

Louvain School of Management

**OPTIMISATION DU BUDGET : Comment gérer de manière plus efficiente le budget dans les hôpitaux ?
Cas du CHR Haute senne et réseau...**

Auteur : Ruth PFOUCHI
Promoteur : Anne-Catherine PROVOST
Master [60] en sciences de gestion (horaire décalé)
Année académique 2023-2024

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je remercie le seigneur de m'avoir accordé sa grâce. Pour la force et le courage qu'il m'a donné tout au long de ce parcours ;

A mes parents, auxquels je dois ce que je suis devenu, de m'avoir soutenu et d'avoir toujours été à l'écoute. Puisse le seigneur vous bénir au centuple ;

A mes sœurs, proches qui ont toujours été d'un soutien infaillible et d'avoir toujours eu le bon mot pour m'encourager à aller de l'avant, je leurs exprime toute ma reconnaissance ;

A mon fils, Jayden Carter (5 ans), je suis reconnaissante pour ta patience tout au long de mon travail de fin d'études, malgré ton jeune âge t'as su me comprendre. Je retiens de toi cette phrase « Maman, toi tu vas travailler à ton ordinateur, et moi je vais jouer avec mes jouets dans ma chambre ». Merci du fond du cœur je t'aime très fort.

Je remercie Mr Geysens de m'avoir accordé de son temps afin de répondre aux questions liées à mon travail

Je remercie également tout le corps enseignant et le membre du personnel de l'Université Catholique de Louvain sans qui toute cette réalisation ne serait possible.

Pour finir, je remercie également ma promotrice Mme Provost qui a accepté de me suivre et de me guider dans ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
INTRODUCTION	3
PARTIE I. CONTEXTE ET REVUE DE LITTÉRATURE.....	4
<i>CHAPITRE I. HISTORIQUE DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX</i>	4
Section I. La répartition des compétences en matière des soins de santé	5
Section II. Le financement des hôpitaux en Belgique.....	7
<i>CHAPITRE II. THÉORIES ET MODÈLES DE GESTION FINANCIÈRE EN SANTÉ</i>	9
Section I. Théorie de la gestion budgétaire.....	10
Section II. Elaboration du budget.....	13
<i>CHAPITRE III. FACTEURS INFLUENÇANT LA GESTION DES BUDGETS HOSPITALIERS</i>	18
Section I. Politiques gouvernementales et régulations	18
Section II. Technologiques et infrastructure.....	21
Section III. Ressources humaines et formation	23
PARTIE II. ETUDE DE CAS « CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA HAUTE SENNE »	24
<i>CHAPITRE I. MÉTHODOLOGIE</i>	24
Section I. Contexte	24
Section II. Présentation de l'hôpital	25
Section III. Présentation des intervenants.....	26
<i>CHAPITRE II. ANALYSE DES RÉSULTATS FINANCIERS</i>	26
Section I. Résultats financiers.....	26
Section II. Gestion de l'investissement	29
Section III. Processus de gestion budgétaire mis en place le CHR	31
<i>CHAPITRE III. ANALYSES DES REFORMES ET LES IMPLICATIONS</i>	33
<i>CHAPITRE IV. PERSPECTIVES D'AVENIR ET RECOMMANDATIONS</i>	36
Section I. Tirer profit de l'expérience cumulée : la théorie des données probantes.....	36
CONCLUSION	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	45

INTRODUCTION

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons nous intéresser au contexte et à l'importance d'une gestion efficace du budget dans les hôpitaux belges. Les hôpitaux devaient, avant même la crise du Covid 19, faire face à de nombreuses contraintes. Le financement des soins de santé doit, et cela depuis très longtemps, faire face à la problématique liée au vieillissement de la population, mais aussi à l'augmentation des nouvelles pratiques et techniques médicales.

La question, à laquelle nous allons tenter de répondre, dans le cadre de ce mémoire, est la suivante :

Comment gérer de manière plus efficiente le budget dans les hôpitaux ?

Pour ce faire, nous allons, dans la première partie de ce mémoire, qui sera consacrée à la théorie, tenter de donner un aperçu de l'historique du financement des hôpitaux, en passant en revue la répartition des compétences en matière des soins de santé en Belgique ainsi qu'en analysant les différentes sources de financement existant dans le domaine de la santé. Ensuite, nous allons nous intéresser aux théories et aux modèles de gestion financière en santé. Enfin, nous terminerons cette première partie, par l'identification des différents facteurs influençant la gestion des budgets hospitaliers.

La deuxième partie de ce mémoire portera sur une étude de cas qui sera composée de plusieurs sections. Cette partie consistera à rendre compte du système budgétaire qui est d'application aujourd'hui dans le Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne. Premièrement, nous décrirons le centre hospitalier en incluant quelques données chiffrées. Nous présenterons les acteurs et décrirons la situation financière de l'hôpital en expliquant les différents coûts et investissements engagés, les acteurs impliqués dans l'élaboration du budget, les contraintes et les réformes budgétaires destinées à rendre l'hôpital plus efficace. Finalement, la dernière section s'intéressera sur la discussion, des limites et de la critique des sections précédentes. Le cadre théorique de cette section sera discuté sur base de l'hypothèse émise dans de la question de recherche ainsi que de l'interprétation des résultats, les recommandations et les orientations futures possibles.

PARTIE I. CONTEXTE ET REVUE DE LITTÉRATURE

Chapitre I. Historique du financement des hôpitaux

Les hôpitaux étaient, avant la crise du Covid 19, confrontés à de nombreux défis. Le financement des soins de santé doit, et cela depuis très longtemps, faire face à la problématique liée au vieillissement de la population mais aussi à l'augmentation des nouvelles pratiques et techniques médicales. En Belgique, le ratio entre les personnes âgées de plus de 66 ans et la population qui est active dans le secteur du travail, c'est-à-dire qui a entre 18 et 66 ans, devrait augmenter de plus de 40 % dans le courant de la période entre 2019 et 2040. Ainsi, il y aura qu'une petite partie de la population belge qui participera au marché du travail et cela aura des conséquences sur le financement de la sécurité sociale. En même temps, le vieillissement de la population provoquera un alourdissement des dépenses des soins de santé (Durant et al., 2021).

Selon les recherches du Comité d'étude sur le vieillissement, le « coût du vieillissement de la population » passerait de 24,6 % du PIB en 2019 à 30,1 % du PIB en 2050. En ce qui concerne les soins de santé, les dépenses passeraient de 7,8 % à 10,3 % du PIB. (Conseil supérieur des finances, 2021).

Au-delà des répercussions du vieillissement sur la hausse des coûts des soins de santé importants et de longue durée, en lien avec l'augmentation des dépenses consacrées aux personnes âgées, d'autres éléments permettent de comprendre la hausse des dépenses. Il faut notamment citer l'augmentation des interventions médicales innovantes qui garantissent souvent une prolongation du nombre d'années de vie de qualité ainsi que l'augmentation du nombre de consultations médicales et de la consommation de médicaments. La Belgique dispose d'un système de soins de santé solide et accessible, mais il faut veiller à ce que tout le monde ait accès aux nouvelles technologies et aux nouveaux traitements. La crise du Covid 19 a eu pour effet de montrer à quel point il est essentiel de bénéficier des soins de qualité, accessibles et soutenables financièrement pour le bien-être de chacun, mais aussi pour le développement de notre économie. (Conseil central de l'Économie, 2023).

Dans cette partie de notre mémoire, nous allons, dans un premier temps, aborder la question de la répartition des compétences en matière des soins de santé. Nous allons ensuite passer en revue les différentes sources de financement des hôpitaux en Belgique.

Section I. La répartition des compétences en matière des soins de santé

La Belgique dispose d'une répartition complexe des compétences en matière de santé. La gestion de la pandémie a remis en évidence cette problématique. La Constitution définit la Belgique comme un état fédéral composé de Communautés et de Régions. À l'origine, l'ensemble des compétences en matière de santé appartenait à l'Etat fédéral. Il a fallu attendre la deuxième réforme de l'état qui a eu lieu en 1980 pour l'organisation d'un premier transfert de compétence en la matière. En effet, les Communautés sont devenues compétentes pour les matières dites « personnalisables ». On vise par matières personnalisables toutes les matières qui requièrent que les autorités publiques établissent un contact avec les individus dans leur propre langue. Ces domaines sont, en outre, la politique de dispensation des soins de santé et l'aide aux personnes qui englobe les matières telles que la politique familiale, l'aide sociale, l'accueil et l'intégration des immigrés, la politique en faveur des personnes handicapées, la politique en faveur des personnes âgées, la protection de la jeunesse et l'aide sociale en faveur des personnes détenues. La médecine préventive et l'éducation sanitaire relèvent également de la compétence du législateur communautaire (Bayenet et al., 2020).

Ce transfert a eu pour conséquence que pour les différents domaines que nous venons de citer, les Communautés ont été habilitées à légiférer, organiser le financement de l'exploitation et à réglementer les règles de base relatives au financement de l'infrastructure des hôpitaux, dont l'appareillage médical lourd, les normes d'agrément, la fixation des conditions et de nomination comme hôpital universitaire conformément à la législation hospitalière. Le législateur fédéral a toutefois gardé son autonomie en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité et pour les matières qui n'ont pas été transférées aux Communautés (Visscher & Piron, 2021).

Jusqu'en 1980, nous pouvons constater une répartition de compétence relativement symétrique, mais les choses se sont complexifiées lors de la troisième réforme de l'Etat en 1989 avec l'institution de la Région de Bruxelles-Capitale et de trois nouvelles institutions communautaires à Bruxelles qui sont la Commission communautaire française, la Commission communautaire flamande et la Commission communautaire commune. Ainsi, à partir de la troisième réforme de l'Etat, les compétences de santé, exercées auparavant par les communautés, relèveront du domaine des Commissions communautaires en ce qui concerne la Région de Bruxelles-Capitale (Faniel, 2020).

La Communauté française, faisant face à des problèmes de financement, a transféré certaines de ses compétences à la Région wallonne et à la Commission communautaire française. Ce transfert a été rendu possible dans le cadre de la quatrième réforme de l'Etat afin de soulager la Communauté française. Cette dernière n'exercera plus de compétences en matière de la politique de santé, sauf en ce qui concerne la politique de l'enfance et les compétences liées aux institutions d'enseignement, dont les hôpitaux universitaires (Bayenet & Fontaine, 2021).

Il a fallu attendre la sixième réforme de l'état afin de voir les entités fédérées acquérir des compétences effectives en matière de politique hospitalière. Pour synthétiser, l'état fédéral reste compétent en matière de soins curatifs et en ce qui concerne l'assurance maladie invalidité tandis que les communautés se chargent des matières de prévention. Les régions deviennent, quant à elles, compétentes en matière de gestion des infrastructures hospitalières et des maisons de repos. Elles ont également hérité, en matière de sécurité sociale, de compétences liées aux réductions de cotisations sociales. Ainsi, les compétences en ce qui concerne les normes d'agrément, de financement et de programmation de la quasi-totalité des établissements de soins ont été déferées aux entités fédérées. De même, d'autres domaines de compétence ont été transférés, tels que les soins de santé mentale, qui relèvent des maisons de soins psychiatriques, les soins aux personnes âgées, qui dépendent des maisons de repos et des centres de jour, et les soins primaires, qui ressortent de la compétence des services intégrés de soins à domicile (Van Nieuwenhove, 2021).

Le territoire sur lequel les Communautés française et flamande exercent les compétences que nous venons de citer exclut le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Afin d'assurer une politique cohérente dans ces matières à Bruxelles, il appartient à la Commission communautaire commune d'exercer ces compétences (Van Nieuwenhove, 2021).

Ce morcellement des compétences en santé a pour conséquence, qu'aujourd'hui, la Belgique compte huit ministres de la Santé, qui doivent parvenir à s'entendre en conférence interministérielle (Durant, 2021).

Section II. Le financement des hôpitaux en Belgique

Le financement des hôpitaux repose sur trois grandes sources principales, énumérées par ordre d'importance : les subsidés directs de l'État, appelés aussi le Budget des moyens financiers ou BMF, alloué selon des règles liées à l'activité de l'hôpital, les rétrocessions d'honoraires des médecins indépendants qui occupent des locaux et se servent des équipements et du personnel de l'hôpital et une marge sur la vente de produits pharmaceutiques que l'hôpital déduit lors de la facturation des médicaments aux patients. Ces trois sources de revenus constituent plus de 90 % des fonds à disposition des hôpitaux (Bayenet & Fontaine, 2021).

1) Le Budget des Moyens Financiers

Le Budget des Moyens Financiers (ci-après, BMF) consiste en une enveloppe annuelle, distribuée hôpital par hôpital et calculée par le SPF Santé publique. Cette enveloppe fermée est fixée, pour 2023, à plus de 9,94 milliards d'euros pour les hôpitaux généraux de la Belgique.

Pour les hôpitaux généraux, la somme est basée sur l'activité de chaque hôpital au cours de l'année précédente la plus récente possible, mesurée selon la technique des groupes homogènes de patients, avec quatre niveaux de gravité. Ainsi, le BMF se base sur un calcul de journées justifiées à partir de différents cas de patients pris en charge par l'hôpital (Thiel, 2002).

Nous pouvons définir cette activité justifiée comme « *la somme de toutes les journées durant lesquelles les patients auraient séjourné à l'hôpital pendant un an, en ramenant chaque durée de séjour à la durée moyenne de séjour de tous les patients en Belgique de la même affection* ». (Crommelynck et al., sd)

En Belgique, ce groupement des patients s'effectuent par un algorithme d'origine américaine qui permet d'attribuer des diagnostics aux patients. Concrètement, à chaque fois qu'un lit se libère à l'hôpital, un « Résumé Minimal Hospitalier » est effectué afin de fixer les durées standards de séjour pour chaque pathologie traitée dans chaque établissement, qui servent à calculer le nombre de journées justifiées par l'hôpital, et donc son nombre de lits justifiés. Celui-ci est recalculé chaque année, en fonction des ressources allouées à l'hôpital. D'autres

paramètres et mécanismes sont utilisés, tels que la performance résultant de la comparaison entre établissements pour déterminer la sous-section relative aux services administratifs et logistiques, les normes minimales de personnel infirmier par lit justifié, les actes médicaux, le nombre et le type d'actes chirurgicaux et leurs durées standard, le nombre d'accouchements ou le nombre de consultations aux urgences (Bayenet & Fontaine, 2021).

Le BMF est déterminé pour une période d'un an, qui commence au mois de juillet et prend fin au mois de juin. C'est en cours d'exercice que le montant du BMF est notifié, c'est-à-dire un peu trop tard dans le cas où il faudrait prendre des mesures d'économies si le BMF octroyé se montre défavorable. Il faut également préciser que les mesures d'économies et les nouvelles politiques de financement lancées par le Gouvernement auront pour effet d'influencées le BMF. Pour se faire, le gestionnaire de l'hôpital peut envisager de réaliser une extrapolation, sur la base des données de benchmark du Résumé Hospitalier Minimum, de l'évolution des facteurs d'activité afin d'en simuler l'impact sur l'évolution du BMF de l'établissement. Le gestionnaire peut aussi supposer que le BMF du 2^{ème} semestre de l'exercice qui suit sera égal à celui notifié pour le 1^{er} semestre, indexé. Celui-ci optera donc pour l'hypothèse que tout reste égal. En revanche, le gestionnaire veillera à adapter le BMF qui lui a été communiqué aux montants auxquels il aura droit après révision. Certaines sous-sections du BMF font l'objet de révisions effectuées longtemps après l'exercice auquel elles se rapportent (5 à 8 ans après). Il est donc important d'anticiper à tout moment l'impact sur le BMF de l'exercice à venir des révisions qui n'ont pas encore été effectuées. Le gestionnaire intègre dans son estimation du BMF toute modification de la structure des lits de l'hôpital (suppression, conversion, augmentation des lits), en veillant à vérifier auprès du SPF Santé publique que l'hôpital a droit à une compensation immédiate ou différée (Dehaspe, 2021).

2) Les honoraires des médecins

Les honoraires médicaux représentent 40 % du chiffre d'affaires hospitalier. Une part significative de ces honoraires est rétrocédée au gestionnaire de l'hôpital pour financer les coûts liés à l'activité médicale. Ce montant, rétrocédé par les médecins, sert à financer l'infrastructure, la logistique et les soins infirmiers mis à la disposition des médecins par l'hôpital dans le cadre de l'exercice de leur profession pour autant qu'ils ne soient pas couverts par le BMF. Les hôpitaux et les médecins sont donc dépendants du volume des honoraires pour garantir leur survie (Devos, 2021).

En Belgique, le Gouvernement rémunère les actes médicaux de deux manières différentes : le paiement à l'acte, qui est le mode de paiement le plus courant en Belgique, et le paiement forfaitaire. Le paiement à l'acte consiste en une facturation à l'acte, sur base d'une nomenclature gérée par l'INAMI qui fixe les tarifs de près de 4000 codes. Ce mode de paiement à l'acte permet une plus grande productivité et une meilleure accessibilité contrairement au paiement forfaitaire qui incite les médecins à prendre en charge un grand nombre de patients sans pour autant assurer un suivi de qualité. Les forfaits les plus courants en Belgique sont ceux qui concernent les forfaits partiels par journée et par admission en biologie clinique, ceux en imagerie et les honoraires forfaitaires globalisés pour les soins à basse variabilité (Swartenbroekx et al., 2012).

3) Les médicaments et les dispositifs médicaux

Cette source de revenu représente jusqu'à 20 % du chiffre d'affaires des hôpitaux. Les coûts des médicaments sont en forte augmentation depuis plusieurs années et les revenus des hôpitaux provenant des produits pharmaceutiques suivent la même tendance. Par conséquent, il n'est pas très intéressant pour l'hôpital de programmer en détail l'évolution de la délivrance des médicaments, même si elle atteint des volumes considérables, puisqu'au final les dépenses suivront une évolution parallèle avec une marge très faible. Le coût des produits pharmaceutiques ainsi que les coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière font partie intégrante du BMF. Le principe de la forfaitarisation est donc d'application. Les patients ne devront, pour chaque unité de médicament délivrée, supporter que 25 % de frais. Le solde fait l'objet d'une forfaitarisation partielle. Chaque année, sur la base de son résumé hospitalier minimum, chaque hôpital se voit notifier le montant fixe par admission qu'il peut facturer à l'assureur. Il existe toutefois une liste d'exceptions en ce qui concerne les médicaments coûteux et innovants qui doivent être facturés sur ordonnance. En guise d'exemple, la grande partie des implants ne sont pas repris dans le BMF (Bayenet & Fontaine, 2021).

