

État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient

Données 2022

2024

Auteurs : Luk Bruyneel, Wies Kestens, Françoise De Wolf, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens, Judith, Henderick, Bernard Landtmeters

Colophon

- Sujet :** Dans cette édition du Baromètre hospitalier de l'AIM, nous analysons les tickets modérateurs et les suppléments facturés aux patients pour les séjours dans les hôpitaux généraux et universitaires en 2022.
- Date de publication :** 17 avril 2024
- Rédaction :** Erik Roelants
- Références recommandées :** Bruyneel, Luk; Kestens, Wies; De Wolf, Françoise; Di Zinno, Tonio; Dolphens, Mieke; Landtmeters, Bernard (2024), État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient (données 2022), Agence Intermutuelle IMA, Bruxelles.
- Coordonnées :** ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles
Tél. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be
BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

Ce document est disponible en téléchargement sur le site web www.ima-aim.be.

La reproduction partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	3
1.1. Contexte	4
1.2. Objectif	4
2. Méthodologie	5
2.1. Données	5
2.2. Analyse	6
2.3. Limites de l'étude	8
3. Résultats	10
3.1. Données globales et évolutions	10
3.2. Facture patient par séjour individuel	15
3.3. Suppléments d'honoraires médicaux	18
4. Conclusion	26
4.1. Principaux constats	26
4.2. Principaux résultats	27
4.3. Commentaires et recommandations	28
Bibliographie	30
Annexes	31
Annexe 1. Aspects méthodologiques	31
Annexe 2. Pourcentage maximal du supplément d'honoraires facturés par hôpital : évolution 2021-2022	36

Résumé

Le montant et la prévisibilité de la facture patient constituent un enjeu essentiel de l'accessibilité aux soins hospitaliers.

Dans les 99 hôpitaux aigus et universitaires de Belgique, un total de 1,37 milliard d'euros de tickets modérateurs et de suppléments a été facturé aux patients lors d'hospitalisations classiques et d'hospitalisations de jour en 2022. Près de 70 % de ce montant facturé aux patients, soit 947 millions d'euros, concernaient des suppléments et des montants non remboursables¹ qui constituent des montants exclus des « filets de sécurité » du système de soins de santé belge, à savoir le MàF (maximum à facturer) et l'intervention majorée.²

Près des deux tiers de ce montant de suppléments et de montants non remboursables sont des **suppléments d'honoraires sur les honoraires remboursables des médecins, pour un montant de 616 millions d'euros, soit 45% de la facture patient pour l'ensemble des séjours hospitaliers.**

Après une croissance ininterrompue, le rapport entre le montant total des suppléments d'honoraires médicaux par rapport au montant total des honoraires (intervention de l'assurance obligatoire (AMI) + ticket modérateur), a amorcé un léger recul

¹ Les suppléments et les montants non remboursables, recouvrent les suppléments d'honoraires et de chambre, des prestations non remboursables (notamment honoraires, médicaments, matériel...) et différents suppléments de confort.

² Les statut BIM, en termes de la facturation au patient, indique que le bénéficiaire a droit d'une intervention plus importante de l'AMI pour la plupart des postes de dépenses (frais de séjour, honoraires, médicaments, etc.), mais pas pour les implants, ni pour les prestations non remboursables ou les suppléments.

en 2022, résultant essentiellement d'une légère baisse de la proportion de séjours avec suppléments d'honoraires.

Bien que le coût moyen par séjour en chambre commune se soit stabilisé en 2022, le montant de la facture patient a continué **d'augmenter entre 2021 et 2022 en chambre individuelle**. Le risque financier auquel les patients sont susceptible d'être confrontés reste préoccupant :

