, gynaecologie). Deze laatste groep prestaties worden doorgaans minder vergoed. Dit heeft tot grote inkomensverschillen tussen specialismen geleid. Bovendien wordt de nomenclatuur onvoldoende frequent aangepast aan de evolutie in technologie. Daarom wordt de tarieflijst beschouwd als verouderd en vaak niet in lijn met de evoluties in de medische wetenschap en praktijk.

1.2.3. Verschillende afspraken inzake afhoudingen

Het ereloon wordt verondersteld de 'intellectuele' en fysieke arbeid en de beroepsrisico's van de ziekenhuisarts te dekken. De wet voorziet echter ook dat artsen een gedeelte hiervan moeten afdragen aan het ziekenhuis, om de directe en indirecte kosten van hun medische prestaties te dekken, zoals de kosten van verplegend, verzorgend, technisch, administratief of onderhoudspersoneel, maar ook de kosten voor het gebruik van infrastructuur en voor de aankoop, renovatie en onderhoud van apparatuur.

De grootte van deze afhoudingen wordt echter niet bij wet geregeld, maar wordt in elk ziekenhuis apart onderhandeld tussen de artsen en de directie. Dit systeem geeft de artsen inspraak in het bestuur van het ziekenhuis, maar zorgt ook vaak voor conflicten tussen artsen en directie. Door de grote verschillen die er tussen de ziekenhuizen bestaan, kan dit ook leiden tot het vertrek van artsen naar een ander ziekenhuis of een private praktijk buiten het ziekenhuis.

1.2.4. Hervorming van de nomenclatuur

De huidige hervormingsplannen beogen dat de artsenhonoraria in de toekomst enkel het 'intellectuele' werk en de verantwoordelijkheid van de artsen (het professionele gedeelte) vergoeden zodat artsen niet langer de praktijkkosten van hun ziekenhuis financieren. Deze kosten zullen moeten worden gefinancierd via het ziekenhuisbudget van de federale overheid, als deel van het all-in pathologieforfait (zie sectie 1.3.3). De hervorming moet ook de onredelijke inkomensverschillen tussen de verschillende specialismen wegwerken en de samenwerking en zorgkwaliteit aanmoedigen.

De hervorming van de nomenclatuur gebeurt in verschillende fasen. Onderzoeksteams onderscheiden voor elke medische prestatie allereerst het professionele gedeelte van de praktijkkosten. Daarnaast objectiveren ze de 'zwaarte' van elke medische prestatie: ze gaan na wat de complexiteit, duurtijd en het risico van een bepaalde medische prestatie is en wegen dit af ten opzichte van andere medische prestaties. Op die manier zal objectief worden ingeschat welke vergoeding een gynaecoloog bijvoorbeeld ontvangt voor een normale bevalling; en hoeveel voor een keizersnede; en hoeveel een chirurg ontvangt voor een hartoperatie en een psychiater voor een raadpleging of tijdens een opname.

Concreet bestaat dit studiewerk uit de volgende fases:

- **Fase 1**: de beschrijving van medische prestaties aanpassen. Dit werd toegewezen aan drie verschillende teams:
  - technische medisch-chirurgische prestaties (ULB-team);
  - geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische prestaties (klinische biologie, pathologische anatomie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie en genetica) (Möbius-team);
  - raadplegingen en eraan geassimileerde prestaties (UGent-team en een werkgroep van de NCAZ).
- **Fase 2.1**: het bepalen van de onderlinge verhouding tussen de verschillende medische prestaties op basis van objectieve criteria (professioneel gedeelte van de honoraria). Hiervoor wordt een relatieve waardeschaal voor het **professionele gedeelte van de honoraria** ontwikkeld (door teams van de KU Leuven, ULB en Möbius).
- **Fase 2.2**: de ontwikkeling van een relatieve waardeschaal voor alle medische prestaties op basis van de **directe praktijkkosten in het ziekenhuis** (door teams van de KU Leuven, ULB en Möbius en een werkgroep van de NCAZ[a]). Hiervoor doen de teams een beroep op een aantal ziekenhuizen en laboratoria die vrijwillig deelnemen aan het onderzoek.

Meer informatie over deze studies vindt u op de website van het RIZIV.[b]

[a] Omdat de concrete werkwijze van deze werkgroep nog niet vastgelegd is, gaan we hier verder niet op in.

[b] https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hervorming_nomenclatuur_oproep_deelneming_ziekenhuizen_ligkul_fase2_2.pdf voor

1.3. Het ziekenhuisbudget

1.3.1. Een gesloten ziekenhuisbudget dat onder de ziekenhuizen wordt verdeeld

Het ziekenhuisbudget, dat het Budget van Financiële Middelen (BFM) wordt genoemd, is een gesloten budget dat jaarlijks wordt vastgelegd door de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid, en dat wordt verdeeld onder de ziekenhuizen. Dit gesloten budget zorgt ervoor dat budgetoverschrijdingen worden vermeden.

De toewijzing van het grootste onderdeel van het BFM (onderdeel B2) gebeurt op basis van de gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep. Onderdeel B2 dekt onder andere het loon van het verplegend personeel. In tegenstelling tot veel andere landen, waar ziekenhuizen een vast bedrag per verblijf ontvangen dat gebaseerd is op de gemiddelde kosten over de ziekenhuizen, wordt in België dit budget onder de ziekenhuizen verdeeld op basis van het aantal en type patiëntengroepen (case-mix) van het ziekenhuis.

Voor alle patiëntverblijven in België met dezelfde diagnosegroep (APR-DRG of *All Patient Refined Diagnosis Related Group)* en ernstgraad (SOI of *severity of illness*) wordt de gemiddelde verblijfsduur berekend. Op basis van dit nationale gemiddelde, en rekening houdend met de case-mix van het ziekenhuis, wordt het aantal verantwoorde ligdagen voor elk ziekenhuis berekend.

Ook voor onderdeel B1 wordt een nationaal budget vastgelegd. Onderdeel B1 dekt de werkingskosten van de ondersteunende diensten, zoals administratie en voeding. Het budget wordt verdeeld onder de individuele ziekenhuizen op basis van verdeelsleutels die relevant geacht worden voor specifieke ondersteunende diensten. Zo wordt het budget voor de dekking van de onderhoudskosten verdeeld in functie van het aantal m².[3]

1.3.2. Prikkels om het aantal prestaties op te drijven

Dit systeem is in de loop der jaren erg complex en ondoorzichtig geworden, en vele jaren later kunnen er nog correcties op doorgevoerd worden, wat een bron van financiële onzekerheid is voor de ziekenhuizen.[2] Aangezien de medisch-technische mogelijkheden echter altijd groter zullen zijn dan het beschikbare budget, is concurrentie tussen zorgverleners en ziekenhuizen onvermijdelijk. Het zet ziekenhuizen er toe aan om hun activiteit te verhogen, wat kan leiden tot onnodige opnames en vroegtijdige ontslagen. Bovendien hangt bij een gesloten budget op nationaal niveau het budgetaandeel van elk ziekenhuis niet alleen af van de eigen activiteit, maar ook van het activiteitsniveau van alle andere ziekenhuizen.

1.3.3. Hervorming naar een all-in pathologieforfait

De hervormingsplannen van minister Vandenbroucke voorzien dat het huidige systeem zal worden vervangen door een forfaitair bedrag per aandoening (of APR-DRG/SOI), gebaseerd op de reële kosten.[4] Idealiter wordt dat bedrag bepaald op basis van een gefundeerde, objectieve berekening van wat nodig is om goede, noodzakelijke zorg te bieden.

Met de hervormingsplannen wil men dus evolueren naar een zogenaamd *all-in pathologieforfait per opname*, zoals in onze buurlanden. We noemen het 'all-in' omdat het allerlei kosten die gemaakt worden voor een patiënt omvat, met uitsluiting van de professionele verloning van de arts. De praktijkkosten worden dus opgenomen in dit pathologieforfait, en worden niet langer afgehouden van het ereloon van de ziekenhuisartsen. Hiervoor is het natuurlijk belangrijk om te beschikken over recente kostengegevens van hoge kwaliteit.[5]

In België is er momenteel echter geen verplichte verzameling van kostengegevens op verblijfsniveau.