Chapitre II. Théories et modèles de gestion financière en santé

L'établissement du budget et, plus précisément, la mise en œuvre d'un cycle budgétaire et la réalisation d'une analyse des résultats trimestriels sont désormais des pratiques courantes dans toutes les sociétés. Pendant longtemps, ces principes ont été considérés comme moins contraignants dans les hôpitaux, pour des raisons liées aux caractéristiques du secteur. De nos jours encore, les budgets des hôpitaux sont plus ou moins détaillés selon les hôpitaux et

surtout selon le rapport qu'ils entretiennent avec leurs médecins. Ainsi, le processus réglementaire de budgétisation sera moins complexe si les médecins sont très indépendants au sein de l'hôpital et assument directement les charges couvertes par les honoraires (Dehaspe, 2021).

Autrefois, l'hôpital se réduisait à un ensemble de services hospitaliers offrant un hébergement et un petit plateau technique à des médecins qui pouvaient considérer que leur relation personnelle avec le patient primait sur la relation du patient avec l'institution. L'hôpital modernisé a petit à petit laissé la place à des parcours de soins de plus en plus complexes et fragmentés. Le patient suit à présent un parcours variable : consultation, diagnostic, mise au point, chirurgie, traitement et rééducation, qui l'envoie d'un prestataire spécialisé à l'autre. Le résultat « soin de santé » que le patient aura reçu au terme de ce processus doit désormais être compris comme la somme harmonieuse et continue de ces différentes étapes, dans lesquelles la désignation d'un prestataire « principal » n'est plus liée qu'à un acte, sans doute majeur, de ce parcours, et au besoin de confier la gestion de ce parcours à un coordinateur de sa prise en charge. La gestion de l'hôpital doit donc être assimilée à celle d'une entreprise. Les différents services doivent assurer leurs fonctions spécialisées dans le cadre d'une stratégie bien définie et approuvée par le Conseil d'administration, et de plans prévisionnels et budgétaires, sous la surveillance d'une direction générale qui veille à la cohérence de leurs actions, au sein d'un véritable comité de direction. Aussi surprenant que cela puisse paraître, ce modèle entrepreneurial est encore souvent remis en cause dans la pratique (Rillaerts, 2021).

Section I. Théorie de la gestion budgétaire

L'exercice budgétaire a pour objet de planifier le développement de l'activité de l'hôpital, de déterminer les recettes générées par cette dernière et les ressources requises pour la mener à bien, et de transposer ces évolutions en termes financiers pour l'exercice à venir. Le budget incorpore tous les paramètres exogènes susceptibles de peser sur les finances de l'hôpital. Celui-ci est élaboré et validé par les organes de direction de l'hôpital avant le début de l'exercice auquel il se rapporte (Dehaspe, 2021).

Nous allons, dans le cadre de cette partie, passer en revue les différentes composantes du budget qui sont interdépendantes entre elles : le Budget d'exploitation, le Budget des investissements, le Budget des opérations financières et le Budget de trésorerie. Tous ces budgets sont utilisés afin de dresser le compte de résultat et le bilan prévisionnels.

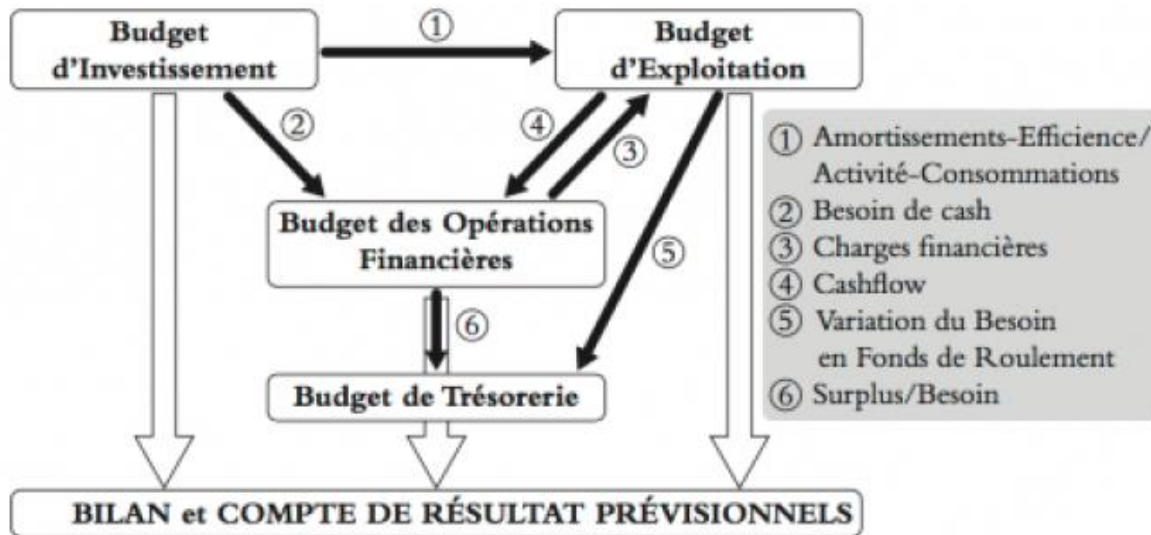


Figure 1 : Bilan et compte de résultat (Dehaspe, 2021).

1. Le Budget d'exploitation

Ce budget est un schéma établi en termes de dépenses et de recettes. Il reflète les activités prévisionnelles de l'hôpital pour l'exercice à venir en termes de dépenses et de recettes. Comme nous avons pu l'analyser plus haut, les recettes de l'hôpital trouvent leurs sources dans le Budget des moyens financiers, dans les honoraires et conventions, mais aussi par la délivrance de produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux. À côtés de ces recettes, l'hôpital supporte certaines charges relatives à son personnel telles que la rémunération du personnel salarié, les coûts des intérimaires, la rétrocession d'honoraires aux prestataires indépendants. Les changements dans la rémunération des salariés dépendront de l'évolution des ressources engagées par l'hôpital, des changements dans les barèmes de rémunération des employés et des indexations envisagées. Cependant, pour un certain nombre de catégories de personnel, il n'est pas possible de les recruter en tant que salariés. Le désavantage d'engager du personnel en passant par une agence d'intérim est que l'agence prélève une grande marge. Il faut également rajouter à cela le fait que les hôpitaux ne sont pas considérés comme des assujettis à la TVA et ils ne peuvent donc pas la déduire (Durant, 2021).

À l'aide du compte d'exploitation prévisionnel, il produit le résultat d'exploitation et le cash-flow. Il influe sur le bilan prévisionnel, via le bilan et l'évolution du besoin en fonds de roulement, et par conséquent sur le budget de trésorerie de l'hôpital (Dehaspe, 2021).

2. Le Budget des investissements

Les dépenses d'investissement couvrent tous les achats de biens et de services effectués par l'hôpital qui seront employés pendant plus d'un exercice financier et qui, par conséquent, sont capitalisés dans le bilan et amortis pendant leur durée de vie utile. L'amortissement a un impact sur les dépenses d'exploitation. Ce budget comprend les achats d'équipements médicaux ou non, de logiciels et d'équipements informatiques, de même que la construction et le gros entretien des bâtiments. Il comprend les aides directes à l'investissement, c'est à dire les subventions, qui atténuent l'impact financier de l'investissement pour l'hôpital. La subvention directe est supprimée pour les nouvelles constructions hospitalières, mais les anciennes constructions et rénovations effectuées dans le contexte des anciens plans de construction continuent d'en bénéficier. Le budget d'investissement a des répercussions sur le budget de fonctionnement. L'absence d'un matériel ou d'un bâtiment ou influence l'activité de l'hôpital. En effet, tandis que certaines actions seront rendues possibles par de nouveaux investissements, d'autres seront stoppées parce que le matériel n'a pas été renouvelé. Ainsi, la rentabilité est influencée par les investissements (Dehaspe, 2021).

Le budget d'investissement est basé sur une perspective pluriannuelle, c'est-à-dire sur une période d'au moins 5 ans pour les travaux et de 3 ans pour le gros matériel médical. La durée d'amortissement des équipements médicaux, fixée à 5 ans par l'Arrêté royal relatif à la comptabilité hospitalière, ne reflète pas leur durée de vie économique, qui est généralement de 7 à 10 ans. Les plus longues durées de vie sont en outre celles des équipements les plus importants. (IRM, scanners, accélérateurs linéaires, robots, tables d'imagerie interventionnelle, etc) Les remplacements doivent être planifiés sur une base pluriannuelle, afin de régulariser les budgets. Les concepts de développement et de remplacement, théoriquement distincts, sont en fait indissociables en ce que le remplacement d'un matériel ancien inclut des développements techniques qui, s'ils ne modifient pas l'usage du matériel, représentent une évolution en termes de qualité et d'efficacité. Par exemple, un vieux scanner va être remplacé par un appareil plus précis, plus rapide dans la capture des images et moins irradiant que son prédécesseur (Dehaspe, 2021).

3. Le Budget des opérations financières

Ce budget programme les opérations financières de l'année à venir, dont le remboursement des emprunts contractés, l'obtention de nouveaux emprunts et les variations des placements financiers. Au-delà des obligations du passé qu'il englobe, ce budget subira les conséquences de la production de liquidités attendue par le budget d'exploitation, qui constitue une source de financement importante, et du budget d'investissement, qui définit les besoins de liquidités pour l'achat d'actifs immobilisés (Dehaspe, 2021).

4. Le Budget de trésorerie

Le budget de trésorerie occupe une place centrale dans le système de prévisions financières. Il ne s'agit pas d'un budget autonome, car il représente le solde des budgets d'exploitation, d'investissement et de financement. Il regroupe l'ensemble des cash-flows en un solde qui sera apprécié en fonction des marges financières à court terme dont dispose l'hôpital (Dehaspe, 2021).

Section II. Elaboration du budget

Le budget annuel est l'un des instruments utilisés pour convertir la stratégie de l'hôpital en actions mesurables et concrètes à court et à moyen terme. Cette traduction de la stratégie en plans opérationnels s'effectue par le biais du « cycle budgétaire ». Ce système a été mis au point pour les entreprises qui sont actives dans plusieurs zones géographiques et dans différentes catégories de produits, tout en conservant un degré élevé d'intégration. Elles adaptent les stratégies globales en termes de lignes de produits et les stratégies locales de développement commercial. Le cycle budgétaire que nous allons présenter dans cette partie de notre mémoire est utilisé aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Pour ce faire, nous allons nous baser sur les écrits de Philippe de Dehaspe (2021) qui est le Directeur Administratif et Financier des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Dehaspe (2021), nous explique pour l'hôpital, il appartiendra de conjuguer la vision du développement institutionnel avec les ambitions des services médicaux en matière de développement commercial. Les services cliniques sont le cœur de l'activité de l'hôpital. Cette activité est généralement pluridisciplinaire et requiert donc la collaboration de différentes spécialités et professions. Dans un contexte où les services médicaux sont financés par des honoraires plus ou moins importants, les intérêts des patients, des départements médicaux, du

corps médical et de l'hôpital même peuvent être divergents et nécessiter des débats approfondis.

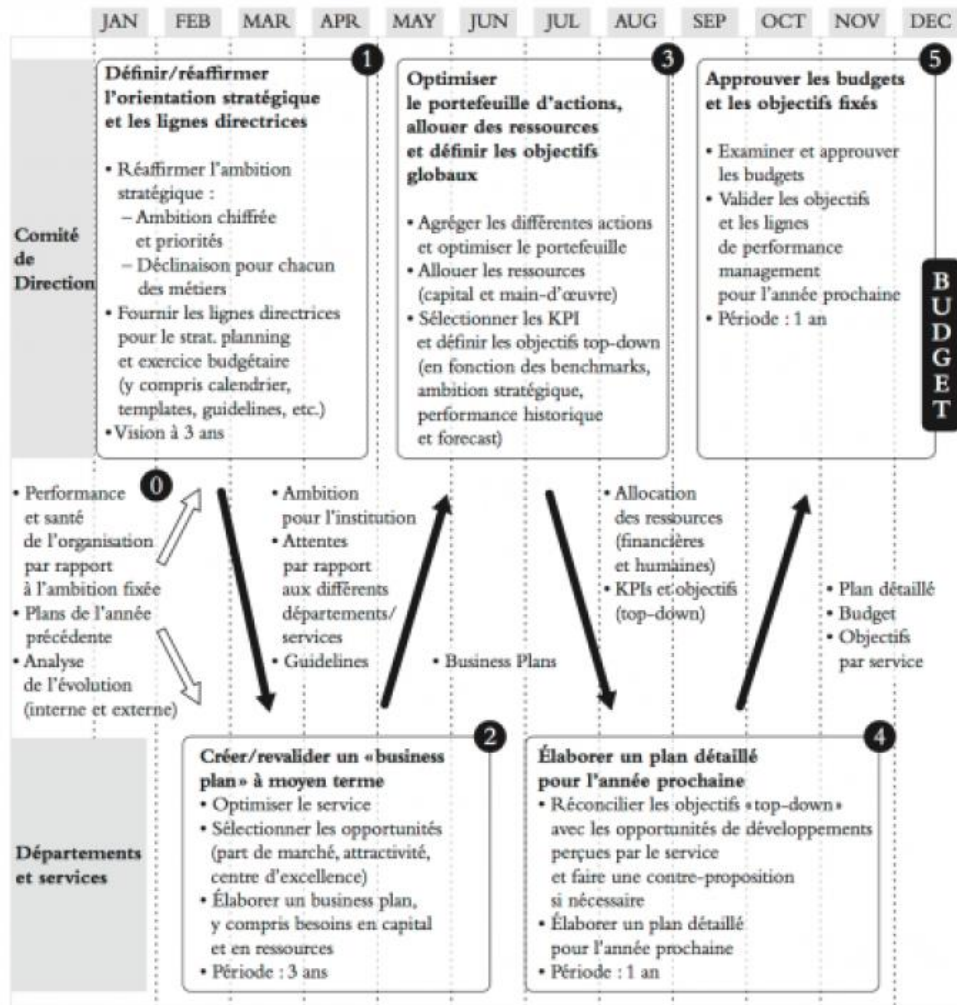


Figure 2 : Création d'un business plan (Dehaspe, 2021).

Nous allons dès lors présenter les différentes étapes de ce cycle budgétaire qui permet aux hôpitaux d'élaborer et de gérer leur budget. Ce cycle se compose d'une phase de préparation et de cinq étapes d'exécutions.

Tout d'abord, il appartient à l'organe de gestion de l'hôpital **d'examiner le contexte dans lequel se trouve l'hôpital et son développement en profondeur**. Différents facteurs sont pris en compte tels que la collaboration avec d'autres structures de soins, l'évolution des besoins des patients et des techniques de soins, la situation particulière des concurrents, les changements dans le cadre réglementaire, le développement des modes de financement. Tous les domaines stratégiques sont examinés. Les domaines où le développement est déficient sont

identifiés et améliorés. Cet examen peut conduire la direction à mettre en question la stratégie existante avant même d'entamer le cycle budgétaire. Toutefois, la stratégie ne doit être révisée que lorsque des changements fondamentaux dans l'environnement la rendent inopérante, notamment lors de la création d'un réseau hospitalier totalement intégré. Le dispositif préconisé permet d'ajuster régulièrement et progressivement les priorités stratégiques sans remettre en cause l'ensemble. Les expériences de l'année précédente y sont intégrées et, chaque année, une nouvelle année est ajoutée à l'horizon d'action de 3 ans (Dehaspe, 2021)

La première étape de notre cycle budgétaire a lieu au début de l'année qui précède l'année pour laquelle le budget sera mis en place. Il s'agit donc d'un cycle annuel d'une durée d'un an. Il est bien ancré et donc continu pour l'établissement. La direction de l'hôpital **rappelle les grandes lignes du plan stratégique**. En tenant compte de l'évolution du contexte, il peut formuler des objectifs quantifiés pour l'ensemble des activités de l'hôpital. À ce moment-là, les objectifs sont à moyen terme, c'est-à-dire de 3 ans. Ces objectifs peuvent porter sur la progression générale de l'activité, le développement ciblé dans certains domaines tels que le développement d'activités polycliniques ou une collaboration renforcée avec d'autres établissements hospitaliers, le transfert d'un type de soins vers un autre : valorisation de la médecine ambulatoire ou de l'hospitalisation à domicile, les économies à accomplir pour compenser la baisse des ressources dont disposent les hôpitaux et maintenir l'équilibre financier, toute autre démarche permettant de renforcer le développement de l'établissement. Ces directives et recommandations sont communiquées à tous les services, qu'ils soient cliniques ou de soutien. Ainsi, le processus est valable pour toutes les composantes de l'hôpital. Les attentes de la direction comprennent le calendrier des deadlines et la structure des données à élaborer pour mener à bien les étapes suivantes (Dehaspe, 2021).

La deuxième étape se déroule **au niveau des différents services de l'hôpital**. Comme l'hôpital, ces services rédigent une **liste de leçons de l'année précédente** et ajoutent une année à leur perspective d'activité. Ils récupèrent les dispositifs existants, les modifient et les étoffent en y intégrant les objectifs fixés par le conseil d'administration. Ils incluent leur observation de la situation et le contexte du département. Les services examinent les business plans actuels et prévisionnels. Ils mettent à jour les ressources humaines et les besoins en capitaux requis pour mettre en œuvre ces plans. À la fin du printemps, les conclusions de ces réflexions seront discutées avec la direction. Un retour d'information est possible, mais il est généralement conseillé d'attendre que tous les plans de service aient été regroupés dans un

plan institutionnel et de tirer des conclusions générales avant de prendre une décision (Dehaspe, 2021).