- Il subsiste un risque réel que les patients soient confrontés à des **factures très élevées**, surtout influencés par les **suppléments et les montants non remboursables**. En 2022, le montant facturé aux patients a dépassé 3 000 euros pour plus de 76 500 séjours (73 300 classiques et 3 200 hospitalisations de jour). Pour plus de 4.500 séjours, la facture patient a dépassé 10 000 €. **L'augmentation du nombre d'hospitalisations de jour pour lesquelles le coût supporté par le patient dépasse 1 000 € est** également marquante (près de 60.000 séjours en 2022 contre 55.200 en 2021, soit +8 %). Bien que les factures (extrêmement) élevées soient principalement liées à des séjours en chambre individuelle, **le coût pour le patient peut également être élevé en chambres commune**, par exemple en raison du coût des implants.
- Les patients sont confrontés à l'**incertitude** quant aux dépenses auxquelles ils devront faire face. Comme les baromètres précédents l'ont mis en évidence, le coût supporté par le patient varie pour une même intervention, y compris en chambre commune entre mais aussi au sein des hôpitaux. Cela vaut également pour les interventions courantes : l'introduction d'un financement forfaitaire pour les séjours de soins à faible variabilité n'empêche pas des différences significatives dans la facturation au patient entre et au sein des hôpitaux, pour la même intervention dans le même type de chambre. De plus, pour les séjours en chambre particulière, le **pourcentage maximum de supplément d'honoraires facturable** - qui varie entre les hôpitaux de 100 % à 300 % - **ne constitue pas une information suffisamment claire sur les suppléments d'honoraires qui seront effectivement facturés au patient**, à la fois en termes de pourcentage et - plus important encore - en termes d'euros.



1. Introduction

Chaque année, l'Agence Intermutualiste (AIM) publie des analyses des montants facturés aux patients pour un séjour hospitalier. Les décideurs politiques, les chercheurs et le grand public sont ainsi informés de l'évolution des montants facturés aux patients lors d'un séjour hospitalier (hospitalisation classique ou de jour). Une attention particulière est accordée à la variation des montants facturés, par exemple en fonction de l'hôpital, du type de chambre ou du statut social du patient. Cette étude, le Baromètre hospitalier IMA, permet d'évaluer l'accessibilité financière d'une hospitalisation et d'alimenter les débats sur la transparence et la prévisibilité du coût pour le patient ainsi que sur l'impact des suppléments sur la facture du patient. Les analyses sont également utilisées pour alimenter les sites internet des mutuelles en informations pour les patients et pour publier des indicateurs spécifiques aux hôpitaux dans l'Atlas IMA.

1.1. Contexte

L'accessibilité financière aux soins est l'une des pierres angulaires de notre système de santé.

Le report des soins pour des raisons financières est un problème en Belgique, en particulier parmi les groupes aux revenus les plus faibles. Les dépenses privées en matière de soins de santé peuvent également augmenter au point de faire basculer les individus dans la pauvreté lorsqu'ils sont confrontés à de graves problèmes de santé [1,2,3,4].

Avec un montant moyen de la facture patient qui augmente d'année en année bien que les durées (moyennes) de séjours continuent à diminuer, mais aussi une grande variabilité de cette facture qui peut atteindre plusieurs milliers d'euros, le risque de renoncement à des soins nécessaires constitue une réalité, d'autant plus que le patient risque d'être confronté à d'autres coûts (soins ambulatoires, etc...) qui dépassent le cadre de la présente analyse.

Afin de freiner la croissance des suppléments d'honoraires et comme étape intermédiaire à un plafonnement légal des suppléments d'honoraires attestables, le gel du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires au niveau de l'hôpital est entré en vigueur en mai 2022³.

1.2. Objectif

Evaluer dans quelle mesure le système d'assurance maladie obligatoire répond aux objectifs d'accessibilité financière pour les séjours hospitaliers, ceci au-travers d'une analyse des coûts à charge patient, de leurs évolutions, des différences entre séjours, avec une attention particulière aux factures les plus élevées.

³ Convention collective du 12 mai 2022 conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins hôpitaux, addendum du 28 avril 2023 et du 22 février 2024 à la convention collective du 12 mai 2022, convention collective 2024 sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions

Arrêté royal du 20 juillet 2022 rendant obligatoire la convention collective du 12 mai 2022 conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions -; arrêté royal du 11 juillet 2023 rendant obligatoire l'addendum du 28 avril à la convention collective du 12 mai 2022, conclue au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions.