KU Leuven; https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reforme_nomenclature_appel_candidature_hopitaux_gedis_phase2_2.pdf voor ULB en

https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/hervorming_nomenclatuur_oproep_deelneming_ziekenhuizen_laboratoria_mobius.docx voor Möbius.

1.4. Doel van onze studie: indirecte kosten als mark-up percentage op de directe kosten

Zoals reeds vermeld, moeten de drie onderzoeksteams in het kader van de hervorming van de nomenclatuur (sectie 1.2.4) een relatieve waardeschaal ontwikkelen voor de bepaling van het professionele gedeelte van de honoraria (fase 2.1) en van de directe praktijkkosten (fase 2.2). Op die manier kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de professionele diensten van de arts en de directe kosten die in dit kader worden gemaakt.

Bij het verrichten van medische prestaties door de artsen, worden echter ook indirecte kosten gemaakt. Een indeling maken van kosten in directe en indirecte kosten is echter niet eenvoudig, en hangt grotendeels samen met de interne organisatie van een ziekenhuis. Kosten zijn niet direct of indirect op zichzelf, maar zijn dat in relatie tot een kostenobject.

Een **kostenobject** is een eindproduct, proces of dienst waarvoor middelen nodig zijn en kosten worden gemaakt. Kostenobjecten kunnen een specifiek type van raadpleging zijn, een diagnose (of DRG), een behandeling, revalidatiezorg, een volledig zorgprogramma of een behandelingsperiode voor een specifieke aandoening.[6]

Directe kosten hebben een causaal, direct verband met het kostenobject. Ze kunnen er rechtstreeks aan worden toegerekend. Indirecte kosten hebben niet zo'n eenduidig verband, omdat het meten of registreren van deze kosten niet mogelijk is, of omdat het gaat om algemene kosten. Indirecte kosten kunnen aan een kostenobject worden toegewezen met behulp van een ***cost driver***.

Om een volledig beeld te krijgen van alle ziekenhuiskosten vroeg de minister van Volksgezondheid daarom aan het KCE **om de indirecte kosten te berekenen als een mark-up percentage op de directe kosten.** Een mark-up percentage van 20%, bijvoorbeeld, betekent dat een directe kost van € 100 verhoogd wordt met 20% aan indirecte kosten. De totale praktijkkosten bedragen dan € 120.

Deze studie is dus een aanvulling op het werk van de drie onderzoeksteams (KU Leuven, ULB en Möbius), maar de reikwijdte ervan is ruimer. De drie onderzoeksteams richten zich enkel op technische medisch-chirurgische prestaties en geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische prestaties. In onze studie berekenen we ook voor andere diensten, zoals verpleegafdelingen, een mark-up percentage voor indirecte kosten. Het onderzoek van de teams van KU Leuven, ULB en Möbius kadert uitsluitend in de hervorming van de nomenclatuur. Om het nieuwe all-in pathologieforfait per DRG te kunnen bepalen, is echter een volledig inzicht in de directe én indirecte ziekenhuiskosten nodig voor alle ziekenhuisdiensten. De berekening van de directe kosten voor de verpleegafdelingen maakt geen deel uit van een lopende studie.

Deze studie heeft betrekking op de algemene ziekenhuizen (universitair en niet-universitair) in België. Psychiatrische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen (alleen in Vlaanderen) vallen buiten het bereik van deze studie.

Artikel 86 van de Ziekenhuiswet van 1987 bepaalt dat ziekenhuizen jaarlijks de gegevens over hun financiële toestand, de werkingsresultaten, het verslag van de bedrijfsrevisor en alle statistische gegevens moeten overmaken aan de minister van Volksgezondheid.[7] Het verzamelen en verwerken van deze rapportering wordt uitgevoerd door de FOD Volksgezondheid, met behulp van de softwaretoepassing Finhosta. Finhosta bevat statistische en financiële gegevens over de Belgische ziekenhuizen en maakt de opmaak van het BFM mogelijk. Momenteel is Finhosta de enige beschikbare bron in ons land met gegevens over de kosten van alle Belgische ziekenhuizen. Het KCE maakte voor zijn studie gebruik van de Finhosta-gegevens van 2019. Hiervoor zijn twee redenen: het onderzoek van de teams van KU Leuven, ULB en Möbius is eveneens gebaseerd op gegevens van 2019 en de gegevens voor de COVID-19-periode zijn mogelijk vertekend en niet volledig representatief.

1.5. Wat hebben we onderzocht?

De algemene doelstelling van het rapport kan worden uitgesplitst in de volgende **onderzoeksvragen**:

- Wat zijn de directe en indirecte ziekenhuiskosten?
- Wat zijn de sterke punten en beperkingen van de Finhosta databank voor de berekening van deze kosten? Hoe kunnen indirecte kosten worden toegewezen aan specifieke diensten?
- Wat zijn de voor- en nadelen van een algemene mark-up voor alle diensten, tegenover een mark-up per afzonderlijke dienst?

1.6. Hoe gingen we te werk?

De methode in het huidige onderzoek is gebaseerd op de methode die werd gebruikt in KCE-rapport 178 (Handleiding voor op-kosten-gebaseerde prijsbepaling van ziekenhuisinterventies, 2012).[6] In dat rapport werden indirecte kosten ook berekend als een mark-up percentage van de directe kosten, met uitsluiting van de kosten van de (vergoeding van) artsen, maar er werden andere keuzes gemaakt, bv. voor de indeling in directe en indirecte kosten. Meer info over de door ons gebruikte methodologie vindt u in het wetenschappelijke rapport en in het Supplement bij het wetenschappelijke rapport.

In Hoofdstuk 2 van deze synthese geven we een korte beschrijving van de regels van de kostprijsboekhouding voor de Belgische ziekenhuizen. Vervolgens geven we een overzicht van de inbegrepen kosten en de indeling in directe en indirecte kosten. De resultaten van een grondige controle van de Finhosta-gegevens worden beschreven in Hoofdstuk 3. In Hoofdstuk 4 worden indirecte kosten als een mark-up-percentage van de directe kosten berekend voor verschillende groepen van kostenplaatsen. In Hoofdstuk 5 vindt u de conclusie van dit onderzoek.

2. WELKE ZIJN DE DIRECTE EN INDIRECTE ZIEKENHUISKOSTEN?

2.1. Enkele begrippen uit de ziekenhuisboekhouding

Het wettelijke model voor de kostprijsboekhouding van ziekenhuizen bestaat uit de volgende onderdelen: rekeningen, kostenplaatsen, een toewijzingsmethode en verdeelsleutels.

2.1.1. Minimumindeling van het rekeningenstelsel

Artikel 78 van de ziekenhuiswet van 7 augustus 1987 bepaalt dat de ziekenhuisboekhouding moet worden opgesteld volgens de Minimumindeling van het Algemeen Rekeningenstelsel voor de Ziekenhuizen (MARZ).[7] Het KB van 14 augustus 1987 bepaalt het formaat en de modaliteiten van het MARZ.[8] Alleen rekeningen en subrekeningen die in deze lay-out zijn gedefinieerd, kunnen worden gebruikt voor rapportering aan de FOD Volksgezondheid. De rekeningen zijn ingedeeld in zeven klassen, maar alleen klasse 6 (kosten) is relevant voor deze studie.

De volledige lijst met kostenrekeningen is te vinden in Bijlage 1 van het Supplement bij het wetenschappelijke rapport.

2.1.2. Definitieve en tijdelijke kostenplaatsen

Een kostenplaats is een afdeling in een ziekenhuis waarbij kosten worden gemaakt voor gelijkaardige activiteiten. Voorbeelden zijn de spoedafdeling, het operatiekwartier, de gipskamer, de ziekenhuisapotheek, enz.