Dans un troisième temps, tous les plans des services et des départements sont regroupés dans un **plan institutionnel** qui permettra de déterminer l'impact des plans proposés sur les ressources générales de l'hôpital. Un certain nombre de ressources de l'hôpital sont fixées à court et moyen terme tels que les immeubles en général, et plus particulièrement les locaux spécifiques tels que les blocs opératoires, les salles d'imagerie interventionnelle et les structures médicotechniques qui ne sont généralement pas modifiables à court terme (Dehaspe, 2021

La maîtrise des autres ressources doit se faire au niveau global de l'hôpital. La croissance des effectifs, par exemple, doit être limitée, car si les effectifs dépassent les niveaux d'activité, l'hôpital se retrouvera dans une situation financière délicate. Dans une entreprise, le personnel est conçu comme une ressource variable à moyen terme. C'est également le cas dans les hôpitaux, à l'exception de certains salariés spécialisés, qui constituent en réalité des coûts semi-fixes auxquels le gestionnaire portera une attention particulière. Des technologues ou des infirmières hautement spécialisées, engagées pour une activité particulière, deviennent du personnel fixe, quel que soit le volume de patients traités. Il sera difficile de suspendre l'activité tant qu'elle répondra aux attentes des patients. Et la réduction du temps de travail du membre du personnel doit se faire d'un commun accord. À la différence de la plupart des entreprises, il est très difficile d'arrêter une « ligne de produits » dans un hôpital, même lorsque l'activité est nettement déficitaire. C'est un point critique dans les hôpitaux universitaires, qui emploient des médecins hautement spécialisés dans le cadre du statut de salarié imposé par la reconnaissance en tant qu'hôpital universitaire. Les hôpitaux disposant de médecins indépendants sont également très sensibles à l'évolution des ressources semi-fixes. Un excès de certaines ressources imputées sur les honoraires rendra délicate la relation médecin-hôpital, même si les ressources en question sont nécessaires au maintien des activités de pointe qui ont fait la renommée du service. Certaines ressources sont soumises à des contraintes liées à la situation financière de l'hôpital, en particulier à sa capacité générale d'investissement, qui est largement déterminée par le cash-flow libre qu'il génère. L'acquisition de nouvelles technologies ou la mise en place de traitements techniquement innovants sera un sujet de discussion particulièrement important. Dans de nombreux cas, le département clinique et l'hôpital prennent la décision de mettre en œuvre une technique innovante sans pouvoir facturer l'équipement utilisé à l'INAMI ou au patient.

Les remboursements ne seront effectués que lorsque l'efficacité de la technique aura été démontrée. Parfois, seront autorisés à pratiquer à l'avenir avec remboursement les seuls hôpitaux qui ont déjà pratiqué gratuitement les techniques en question. La mise en œuvre de ces techniques innovantes, souvent coûteuses et donc risquées, mais indispensables au maintien du caractère de pointe d'un service, sera débattue à ce stade du processus budgétaire. Le Comité de direction tient également compte des incertitudes et des risques inhérents à chacun des plans de développement proposés par les départements. Il orientera les propositions de développement qu'il retiendra de manière à satisfaire au mieux les besoins de la population desservie par l'hôpital, en valorisant les opportunités et en réduisant les risques. En tenant compte de tous ces aspects, la direction détermine les projets de développement qui seront soutenus et les modalités d'affectation des ressources financières et humaines réclamées par les départements (Dehaspe, 2021).

Dans l'avant-dernière étape, les **services élaborent le budget pour l'année à venir**. Ils définissent les objectifs qui seront poursuivis au cours d'exercice tels que le volume d'activité, traduit en actes médicaux ou en nombre de patients pris en charge, les moyens nécessaires à la réalisation de cette activité et les investissements à prévoir. Tout cela se traduit dans un compte de résultat (Dehaspe, 2021).

Enfin, les **budgets sont consolidés au niveau de l'hôpital** et aboutiront à l'établissement des quatre budgets. Le Comité de direction réalise ensuite l'arbitrage final. Les budgets sont ensuite soumis, avant le début de l'exercice auquel ils se rapportent, au Conseil médical en ce qui concerne l'activité médicale et les investissements et engagements y afférents, ainsi qu'au Conseil d'administration de l'hôpital. Ce dernier les adopte formellement (Dehaspe, 2021).

Au cours de l'exercice, les dépenses font l'objet d'un contrôle en particulier. Les compagnies surveillent l'évolution de leur compte de résultat sur une base mensuelle, mais en raison de la relative prévisibilité de l'activité clinique et du délai réglementaire de facturation, la plupart des hôpitaux n'arrêtent leurs comptes que tous les trimestres (Dehaspe, 2021).

Chaque clôture est ainsi l'occasion de confronter l'évolution des résultats financiers au budget, éventuellement échelonné, et de réviser les prévisions de l'exercice en cours si des dérives sont constatées. Le budget est adopté définitivement et ne sera pas modifié (Dehaspe, 2021).

Chapitre III. Facteurs influençant la gestion des budgets hospitaliers

Section I. Politiques gouvernementales et régulations

i. Facteurs politique et gouvernementale

Dans le cadre du budget annuel, qui est un instrument important de politique publique, le gouvernement définit la manière dont il compte générer des recettes, mais aussi la façon dont il va affecter les ressources publiques à la mise en œuvre des priorités de la politique nationale.

En général, la structuration budgétaire, et par conséquent, le recours à une ou plusieurs nomenclatures, est définie par le ministère des finances, pour tous les départements ministériels et tous les secteurs, sur la base de normes internationales et nationales. Diverses classifications sont requises à des fins et à des niveaux variés (De Block, 2015).

Les principaux types de classifications sont les suivants :

- Dépenses économiques : salaire, biens, services ;
- Dépense administratives : agences, établissement de santé ;
- Dépenses fonctionnelles : les dépenses classées par secteur et sous-secteurs indépendant de leur nature économique comme les services médicaux spécialisés ;
- Dépenses programmatiques : en fonction des objectifs de politique générale comme la santé maternelle ou encore les suppléments alimentaires.

Un premier problème que nous pouvons pointer du doigt est le manque de donnée en la matière. On constate souvent, dans le secteur de la santé, une absence de transparence en ce qui concerne la distinction entre les différents systèmes de nomenclature budgétaire et les termes contractuels ainsi que les méthodes de rémunération applicables aux prestataires de soins de santé. En principe, un des facteurs clé est la répartition budgétaire, qui relève de la gestion des finances publiques, et est un élément constitutif des règles budgétaires aux niveaux national et local et établit les conditions générales de présentation, de mise en œuvre et de communication des budgets récurrents. Les systèmes de paiement des prestataires de services de santé, en revanche, entrent dans le cadre des politiques de financement des soins de santé et dépendent des mécanismes d'incitation et des méthodes de paiement qui s'appliquent aux prestataires. Bien qu'elles soient intimement liées et interagissent l'une sur l'autre, ces deux questions sont bien distinctes et souvent désynchronisées dans la pratique (Devos, 2021).

Le dilemme qui se pose ici est le suivant : lorsque les budgets sont fixés et mis en œuvre sur la base de productions (programmes ou services), il est possible de recourir à la plupart des modes de rémunération des prestataires. Par contre, lorsque les budgets ne peuvent être fixés que sur la base des intrants et qu'ils sont exécutés selon la même logique, il pourrait s'avérer difficile de créer un système de rémunération des prestataires fondé sur les performances. De façon globale, si les traitements sont dissociés des dispositions contractuelles et des mécanismes de paiement des services de santé et s'ils sont soumis à des transferts de postes, la marge de manœuvre pour les opérations d'achat stratégique et les gains d'efficacité dans la prestation de services est plus réduite (Gossart et al., 2010).

Un autre facteur influençant la gestion budgétaire des hôpitaux est lié aux honoraires médicaux. Depuis 1963, il appartient à l'Etat de dresser une nomenclature avec les tarifs des honoraires. Chaque année, cette nomenclature est mise à jour par les instances fédérales telles que la Commission technique médicale et la Commission médico-mutuelliste, pour après être validée par le comité de l'assurance et par le Cabinet du Ministre. Même si cette nomenclature est mise à jour annuellement, avec l'inertie, la pression de lobbies, la vitesse progressive de l'innovation médicale et de ses coûts, une grande partie de celle-ci est rendue obsolète et ne prend donc pas en compte la réalité des choses. Ainsi, en guise d'exemple, des actes simples, peu coûteux et rapides sont dans la plupart des cas mieux valorisés que des actes bien plus complexes. Il existe ainsi des différences injustifiées de rémunérations entre les spécialistes médicales qui dévalorisent le travail de certains médecins tels que les docteurs en gériatrie (Vanhaute et al., 2016).

Une autre problématique que nous pouvons citer et qui est liée à l'absence de transparence en la matière, est l'incompréhension d'une partie des autorités politiques sur les montants de rémunérations considérés trop élevés des médecins. Toutefois, comme nous avons pu le voir plus haut, le corps politique ignore le fait que ces honoraires incluent une bonne partie des frais de fonctionnement de l'hôpital et que ces médecins ne perçoivent pas ces honoraires dans sa totalité. Nous entendons bien souvent que la rémunération des médecins généralistes est bien inférieure à celle des médecins spécialistes, ce qui est une information erronée, car les spécialistes supportent des charges liées à leurs activités bien plus supérieures (Pirson et al., 2015). Ce constat erroné a pour effet d'amener les médecins belges en tête des classements de rémunération au niveau européen. Nous ne voyons jamais les politiciens ou les médias relayer cette information erronée alors qu'elle est mentionnée dans les rapports de l'OCDE (OCDE, 2009).

Au vu de ces informations inexactes, les budgets médicaux sont régulièrement bloqués et en partie ou totalement non indexés. Même lorsque le budget des honoraires n'est pas dépensé, les hôpitaux ne sont pas libres d'affecter ces sommes dans l'investissement de nouvelles technologies puisque le Gouvernement exige que l'investissement soit fait en diminuant le montant ou le volume d'actes existants. Ce système est bien évidemment source de tension entre les différents corps médicaux, mais aussi entre les hôpitaux, car il faut trancher sur le fait de savoir qui doit perdre un financement d'activité pour en permettre une autre. Ces contraintes liées à l'analyse et à la répartition des coûts, les difficultés d'introduction de nouveaux actes dans la nomenclature, la baisse d'attractivité de certaines spécialités médicales due en partie à une nomenclature défavorable, et la confusion engendrée par le terme « honoraires », qui englobe bien plus que la rémunération, ont conduit l'ensemble de la profession, sur tous les bancs, à plaider en faveur d'une réforme urgente (Thonon et al., 2012).

ii. Politiques durant le COVID-19

La santé financière des hôpitaux était inquiétante depuis bien avant la pandémie. Dans son étude réalisée en 2019, Belfius mettait déjà en évidence la mauvaise santé financière des établissements hospitaliers généraux en 2018, avec un résultat courant de 31 millions d'euros (à peine 0,2 % de leur chiffre d'affaires). Un centre hospitalier sur trois était en position déficitaire, et 20 % des hôpitaux généraient un flux de trésorerie trop faible pour assurer le remboursement de leurs dettes. La Crise du Covid 19 n'a pas arrangé les choses, car les hôpitaux ont dû faire face aux surcoûts liés à la gestion de la pandémie, et cela, tout en voyant leurs activités hospitalières diminuer (Belfius, 2023).

Dans le cadre de la protection du fonds général du budget de l'Etat, le gouvernement fédéral a entrepris diverses actions afin de compenser les pertes de revenus et les coûts supplémentaires engendrés par la pandémie, et de veiller à ce que l'efficacité opérationnelle des hôpitaux publics ne soit pas mise en cause. Tout d'abord, les surcoûts exceptionnels à supporter par les hôpitaux ont été définis et couverts par des enveloppes forfaitaires, certaines liées à l'activité du COVID, comme la prise en charge des patients infectés par le virus, mais également d'autres non liées, telles que les adaptations des établissements hospitaliers aux nouvelles normes de santé (Pierdomenico et al., 2013).

L'espace budgétaire limité résultant de la crise du COVID-19 et le fardeau croissant de la dette dans de nombreux pays européens dont la Belgique a nécessité de nouveaux efforts pour

améliorer l'utilisation des ressources nationales. Dans ce contexte, des mesures telles que des améliorations dans les entreprises et sur le marché du travail et une révision des dépenses fiscales inefficaces sont d'une grande importance pour augmenter les dépenses publiques en général et les revenus des systèmes de la protection sociale (Pirson et al., 2015).

En effet, les établissements hospitaliers ont vu leurs enveloppes habituelles qui sont constituées de BMF, de conventions INAMI, de forfaits médicaments ainsi que de forfaits d'hospitalisation de jour être garanties par le gouvernement. Celles-ci ont été basées au budget prévu pour l'année de la pandémie ou par rapport à l'activité enregistrée pendant la période précédente, mais adaptée à la facturation de l'année 2020 avec l'indexation en vigueur. Des autres garanties ont été donné par l'état comme le taux des honoraires payés rétrospectivement à l'hôpital qui était fondée sur l'année indexée 2019 et la tarification de l'année suivante. Par ailleurs, l'arrêté royal du 30 octobre 2020 établissant des procédures pour la délivrance d'une aide financière fédérale exceptionnelle a également permis de mettre en place des mécanismes d'indemnisation forfaitaires (liés à l'activité de l'année en compte ou l'année 2019 indexée) des prestataires de soins hospitaliers ayant participé directement à la mise en œuvre de la gestion de la crise COVID (Inami, 2019).

Globalement, la pandémie de COVID-19 a été un facteur important affectant la politique des dépenses publiques en Belgique. L'augmentation des dépenses de santé et de protection sociale témoigne des mesures prises pour faire face à la pandémie. La diminution des dépenses d'éducation et les modifications des dépenses des autres secteurs sont dues à la redéfinition des priorités face à la pandémie et à la réorientation des ressources vers les besoins urgents. Au cours de cette période, la politique de dépenses publiques s'est concentrée sur des objectifs tels que la stabilité économique, le renforcement du filet de sécurité sociale et la satisfaction des besoins de la société. Toutefois, l'augmentation des dépenses publiques pendant la pandémie a entraîné une hausse du déficit budgétaire et la nécessité de recourir à l'emprunt. De même, il convient de garder à l'esprit que ces politiques requièrent une attention particulière en termes de viabilité à long terme et de discipline budgétaire (Inami, 2018).

Section II. Technologiques et infrastructure

Les systèmes informatiques sont aujourd'hui devenus l'un des éléments indispensables du secteur de la santé. En particulier, le développement des systèmes d'information clinique, des communications et des connexions internet a conduit à l'utilisation généralisée de ces

technologies dans le secteur de la santé. De ce fait, les technologies et les différentes infrastructures sont devenues des facteurs clés de la réalisation d'un budget hospitalier. Selon Henrard & Husden (2021), l'utilisation des technologies de l'information dans le secteur de la santé facilite grandement le travail des employés dans le cadre de ce secteur :

- Avec l'utilisation des technologies de l'information, les employés du secteur de la santé peuvent facilement accéder aux informations dont ils ont besoin. De plus, les décisions des responsables sont plus efficaces.
- Avec les systèmes d'approvisionnement automatisés, les fournitures médicales nécessaires parviennent aux hôpitaux à temps et les systèmes de conception et de production des fournitures médicales peuvent mieux répondre aux besoins.
- À l'aide de systèmes de comptabilité et de financement en cloud ou en ERP, les dossiers nécessaires sont conservés par ordinateur et les décisions d'investissement sont prises avec plus de précision.
- Grâce aux systèmes de gestion des ressources humaines, les problèmes de planification du travail, de sélection du personnel, de formation, de développement et de gestion des salaires sont mieux managés. De même que la communication, les problèmes de coordination entre les employés et les départements sont résolus.

Dans les hôpitaux, outre les informations textuelles telles que les prescriptions médicales et les résultats d'examens, les images médicales doivent également être archivées numériquement. Les systèmes d'archivage et de transmission d'images (PACS) ont été développés pour répondre au besoin d'archivage numérique des images médicales. La communication directe au sein de l'hôpital est généralement assurée par téléphone. Cependant, le fait qu'il soit souvent impossible d'avoir un téléphone sous la main et le manque d'informations détaillées, en cas d'urgence, peut entraîner une diminution de l'efficacité des soins aux patients. De plus, les hôpitaux ont besoin du soutien des systèmes d'information pour les fonctions de gestion, d'une part, et pour le stockage et la compilation des informations médicales, d'autre part. L'ensemble des logiciels et du matériel utilisé, afin de garantir au système financier, administratif et médical, sont des facteurs influençant la gestion du budget des systèmes d'information hospitaliers et sont indispensables à une bonne gestion au sein de l'hôpital (Gossart et al., 2010).

Selon Gossart et al. (2010), du côté de l'infrastructure, plusieurs facteurs expliquent l'importance dans l'élaboration du budget hospitalier :

- Le fait que le secteur de la santé soit un secteur à forte intensité de main-d'œuvre ;
- Augmentation de la demande de dépenses de santé avec l'augmentation des revenus ;
- Augmentation des maladies chroniques et des handicaps avec l'augmentation de l'espérance de vie ;
- La sensibilisation de la population à la santé ;
- L'augmentation des coûts due à l'asymétrie de l'information ;
- L'utilisation de technologies de pointe avec un capital élevé dans le secteur de la santé.
-

Section III. Ressources humaines et formation

Le secteur des services de santé est un domaine à forte intensité de main-d'œuvre, et les ressources humaines représentent l'apport le plus important dans la prestation des services de santé, ainsi que la plus grosse part des dépenses en la matière. En effet, les ressources humaines sont les facteurs déterminants de la réalisation des budgets hospitaliers. Comme tout autre marché du travail, le marché des ressources humaines, dans les services de santé, est constitué d'une synergie entre l'offre et la demande. La première découle de la demande de services de soins de santé par les patients, qui en elle-même résulte du souhait d'avoir une bonne "santé" de la part de la population. Ces demandes sont supposées être liées à la taille et à la structure globale d'une population, à l'attente des patients en matière de soins de santé et au niveau de revenu de la société. L'offre de ressources humaines dans le domaine des soins de santé est déterminée par de nombreux facteurs, notamment le statut et le revenu perçu par les professionnels de la santé, ainsi que la relation entre les différents professionnels de la santé en termes de combinaison de compétences et de recours à la complémentarité et à la substitution. Les facteurs externes ont également une influence sur l'offre de main-d'œuvre, comme la directive de l'Union européenne sur le temps de travail, qui réglemente l'offre de main-d'œuvre des médecins spécialistes et des médecins en formation (Henrard & Husden, 2021).

La réglementation du secteur public est considérable sur tous les segments du marché des soins de santé et les conditions d'accès au marché du travail sont très limitées par l'octroi de licences. La réglementation en ce qui concerne l'accès à la profession et les salaires font souvent l'objet de négociations nationales. Ce qui fait que nous ressentons le besoin de

recourir à des mécanismes permettant de comprendre l'influence de celle-ci sur le budget hospitalier. De ce fait, de nombreux pays européens, comme la Belgique, possèdent des systèmes de planification des ressources humaines, en particulier du personnel médical qui influencent grandement la gestion du budget des hôpitaux en général (Henrard & Husden, 2021).

PARTIE II. ETUDE DE CAS « CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE LA HAUTE SENNE »

Chapitre I. Méthodologie

Section I. Contexte

Dans la première partie de notre mémoire, nous nous sommes concentrés sur les aspects théoriques du besoin de changement et de renouvellement dans le cadre du financement et de la gestion du budget hospitalier. Nous avons tenté de comprendre le dilemme du financement et la volonté de procéder à des changements viables. Dans cette même section, nous avons souligné la difficulté d'élaborer un budget efficace et efficient en tenant compte des multiples facteurs qui entrent en ligne de compte.