2. Méthodologie

Source de données, analyse et limites des analyses

2.1. Données

Les données analysées couvrent toutes les données de facturation des admissions hospitalières dans les hôpitaux généraux (y compris universitaires) de 2018 à 2022, facturées aux organismes assureurs au cours des années civiles concernées ou des deux premiers trimestres de l'année suivante. Pour les analyses concernant les suppléments d'honoraires médicaux, les données historiques jusqu'à 2006 sont également utilisées.

Les montants sont exprimés en valeur nominale (prix courants). Leur évolution doit dès lors être mise en parallèle avec l'inflation. L'indice santé a augmenté⁴ de 4,5%

⁴ L'indice santé base 2013 pour les années 2018 : 107,35 ; 2021 : 112,21 ; 2022 : 122,59, source Statbel : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/prix-la-consommation/indice-sante>

sur 3 ans (de 2018 à 2021), puis de + 9,3% en 2022 par rapport à 2021, soit 14,2% par rapport à 2018 (cf. annexe 1 E).

Les types d'activité inclus dans cette étude sont les séjours hospitaliers classiques, les hospitalisations de jour chirurgicales, les hospitalisations de jour non chirurgicales (maxi-forfaits, forfaits 1 à 7, forfaits douleur chronique à l'exclusion des forfaits salle de plâtre, forfait port-à-cath, etc.), et l'hôpital de jour oncologique⁵.

Les données analysées portent sur toutes les admissions pour lesquelles il existe une intervention de l'assurance obligatoire des soins (AMI). Il s'agit des montants facturés à l'AMI et au patient (c'est-à-dire le ticket modérateur, les suppléments et les montants non remboursables) figurant sur la facture d'admission de l'un des 100 hôpitaux généraux disposant d'un numéro d'agrément distinct (voir Annexe 1.D). Les financements qui ne figurent pas sur la facture patient, parmi lesquels la partie fixe du budget des moyens financiers (BMF)⁶ qui est liquidée aux hôpitaux par le biais de douzièmes, ne sont pas intégrés dans l'analyse.

Les frais ambulatoires (pré- ou post-hospitalisation) ou les frais supportés par le patient qui ne figurent pas sur la facture du séjour hospitalier (par exemple, certains examens pré-opératoires, les transports inter-hospitaliers, etc.) ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

Les spécialités médicales sont basées sur les regroupements du code de qualification à 3 chiffres (cf. annexe 1.D).

Suite à l'introduction des honoraires forfaitaires pour les séjours à basse variabilité (un peu plus de 10 % du montant des honoraires AMI), les honoraires sont facturés forfaitairement et ne peuvent dès lors pas être attribués aux prestataires individuels ni aux spécialités. Les suppléments d'honoraires quant à eux restent attestés à la prestation par des prestataires individuels.

2.2. Analyse

La structure de ce rapport comporte trois volets.

⁵ L'hôpital de jour oncologique est identifié séparément depuis 2017. Cette distinction est réalisée dans nos analyses à partir de 2019.