Kostenplaatsen kunnen worden onderverdeeld in **voorlopige en definitieve kostenplaatsen**. Definitieve kostenplaatsen zijn verplegingsdiensten (bv. bevallingskwartier, intensieve zorgen), medisch-technische diensten (bv. radiologie, laboratoria), consultaties en apotheek, en niet-ziekenhuisactiviteiten (bv. ziekenwagen).

Kosten die niet onmiddellijk aan een definitieve kostenplaats kunnen worden toegewezen, kunnen tijdelijk worden geboekt in een voorlopige kostenplaats zoals 'rekeningen van kosten die wachten op een bestemming', 'gemeenschappelijke kostenplaatsen' (bv. administratie, verwarming) en 'hulpkostenplaatsen' (bv. operatiekwartier, spoedgevallen).[c]

De volledige lijst met kostenplaatsen vindt u in Bijlage 2 van het Supplement bij het wetenschappelijke rapport.

2.1.3. Cascademethode voor het toewijzen van de kosten

Ook de methode om de kosten aan een kostenplaats toe te wijzen is wettelijk bepaald.[8] De regels van de stapsgewijze toewijzing of **cascademethode** (*'het laken'*) worden gebruikt. Met deze methode kunnen kosten worden toegewezen aan een andere voorlopige kostenplaats of aan een definitieve kostenplaats. Sommige kosten moeten dus meer dan één keer worden toegewezen, voordat ze op de uiteindelijke kostenplaats terechtkomen. Het belangrijkste doel van deze methode is om de kosten (op de definitieve kostenplaatsen) tussen de ziekenhuizen beter te kunnen vergelijken.[3]

De cascademethode wordt schematisch weergegeven in Bijlage 3 van het Supplement bij het wetenschappelijke rapport.

Sommige kostenplaatsen die door Finhosta als voorlopig worden beschouwd, hebben we gewijzigd naar definitieve kostenplaatsen. Deze beslissing werd genomen in overleg met de onderzoeksteams van ULB en KU Leuven. De belangrijkste reden is dat een aanzienlijk aantal medische prestaties in deze kostenplaatsen wordt verstrekt. Het gaat om de kostenplaatsen spoedgevallen, wachtdienst, mobiele urgentiegroep (MUG), paramedisch interventieteam (PIT), sterilisatie, anesthesie, operatiekamer en gipskamer. Door de aanpassing van het type kostenplaats werd ook de cascademethode aangepast.

2.1.4. Verdeelsleutels

Een vierde onderdeel van de kostenberekeningsmethode van ziekenhuizen zijn de **verdeelsleutels,** zoals de oppervlakte (m²), het aantal voltijds equivalenten, aantal verpleegdagen, enz.[3] Deze bepalen welk deel van de kosten via de cascademethode wordt toegewezen aan een volgende (voorlopige of definitieve) kostenplaats. De uiteindelijke toewijzing van kosten aan definitieve kostenplaatsen gebeurt eveneens volgens de relevante verdeelsleutel.

Een overzicht van de verdeelsleutels per voorlopige kostenplaats vindt u in Bijlage 3 van het Supplement bij het wetenschappelijke rapport.

2.2. Welke kosten namen we (niet) in aanmerking?

We gebruikten de volledige lijst van kostenrekeningen in klasse 6 in Finhosta. Een basisprincipe van Finhosta is dat er geen onderscheid wordt gemaakt volgens financieringsbron (federale overheid of deelstaat, het ziekenhuisbudget, forfaitaire dagvergoedingen of afhoudingen bij de artsen). Hierdoor konden ook wij in deze studie dit onderscheid niet maken.

Ons uitgangspunt zijn alle kosten die direct of indirect worden gemaakt voor het verlenen van medische prestaties of kosten die worden gemaakt binnen andere eenheden zoals verpleegafdelingen. De volgende kosten sloten we uit:

- kosten gerelateerd aan niet-ziekenhuisactiviteiten;
- kosten gerelateerd aan honoraria van artsen, omdat de professionele vergoeding niet bedoeld is om de praktijkkosten te dekken. Het gaat onder andere om bezoldigingen, werkgeversbijdragen, enz.;
- uitzonderlijke kosten. Ze houden geen verband met de feitelijke zorgactiviteit of met de zorgactiviteit van het lopende jaar.[3]

[c] Artikel 3 van het Koninklijk Besluit van 14 augustus 1987

De kosten van geneesmiddelen en implantaten worden ook uitgesloten bij de berekening van het indirecte kosten mark-up percentage. De reden voor deze keuze bij de technische medisch-chirurgische prestaties en de geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische prestaties is dat deze kosten (momenteel) niet worden gefinancierd uit de honoraria van artsen. Bovendien kan in Finhosta geen onderscheid gemaakt worden tussen de kosten van geneesmiddelen die momenteel per forfait vergoed worden en de dure of innovatieve geneesmiddelen die per product vergoed worden. In een sensitiviteitsanalyse worden de kosten van geneesmiddelen en implantaten wel opgenomen als directe kosten.

2.3. Verschil in methodologische aanpak met de drie studies naar de directe kosten

De drie onderzoeksteams (zie sectie 1.2.4) die een relatieve waardeschaal voor medische prestaties ontwikkelen, berekenen de directe praktijkkosten voor elke medische prestatie. Deze teams baseren zich niet op een selectie van kostenplaatsen of kostenrekeningen in de Finhosta databank, maar op een brede selectie van nomenclatuurcodes in eenheden waar de medische prestaties plaatsvinden en waar de activiteiten honoraria genereren. De informatie wordt verzameld bij vrijwillig deelnemende ziekenhuizen en laboratoria.

Met de boekhoudgegevens van Finhosta kunnen de directe en indirecte kosten echter niet worden berekend op het niveau van een nomenclatuurcode, noch op het niveau van de medische activiteiten zoals gedefinieerd door deze drie onderzoeksteams. De kleinste eenheid waarvoor een mark-up percentage voor indirecte kosten kan worden berekend, is een kostenplaats. In Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport komen we terug op de implicaties van het werken met een andere aggregatie-eenheid in de studies naar directe kosten en dit onderzoek.

2.4. Indeling in directe en indirecte kosten

Zoals vermeld in sectie 1.4 hangt de indeling van kosten in directe en indirecte kosten grotendeels samen met de interne organisatie van een ziekenhuis. Kosten zijn immers niet direct of indirect op zichzelf, maar zijn dat in relatie tot een kostenobject.

In Finhosta worden geen (medisch relevante) kostenobjecten gedefinieerd. In plaats daarvan worden alle kosten binnen een bepaalde periode toegewezen aan kostenplaatsen. Hoewel het verschil tussen directe en indirecte kosten in theorie duidelijk is, is de indeling in de praktijk moeilijker. Terwijl de meeste kosten ondubbelzinnig direct of indirect gerelateerd zijn aan (vooraf gedefinieerde) kostenplaatsen, hangt voor andere kosten de indeling in direct of indirect af van de context.

Om de kosten in te delen in directe en indirecte kosten, hebben we de indeling in KCE-rapport 178 als uitgangspunt genomen.[6] Aangezien onze huidige studie echter een aanvulling is op de directe kostenstudies door de onderzoeksteams van KU Leuven, ULB en Möbius, hebben we in overleg met hen een aantal aanpassingen doorgevoerd.

De kosten van verplegend, verzorgend en paramedisch personeel worden beschouwd als directe personeelskosten indien ze geboekt zijn op een definitieve kostenplaats en als indirecte kosten indien ze geboekt zijn op een voorlopige kostenplaats. Indien de kosten geboekt worden op een definitieve kostenplaats, zijn ze direct toewijsbaar aan deze kostenplaats en hoeft de cascademethode met verdeelsleutels niet toegepast te worden. De kosten van 'loontrekkend personeel' (bv. schoonmaak- of keukenpersoneel) en 'administratief personeel', zoals gedefinieerd in Finhosta, zijn indirecte personeelskosten, beide wanneer ze worden geboekt in voorlopige of definitieve kostenplaatsen. De kosten van medische apparatuur en van medisch materiaal worden beschouwd als directe kosten. Kosten voor verwarming, onderhoud, enz. zijn indirecte kosten.