Dans la partie pratique, en raison du manque évident de preuves scientifiques et de la nature politique de l'optimisation des budgets hospitaliers, nous procéderons à une analyse exploratoire par le biais d'une étude de cas. Il est indispensable de préciser le cadre et le contexte du phénomène et ce choix se fonde sur plusieurs éléments. Tout d'abord, comme la thèse est à la fois descriptive et explicative, une approche de type qualitatif nous a semblé appropriée pour essayer de valider les pistes d'analyse évoquées et d'approfondir notre compréhension des différents éléments. Ainsi, un rendez-vous a été fixé avec le responsable du budget et le contrôleur de gestion du Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne, permettant de réaliser des entretiens, afin de pouvoir confronter notre revue de la littérature aux opinions de nos différents experts (la retranscription de l'entretien se trouve en annexe). Par ailleurs, des échanges par e-mail et par téléphone ont été organisés afin de valider la collaboration et de faire le point sur l'état d'avancement des travaux.

L'étude de cas sera composée de plusieurs sections. Premièrement, nous décrirons le centre hospitalier en incluant quelques données chiffrées. Nous présenterons les acteurs et décrirons la situation financière de l'hôpital en expliquant les différents coûts et investissements engagés, les acteurs impliqués dans l'élaboration du budget, les contraintes et les réformes

budgétaires destinées à rendre l'hôpital plus efficace. Finalement, la dernière section s'intéressera sur la discussion, des limites et de la critique des sections précédentes. Le cadre théorique de cette section sera discuté sur base de l'hypothèse émise dans de la question de recherche ainsi que de l'interprétation des résultats, les recommandations et les possibles pistes futures.

Section II. Présentation de l'hôpital

Le Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne (CHR Haute Senne) est situé à Soignies, sis Chaussée de Braine 49 dans une région comptant environ 75.000 habitants. Il est le fruit de la fusion, le 1^{er} Janvier 1996, des hôpitaux public et privé de Soignies et Braine-le-Comte.

Constitué sous la forme d'une association régie par la loi du 8 Juillet 1976¹, il a pris la forme d'une ASBL² avec un pouvoir organisateur constitué de quatre personnes morales composée de :

- Deux formes privées : l'ASBL de la Mutualité Chrétienne Centre Hospitalier de Soignies & Braine le compte ainsi que l'ASBL les Amis du CHR de la Haute Senne ;
- Deux formes publiques : La ville et le CPAS³ de Soignies.

Le CHR Haute Senne est un hôpital local, à savoir un établissement de santé public ou privé qui contribue à l'offre de soins de premier recours dans sa région d'implantation. Le CHR Haute Senne possède trois sites hospitaliers situés à Soignies et comprend quatre maisons médicales. Il accueille des patients aux âges variés, pour toute sorte de soins intensifs ou chroniques. Il favorise la prise en charge personnalisée, et cela, dans le strict respect de l'individu. Le Centre Hospitalier Régional de la haute senne a pour objectifs d'offrir des soins de qualité et d'assurer la régularité des soins de qualité pour toute la population de la région.

L'hôpital comprend 15 services se répartissant du médical à l'administratif. Voici quelques chiffres :

- L'hôpital comporte 246 lits agréés et 15820 hospitalisations de jour ;
- Près de 1000 collaborateurs ;
- 800 admissions annuelles ;
- 8500 interventions chirurgicales ;
- 415000 contacts polyclinique ;

¹ La Loi du 08 juillet 1976 relative à la loi organique des centres publics d'action sociale (CPAS).

² Association sans but lucratif.

³ Centre public d'action sociale.

- 2790 hospitalisations de jours chirurgicales ;
- 640 Accouchements ;
- 28500 urgences.

Section III. Présentation des intervenants

1. Françoise Malfroid : Françoise est la responsable du département de comptabilité où elle travaille depuis plus de 27 ans. Elle a un rôle essentiel dans la gestion financière et administrative de l'établissement. Avec une carrière axée sur les hôpitaux, elle détient un baccalauréat et un master en comptabilité.

2. Antoine Geysens : Antoine travaille à l'hôpital depuis 2 ans. Il est attaché à la gestion budgétaire et contrôle de gestion dans le département de cellule de gestion. Sa tâche est l'élaboration, la présentation et le respect du budget de l'institution. Ce dernier se charge de l'analyse et du contrôle des comptes. Il s'occupe également de la réalisation d'études financières et de rentabilité de projet, de l'élaboration de pistes d'amélioration pour l'institution au travers d'analyses financières et présentation au Comité de Direction et de la gestion de projets transversaux. Avant son poste au CHR, il a découvert le monde hospitalier lors de son passage aux Cliniques Universitaires Saint Luc pendant six années. Durant son expérience à Saint Luc, ses missions ont évolué, mais il est resté dans le domaine financier et dans le contrôle de gestion de plusieurs départements non-médicaux. Il a une formation en comptabilité et une expérience de plus de 10 ans dans la gestion des performances, du contrôle budgétaire ainsi que dans divers rôles comptables dans les hôpitaux.

Chapitre II. Analyse des résultats financiers

Section I. Résultats financiers

Dans un premier temps, le travail portera sur les résultats financiers et non sur le budget. En effet, on peut toujours optimiser un budget en jouant sur l'impact des marges, mais cela ne reste pas moins de la théorie. Qui dit résultats, dit réalisations concrètes. Voici les derniers résultats de CHR HS :

	Comptes CHR HS					BUDGET	BUDGET_REVISE
	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant
	2019	2020	2021	2022	2023	2023	2023
Résultat d'exercice	540.957 €	379.315 €	168.221 €	-1.001.170 €	-2.689.366 €	-2.869.685 €	-2.710.896 €

Figure 3 : Comptes Résultat CHR.

Comme l'explique la figure ci-dessus, en 2022 et 2023, les résultats du CHR sont négatifs. L'interlocuteur explique que ces chiffres étaient attendus, car le résultat de 2023 est lié au budget élaboré et approuvé vers la fin de 2022. Il est également lié au budget révisé, qui est une révision budgétaire effectuée au 3e trimestre de 2023, sur la base de la situation comptable à mi- année.

Ces résultats négatifs peuvent s'expliquer de plusieurs manières :

Premièrement, pour l'année 2022, avec la crise énergétique, près d'un million d'euros de charges supplémentaires ont été supportées. Ces charges ne sont ni compensées, ni financées. D'autre part, de nombreuses indexations des frais de personnel, dont cinq indexations primaires (que nous ne pouvons pas mentionner pour des raisons de confidentialité), se répercutent sur les charges directes. Des indexations des prix des produits pharmaceutiques, ainsi que des produits divers, sont également observées. En ce qui concerne l'activité, les résultats restent assez satisfaisants, cependant les tarifs du code INAMI ne sont pas dépendants de l'hôpital. On observe donc un décalage entre le coût croissant des dépenses et le niveau des recettes, qui demeure stable. Cette situation est différente de celle d'une entreprise qui répercute directement l'augmentation de ses coûts sur son prix de vente.

Pour l'année 2023, nous observons une diminution de l'activité Covid, qui est une activité ayant un impact de marge très positif pour le laboratoire. En effet, le laboratoire pratique la tarification de certains tests (panel métabolique, hémogramme, tests génétiques...) en vertu de ses nombreux contrats avec les hôpitaux. Ainsi, cette situation s'explique par l'impact des indexations des frais de personnel en année pleine, qui affectent les frais directs, ainsi que la nouvelle indexation des prix pharmaceutiques, des frais divers, des contrats d'entretien et des frais informatiques. De même, l'indexation de 8 % des honoraires, due au code INAMI, a eu un impact positif, sans toutefois contrebalancer l'augmentation des coûts. Il a été également observé une indexation des salaires des médecins sur des taux fixes qui est spécifique au CHR. En effet, une partie des médecins est rémunérée sur la base d'un salaire fixe, indexé sur

l'évolution de l'indice santé, ce qui a un impact non négligeable sur les coûts en 2023. Finalement, la hausse des frais financiers peut s'expliquer par le recours à l'emprunt, de la part du CHR, en vue du financement de ses investissements et de ses frais divers. Les taux d'intérêts du marché, résultant des prêts bancaires, ont augmenté de manière significative en 2023.

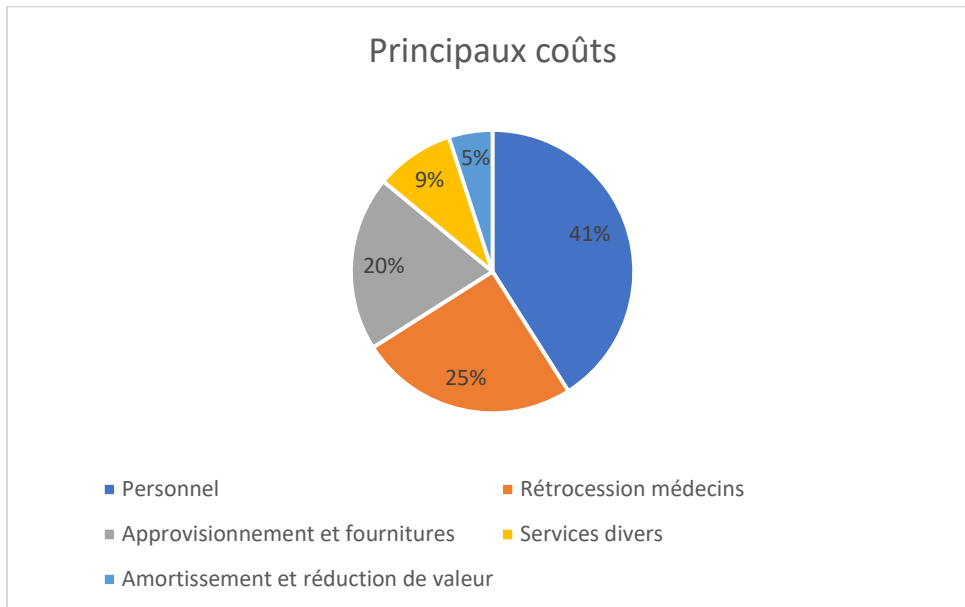


Figure ZZ : Principaux coûts

Globalement, les coûts principaux supportés par l'hôpital sont les suivants :

- Le personnel représente 49,2M € en 2023 pour le CHR HS qui représente 41% des charges totales ;
- La rétrocession des médecins représente 9,6M € soit 25% des charges totales ;
- Les approvisionnements et fournitures (pharma, réactifs, alimentaire...) sont à hauteur de 23,8M € soit 20% des charges totales ;
- Les services divers (maintenance, prestataires de services...) sont de 10,4M € soit 9% des charges totales ;
- Finalement, les amortissements et réductions de valeurs sont de 6,2M € soit 5% des charges totales.

Pour financer ces coûts, à court terme, l'hôpital dispose d'une ligne de crédit directe qu'il peut utiliser en cas de besoin pour reconstituer sa trésorerie et payer les fournisseurs, les salaires et les médecins. À long terme, l'emprunt est utilisé pour les investissements médicaux, l'équipement et l'immobilier.

Section II. Gestion de l'investissement

La planification des investissements nécessite un processus d'approbation basé sur différents critères, tels que la rentabilité, les seuils et les types de financement. Elle nécessite également diverses interactions, telles que des demandes de clarification, des demandes d'approbation, des rejets d'approbation et la sélection de nouveaux investissements. Pour être efficace et limiter les risques, un processus structuré est essentiel. La nature de l'information est de deux types : d'une part, elle peut être structurée sous forme de chiffres et de typologie et d'autre part, elle peut être non-structurée et inclure des commentaires.

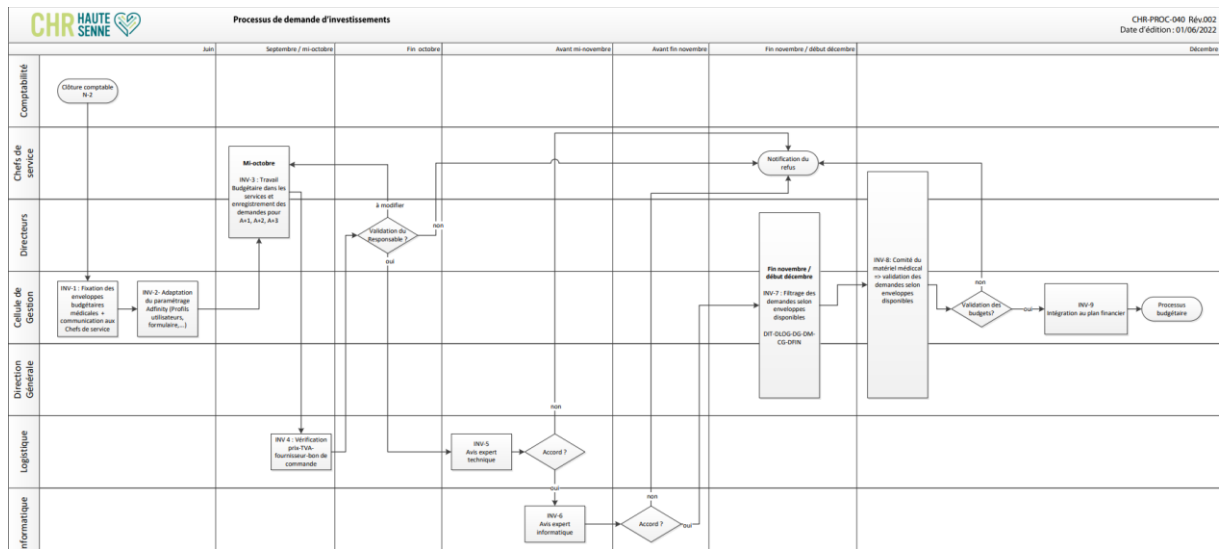


Figure 4: L'organigramme de l'investissement

La programmation des dépenses d'investissement (CAPEX) revêt d'une grande importance pour un certain nombre de raisons. En effet, elle est importante pour la gestion de la trésorerie, l'équilibre du bilan et la création de valeur.

Dans le cadre de la gestion des équilibres financiers, les investissements ont également un impact sur le bilan. À l'actif, dans la rubrique « Investissements et amortissements », mais aussi au passif, avec les résultats des amortissements, des provisions et des financements. Certaines opérations relèvent de mécanismes purement comptables, comme les conditions de reprise au bilan et la durée légale d'amortissement. D'autres, en revanche, soulèvent des questions sur les moyens utilisés pour financer les investissements. En tout état de cause, un certain nombre de ratios sont examinés à la loupe, tant en interne qu'en externe, pour contrôler les principaux équilibres - taux d'endettement, flux de trésorerie, etc.

La création de valeur est l'une des raisons fondamentales qui poussent à investir. En effet, avant de décider des aspects techniques de la rentabilité et du financement, il faut définir clairement les objectifs et le potentiel de l'investissement. C'est là où réside généralement la plus grande difficulté, puisque l'on ne sait pas ce que l'investissement apportera, ni ce qu'il reportera. De fait, il y a parfois une grande part de subjectivité dans la définition des hypothèses à ce niveau, ce qui s'apparente à un jeu de hasard.

Dans la chaîne de décision, les demandes d'investissement peuvent concerner le remplacement et/ou le développement. Le processus d'approbation d'un investissement implique :

- Des interactions ;
- Des validations successives ;
- Des données structurées et non structurées ;
- Des simulations ;
- Une communication entre les demandeurs opérationnels et les directions d'achats, informatiques et financières.

In fine, la décision sera le fruit d'un échange entre les différentes parties prenantes internes. En termes de chiffres, l'enveloppe d'investissement 2023 pour le CHR était de 4 millions d'euros, répartis comme suit :

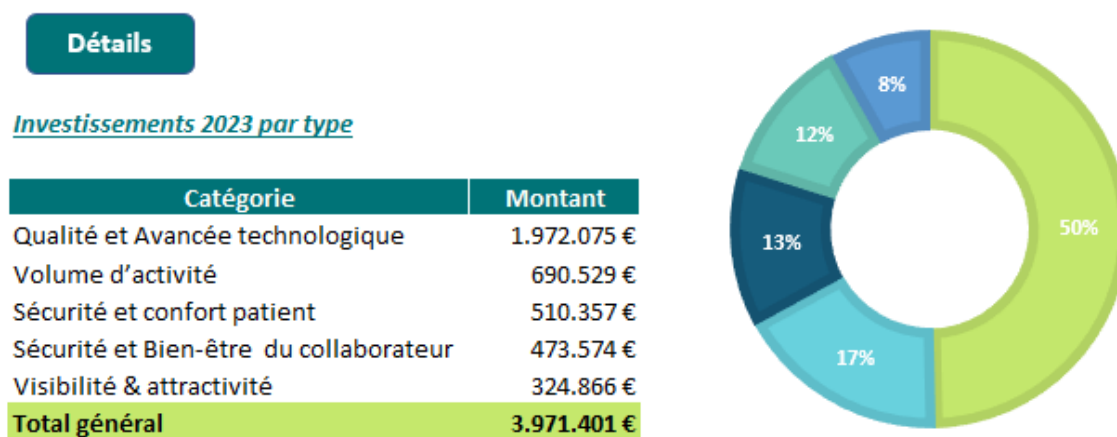


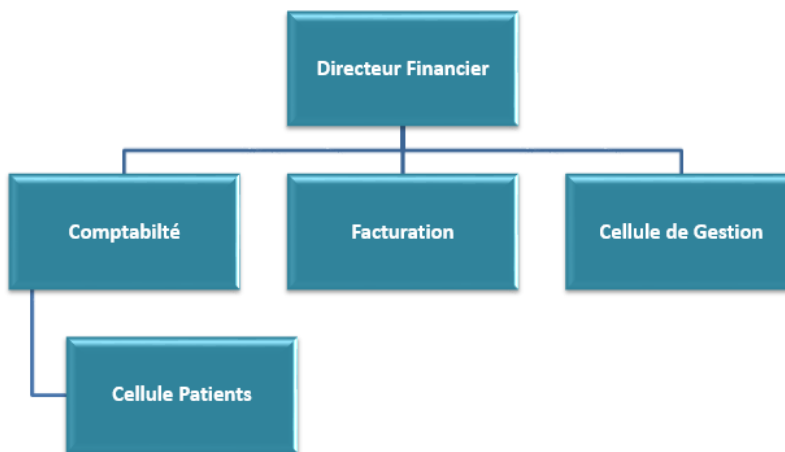
Figure 5 : Investissement de l'année 2023

Comme indiqué dans le tableau, ci-dessus, la moitié des investissements de l'hôpital concerne la qualité et les avancées technologiques. Ils s'élèvent à 1,9 million d'euros. Le volume d'activité représente 17 %, soit 690 529 euros, la sécurité et le confort des patients 13 %, à

savoir 510 357 euros, la sécurité et le bien-être des employés 473 574 euros et la visibilité et l'attractivité de l'hôpital 324 866 euros.