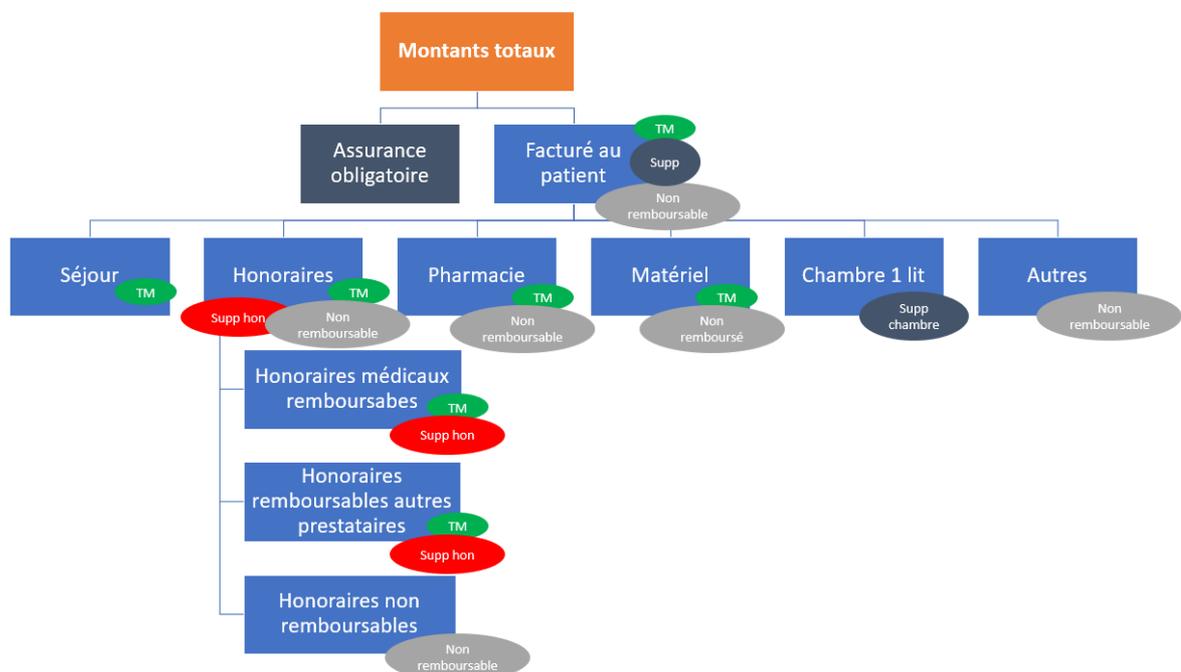
⁶ Pour toutes les composantes du BFM à 100 %, sauf pour les composantes B1 (financement du fonctionnement des services partagés) et B2 (financement du fonctionnement des services cliniques, y compris les coûts de fonctionnement du personnel infirmier et soignant) à 80 %.

1. Répartition et évolution des **montants globaux** facturés aux patients pour l'ensemble des séjours (classiques et de jour) dans les hôpitaux généraux et universitaires
2. **Montants facturés au patient par séjour, impact du type de séjour (classique / hôpital de jour)**, de la catégorie de chambre et d'autres éléments sur le montant de la facture patient.
3. Analyse de l'évolution des **suppléments d'honoraires** sur les honoraires médicaux remboursables.

Les coûts hospitaliers sont ventilés selon 6 catégories de dépenses : **séjours, honoraires, matériel, pharmacie, chambre** (suppléments de chambre ; pas d'intervention AMI), **autres** (pas d'intervention de l'AMI) (détail de chaque catégorie dans l'annexe 1.B.).

Pour chacune de ces catégories, la distinction est également réalisée entre :

- les **tickets modérateurs** (tarifs déterminés par la réglementation AMI et généralement pris en compte dans certains mécanismes de protection financière tels que le bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), le M&F)
- les **prestations non remboursées, non remboursables et suppléments** (moins réglementés, exclus des mécanismes de protection financière)



Les séjours sont ventilés selon les critères suivants :

- Le **type de séjour** (classique / hôpital de jour)
- La **catégorie de chambre** avec les suppléments de chambre et suppléments d'honoraires qui peuvent découler du choix d'une chambre particulière
- Le **statut social** : bénéficiaire ordinaire/bénéficiaire de l'intervention majorée⁷.
- L'**hôpital** et sa politique tarifaire

Dans la suite, les séjours en chambre particulière sont identifiés sur base des suppléments de chambre facturés, mais aussi des suppléments d'honoraires pour les séjour one day (méthodologie détaillée dans l'annexe 1.C)

2.3. Limites de l'étude

Les prestations ambulatoires et autres dépenses réalisées en dehors des séjours hospitaliers (polyclinique, services d'urgence...) **avant l'admission ou après la sortie du patient** (notamment des examens préopératoires et d'autres coûts tels que pharmacie, kinésithérapie...), ainsi que les frais qui ne figurent pas sur la facture hospitalière (notamment transport en ambulance) ne sont pas prises en compte dans l'analyse.

En l'absence de données médicales codifiées (données diagnostiques telles que les diagnostics primaires et secondaires, degrés de sévérité) provenant des hôpitaux, les analyses par pathologies n'ont pas pu être réalisées. Les analyses se limitent à certaines interventions identifiées par les codes de nomenclature INAMI ou par les forfaits séjours basse variabilité.