De uiteindelijke classificatie vindt u in Bijlage 1 van het Supplement bij het wetenschappelijke rapport.

3. BEPERKINGEN VAN DE FINHOSTA-GEGEVENS VOOR DE BEREKENING VAN DE INDIRECTE ZIEKENHUISKOSTEN

Zoals reeds vermeld, zijn ziekenhuizen niet verplicht om hun kostengegevens op patiëntniveau te registreren. Wel zijn ze wettelijk verplicht om hun kosten te registreren volgens de structuur van Finhosta, met een vaste set kostenrekeningen, kostenplaatsen en verdeelsleutels.

Naast de controles die door de FOD Volksgezondheid worden uitgevoerd, voerden wijzelf controles uit om de consistentie tussen de Finhosta-variabelen te onderzoeken. Ook controleerden we de betrouwbaarheid van de gegevens en vergeleken we de toepassing van de Finhosta-regels door de ziekenhuizen.

Uit ons onderzoek blijkt dat de Finhosta-gegevens meerdere beperkingen hebben, en deze hebben gevolgen voor de berekening van de kosten. Daarmee moet rekening worden gehouden bij de interpretatie en toepassing van de indirecte kosten mark-up percentages.

3.1. Gebrek aan uniformiteit in de registratie van de kosten

De verschillende afspraken en samenwerkingsmodellen tussen ziekenhuizen en artsen en de verschillende soorten ziekenhuisorganisatie zorgen voor een verschillende manier van registreren van de kosten. Ter illustratie: als een bepaalde dienst binnen een ziekenhuis een eigen administratie heeft, is het waarschijnlijker dat de administratiekosten direct worden geboekt in de kostenplaats van deze dienst. Als de administratie daarentegen gecentraliseerd is, zullen de kosten ervan waarschijnlijk eerst worden geboekt op voorlopige kostenplaatsen, en vervolgens worden toegewezen aan de definitieve kostenplaats van de dienst.

Er is eveneens een grote variabiliteit tussen ziekenhuizen in de registratie van kosten van consultaties. Terwijl het merendeel van de ziekenhuizen deze kosten registreert in de kostenplaats ‘consultaties’, registreren andere ziekenhuizen deze kosten in de kostenplaats ‘andere medisch-technische diensten’. Wanneer deze kosten volledig gedragen worden door de artsen, komen deze kosten niet noodzakelijk in de ziekenhuisboekhouding terecht.

Door deze grote variabiliteit is het belangrijk dat de template voor de kostenberekening flexibel is, zodat deze in veel verschillende situaties kan worden gebruikt en ze dicht aanleunt bij de realiteit. Toch ontbreken er vaak duidelijke instructies voor een uniformiteit in de registratie en eenduidige interpretatie van de gegevens. Bijvoorbeeld: de kosten van de medische directie worden door sommige ziekenhuizen geregistreerd als kosten voor administratief personeel en door andere als kosten voor medisch personeel. In het eerste geval hebben we voor onze analyse deze kosten beschouwd als indirecte kosten. In het tweede geval hebben we ze niet meegenomen.

3.2. Kostenplaatsen te geaggregeerd voor een kostenanalyse van medische prestaties

Zoals uitgelegd in sectie 1.4, worden kosten idealiter gekoppeld aan kostenobjecten (zoals een DRG of een medische prestatie) en niet aan kostenplaatsen, zoals dit gebeurt bij Finhosta. Bijgevolg is een kostenplaats de kleinste eenheid waarvoor een mark-up percentage voor indirecte kosten kan worden berekend in deze studie.

Voor de berekening van de directe kosten verzamelen de teams van KU Leuven, ULB en Möbius gegevens bij vrijwillig deelnemende ziekenhuizen en laboratoria. Hierdoor kunnen ze de directe praktijkkosten berekenen op het niveau van een nomenclatuurcode. Er is echter geen één-op-één relatie tussen de eenheden uit deze studies en de kostenplaatsen in Finhosta. Een eenheid die bijvoorbeeld wordt geanalyseerd door de teams van KU Leuven en ULB is endoscopie. Er is echter geen unieke kostenplaats die overeenstemt met de activiteiten van deze eenheid.

3.3. Kostenrekeningen en kostenplaatsen te geaggregeerd in Finhosta

De combinatie van kostenrekeningen en kostenplaatsen maakt het niet altijd mogelijk om kosten nauwkeurig in te delen in directe, indirecte of uitgesloten kosten. Ter illustratie: in de kostenrekening 'verkregen kortingen en ristorno's' kan geen onderscheid gemaakt worden tussen de ristorno's op geneesmiddelen en andere kortingen. De eerste kosten moeten worden beschouwd als uitgesloten kosten, de tweede als indirecte kosten.

3.4. De verdeelsleutels zijn niet altijd de echte *cost drivers*

Gemiddeld wordt 33% van de indirecte en directe kosten geboekt op voorlopige kostenplaatsen. Deze kosten worden nadien op basis van verdeelsleutels toegewezen aan definitieve kostenplaatsen. Dit brengt een aantal uitdagingen met zich mee voor de kwaliteit van de gegevens en voor de vergelijkbaarheid tussen ziekenhuizen. Een eerste vraag is of de kosten op een definitieve kostenplaats niet preciezer zouden zijn geweest als de ziekenhuizen (meer) kosten onmiddellijk daar hadden geboekt.

Bovendien worden in het cascadeproces kosten overgedragen van voorlopige naar definitieve kostenplaatsen op basis van verdeelsleutels (aantal m², aantal verpleegdagen, enz.), en deze kunnen vaak niet worden beschouwd als de echte *cost drivers*. Ter illustratie:

- De energiekosten worden toegewezen aan de definitieve kostenplaatsen op basis van het aantal m². In werkelijkheid is voor het energieverbruik niet enkel de oppervlakte van de definitieve kostenplaats bepalend, maar ook - of zelfs nog meer - de activiteit die er plaatsvindt (zo is er meer energieverbruik op de afdelingen radiotherapie of intensieve zorgen). Onze analyses werden ook uitgevoerd op basis van het energieverbruik in 2019, en deze omvatten niet de gestegen energiekosten sinds 2021.[9]
- De meeste kosten voor het verplegend, verzorgend en paramedisch personeel worden geboekt bij de definitieve kostenplaatsen. Van deze categorieën wordt aangenomen dat ze direct betrokken zijn bij het zorgproces. 10% van deze kosten wordt echter geregistreerd in voorlopige kostenplaatsen. Op basis van de Finhosta-gegevens kunnen we niet achterhalen waar deze personeelsleden effectief tewerkgesteld zijn, er is enkel de toewijzing via de verdeelsleutels.

4. BEREKENING VAN EEN MARK-UP PERCENTAGE VOOR INDIRECTE KOSTEN

In KCE-rapport 178 (2012) werd één globaal indirecte kosten mark-up percentage op de directe kosten berekend, dat gelijk was aan 56,6%. Dit betekent dat bij een directe kost van € 100, deze wordt verhoogd met 56,6% aan indirecte kosten. De totale praktijkkosten bedragen dan € 156,60.

In de huidige studie berekenden we eerst een globaal mark-up percentage, en vervolgens specifieke percentages voor bepaalde groepen van kostenplaatsen.

We pasten deze methode toe op (1) **de diensten die de drie onderzoeksteams analyseren voor de berekening van de directe kosten en (2) op de verpleegafdelingen, apotheek en consultaties.** We voerden sensitiviteitsanalyses en een outlieranalyse uit op de verschillende mark-up percentages. We baseerden ons hiervoor op de kostengegevens die werden geregistreerd door 100 algemene ziekenhuizen in Finhosta (2019). Voor beide selecties hielden we rekening met de cascademethode, waarbij sommige voorlopige kostenplaatsen als definitieve kostenplaatsen werden beschouwd (zie sectie 2.1.3).

Meer informatie over onze methode en de resultaten van de analyses vindt u in Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport.