Le montant de l'enveloppe pour le matériel médical est calculé sur la base d'une règle interne appelée « marge sur les honoraires médicaux », c'est-à-dire la différence entre les honoraires générés (N709) et les honoraires promis (N619). Sur ce montant, on retient 6,20 % pour le gestionnaire et 6,20 % pour les business units. L'enveloppe pour les équipements non médicaux est définie par le CODIR entre les différents responsables de département, en fonction des besoins spécifiques et via des seuils historiques définis par département.

Section III. Processus de gestion budgétaire mis en place le CHR



Figures 6 : Organigramme département financier CHR

Il existe trois types de budget au sein du CHR : le budget d'exploitation, le budget d'investissement ainsi que le plan financier de l'hôpital.

Tout d'abord, la Cellule de gestion planifie les différentes étapes du budget d'exploitation. Elle organise les bilans financiers trimestriels avec les directeurs et les bilans financiers semestriels avec les chefs de services médicaux afin d'établir conjointement avec eux le budget et d'en assurer le suivi tout au long de l'année. Les directeurs établissent le budget et le suivi des charges comme les charges de personnel de contrats ou de pharmacie ainsi que des recettes en pharmacie. Les chefs de services médicaux sont impliqués dans l'établissement du budget des recettes de l'institution. Le budget est ensuite révisé semestriellement par la cellule de gestion et les personnes impliquées dans le processus afin de le coller le plus possible à la réalité et d'aider à la prise de décision. De plus, les médecins

participent pleinement à la création du budget au niveau des honoraires (N709). La direction financière et générale rencontre 2 fois par an chaque chef de service médical afin de définir avec lui un budget/objectif pour l'année N+1 et on revoit (si besoin) cet objectif à mi-année. Les médecins proposent également des investissements afin de développer des nouvelles techniques.

Ensuite, la Cellule de gestion planifie les différentes étapes du budget d'investissement. Elle collecte, une fois par an, les demandes d'investissements des chefs de services (infirmiers et médicaux) via le logiciel comptable « Adfinity ». Ces différentes demandes sont ensuite évaluées par les directeurs, les experts informatiques et techniques avant d'être arbitrées par le comité des investissements médicaux pour les demandes médicales et par le CODIR (comité de direction) pour les autres demandes en fonction des enveloppes disponibles.

Finalement, la cellule de gestion établit, sur base du budget de fonctionnement, du budget d'investissement et des projets à court, moyen et long terme, le plan financier de l'institution sur 5 ans. Ce plan financier est validé par le directeur financier et la directrice générale. Il sert également de base au document, qui doit être communiqué aux banques ou à la région Wallonne, afin de justifier certains investissements/emprunts.

Il convient de mettre en évidence les principaux facteurs du budget de l'hôpital. Ainsi, les honoraires des médecins atteignent 51 millions d'euros (soit 41 % du chiffre d'affaires global). Il est légitime de dire que l'activité, via les honoraires, revêt d'une grande importance. D'une part, il s'agit du revenu direct le plus important. D'autre part, ce sont principalement sur ces activités que seront calculés les financements futurs de l'hôpital. À titre d'exemple, le financement public (BMF) représente plus de 37 % du chiffre d'affaires du CHR.

Enfin, nous pouvons constater qu'il est possible d'améliorer le processus budgétaire du CHR. En effet, les médecins ne se trouvent jamais confrontés au "compte de résultat" de leurs services. En fait, on leur montre leurs chiffres d'activité et de vente, mais pas leurs coûts. À la différence d'autres hôpitaux qui analysent un service médical à travers sa marge, au sein du CHR, les médecins ne sont confrontés qu'à leurs recettes (N709 recettes de redevances).

Chapitre III. Analyses des réformes et les implications

Section I. Comprendre le climat actuel

Pour comprendre les réformes proposées par le CHR, il faut comprendre les interrogations et les projections sur l'avenir des hôpitaux en Belgique.

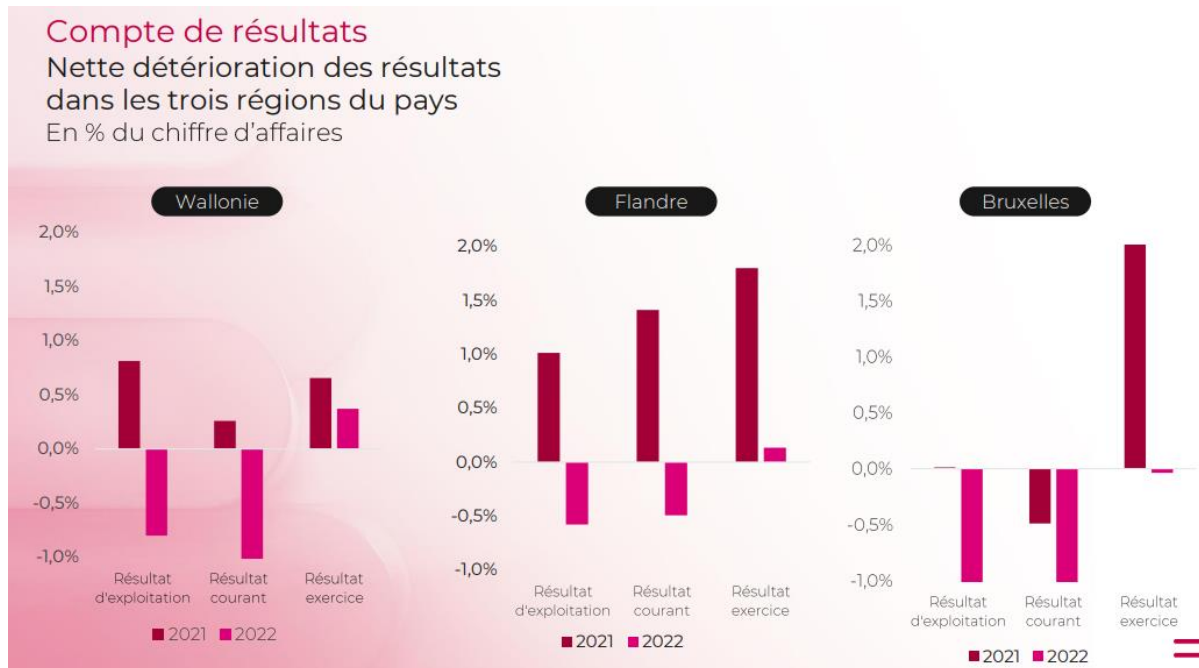


Figure 7 : Nette détérioration des résultats dans les trois régions du pays (Belfius, 2023).

Selon le ministre de la Santé Frank Vandenbroucke (2020), il convient de porter à nouveau toute notre attention sur les enjeux structurels de notre système de santé, des enjeux liés aux évolutions tant démographiques que sociologiques et technologiques que nous observons depuis quelques années et que nous continuerons à observer pendant longtemps. En conséquence, il estime (tout comme notre interlocuteur) que ce climat défavorable nécessite davantage de maintenir les investissements dans nos soins de santé, mais également de procéder à des réformes de ces derniers.

Comme le montre le graphique de l'analyse financière et organisationnelle réalisée annuellement par Belfius, les résultats des hôpitaux des trois régions du pays ne sont pas très encourageants en ce qui concerne l'avenir. De plus, selon l'intervenant, les dépenses de santé vont continuer à croître et les coûts devront être maîtrisés de manière plus assidue. Ceci inclut les coûts énergétiques, les achats partagés et les coûts d'entretien des pharmacies

Il est important de comprendre que le financement ne s'adapte pas si les hôpitaux sont déficitaires. En effet, le BMF fonctionne en vase clos, où chaque hôpital se voit attribuer une part du gâteau en fonction d'une série de critères d'efficacité et de divers autres facteurs. Chaque année, le BMF est indexé et révisé par le Service public fédéral de la santé publique, et les hôpitaux introduisent des données d'activité pour justifier leur part de financement. Dans une situation de déficit, il appartient à l'hôpital de mettre en œuvre des stratégies pour se remettre sur pied.

Section II. Enjeux pour le CHR

Dans les années à venir, le CHR sera confronté à plusieurs défis. Un nouveau système de gestion des rénovations sera mis en place au CHR. En effet, dans le cadre du deuxième plan de construction de la Région wallonne, qui s'étend de 2024 à 2028, une enveloppe de 24,2 millions d'euros a été octroyée pour financer la nouvelle surface du service des urgences, la rénovation de la maternité et l'agrandissement du bloc opératoire. Par ailleurs, un budget de développement de la polyclinique à Tubize et un accord avec les partenaires du Réseau Phare seront mis en place pour maximiser l'activité de la polyclinique.

De même, il y a le projet de développement des hôpitaux de jour afin d'assurer le virage ambulatoire de l'activité et ainsi maintenir la qualité des soins et un niveau d'accréditation élevé (le CHR est accrédité Platine par Accréditation Canada International). Parallèlement, le CHR va introduire l'IA⁴ dans l'institution et ainsi assurer la transformation numérique des soins, tout en se protégeant des cyberattaques. En effet, d'une part, on retrouve le projet Polaris en cours et qui devrait voir le jour en 2025, doté d'un budget de 6,8M €. D'autre part, le plan Phénix est pratiquement finalisé et devrait permettre au CHR d'éviter un black-out (résultant d'une cyberattaque) de l'hôpital. Dernièrement, plusieurs réformes ont été mises en place pour faire face à la pénurie de médecins et de personnel soignant.

Section III. Réforme budgétaire et implication

Objectifs

Pour l'année 2024, l'objectif est un retour à l'équilibre financier via différents ajustements :

⁴ Intelligence Artificielle (IA)

Une maîtrise des coûts liés au personnel et aux coûts d'énergie : aucune augmentation de personnel n'est prévue en 2024 contrairement à 2023 où nous avons pu engager ; de nouveaux investissements pour le développement de l'activité. En guise d'exemple, il y aura l'achat d'un 2^{ème} scanner de 750.000 € afin de développer et d'accroître l'activité imagerie. Des projets divers de réduction des coûts, comme par exemple une nouvelle chaîne au laboratoire ou une révision à la baisse du contrat de réactifs avec le fournisseur principal (confidentiel). Finalement, une stratégie d'augmentation des recettes dans divers secteurs est prévue. Il y aura un passage de 50 € à 100 € pour le supplément de chambre privé afin de s'aligner aux partenaires du réseau et aux autres hôpitaux de la Région.

Implications

À cet égard, on peut distinguer deux types de " réformes " : les réformes externes au CHR et les réformes internes au CHR. Les chiffres concernent ici le budget 2024 par rapport au budget 2023. De plus, les montants les plus significatifs seront comparés en termes d'impact sur les marges du CHR. Ainsi, si les effectifs augmentent et que l'hôpital perd de l'argent, un effet négatif sur la marge, représenté par le signe négatif, sera mis en évidence.

Les implications des réformes externes au CHR sont les suivants :

- ❖ Indexation de 6 % des honoraires : + 3M € de CA (N709) ;
- ❖ Indexation du BMF : hypothèse d'un index de 3 % -> + 1,1M € ;
- ❖ Index général sur les charges (hors personnel) de 2 % : - 667k € (N60 et 61 principalement) ;
- ❖ Index sur le personnel (au moment de la création du budget, 2 index étaient prévus en 2024 par le bureau du plan : - 2M € (N62) ;
- ❖ Frais de personnel : pas de réduction ONSS en 2024 par rapport à 2023 -> - 469k € ;
- ❖ Impact de la nouvelle réforme relative à la nomenclature laboratoire : hypothèse de neutralité financière ;
- ❖ Impact de la baisse des forfaits ambulatoires au laboratoire : - 130k €.

Les implications des réformes internes au CHR sont les suivants :

- Plan d'augmentation d'activité médicale via certains investissements ou autre dans les secteurs ci-dessous :
- Gastroentérologie : dédoublement de certaines plages opératoires afin d'augmenter l'activité du service -> + 34k € ;

- Physiologie : introduction à la facturation de suppléments sur les codes K -> + 110k € ;
- Radiologie : introduction de l'activité RMN/IRM le samedi -> + 62k € ;
- Radiologie : investissement dans un 2^e scanner au sein de l'hôpital -> + 570k € ;
- Labo du sommeil : investissement pour augmenter la capacité patient -> + 47k €.
- Passage des suppléments de chambre à 75 € : + 226k € ;
- Obtention de subsides ERIBA concernant des investissements 2023 : + 230k € ;
- Rétrocession des médecins : impact de l'augmentation d'activité et de l'indexation des forfaits : - 2,2M € ;
- Nouveaux contrats IT en lien avec des investissements divers : - 289k € ;
- Energie : baisse des consommations via plusieurs actions en interne et stabilisation des prix via la fixation des tarifs (clic) : + 345k €.

Chapitre IV. Perspectives d'avenir et recommandations

Section I. Tirer profit de l'expérience cumulée : la théorie des données probantes

L'intérêt pour la transparence et la rationalité des processus de prise de décision, lors de la formulation des politiques budgétaire de santé, s'accroît de jour en jour. Cette situation a conduit à l'émergence d'approches fondées sur des données probantes de santé. Dans ces systèmes, il est d'autant plus important de disposer d'éléments probants pour éclairer au mieux ces politiques budgétaires (Vandenbroucke et al., 2016).

L'objectif de la politique budgétaire de santé est défini comme étant de fournir un accès universel, des prestations complètes et uniformes, une allocation équitable des ressources, le remboursement des dépenses, la responsabilité publique et la liberté de choix pour les patients tout en restant efficace et efficient au niveau du financement et du budget. Lors de la formulation d'une politique de santé, il est important de comprendre comment les objectifs peuvent être définis, opérationnalisés et mesurés.

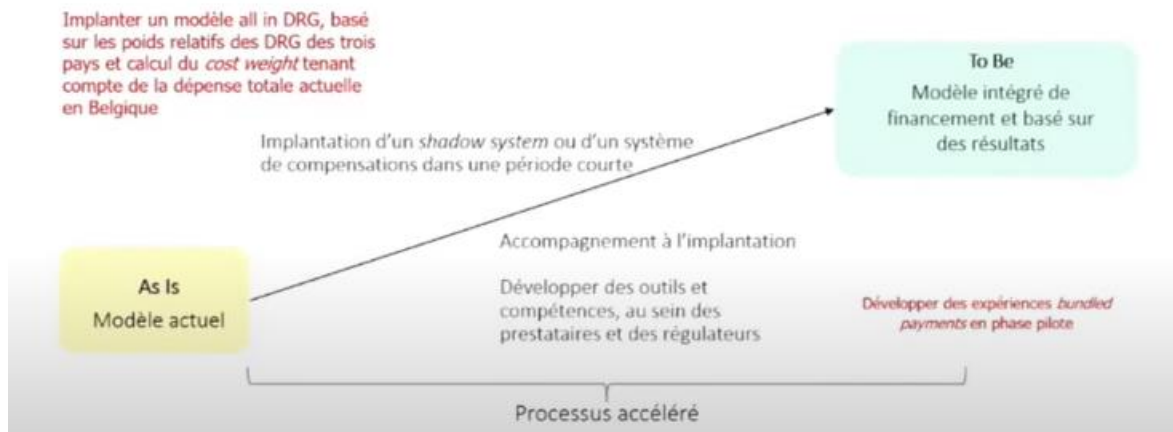


Figure 8 : La prise de décisions fondée sur des données probantes (Vandenbroucke et al., 2016).

Comme le montre la figure 8, l'axe de la prise de décision, fondée sur des données probantes, se compose d'un axe du champ d'application et d'un axe des données probantes. Plus on se déplace de gauche à droite sur l'axe des éléments probants, plus l'importance des données scientifiques dans la prise de décision et la demande d'éléments probants augmente. Dans la pratique de la médecine fondée sur des données probantes, nous constatons que le modèle actuel doit faire preuve d'un processus accéléré afin de parvenir à un modèle intégré de financement et fondé sur des données probantes.

Section II. Application sur les budgets hospitaliers

Selon les données récoltées de l'interview, la première étape devrait être la collaboration entre les hôpitaux, en évitant tous les essais réalisés en termes de financement de ces collaborations. En partant d'une base solide, les hôpitaux devront attribuer l'ensemble de l'argent composé par ces différents éléments du système actuel dans quatre enveloppes distinctes :

- La première enveloppe est celle du financement des patients, qui se concentrera sur la couverture de tous les coûts justifiés par les soins aux patients : nous trouverons non seulement les éléments directement liés à la période du patient, mais aussi les besoins médicaux du patient, le besoin d'hébergement, les médicaments et les dispositifs médicaux, l'aide sociale et toutes les autres charges financières (c'est-à-dire le fonds de roulement pour pouvoir couvrir le décalage entre le moment où ces services sont fournis et le moment où l'hôpital est payé).

- Une deuxième enveloppe sera consacrée au financement des investissements, où le principe serait de regrouper tous les éléments du budget provenant actuellement de toutes les sources de financement de l'hôpital dans une seule enveloppe destinée à couvrir tous les besoins en matière d'investissements immobiliers, mobiliers, constructions neuves, aménagements d'un bâtiment existant et équipements médicaux et non-médicaux résultant de l'investissement.
- Une troisième enveloppe serait destinée à financer la programmation : tout ce qui constitue l'investissement et le fonctionnement des activités programmées, et bien sûr le fait que celle-ci soit circonscrite dans une enveloppe spécifique permettrait qu'elle soit attribuée non pas à un seul hôpital, mais par l'association d'hôpitaux ou même un réseau de soins plus large dans lequel d'autres structures seraient incluses. De ce fait, les liens entre les dépenses et les objectifs stratégiques sont plus clairement établis
- Une quatrième enveloppe qui regrouperait l'ensemble des financements spécifiques, dont le périmètre est évidemment ouvert à la discussion, et qui inclurait les différentes fonctions d'urgence, de permanences imposées et contractuelles.

Cette réallocation suppose une forme de matrice à créer entre les nouvelles méthodes et les anciennes. Ainsi, il faudrait envisager un désamorçage du BMF, un allègement des forfaits hospitaliers, une réallocation des médicaments en fonction des patients ou des acteurs de soins intégrés, une modification de la convention INAMI et une répartition standard des honoraires entre ce qui relève des soins aux patients et ce qui n'en relève pas.