4.1. Mark-up percentages voor de technische medisch-chirurgische prestaties en voor de geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische prestaties

Eerst voerden we analyses uit op kostenplaatsen die gerelateerd zijn aan **de diensten die worden bestudeerd voor de berekening van de directe kosten**. Het betreft de kostenplaatsen vermeld in Tabel 1. Voor alle kostenplaatsen samen vermeld in de tabel, bedraagt het globale indirecte kosten mark-up percentage 58,83% (zonder toepassing van de outlieranalyse – zie verder). De kosten voor geneesmiddelen en implantaten zijn uitgesloten.

In Tabel 1 wordt per kostenplaats of groep van kostenplaatsen het aantal ziekenhuizen met kosten voor de kostenplaats(en) vermeld (tussen haakjes in de eerste kolom), evenals het bedrag aan directe en indirecte kosten en het mark-up percentage. In sommige ziekenhuizen zijn de directe kosten echter zeer laag in vergelijking met de indirecte kosten of omgekeerd. Dit leidt tot extreem lage of hoge mark-up percentages voor deze ziekenhuizen, wat het mark-up percentage per kostenplaats sterk kan beïnvloeden. Om deze effecten af te zwakken, werden ziekenhuizen met een mark-up percentage kleiner dan Q1 - 1,5 IQR of boven Q3 + 1,5 IQR[d] (outliers) uitgesloten. Het aantal ziekenhuizen dat meegenomen is voor de berekening van het mark-up percentage is vermeld in de laatste kolom.

De mark-up percentages per kostenplaats of per groep van kostenplaatsen variëren sterk, van 42,30% voor de kostenplaatsen operatiekamer en anesthesie tot 72,32% voor radiotherapie. Ook het aantal ziekenhuizen waarvan de kosten werden meegenomen voor de berekening van de mark-up percentages varieert aanzienlijk van 18 voor PET-scan, tot 96 voor operatiekamer en anesthesie en voor de spoeddiensten.

[d] Q1 = eerste kwartiel, Q3 = derde kwartiel, IQR = Q3 – Q1 of interkwartielafstand.

Ook tussen de ziekenhuizen zijn de verschillen in indirecte kosten mark-up percentages aanzienlijk voor bepaalde kostenplaatsen. Het mark-up percentage vertoont een grote variabiliteit voor bv. de gipskamer en het bevallingskwartier en is beperkt voor bv. klinische biologie.

Wanneer de kosten voor geneesmiddelen en implantaten meegenomen worden als directe kosten, blijven de meeste mark-up percentages ongeveer gelijk (resultaten niet in Tabel 1). Uitzonderingen zijn de mark-up percentages voor de operatiekamer en anesthesie (van 42,30% naar 35,66%), medische beeldvorming (van 69,22% naar 60,03%), in vivo nucleaire geneeskunde (van 65,58% naar 46,98%), PET-scan (van 59,46% naar 40,14%) en andere medisch-technische diensten (van 58,21% naar 52,09%).

In Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport vindt u resultaten van de sensitiviteitsanalyses, waarbij bv. enkel ziekenhuizen met een erkenning voor een bepaalde dienst worden opgenomen.

Tabel 1 – Indirecte kosten mark-up percentages voor kostenplaatsen gerelateerd aan geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische prestaties en technische medisch-chirurgische prestaties

Kostenplaats	Directe kosten	Indirecte kosten	Mark-up	Aantal ziekenhuizen**
Geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische prestaties				
Klinische biologie, inclusief genetica (n=100)*	€ 629 359 216	€ 281 890 871	44,79%	89
Pathologische anatomie (n=76)	€ 61 518 399	€ 36 926 152	60,02%	58
Radiotherapie (n=44)	€ 89 315 180	€ 64 590 484	72,32%	30
Technische medisch-chirurgische prestaties				
Spoeddiensten (n=99)	€ 326 123 056	€ 192 576 454	59,05%	96
Sterilisatie (n=100)	€ 114 355 780	€ 72 382 719	63,30%	94
Operatiekamer en anesthesie (n=100)	€ 774 373 395	€ 327 553 641	42,30%	96
Gipskamer (n=57)	€ 4 654 091	€ 2 707 805	58,18%	40
Bevallingskwartier (n=78)	€ 60 283 710	€ 31 623 934	52,46%	68
Medische beeldvorming (n=100)	€ 386 645 890	€ 267 619 240	69,22%	95
Hemodialyse (n=73)	€ 216 037 932	€ 103 671 122	47,99%	62
In vivo nucleaire geneeskunde (n=65)	€ 42 926 962	€ 28 152 411	65,58%	59
PET-scan (n=25)	€ 13 101 156	€ 7 789 704	59,46%	18
Andere medisch-technische diensten (n=99)	€ 371 208 647	€ 216 081 325	58,21%	89

** Aantal ziekenhuizen met kosten voor de respectievelijke kostenplaatsen.** Aantal ziekenhuizen dat meegenomen is voor de berekening van het mark-up percentage.*

4.2. Mark-up percentages voor verpleegafdelingen, apotheek en consultaties

In de tweede selectie breidden we ons onderzoek uit naar **de verpleegafdelingen, apotheek en consultaties** (zie Tabel 2). Het globale indirecte kosten mark-up percentage voor deze ziekenhuisdiensten samen bedraagt 96,09%. De ziekenhuisdiensten werden ingedeeld rekening houdend met het indirecte kosten mark-up percentage per kostenplaats, maar andere indelingen zijn mogelijk. Zo werden chirurgische dagopnames bv. ingedeeld bij de klassieke verpleegafdelingen, terwijl voor medische dagopnames een aparte mark-up werd berekend. Het mark-up percentage en het aantal ziekenhuizen in de laatste kolom van Tabel 2 is het resultaat van de outlieranalyse zoals beschreven in sectie 4.1. Het percentage varieert aanzienlijk tussen de diensten: van 49,40% voor intensieve zorgafdelingen tot 136,06% voor consultaties.

Tussen de ziekenhuizen zijn er grote verschillen in indirecte kosten mark-up percentages voor bv. de consultaties (zie ook sectie 3.1). De verschillen zijn daarentegen beperkt voor bv. intensieve zorgen.

Wanneer de kosten voor geneesmiddelen en implantaten meegenomen worden als directe kosten, blijven de mark-up percentages voor de verpleeg- en intensieve zorgafdelingen ongeveer gelijk, maar de percentages voor de andere kostenplaatsen dalen aanzienlijk (resultaten niet in Tabel 2): dagopnames (van 69,38% naar 37,82%), apotheek (van 63,11% naar 4,52%) en consultaties (van 136,06% naar 113,58%).

Tabel 2 – Indirecte kosten mark-up percentages voor verpleegafdelingen, apotheek en consultaties

Kostenplaats	Directe kosten	Indirecte kosten	Mark-up	Aantal ziekenhuizen**
Verpleegafdelingen, apotheek en consultaties				
Verpleegafdelingen (n=100)*	€ 2 178 741 747	€ 2 317 867 759	106,39%	100
Intensieve zorg (n=100)	€ 525 604 065	€ 259 655 250	49,40%	94
Dagopnames (n=100)	€ 143 958 662	€ 99 877 108	69,38%	95
Apotheek (n=100)	€ 241 466 142	€ 152 388 153	63,11%	97
Consultaties (n=99)	€ 435 586 711	€ 592 666 509	136,06%	90
Andere kostenplaatsen (n=99)	€ 662 696 001	€ 548 593 326	82,78%	93

** Aantal ziekenhuizen met kosten voor de respectievelijke kostenplaatsen.** Aantal ziekenhuizen dat meegenomen is voor de berekening van het mark-up percentage.*

4.3. Verdere indeling in indirecte kosten en indirecte directe kosten

In principe kunnen indirecte kosten verder worden ingedeeld in indirecte kosten en indirecte directe kosten. De eerste categorie verwijst naar **overheadkosten van het volledige ziekenhuis**, zoals verwarmings- of onderhoudskosten. Deze kosten worden geboekt op voorlopige kostenplaatsen en worden in de huidige ziekenhuisfinanciering vooral via het onderdeel B1 gefinancierd. Indirecte directe kosten verwijzen naar **overheadkosten van een specifieke (groep van) kostenplaats(en)**, zoals personeelskosten die in deze definitieve kostenplaats(en) worden geboekt.

We maken dit onderscheid tussen twee soorten indirecte kosten om de volgende redenen. De onderzoeksteams van KU Leuven, ULB en Möbius kunnen, in overleg met de deelnemende ziekenhuizen, indirect directe kosten meenemen in de berekening van de directe praktijkkosten. In dat geval moet het mark-up percentage alleen worden gebaseerd op overheadkosten van het ziekenhuis en niet op overheadkosten van de betreffende kostenplaatsen.

De reikwijdte van het forfaitair bedrag per pathologiegroep is een beleidskeuze die nog moet gemaakt worden. Het onderscheid tussen beide soorten kosten laat toe om bv. de overheadkosten van het volledige ziekenhuis niet mee te nemen in het forfait per opname. **De indeling in indirecte kosten en indirecte directe kosten kan op verschillende manieren gemaakt worden**. Tabel 3 toont de indirecte kosten mark-up percentages voor twee mogelijke indelingen. Voor de percentages onder mark-up (1) werden alle indirecte kosten die geboekt worden op een voorlopige kostenplaats als overheadkosten van het ziekenhuis beschouwd; de indirecte kosten die geboekt worden op een definitieve kostenplaats, worden beschouwd als overheadkosten van de kostenplaats(en) of indirecte directe kosten. De percentages onder mark-up (2) zijn als volgt berekend: de overheadkosten van de kostenplaats(en) (indirecte directe kosten) zijn gedefinieerd als indirecte personeelskosten die geboekt worden op een definitieve kostenplaats; alle andere indirecte kosten worden beschouwd als overheadkosten van het ziekenhuis. De kosten van geneesmiddelen en implantaten zijn in beide gevallen uitgesloten.

In de mark-up percentages in Tabel 3 zijn de indirecte kosten dus enkel de overheadkosten van het ziekenhuis. De verschillen in mark-up percentage tussen beide definities van deze overheadkosten zijn aanzienlijk voor alle kostenplaatsen. In sommige gevallen is het percentage onder mark-up (2) meer dan het dubbele van het percentage onder mark-up (1). Dit betekent dat er vooral indirecte kosten andere dan indirecte personeelskosten worden geboekt op definitieve kostenplaatsen. De verschillen in percentages zijn kleiner voor de verpleegafdelingen dan voor de medisch-technische diensten.

Ook tussen de mark-up percentages in Tabel 3 versus Tabel 1 en Tabel 2 zijn er grote verschillen, zelfs voor de percentages onder mark-up (2). Dit is bv. het geval voor pathologische anatomie, radiotherapie, medische beeldvorming, apotheek of consultaties. Dit betekent dat voor deze kostenplaatsen relatief veel indirecte personeelskosten worden geboekt op definitieve kostenplaatsen.

Meer gedetailleerde resultaten vindt u in Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport.

Tabel 3 – Indirecte kosten mark-up percentages voor verschillende definities van indirecte kosten

Kostenplaats	Mark-up (1)**	Mark-up (2)***
Geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische prestaties		
Klinische biologie, inclusief genetica (n=100)*	15,84%	34,91%
Pathologische anatomie (n=76)	20,34%	42,48%
Radiotherapie (n=44)	22,98%	58,47%
Technische medisch-chirurgische prestaties		
Spoeddiensten (n=99)	35,02%	49,10%
Sterilisatie (n=100)	32,58%	60,46%
Operatiekamer en anesthesie (n=100)	26,55%	39,69%
Gipskamer (n=57)	39,38%	46,10%
Bevallingskwartier (n=78)	36,27%	49,34%
Medische beeldvorming (n=100)	25,38%	47,55%
Hemodialyse (n=73)	24,90%	41,94%
In vivo nucleaire geneeskunde (n=65)	27,60%	49,63%
PET-scan (n=25)	16,09%	44,89%
Andere medisch-technische diensten (n=99)	19,75%	43,40%
Verpleegafdelingen, apotheek en consultaties		
Verpleegafdelingen (n=100)	84,45%	101,96%
Intensieve zorg (n=100)	39,59%	48,00%
Dagopnames (n=100)	45,16%	59,83%
Apotheek (n=100)	25,19%	42,76%
Consultaties (n=99)	37,47%	77,46%
Andere kostenplaatsen (n=99)	58,92%	76,42%

** Aantal ziekenhuizen met kosten voor de respectievelijke kostenplaatsen.** Indirecte kosten = indirecte kosten geboekt op een voorlopige kostenplaats. *** Indirecte kosten = indirecte kosten geboekt op een voorlopige en definitieve kostenplaats, met uitzondering van indirecte personeelskosten geboekt op een definitieve kostenplaats.*

5. CONCLUSIE

Er is een algemene consensus dat een hervorming van de ziekenhuisfinanciering zich opdringt. In dit kader werd de hervorming van de twee belangrijkste pijlers gelanceerd: de nomenclatuur en de manier waarop het ziekenhuisbudget wordt samengesteld en verdeeld tussen de Belgische ziekenhuizen.

Drie onderzoeksteams (KU Leuven, ULB en Möbius) kregen onder andere de opdracht om een relatieve waardeschaal te ontwikkelen voor het professionele gedeelte van de artsenhonoraria en voor de directe praktijkkosten. De omzetting van beide relatieve waardeschalen naar een bedrag in euro maakt geen deel uit van deze studies.

Aan het KCE werd gevraagd om de indirecte kosten te berekenen als een mark-up percentage op de directe kosten. De KCE-studie is dus een aanvulling op het werk van de drie onderzoeksteams. De reikwijdte ervan is echter ruimer, omdat voor alle ziekenhuisdiensten een mark-up percentage voor indirecte kosten wordt berekend. Dit inzicht is immers nodig om het nieuwe all-in pathologieforfait per DRG te kunnen bepalen. We verwijzen naar de resultaten in Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport als illustratie van mogelijke mark-up percentages die door de beleidsmaker kunnen toegepast worden.

Op basis van onze studie kwamen we tot een aantal bevindingen.

5.1. *One size does not fit all*: het belang van verschillende mark-up percentages

Het belangrijkste voordeel van één globaal mark-up percentage is dat de verschillende manier waarop ziekenhuizen kosten registreren een kleinere rol speelt dan wanneer een mark-up percentage wordt berekend per kostenplaats of groep van kostenplaatsen.

Het grootste nadeel is dat de verhouding tussen indirecte en directe kosten van de grootste kostenplaats(en) een groter gewicht krijgt en wordt toegepast op alle kostenplaatsen. Bovendien kan er geen onderscheid worden gemaakt tussen ziekenhuizen met en zonder specifieke diensten, zoals ziekenhuizen met en zonder kosten in de kostenplaats radiotherapie. De soms grote verschillen in mark-ups tussen (groepen van) kostenplaatsen wijzen op het belang van het niet hanteren van één enkele mark-up voor alle diensten samen.

5.2. Verder onderzoek en beleidsbeslissingen noodzakelijk

Voordat de resultaten van deze studie kunnen worden geïmplementeerd, is verder onderzoek nodig en moeten beleidsbeslissingen worden genomen. Hoewel de twee hervormingen – hervorming van de nomenclatuur en van het financieringssysteem voor ziekenhuizen – sterk met elkaar verbonden zijn en een gemeenschappelijk doel hebben, namelijk de verbetering van de financiering van artsen en ziekenhuizen, maken we voor de verdere noodzakelijke stappen een onderscheid tussen beide hervormingen.

5.2.1. Hervorming van de nomenclatuur: omzetting van de relatieve waardeschaal in een bedrag in euro

De directe kosten die we in onze studie berekenden, zijn niet direct vergelijkbaar met de directe kosten berekend door de drie teams. Het eenheidsniveau is in onze studie bijvoorbeeld meer geaggregeerd (kostenplaats tegenover nomenclatuurcode) en in sommige gevallen verschilt ook de indeling in directe, indirecte en uitgesloten kosten, wat leidt tot enige dubbeltelling.