Section III. Potentiels avantages et inconvénients pour la gestion des budgets hospitaliers

Les politiques de santé fondées sur des données probantes peuvent apporter de nombreux avantages aux hôpitaux. En général, l'élaboration de politiques sur la base de fondements scientifiques dans le domaine de la santé peut aider à contribuer au développement des services de santé et peut amener les responsables des politiques de santé à prendre des décisions susceptibles de fournir de meilleurs services. Elles garantiront une meilleure prestation des services de santé au niveau du patient, une meilleure gestion des établissements de santé et une utilisation efficace des ressources. De plus, les coûts inutiles peuvent être évités en réalisant des analyses de coûts plus efficaces et plus solides. On peut également souligner que ces politiques encourageront l'utilisation de la meilleure méthode de traitement

et qu'elle aidera à la participation des patients au processus clinique et à garantir son autonomie. En effet, ce modèle facilitera l'application des résultats de la recherche et l'identification des problèmes de santé, accélérant la mise en œuvre des technologies de la santé et uniformisant relativement les pratiques des différentes institutions de santé.

Toutefois, plusieurs difficultés sont rencontrées dans la pratique. Une partie de ces problèmes découle de la nature des données probantes et de la complexité de la question à étudier. Une autre partie concerne la manière dont les éléments probants sont communiqués ou livrés aux personnes concernées. En outre, le manque de temps pour la lecture et l'évaluation des recherches, la nécessité d'un soutien financier supplémentaire et les problèmes liés à la compréhension de l'évaluation statistique constituent d'autres obstacles aux pratiques fondées sur des données probantes.

Malgré les pressions exercées en faveur d'une plus grande priorité accordée aux politiques fondées sur des données probantes, le monde réel favorise souvent les politiques fondées sur l'opinion. Les chercheurs et les décideurs politiques n'ont de relations entre eux que pour la réalisation de la recherche. Cette relation est maintenue comme un processus à sens unique.

Finalement, les chercheurs doivent créer un processus plus dynamique, à double sens, qui permettra d'évaluer les problèmes et les résultats de la recherche dès le début. Une telle approche interactive permettra une relation plus productive entre les chercheurs et les décideurs politiques

CONCLUSION

Après avoir analysé le cadre théorique du système de financement des hôpitaux en Belgique ainsi que leur organisation budgétaire, nous allons terminer ce mémoire en exposant les contraintes principales rencontrées dans l'établissement du budget hospitalier. **Pour répondre à notre question de recherche, nous venons d'identifier les différents facteurs, interne et externes, qui empêchent à l'hôpital de gérer, de façon efficace et efficiente son budget.**

Premièrement, comme nous l'ont fait remarquer nos intervenants, le plus grand problème réside au niveau du financement, car l'optimisation du budget dépend toujours des résultats financiers et donc des ressources dont dispose l'hôpital. La pandémie n'a malheureusement pas amélioré la situation. En effet, comme nous avons pu le voir pour le Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne, les résultats de ces dernières années sont négatifs.

Le BMF, qui est déterminé sur une base annuelle par le SPF Santé publique, consiste en une enveloppe fermée. Le montant de cette enveloppe, qui constitue la source de revenu principale de l'hôpital, n'est pas révisé dans le cas de figure où celle-ci se trouve dans une situation de déficit. Ainsi, il appartient à l'hôpital de mettre en œuvre des stratégies pour se remettre en situation d'équilibre. De plus, lors de la détermination du BMF, le SPF Santé publique ne prend pas en compte les différents coûts auxquels doit faire face l'hôpital. L'unique solution qui se présente à l'hôpital est le recours à l'emprunt en vue du financement de ses investissements et de ses frais divers.

In fine, comme nous avons pu le constater tout au long de ce mémoire, une réforme en la matière est indispensable. Toutefois, au vu des différents acteurs qui sont compétents en la matière, un compromis dans le domaine de la santé s'avère difficile à trouver. En effet, la Belgique compte aujourd'hui huit ministres de la Santé, qui doivent parvenir à s'entendre en conférence interministérielle afin d'arriver à un compromis. De plus, il est crucial d'impliquer les différents acteurs de l'hôpital dans cette nouvelle réforme, y compris les médecins, les infirmiers et les administrateurs, pour garantir une approche collaborative et transparente.

BIBLIOGRAPHIE

- Albouy, V., & Déprez, M. (2009). Mode de rémunération des médecins. *Economie prevision*, 188(2), 131-139.
- Bayenet, B., Fontaine, M., & Husden, Y. 35-36| 2021 La politique hospitalière en Belgique: financement, organisation et enjeux pour l'avenir.
- Bayenet, B., Fontaine, M., & Murphy, T. (2021). Quelles sont les conséquences d'un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées?. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 269-293.
- Bayenet, B., & Pagano, G. (2011). Le financement des entités fédérées : un système en voie de transformation. ULB Institutional Repository. <https://ideas.repec.org/p/ulb/ulbeco/2013-96192.htm>
- Beeckmans, J. (1998). Financement des hôpitaux en Belgique: évolutions et perspectives. *Journal d'économie médicale*, 16(1), 51-68.
- Belfius. (2023). Rapport MAHA, Belfius Bank.
- Ben Messaoud, S., Coëffé, M., & Pouppez, C. (2021). Les grands axes de la législation hospitalière. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 61-85.
- Conseil Central de L'économie. (2023). Causes et conséquences de l'inflation généralisée au niveau mondial : rapport Emploi-Compétitivité 2023. Disponible sur :<https://www.ccecrb.fgov.be/p/fr/1116/-causes-et-consequences-de-l-inflation-rapport-emploi-competitivite-2023/2>
- Conseil supérieur des finances. (2021). Comité d'Etude sur le Vieillessement :Rapport Annuel. Brussels: Federal Planning Bureau. Disponible en ligne: [https://www. plan. be/uploaded/documents/202107080852050.REP_CEVSCVV2021_12466_F](https://www.plan.be/uploaded/documents/202107080852050.REP_CEVSCVV2021_12466_F)
- De Block, M. (2015). Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux. Bruxelles: Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, 28.

- Dehaspe, P. (2021). L'élaboration d'un budget hospitalier. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 227-250.
- De Wever, A. (2021). Le paysage hospitalier et les réseaux d'hôpitaux. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 107-124.
- Devos, P. (2021). Honoraires médicaux et financement hospitalier. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 187-208.
- D'hoore, W., & Stordeur, S. (2004). Le système de santé belge: du mouvement mutualiste aux institutions de la sécurité sociale dans un État pluraliste. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 71.
- Durant, G. (2021). L'Hôpital belge en 2030. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 295-311.
- Durant, G. (2022). Le financement de l'activité hospitalière en Belgique: Contexte, situation actuelle et perspectives. *Mardaga*.
- Durant, G., & Leclercq, P. (2021). Le financement des hopitaux et de l'activité médicale: Panorama international et principes méthodologiques. *Mardaga*.
- Faniel, J., & Sägesser, C. (2020). Le fédéralisme belge à l'épreuve de la pandémie de Covid-19. *Politique, revue belge d'analyse et de débat*, 112, 12-17.
- Gossart, D., Meskens, N., & Guinet, A. (2010). Problématique de la gestion des lits d'hospitalisation: état des lieux en Belgique et comparaison avec la France. In 5ème Conférence Francophone Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers, GISEH.
- Hanbali, H., Claassens, H., Denuit, M., Dhaene, J., & Trufin, J. (2019). Once covered, forever covered: The actuarial challenges of the Belgian private health insurance system. *Health Policy*, 123(10), 970-975.
- Henrard, D., & Husden, Y. (2021). Les infrastructures hospitalières mises au défi par la sixième réforme de l'État. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 209-226.
- INAMI. (2018) Accord médico-mutuelliste. Disponible sur https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/accord_medecins_mutualites_2018_2019.pdf.

INAMI. (2019). Réforme Structurelle de La Nomenclature Des Prestations de Santé. Disponible sur :

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/PPT_reforme_nomenclature.pdf.

Jamart, H., Van Maele, L., Ferguson, M., Drielsma, P., Macq, J., & Van Durme, T. (2020). La première vague de Covid-19 en Belgique et les soins primaires. *Revue Médicale Suisse*, 16(713).

Leclercq, P., Mareschal, B., Martins, D., Bardiaux, S., Van Den Bulcke, J., & Pirson, M. (2021). Les honoraires professionnels médicaux dans le cadre du plan de réforme du financement hospitalier de 2015. *Revue médicale de Bruxelles*, 42, 55-65.

Leclercq, P., & Pirson, M. (2021). La nomenclature dans le financement des hôpitaux. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 155-186.

Leclercq, P., Ruysens, M., Martins, D., & Pirson, M. (2017). Le projet belge de tarification à la pathologie pourrait-il profiter de l'expérience de la T2A française?. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 65, S17-S18.

Miny, X. (2021). La Belgique face aux crises politique, sanitaire et budgétaire. *Revue de l'Euro*, 55.

Pierdomenico, L. D., Leclercq, P., Senterre, C., Delo, C., Martins, D., & Pirson, M. (2013). Activité et financement du personnel soignant aux urgences. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 31(5), 247-262.

Pirson, M., Van den Bulcke, J., Di Pierdomenico, L., Martins, D., & Leclercq, P. (2015). Analyse médico-économique de la patientèle oncologique de 14 hôpitaux belges. *Bulletin du Cancer*, 102(11), 923-931.

Rillaerts, S. (2021). La gouvernance hospitalière: une complexité croissante, multiple et sous-estimée. *Pyramides. Revue du Centre d'études et de recherches en administration publique*, (35-36), 251-268.

Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M., & Cleemput, I. (2012). Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts. *Health Technology Assessment (HTA)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins.

Thonon, O., Leroy, S., Maclot, E., Akafomo, V., Louis, P., Gillet, P., & Kolh, P. (2012). Enregistrement des données infirmières: exploitation des données et intégration dans le financement des soins infirmiers. In 6ème conférence francophone en Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers-GISEH.

Vandenbroucke, F. (2020). Retraites: Leçons des réformes belges (Pension Reform: Lessons From the Belgian Experience). Fondation pour l'Innovation Politique, Paris.

Vandenbroucke, F., Collombet, C., & Minonzio, J. (2016). Faire de l'investissement social un principe de réforme pour la protection sociale. Informations sociales, (1), 22-26.

Vandenschrik, V., Dock, T., & Cultiaux, J. (2021). La nouvelle gestion publique Partie I Comment l'émergence d'outils de gestion issus du privé transforme les entreprises publiques de manière générale et le monde hospitalier en particulier? Partie II Dans quelles mesures les nouvelles formes d'organisation du travail dans le milieu hospitalier ont un caractère aliénant sur le travail des salariés?.

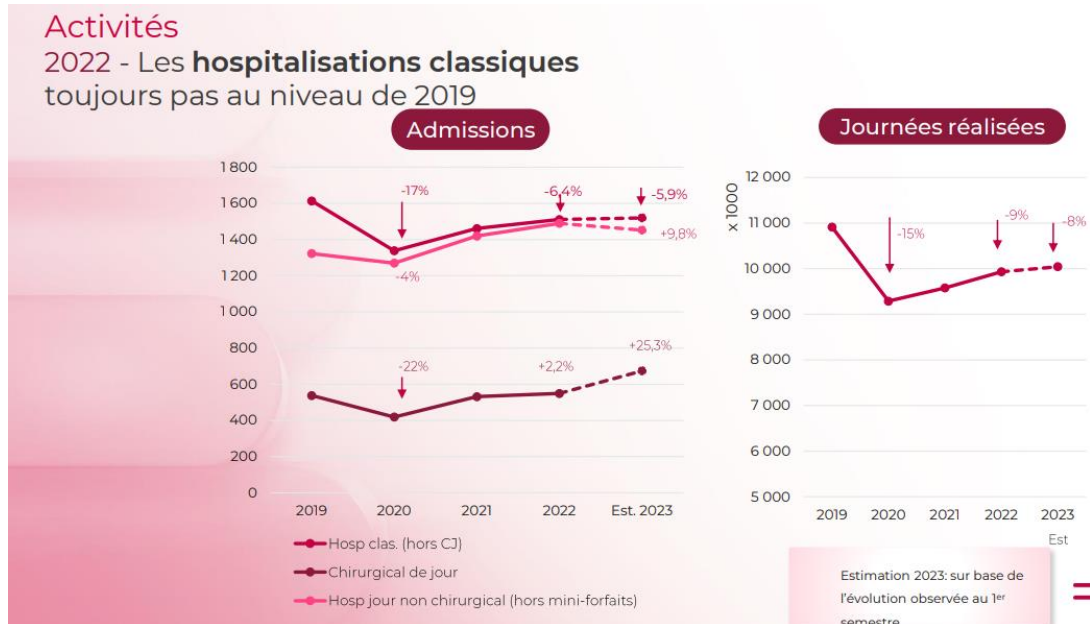
Vanhaute, O., Henne, C., Crombez, G., Callebaut, V., Broeckmans, S., Van Overschelde, L., ... & Berquin, A. (2016). Prise en charge de la douleur chronique en Belgique: organisation et financement. Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement, 17(1), 6-12.

Voz, B., & Charlier, N. (2023). Quand les patients " participent " à l'hôpital: enjeux et questionnements actuels. Le Chaînon.

ANNEXES

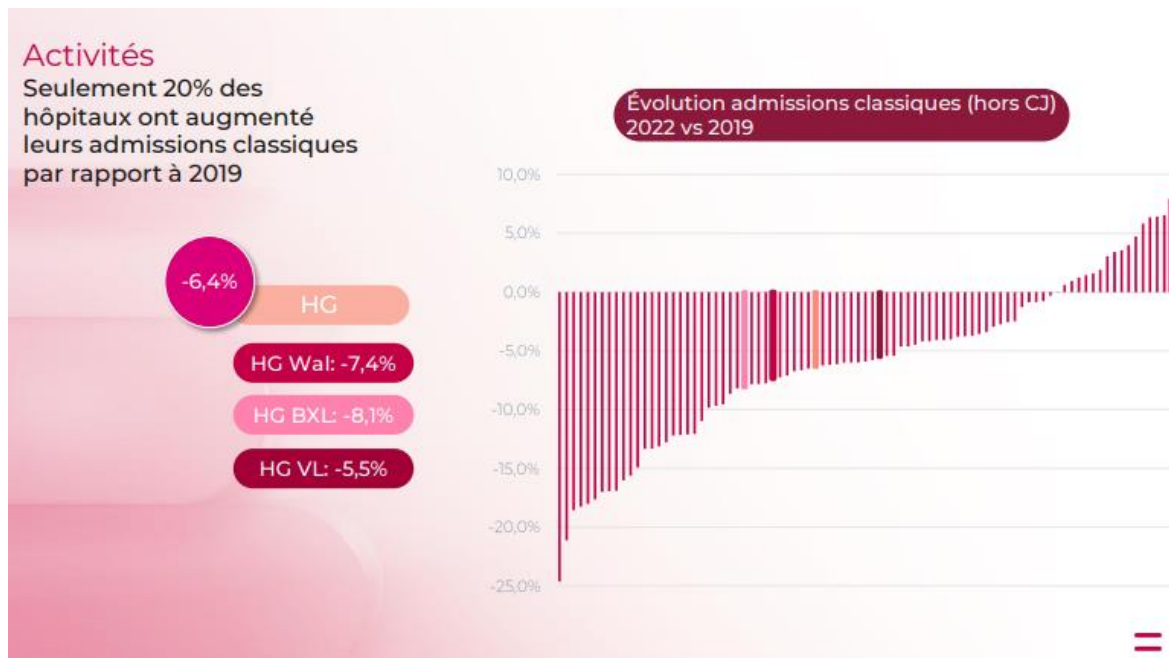
Annexes 1 : L'activité des hôpitaux

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>



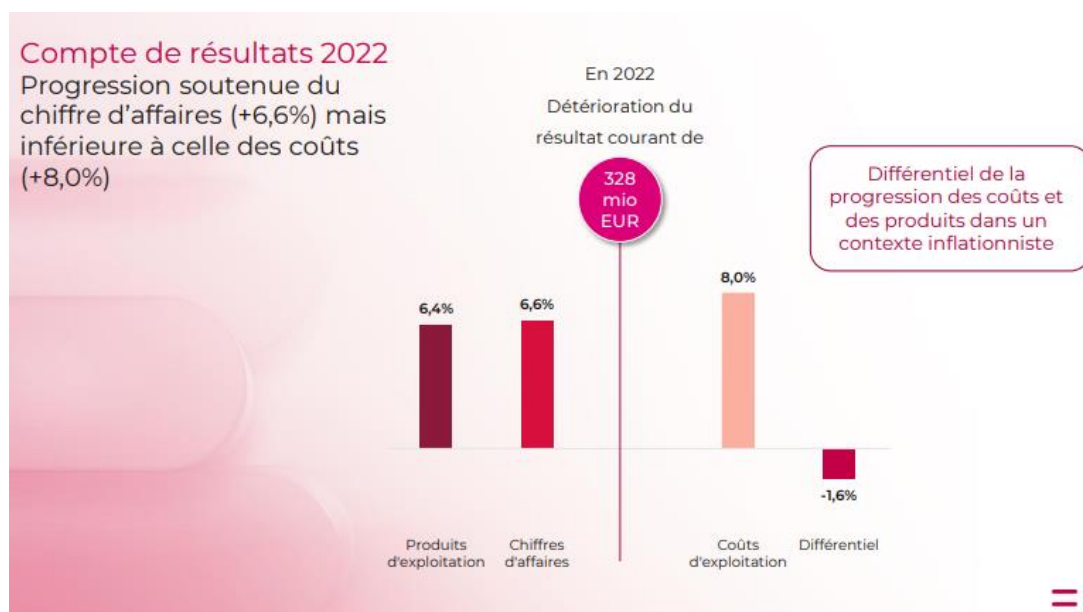
Annexes 2 : Evolution admissions classique