De omzetting van de relatieve waardeschaal in een bedrag in euro voor de berekening van de directe praktijkkosten maakt geen deel uit van de studies van KU Leuven, ULB en Möbius. Toch is dit een noodzakelijke stap om de resultaten van de KCE-studie te kunnen gebruiken. Het mark-up percentage voor de indirecte kosten moet immers worden toegepast op een concreet bedrag aan directe kosten per nomenclatuurcode. Verder onderzoek is nodig over hoe de resultaten van beide studies (over de directe en indirecte kosten) op elkaar kunnen afgestemd worden.

5.2.2. *Hervorming van de financiering van de ziekenhuizen: reikwijdte van een all-in pathologiefinanciering*

Er moeten nog veel beleidsbeslissingen worden genomen voor de verschuiving van een budgettoewijzing op basis van DRG's naar een bedrag per DRG. In verschillende KCE-rapporten wordt deze overgang beschreven.[2, 5, 10, 11] Een beslissing is nodig over de reikwijdte van deze financiering: welke kosten, patiëntengroepen, producten en diensten, enz. worden inbegrepen en welke worden uitgesloten. Deze keuze bepaalt onvermijdelijk hoe indirecte kosten worden gefinancierd: als onderdeel van het bedrag per DRG of via een aparte financiering.

5.2.3. *Nood aan een nieuwe kostentemplate voor een steekproef van ziekenhuizen*

Het rapport toonde ook de beperkingen aan van de Finhosta kostengegevens, om te worden gebruikt voor de berekening van de indirecte kosten (zie Hoofdstuk 3). Zo laten de Finhosta gegevens momenteel niet toe om een onderscheid te maken tussen kosten die door de federale overheid en de deelstaten worden gefinancierd.

Deze databank is echter de enige beschikbare bron om de kosten van alle Belgische ziekenhuizen te berekenen. Op dit moment beschikken beleidsmakers enkel over het algemene mark-up percentage uit KCE-rapport 178 (2012) om indirecte kosten te berekenen. Het huidige rapport wijst duidelijk op het belang van het berekenen van verschillende mark-up percentages voor verschillende (groepen van) kostenplaatsen. Hoewel de percentages niet kunnen worden toegepast zonder bv. een verdere afstemming van de directe kosten in deze studie met die van de studies van KU Leuven, ULB en Möbius, geven ze een duidelijker beeld van de kostenstructuur van ziekenhuizen.

Een belangrijke stap bij het bepalen van het forfaitaire DRG-tarief, is echter het geven van een monetaire waarde aan de middelen die worden gebruikt voor de behandeling van een patiënt. Als basis voor deze DRG-tarieven worden kosten verkozen boven terugbetalingstarieven, omdat deze laatste ook de historische onderhandelingsmacht van zorgverleners of specifieke politieke keuzes weerspiegelen. In de meeste landen bepalen de gemiddelde kosten van een (soms roterende) steekproef van ziekenhuizen het tarief per DRG.[5, 12] De kwaliteit van de gegevens en de uniformiteit in kostenberekening lijken omgekeerd evenredig met het aantal ziekenhuizen dat de kostengegevens inzamelt.

Daarom moet er een (nieuwe) kostentemplate worden ontwikkeld, die moet worden ingevuld door een voldoende grote en representatieve steekproef van Belgische ziekenhuizen. Na enige jaren ervaring met de nieuwe kostentemplate, kan er overwogen worden om bij alle ziekenhuizen de kostengegevens in te zamelen. Deze template kan ook nuttig zijn voor regelmatige updates van de nomenclatuur, de DRG-tarieven of voor andere kostenstudies.

AANBEVELINGEN[e]

GEDIFFERENTIEERDE INDIRECTE KOSTEN MARK-UP PERCENTAGES

Aan het RIZIV en de FOD Volksgezondheid bevelen we aan om

1. de indirecte kosten, als mark-up percentage van de directe kosten, te differentiëren volgens de ziekenhuisdienst(en) waarop de directe kosten van toepassing zijn.

   Deze studie kadert in de hervorming van de nomenclatuur en van de ziekenhuisfinanciering. Het indirecte kosten mark-up percentage per ziekenhuisdienst of groep van ziekenhuisdiensten is één van de bouwstenen bij de verdere uitwerking van deze hervorming. Het concrete mark-up percentage, en de keuze voor welke ziekenhuisdiensten dit toegepast wordt, is een beleidskeuze. We verwijzen naar de resultaten in Hoofdstuk 5 van het wetenschappelijke rapport als illustratie van mogelijke mark-up percentages.

AANPASSINGEN AAN FINHOSTA

Aan de FOD Volksgezondheid bevelen we aan om

2. in overleg met de ziekenhuissector, de huidige richtlijnen voor het boeken van kosten in meer detail uit te werken en om de toepassing ervan nauwkeurig op te volgen.

   De kostenanalyse in deze studie is volledig gebaseerd op de boekhoudkundige gegevens van Finhosta voor het jaar 2019. De resultaten van het wetenschappelijke rapport wijzen op aanzienlijke verschillen tussen ziekenhuizen in de manier waarop ze kosten boeken. Dit is deels te wijten aan organisatorische verschillen tussen de ziekenhuizen en aan onvoldoende specifieke richtlijnen voor de registratie van kosten. Omdat de kostencalculatie correcter zal zijn bij een directe toewijzing van kosten aan definitieve kostenplaatsen, bevelen we aan om hieromtrent richtlijnen te definiëren met als doel een zo uniform mogelijke toepassing in de ziekenhuizen.

3. in overleg met de ziekenhuissector, de verdeelsleutels te herzien voor een meer realistische toewijzing van kosten van voorlopige kostenplaatsen aan definitieve kostenplaatsen.

[e] Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de aanbevelingen.

KOSTENTEMPLATE VOOR PEILZIEKENHUIZEN

Aan de FOD Volksgezondheid bevelen we aan om

4. in overleg met de ziekenhuissector, een gedetailleerde template op te stellen voor de inzameling van kosten bij een representatieve steekproef van ziekenhuizen.

   In Finhosta gebeurt de toewijzing van kosten aan kostenplaatsen. Voor de hervorming van de nomenclatuur en van de ziekenhuisfinanciering worden kosten idealiter toegewezen aan (medisch) relevante kostenobjecten zoals nomenclatuurcodes of *Diagnosis Related Groups* (DRG's). De granulariteit van een kostenplaats is onvoldoende voor de toewijzing van kosten aan relevante kostenobjecten. De inzameling van directe kosten bij een selectie van peilziekenhuizen in het kader van de hervorming van de nomenclatuur kan als inspiratiebron dienen voor de opmaak van een gedetailleerde template voor de inzameling van indirecte kosten. Omdat de kwaliteit van kostengegevens en de uniformiteit in kostenberekening omgekeerd evenredig blijkt te zijn met het aantal ziekenhuizen dat de gegevens aanlevert, bevelen we aan om dergelijke inzameling bij een steekproef van verschillende types ziekenhuizen te organiseren. Na enige jaren ervaring met de nieuwe kostentemplate, kan desgevallend overwogen worden om bij alle ziekenhuizen de kostengegevens in te zamelen. Een gedetailleerde kostentemplate biedt de mogelijkheid tot een periodieke update van de praktijkkosten van medische activiteiten en van de kosten per opname.