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>



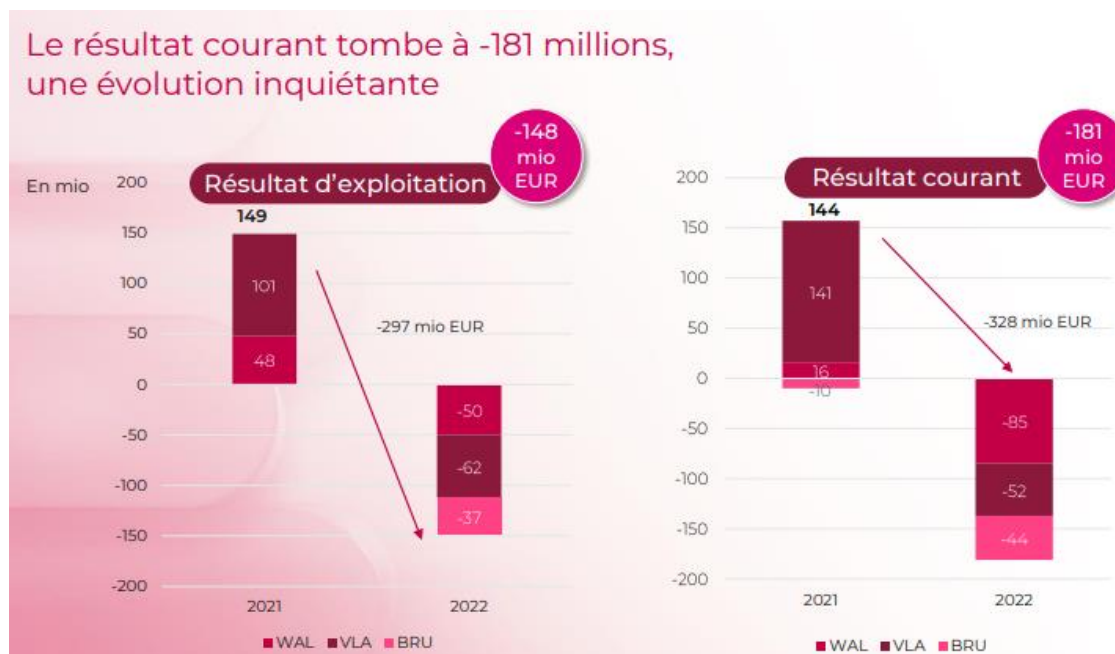
Annexes 3 : Compte résultat 2023

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>



Annexes 4: Compte résultat 2023 : Résultat d'exploitation

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>



Annexes 5: Coûts d'exploitation

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>

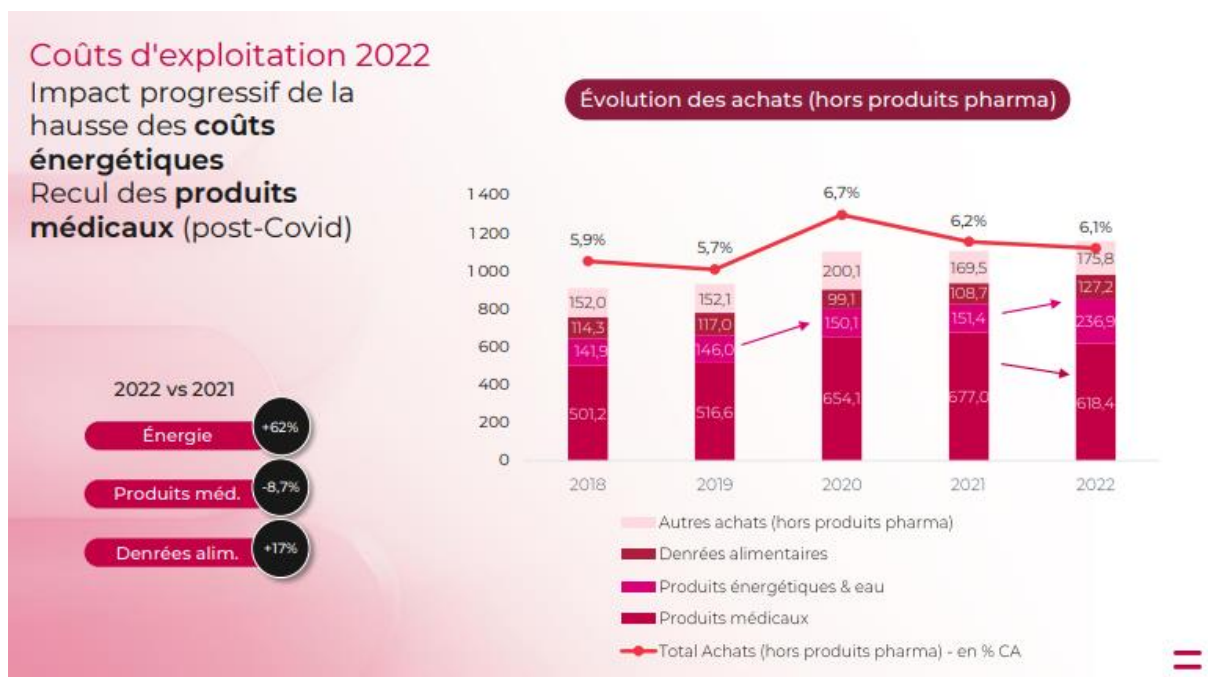
Coûts d'exploitation (+8,0%)

Progression très soutenue suite au choc inflationniste

	2021	2022	% Évolution
Chiffres d'affaires	17 807	18 980	6,6%
Achats & Fournitures	4 573	4 899	7,1%
Produits pharmaceutiques	3 524	3 795	7,7%
Autres achats (hors variat. stocks)	1 107	1 158	4,7%
Services et biens divers	6 083	6 294	3,5%
Rémunérations médecins	4 301	4 403	2,4%
Marge brute	8 719	9 419	8,0%
Rémunérations et charges sociales	7 340	8 408	14,5%
Charges non décaissées et autres charges	1 230	1 159	-5,8%
Total coûts d'exploitation	19 227	20 760	8,0%

Annexes 6: Evolution achat (hors produits pharma)

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>



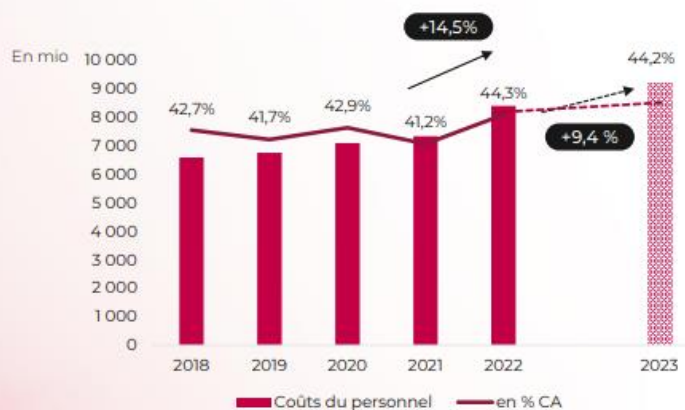
Annexes 6': Evolution coûts du personnel

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>

Coûts d'exploitation

- 2022 – Progression historique des **coûts du personnel** (+14,5%) suite au choc inflationniste
- 2023 – ralentissement mais la progression reste élevée (+9,4%)

Coûts du personnel



Annexes 7: Résultats de l'exercice

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>

Compte de résultats

Résultats courant et de l'exercice

	En % du chiffre d'affaires			En millions		
	2021	2022	Évolution 2021-2022	2021	2022	Évolution 2021-2022
Résultat exploitation	0.8%	-0.8%	-1,6%	149	-148	-297
Résultat financier	0,0%	-0,2%	-0,2%	-3	-33	-30
Produits financiers	1.0%	1.0%		188	190	+2
Charges financières	1.1%	1.2%		190	223	+33
Résultat courant	0,8%	-1,0%	-1,8%	147	-181	-328
Résultat exceptionnel	0,7%	1,1%	+0,4%	124	218	+94
Produits exceptionnels	2.0%	2.6%		362	496	+134
Charges exceptionnelles	1.3%	1.5%		238	277	+39
Résultat exercice	1,5%	0,2%	-1,3%	270	37	-234

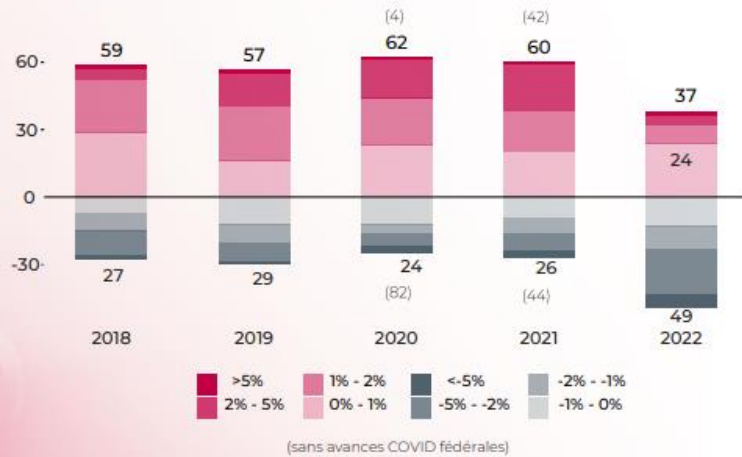
Annexes 8: Evolution du résultat courant

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>

Évolution du résultat courant sur 5 ans

En % du chiffre d'affaires

Répartition des hôpitaux avec un résultat courant + ou -



Annexes 9 : Problématique du personnel

Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>

Problématique du personnel

La quadrature du cercle pour les hôpitaux

Quel impact sur le niveau d'activités des hôpitaux ?

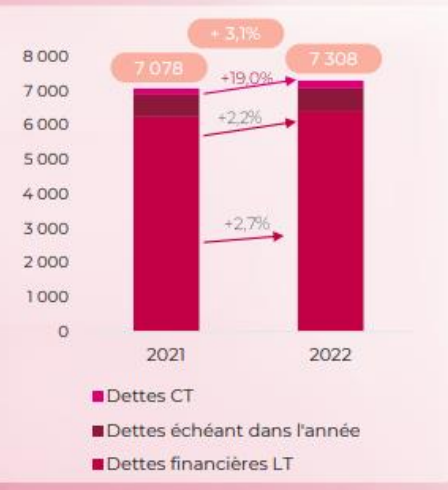


Annexes 10 : Dettes financières

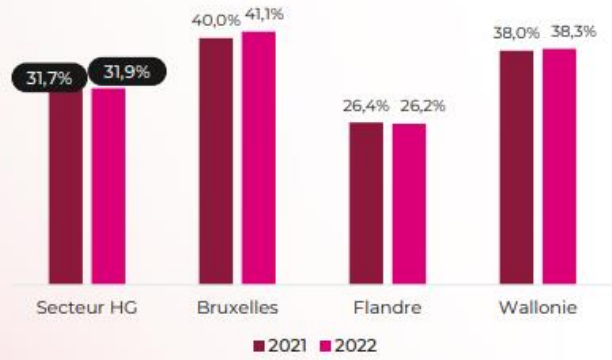
Source : Belfius. (2023). Analyse MAHA 2023. Disponible sur : <https://www.belfius.be/about-us/fr/actualites/analyse-maha-2023>

Dettes financières

Endettement global stable
mais progression de la
dette CT de près de 20%



Ratio d'endettement (financier)



Annexes 11 : Compte résultat (détaillé)

Source : CHR, 2024

Comptes CHR HS

							BUDGET	BUDGET_REVISE
		2019	2020	2021	2022	2023	2023	
I. Produits d exploitation	70/74	92.564.012 €	95.226.281 €	103.764.498 €	111.657.160 €	118.539.928 €	118.060.965 €	117.638.490 €
A. Chiffre d affaires	70	89.628.656 €	91.238.910 €	99.824.026 €	108.285.243 €	115.310.978 €	115.326.469 €	114.231.844 €
I.1. Prix de la journée d hospitalisation	700	33.508.963 €	41.543.547 €	36.429.938 €	40.460.814 €	42.824.123 €	42.744.105 €	42.757.633 €
I.2. Rattrapage estimé de l'exercice en cours	701	-1.200.863 €	-3.063.566 €	-1.075.311 €	425.795 €	242.571 €	-288.265 €	-265.377 €
I.3. Suppléments de chambre	702	464.450 €	340.000 €	335.950 €	373.000 €	457.050 €	369.463 €	452.050 €
I.4. Forfaits conventions I.N.A.M.I.	703	1.170.232 €	1.027.439 €	1.269.404 €	1.316.128 €	1.518.816 €	1.307.437 €	1.458.849 €
I.5. Produits accessoires	704	342.668 €	289.171 €	295.437 €	394.582 €	511.985 €	432.575 €	479.527 €
I.6. Produits pharmaceutiques et assimilés	705	12.741.427 €	12.136.199 €	14.459.955 €	16.374.275 €	17.254.595 €	17.759.218 €	16.735.373 €
I.7. Prix à l'hébergement	706	699.763 €	954.004 €	1.351.244 €	1.406.153 €	1.604.766 €	1.478.293 €	1.481.818 €
Forfait Basse Variabilité	707	2.461.017 €	2.191.158 €	2.676.886 €	2.934.031 €	3.198.881 €	3.292.506 €	3.267.477 €
I.9. Honoraires	709	41.902.015 €	38.012.116 €	46.757.409 €	47.534.496 €	50.897.072 €	51.523.643 €	51.131.971 €
B. Production immobilisée	72	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C. Autres produits d exploitation	74	2.935.357 €	3.987.371 €	3.940.472 €	3.371.916 €	3.228.950 €	2.734.496 €	3.406.646 €

Bilan :

		60/64	91.636.170 €	94.374.832 €	103.272.551 €	111.590.786 €	120.296.571 €	120.402.278 €	119.596.761 €
II. Coût des produits d exploitation									
A. Approvisionnements et fournitures	60	17.412.735 €	18.468.147 €	21.242.595 €	24.227.285 €	24.524.163 €	25.607.070 €	23.793.783 €	23.793.783 €
II.1 Achats	600/8	17.725.089 €	18.580.665 €	22.013.178 €	24.678.780 €	23.888.793 €	25.707.070 €	23.893.783 €	23.893.783 €
2. Variation des stocks (augmentation + réduction -)	609	-312.355 €	-112.518 €	-770.583 €	-451.495 €	635.370 €	-100.000 €	-100.000 €	-100.000 €
B. Services et fournitures accessoires	61	33.307.659 €	31.949.613 €	36.930.551 €	37.899.781 €	41.660.508 €	40.217.997 €	41.187.129 €	41.187.129 €
II.2 Services hors MAD et honoraires	610/616	7.364.201 €	7.986.151 €	9.028.467 €	9.168.460 €	10.433.269 €	9.636.095 €	9.652.163 €	9.652.163 €
II.3 Personnel intérimaire et personnel mis à disposition de C618	617	1.731.840 €	1.628.896 €	1.919.740 €	2.089.937 €	1.626.626 €	802.410 €	1.571.267 €	1.571.267 €
618		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
4. Rétributions médecins, dentistes, personnel soignant	619	24.211.617 €	22.334.565 €	25.982.345 €	26.641.384 €	29.600.613 €	29.779.492 €	29.963.699 €	29.963.699 €
C. Rémunérations et charges sociales	62	34.105.017 €	36.146.600 €	37.287.101 €	44.174.050 €	47.567.811 €	47.297.590 €	47.910.498 €	47.910.498 €
1. Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel médical	620.0	158.596 €	169.343 €	186.556 €	611.152 €	684.370 €	654.366 €	662.846 €	662.846 €
2. Rémunérations et avantages sociaux directs du personnel	620x	25.056.774 €	26.406.045 €	27.285.345 €	31.646.664 €	34.643.113 €	33.884.395 €	34.323.487 €	34.323.487 €
3. Cotisations patronales d assurances sociales du person	621.0	33.694 €	35.854 €	39.071 €	126.714 €	137.249 €	135.673 €	137.432 €	137.432 €
4. Cotisations patronales d assurances sociales du person	621x	7.917.283 €	8.390.221 €	8.597.023 €	9.997.111 €	10.593.721 €	10.704.005 €	10.842.713 €	10.842.713 €
7. Autres frais de personnel du personnel médical	623.0	1.386 €	1.753 €	1.628 €	5.885 €	8.102 €	6.301 €	6.383 €	6.383 €
8. Autres frais de personnel du personnel autre	623x	568.760 €	630.016 €	628.616 €	713.929 €	837.845 €	764.411 €	774.316 €	774.316 €
C624	624.0	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
624.x									
11. Provisions salariales du personnel médical	625.0	1.275 €	1.079 €	638 €	5.330 €	2.639 €	5.707 €	5.781 €	5.781 €
12. Provisions salariales du personnel autre	625x	367.250 €	512.288 €	548.224 €	1.067.265 €	660.771 €	1.142.731 €	1.157.539 €	1.157.539 €
D. Amortissements et réductions de valeur sur frais d'établ	630	5.737.349 €	5.386.227 €	5.565.545 €	6.036.462 €	6.205.427 €	8.235.511 €	6.205.427 €	6.205.427 €
Réduction de valeurs sur créances à un an au plus	631/4	80.918 €	71.040 €	253.002 €	450.880 €	221.935 €	615.133 €	191.450 €	191.450 €
F. 2. Provisions pour grosses réparations gros entretiens	635/7	717.795 €	2.078.273 €	1.822.290 €	-1.326.147 €	-407.626 €	-1.809.254 €	-1.500.000 €	-1.500.000 €
G. Autres charges d exploitation	64	274.698 €	274.932 €	171.466 €	128.476 €	524.354 €	238.232 €	458.465 €	458.465 €
1. Impôts et taxes relatives à l exploitation	640	12.312 €	32.485 €	27.043 €	35.801 €	189.638 €	66.385 €	177.148 €	177.148 €
2. Autres charges d exploitations	642/8	262.386 €	242.447 €	144.424 €	92.675 €	334.716 €	171.847 €	281.317 €	281.317 €

Résultat d'exploitation	70/64	927.843 €	851.449 €	491.947 €	66.374 €	-1.756.643 €	-2.341.313 €	-1.958.271 €
IV. Produits financiers	75	1.002.008 €	816.830 €	1.042.687 €	1.464.668 €	1.140.021 €	857.260 €	1.130.790 €
A. Produits des immobilisations financières	750	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
B. 1. Produits des actifs circulants	751	316.641 €	294.631 €	289.927 €	252.250 €	242.915 €	147.640 €	194.748 €
B. 2. Plus-values sur réalisation d'actifs circulants	752	160.281 €	26.798 €	117.311 €	584.893 €	328.287 €	342.334 €	451.564 €
C. Subsidés en capital et intérêts	753	516.441 €	510.360 €	626.688 €	624.966 €	576.841 €	365.788 €	482.502 €
D. Autres produits financiers	754/9	8.646 €	-14.959 €	8.761 €	2.559 €	-8.022 €	1.498 €	1.976 €
V. Charges financières	65	1.682.085 €	1.559.776 €	1.468.060 €	1.458.892 €	1.827.174 €	1.385.632 €	1.900.241 €
A. Charges des emprunts d'investissement	650	1.620.547 €	1.503.034 €	1.393.786 €	1.343.225 €	1.451.144 €	1.275.774 €	1.749.582 €
B. Réductions de valeur sur actif circulant	651	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C. Moins-values sur réalisation d'actifs circulants	652	22.978 €	23.035 €	14.405 €	15.934 €	223.771 €	15.134 €	20.754 €
D. Différences de change écarts de conversion des devises	654/5	132 €	267 €	126 €	19 €	3.187 €	18 €	25 €
E. Charges des crédits à court terme	656	6.917 €	0 €	272 €	46.620 €	98.595 €	44.279 €	60.723 €
F. Autres charges financières	657/9	31.511 €	33.440 €	59.470 €	53.094 €	50.477 €	50.428 €	69.157 €
Résultat courant	70/65	247.766 €	108.503 €	66.575 €	72.149 €	-2.443.796 €	-2.869.685 €	-2.727.722 €
VII. Produits exceptionnels	76	1.598.511 €	337.003 €	294.607 €	399.862 €	692.209 €	0 €	161.878 €
A. Reprises d'amortissements et de réduction de valeur sur immo incorp et corp.	760	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C761	761	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C. Reprises de provisions pour risques et charges exceptionnels	762	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
D. Plus-values sur réalisation d'actifs immobilisés	763	0 €	5.800 €	0 €	10.500 €	0 €	0 €	4.251 €
E. Autres produits exceptionnels	764/8	90.460 €	110.204 €	80.542 €	84.404 €	300.741 €	0 €	34.170 €
F. Produits afférents aux exercices antérieurs	769	1.508.051 €	220.999 €	214.065 €	304.958 €	391.469 €	0 €	123.458 €
VIII. Charges exceptionnelles	66	1.305.319 €	66.191 €	192.961 €	1.473.181 €	937.779 €	0 €	145.052 €
A. Amortissements et réductions de valeur exceptionnels sur	660	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C661	661	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C662	662	1.000.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
D. Moins-values sur réalisation d'actifs immobilisés	663	130.171 €	0 €	1.329 €	5.961 €	614.828 €	0 €	587 €
Autres charges exceptionnelles ex. en cours	664	1.023 €	1.596 €	1.374 €	1.322 €	799 €	0 €	130 €
C665	665	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C666	666	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C667	667	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C668	668	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
F. Charges afférentes aux exercices antérieurs	669	174.125 €	64.996 €	190.258 €	1.465.898 €	322.152 €	0 €	144.335 €
Résultat d'exercice		540.957 €	379.315 €	168.221 €	-1.001.170 €	-2.689.366 €	-2.869.685 €	-2.710.896 €
A. Bénéfice / Perte à affecter		4.350.162 €	4.729.477 €	3.897.694 €	2.896.469 €	207.103 €	0 €	0 €
C. Dotations aux réserves (-)		0 €	1.000.000 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
D. 1. Bénéfice à reporter (-)		4.350.162 €	3.729.477 €	3.897.694 €	2.896.469 €	207.103 €	0 €	0 €
Bénéfice à affecter		3.809.205 €	4.350.162 €	3.729.477 €	3.897.694 €	2.896.469 €	0 €	0 €
2. Bénéfice reporté de l'exercice précédent		3.809.205 €	4.350.162 €	3.729.477 €	3.897.694 €	2.896.469 €	0 €	0 €
B. Prélèvements sur les capitaux propres		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
D. 2. Perte à reporter		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
C794		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

Annexes 12 : Canevas procédures et modes opératoires-CHR

Source : CHR, 2024

3.2. Processus d'élaboration budgétaire type

3.2.1. Le calendrier classique du processus budgétaire

Typiquement, le processus budgétaire va commencer par l'émission d'un calendrier communiqué par la cellule de gestion à l'ensemble des directions fin du second trimestre de l'année qui va préciser les étapes du processus et les échéances

3.2.2. Les interactions entre les différents plans d'actions et les budgets associés

L'organisation du processus budgétaire doit tenir compte de la dépendance des plans d'action entre eux qui in fine seront valorisés financièrement.

- Budget des recettes

Dans le budget des recettes, la direction financière en collaboration avec les départements générateurs de recettes va préciser les moyens à mettre en œuvre pour réaliser les objectifs de « ventes » et en particulier déterminer les leviers d'action au travers desquels elle envisage d'agir comme par exemple la politique tarifaire (incluant les prix et les remises), la stratégie de ventes (promotions, canaux de distribution, cibles,...) et les effectifs nécessaires (quota, territoire). De façon concomitante, le budget des frais commerciaux doit être établi pour tenir compte des coûts de distribution et de logistique, de publicité et de promotion mais surtout dans le cadre d'une institution hospitalière des coûts salariaux, le principal levier.

- Budget des Approvisionnements (Achat et Logistique)

On va retrouver ici l'ensemble des valorisation associées aux opérations d'achat et de logistique : approvisionnement, transports, stocks, livraisons, paiements,...

- Budgets des Fonctions Supports

Ici on va retrouver l'ensemble des budgets des différents départements et du siège qu'il va falloir absorber (informatique, ressources humaines, finance, ...)

- Simulation de la masse salariale

Généralement, nous partons du cadre fixé lors du dernier exercice budgétaire, auquel nous intégrons les leviers d'action et projets de développement. On y ajoute les éléments de coûts comme les évolutions salariales/barémiques et les hypothèses d'indexation.

- Budget d'amortissement

Estimer par la comptabilité sur base des investissements réalisés lors de l'année précédente, on réalise le lien important avec le budget d'investissement (cfr [procédure budget d'investissement \(CHR-PRO-409\)](#)).

Exp-9 : le bilan financier du 1^{er} semestre est transmis aux différentes directions pour analyse

RH-0 : le service des rémunérations établit un relevé détaillé du cadre projeté pour l'année en cours, personne par personne, mois par mois, en équivalent temps plein (ETP), toute chose égale par ailleurs en termes de type de contrat, d'absence programmée, etc.

RH-1 : la cellule de gestion reçoit le cadre détaillé projeté et l'analyse. Ensuite, elle le communique aux différentes directions en reprenant le cadre fixé pour l'année en cours, éventuellement corrigé en fonction des modifications actées au cours du 1^{er} semestre.

RH-2 : les directions préparent leur budget en personnel sur base des éléments reçus par la cellule de gestion et des projets discutés avec la direction générale.

Exp-10/RH-3 : le bilan financier du 1^{er} semestre est présenté par le département financier et discuté avec le directeur de département et la direction générale. C'est l'étape où l'ensemble des éléments budgétaires sont réconciliés : les projections de dépenses et de recettes, les projets ainsi que les ressources humaines nécessaires.

RH-4 : le cadre en personnel pour chaque département est fixé suite à l'étape précédente.

RH-5 : la cellule de gestion valorise le cadre en personnel pour chaque département

Exp-11 : les recettes et les charges de l'année en cours sont ajustés sur base des derniers éléments connus et validés.

Exp-12 : la cellule de gestion intègre les derniers éléments de l'année en cours dans la projection de l'année suivante.

G-1 : une première version du budget d'exploitation de l'année suivante est consolidée.

G-2 : la première version du budget d'exploitation est présentée et discutée avec la direction générale.

G-3 : la clôture du 3^{ème} trimestre est réalisée par la comptabilité.

G-4 : les budgets de l'année en cours et de celle projetée sont revus.

[Processus de budget d'exploitation \(CHR-PROC-057\).](#)

Les différentes étapes pour la préparation du budget d'exploitation sont :

Exp-0 : pour démarrer le processus budgétaire, nous avons besoin que les recettes du 1^{er} semestre soient disponibles, ainsi que les charges en ce qui concernent les honoraires.

Exp-1 : la cellule de gestion réconcilie les recettes et les corrige/adapte éventuellement. Elle prépare ensuite les bilans financiers avec les chefs de services médicaux et paramédicaux.

Exp-2 : les bilans financiers du 1^{er} semestre sont présentés aux chefs de services médicaux et paramédicaux, ainsi que les directions générale, médical et administration générale. C'est l'occasion de voir si l'objectif est réalisé, pourquoi, revoir l'objectif de l'année en cours et estimer les recettes pour le prochain exercice.

Exp-3 : le bilan financier du 1^{er} semestre pour les recettes pharmaceutiques est établi.

Exp-4 : le bilan financier du 1^{er} semestre pour les autres recettes (BMF, suppléments, conventions et prix d'hébergement) est établi, analyse par rapport à l'atteinte de l'objectif et adapté pour l'année en cours et l'année suivante.

Exp-5 : la comptabilité clôture les comptes du 1^{er} semestre, les recettes et les charges sont fixées.

Exp-6 : la comptabilité estime les charges financières et les amortissements pour l'année en cours et suivantes

Exp-7 : la cellule de gestion analyse les comptes du 1^{er} semestre, les écarts budgétaires et prépare les bilans financiers avec les directions de département et la pharmacie

Exp-8 : le bilan financier du 1^{er} semestre pour les recettes et dépenses pharmaceutiques est discuté avec le responsable de la pharmacie, son directeur et la direction générale.

G-5 : un plan financier sur 5 ans est établi pour disposer d'une vue à moyen terme et anticiper l'impact financier de projets stratégiques plus conséquent.

G-6 : les budgets sont présentés au conseil Administration pour approbation.

G-7 : le déroulement du processus budgétaire est évalué

G-8 : les budgets sont intégrés dans notre solution de reporting pour en faciliter le suivi par la suite

Le processus budgétaire d'une année donnée est un processus continu, qui se finalise que quand l'exercice comptable de l'année en question est clôturé.

Une fois le budget d'exploitation initial fixé, ce dernier est révisé en fonction des derniers éléments connus. Les étapes pour la révision du budget d'exploitation sont :

REV-0 : les recettes du 2^{ème} semestre sont disponibles.

REV-1 : la cellule de gestion réconcilie les recettes et les corrige/adapte éventuellement. Elle prépare ensuite les bilans financiers avec les chefs de services médicaux et paramédicaux.

REV-2 : les bilans financiers du 2^{ème} semestre sont présentés aux chefs de services médicaux et paramédicaux, ainsi que les directions générale, médical et administration générale. C'est l'occasion de voir si l'objectif est réalisé, pourquoi, revoir l'objectif de l'année nouvelle.

REV-3 : les comptes de l'année précédente sont clôturés

REV-4 : la cellule de gestion analyse les comptes de l'année, les écarts budgétaires et prépare les bilans financiers avec les directions de département et la pharmacie

REV-5 : les bilans financiers de l'année clôturée pour les recettes et les dépenses sont discutés avec les différentes directions et le responsable de la pharmacie

REV-6 : la cellule de gestion intègre les éléments discutés et sujets à révision budgétaire

REV-7 : le budget révisé de l'année en cours est présenté et discuté avec la direction générale

REV-8 : le budget révisé est intégré dans l'outil de reporting

De la même façon qu'un exercice comptable dure 12 mois, un exercice budgétaire dure également 12 mois. De la même façon que notre institution réalise des clôtures comptables mensuelles, le budget d'exploitation et les objectifs d'activité sont suivis mensuellement par le département financier et le comité de direction.

L'intérêt de ce type de démarche est d'anticiper tous dérapages budgétaires.

Annexes 13 : Grand points de l'interview réalisé avec Mr Geysens

Quel est votre parcours professionnel ?

Cela fait un peu plus de 10 ans que je suis dans le monde hospitalier. Je travaille au CHR depuis 18 mois au sein de la cellule de gestion avec comme missions principales :

- Elaboration, présentation et respect du budget de l'institution
- Analyse et contrôle des comptes
- Réalisation d'études financières et de rentabilité de projet
- Elaboration de pistes d'amélioration pour l'institution au travers d'analyses financières et présentation au Comité de Direction
- Gestion de projets transversaux

Avant le CHR, j'ai travaillé pour le Groupe Jolimont pendant un peu plus de 3 ans au sein du service Gestion de performance en tant que contrôleur de gestion senior avec comme missions principales :

- Gestion financière, organisationnelle et économique de plusieurs départements médicaux sur 6 sites hospitaliers
- Elaboration et respect du budget
- Analyse et contrôle des comptes
- Contrôle et optimisation du processus de facturation
- Mise en place d'indicateurs
- Tenue et création de tableaux de bord

Auparavant, j'ai découvert le monde hospitalier lors de mon passage aux Cliniques Universitaires Saint Luc pendant 6 années. Durant mon expérience à Saint Luc, mes missions ont évolué mais je suis resté dans le domaine financier et le contrôle de gestion de plusieurs départements non médicaux.

Avant de connaître le monde hospitalier, j'ai commencé ma carrière professionnelle en tant que comptable dans une entreprise de gestion de maison de repos (1 an). J'ai ensuite connu une expérience différente au sein du département marketing de la Croix Rouge de Belgique, expérience qui m'a fait découvrir la coordination de projet (récolte de fonds) ainsi que la gestion d'équipe pendant pratiquement 3 années.

Quels sont les plus grands coûts de manière pratique ? (Résumé)

- Le cout du personnel -> 49,2M€ en 2023 pour le CHR HS soit 41% des charges totales
- La rétrocession médecins -> 29,6M€ soit 25% des charges totales
- Les approvisionnements et fournitures (pharma, réactifs, alimentaire...) -> 23,8M€ soit 20% des charges totales
- Les services divers (maintenance, prestataires services...) -> 10,4M€ soit 9% des charges totales
- Les amortissements et réduction de valeurs -> 6,2M€ soit 5% des charges totales

Dans une situation de déficit, comment on réapprovisionne les hôpitaux ? (Résumé)

Le financement ne s'adapte pas si les hôpitaux sont en négatifs. LE BMF fonctionne en enveloppe fermée et chaque hôpital prend une part du gâteau en fonction de toute une série de critères d'efficacité et autres. Chaque année le BMF est indexé et revu par le SPF Santé publique et chaque année les hôpitaux rentrent des données d'activité afin de justifier leur

partie du financement. Dans une situation de déficit, c'est à l'hôpital à mettre en place des stratégies afin de relever la tête (exemple au CHR avec 2024)

Budget entreprise (dettes) vs budget hôpitaux (financement état) ...Point les plus important pour le budget hospitalier ? (Résumé)

J'ai tenté de lister les enjeux des prochaines années pour le CHR :

- Les dépenses en soin de santé vont poursuivre leur progression : nous allons devoir maîtriser nos coûts de façon plus assidue (énergie, mutualisation des achats, pharmacie...)
- La gestion de la rénovation du CHR : dans le cadre du second plan de construction de la région Wallonne (2024-2028), nous avons obtenu une enveloppe de 24,2M€ afin de financer certains dossiers (nouvelle surface afin d'agrandir les urgences, rénovation maternité, agrandissement bloc opératoire...)
- Développement de nos polycliniques (Tubize) et accord avec nos partenaires du Réseau Phare afin de maximaliser l'activité au sein des polycliniques
- Développement des hôpitaux de jour afin d'assurer le virage ambulatoire de l'activité
- Maintenir un niveau d'accréditation élevé (le CHR est accrédité Platine par Accréditation Canada International)
- Maintenir une qualité des soins
- Assurer la transformation digitale des soins : le projet Polaris est en cours et devrait voir le jour en 2025 (budget du projet pour le CHR = 6,8M€)
- Introduire l'IA au sein de l'institution
- Se protéger contre les cybers attaques : le plan Phénix est pratiquement finalisé et doit permettre au CHR d'éviter un blackout de l'hôpital
- Faire face à la pénurie de médecins et de personnel soignant

Comment ils (les médecins) essaient d'investir dans différentes nouvelles choses pour améliorer leurs services à un coût plus bas ?

C'est, pour moi, le point à améliorer dans le process budgétaire du CHR. Le médecin n'est jamais confronté au « compte de résultat » de son service. En effet, on lui expose son activité et son chiffre d'affaires mais on ne met pas en relation les coûts. A la différence d'autres

hôpitaux, qui analysent un service médical via sa marge, ici au CHR on n'analyse avec le médecin exclusivement ses recettes (CA honoraires N709).

Détails des chiffres et résultats (Résumé)

2022 :

- Crise de l'énergie -> 1M€ de charges supplémentaires (non compensées ou financées)
- Plusieurs indexations frais de personnel (5 index) -> impact charge direct
- Indexation des prix (pharma et produits divers)
- Activité ok mais tarif d'un code inami ne dépend pas de l'hôpital -> décalage entre les prix des charges qui augmentent et le tarif des recettes qui reste stable (différence avec une entreprise, qui va elle directement répercuter ses hausses de charges dans son prix de vente)

2023 :

- Baisse activité Covid -> activité avec un impact marge très positif au niveau du labo
- Impact en année complète des indexations frais de personnel -> impact charge direct
- Nouvelle indexation des prix (pharma, divers, contrats de maintenance & IT)
- Impact positif : indexation de 8% des honoraires (code inami) mais cela ne compense pas les augmentations des coûts
- Indexation du salaire des médecins aux forfaits -> propre au CHR (une partie de nos médecins est payée au forfait fixe et ce forfait est indexé en fonction de l'évolution de l'indice santé donc impact charge important pour 2023)

- Augmentations des charges financières -> le CHR a recouru à l'emprunt pour financer ses investissements et divers. Les taux sur les marchés ont fortement augmenté en 2023

2024 :

- Maitrise du personnel -> pas d'augmentation de personnel en 2024 vs 2023
- Nouvelle indexation des honoraires de 6%
- Investissements pour développer de l'activité -> exemple : achat d'un 2° scanner (750k€ invest) afin d'augmenter l'activité imagerie
- Meilleure maitrise des coûts énergie
- Projets divers de réduction des coûts -> exemple : nouvelle chaine au labo et révision à la baisse du contrat de réactifs avec le fournisseur principal (Roche)
- Stratégie d'augmentation des recettes dans divers secteurs -> exemple : passage de 50€ à 100€ pour le supplément de chambre privé afin de s'aligner aux partenaires du réseau ainsi qu'aux autres hôpitaux de la région

Reformes et chiffres tableau (Résumé)

Reformes externes		
Type	%	Impact
Indexation honoraire	6%	+3M
Indexation BMF	3%	+1,1M
Indexation charges hors personel	2%	-667K
Frais de personnel		-469K
Impact nomenclature labo		neutre
Impact baisse des forfaits ambulatoires au laboratoire		-130K

Reformes interne		
Type	%	Impact
Gastroentérologie	6%	+34K
Physiologie	3%	+110K
Radiologie	2%	+570K
Radiologie (IRM)		-469K
Labo sommeil		+47K
Passage des suppléments de chambre	15%	+226K
Subsides Eriba		+230K
Rétrocession médecins		-2,2M
Nouveaux contrats IT		-289K
Energie		+345K

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Louvain School of Management

Chaussée de Binche 151, 7000 Mons, Belgique | www.uclouvain.be/lsm