REFERENTIES

1. Belfius. MAHA-analyse 2023. Cijfers 2022 en eerste blik op 2023. 14 november 2023. Available from: https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2023/MAHA-2023_Pers-NL.pdf
2. Van de Voorde C, Van den Heede K, Mertens R, Annemans L, Busse R, Callens S, et al. Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2014 26/09/2014. KCE Reports 229 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_229_Hospital%20Financing_Report.pdf
3. Kesteloot K, Van Herck G. Financieel beleid voor ziekenhuizen. Leuven, Den Haag: Acco; 2015 - Herwerking van Kesteloot & Van Herck (2008).
4. Minister Frank Vandenbroucke. Hervorming van de ziekenhuisorganisatie en -financiering. 28 januari 2022.
5. Van de Voorde C, Gerkens S, Van den Heede K, Swartenbroekx N. A comparative analysis of hospital care payments in five countries. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2013 11/10/2013. KCE Reports 207 (D/2013/10.273/61) Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_207_hospital_financing.pdf
6. Swartenbroekx N, Obyn C, Guillaume P, Lona M, Cleemput I. Manual for cost-based pricing of hospital interventions. Health Technology Assessment (HTA). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2012. KCE Reports 178C (D/2012/10.273/31) Available from: https://doi.org/10.57598/R178C
7. Wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, B.S. 7 oktober 1987.
8. Koninklijk besluit van 14 augustus 1987 tot bepaling van de minimumindeling van het algemeen rekeningenstelsel voor de ziekenhuizen, B.S. 1 september 1987.

9. Belfius. MAHA-analyse 2022. Algemene ziekenhuizen. Cijfers 2021 en eerste blik op 2022. 16 november 2022. Available from: https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/nl/2022/Slides%20Presse%20NL%20def.pdf

10. Van de Sande S, De Ryck D, De Gauquier K, Hilderson R, Neyt M, Peeters G, et al. Feasibility study of the introduction of an all-inclusive case-based hospital financing system in Belgium. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2010 25/01/2010. KCE Reports 121 (D/2010/10.273/03) Available from: https://kce.fgov.be/publication/report/feasibility-study-of-the-introduction-of-an-all-inclusive-case-based-hospital-fin

11. Stephani V, Quentin W, Van den Heede K, Van de Voorde C, Geissler A. Payment methods for hospital stays with a large variability in the care process. Health Services Research (HSR). Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018 04/2018. KCE Reports 302 Available from: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_302_Payment_methods_hospital_stays_Report.pdf

12. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. Open University Press; 2011.

COLOFON

Titel:	Indirecte ziekenhuiskosten als mark-up percentage op de directe kosten – Synthese
Auteurs:	Carine Van de Voorde (KCE), Mélanie Lefèvre (KCE), Stephan Devriese (KCE), Caroline Obyn (KCE), Nathalie Swartenbroekx (KCE)
Redactie synthese:	Gudrun Briat (KCE), Emily Van Coolput (KCE)
Reviewers:	Marijke Eyssen (KCE), Janis Luyten (KCE), Koen Van den Heede (KCE)
Externe experten:	Julie De Foor (Cliniques universitaires Saint-Luc), Thierry Delrue (Zorgnet-Icuro), Valérie Gérard (Grand Hôpital de Charleroi), Dieter Goemaere (Gezondheidsinstellingen Brussel/Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Tom Hamels (UZ Leuven), Didier Hoornaert (Clinique Saint-Pierre Ottignies), Aline Hotterbeex (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Christophe Rossini (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Guy Tormans (AZ Turnhout), Sean Van Brempt (OLV-Ziekenhuis Aalst), Katrien Verschoren (Zorgnet-Icuro)
Stakeholders:	Goedele Beckers (Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen), Katrien Bervoets (Vlaamse Vereniging voor Hoofdartsen), Benny Daniëls (Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs (BVZD) – Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux (ABDH)), Mickaël Daubie (INAMI – RIZIV), Julie De Foor (Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique (CHAB) – Raad van Universitaire Ziekenhuizen (RUZB)), Thierry Delrue (Zorgnet-Icuro), Sarah De Mees (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Pieter Deschouwer (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB/Kartel)), Ann Dessomville (Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) – Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM)), Amélie Goossens (Santhea), Davy Kieffer (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB/Kartel)), Manon Pierrot (Gezondheidsinstellingen Brussel/Bruxelles Institutions de Santé (GIBBIS)), Constantinus Politis (Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten (VBS) – Groupement des unions professionnelles Belges de médecins spécialistes (GBS)), Christophe Rossini (Union en Soins de Santé (UNESSA)), Robert Rutsaert (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB/Kartel)), Koen Schoonjans (FOD Volksgezondheid – SPF Santé Publique), Manfredi Ventura (Association Francophone des Médecins Chefs), Katrien Verschoren (Zorgnet-Icuro)
Externe validatoren:	Guy Durant (UCLouvain), Jeroen Trybou (UGent), Marleen Willekens (KU Leuven)
Acknowledgements:	Siméon Bourdoux (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Christian Duvivier (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid), Abdeslam El Mohandiz (SPF Santé Publique – FOD Volksgezondheid) We willen expliciet de onderzoeksteams van KU Leuven, ULB en Möbius bedanken voor hun constructieve bijdrage aan dit rapport.

Belangen KCE experten:	Het KCE is een federale instelling die wordt gefinancierd door het RIZIV, door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en door de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De opdracht van het KCE bestaat erin de beleidsmakers te adviseren over beslissingen inzake gezondheidszorg en ziekteverzekering op basis van wetenschappelijk en objectief onderzoek. Het moet de best mogelijke oplossingen identificeren en belichten, in het kader van een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg, rekening houdend met de groeiende vraag en de budgettaire beperkingen. Het KCE heeft geen belangen in bedrijven (commerciële of niet-commerciële, d.w.z. ziekenhuizen en universiteiten), verenigingen (bv. beroepsverenigingen, vakbonden), personen of organisaties (bv. lobbygroepen) die door de uitvoering van de aanbevelingen positief of negatief (financieel of anderszins) zouden kunnen worden beïnvloed. Alle experten die betrokken waren bij het schrijven van het verslag of het peer-reviewproces hebben een belangenverklaring ingevuld. Informatie over mogelijke belangenconflicten staat in de colofon van dit verslag. Alle leden van het team van KCE-experten leggen jaarlijks een belangenverklaring af en nadere gegevens daarover zijn op verzoek verkrijgbaar.
Gemelde belangen:	Alle experten en stakeholders die geraadpleegd werden voor dit rapport, werden geselecteerd omwille van hun betrokkenheid bij het onderwerp van deze studie. Daarom hebben zij per definitie mogelijks een zekere graad van belangenconflict.
Layout:	Ine Verhulst, Joyce Grijseels
Disclaimer:	• **De externe experten werden geraadpleegd over een (preliminaire) versie van het wetenschappelijke rapport. Hun opmerkingen werden tijdens vergaderingen besproken. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk akkoord met de inhoud ervan.** • **Vervolgens werd een (finale) versie aan de validatoren voorgelegd. De validatie van het rapport volgt uit een consensus of een meerderheidsstem tussen de validatoren. Zij zijn geen coauteur van het wetenschappelijke rapport en gingen niet noodzakelijk alle drie akkoord met de inhoud ervan.** • **Tot slot werd dit rapport met meerderheid van stemmen goedgekeurd door de Raad van Bestuur (zie http://kce.fgov.be/nl/content/de-raad-van-bestuur).** • **Alleen het KCE is verantwoordelijk voor de eventuele resterende vergissingen of onvolledigheden alsook voor de aanbevelingen aan de overheid.**
Publicatiedatum:	25 april 2024
Studienummer:	2022-52-HSR
Domein:	Health Services Research (HSR)

MeSH:	Costs and Cost Analysis; Hospital Costs; Diagnosis-Related Groups; Fees, Medical
NLM classificatie:	WX 157
Taal:	Nederlands
Formaat:	Adobe® PDF™ (A4)
Wettelijk depot:	D/2024/10.273/17
ISSN:	2466-6432
Copyright: De KCE-rapporten worden gepubliceerd onder de Licentie Creative Commons « by/nc/nd » http://kce.fgov.be/nl/content/de-copyrights-van-de-kce-publicaties.

Hoe refereren naar dit document?

Van de Voorde C, Lefèvre M, Devriese S, Obyn C, Swartenbroekx N. Indirecte ziekenhuiskosten als mark-up percentage op de directe kosten – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 380As. D/2024/10.273/17.

Dit document is beschikbaar op de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

https://doi.org/10.57598/R380AS