Les données relatives aux séjours hospitaliers de personnes n'ayant pas droit aux remboursements AMI n'ont pas été prises en compte dans ces analyses (personnes qui ne relèvent pas de l'assurance maladie obligatoire en Belgique telles que personnel d'institutions internationales, personnes sans titre de séjour légal, SDF,... ou ont perdu leurs droits).

Etant donné le manque de transparence sur les taux de rétrocessions convenus entre le prestataire et l'institution, les montants présentés concernent les montants facturés au patient, mais pas nécessairement les revenus pour le prestataire concerné.

⁷ Intervention financière plus élevée de AMI pour les BIM pour la plupart des postes de dépenses (frais de séjour, honoraires, médicaments, ...) mais pas pour les implants ni pour les prestations non remboursables et les suppléments.

L'analyse porte sur les **montants qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire**. Les patients peuvent limiter le risque de facture très élevée en souscrivant à des assurances hospitalisation complémentaires qui couvrent une partie (variable en fonction de la police d'assurance) de la facture patient. Nous ne disposons pas des données concernant l'intervention de ces assurances complémentaires.



3. Résultats

Les résultats présentent :

3.1. Les données macro : les montants totaux facturés lors de séjours dans les hôpitaux généraux en 2022, qui ne sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, leur nature et leur évolution.

3.2. Le point de vue patient : Le montant de la facture patient lors d'un séjour hospitalier, sa variabilité et ses principaux déterminants.

3.3. Les suppléments d'honoraires médicaux : principal déterminant des factures les plus élevées.

3.1. Données globales et évolutions

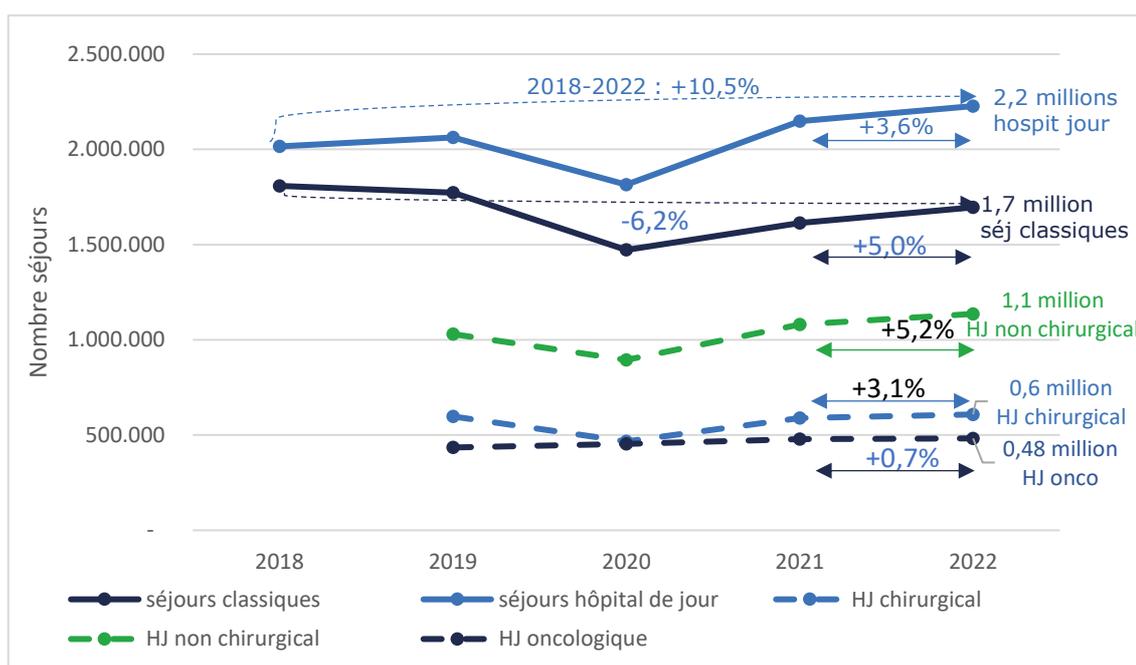
Dans cette section, nous analysons les montants globaux facturés pour l'ensemble des séjours hospitaliers et par type de séjours hospitaliers, les différents éléments de coûts et leur évolution.

3.1.1. Contexte :

A. Evolution du nombre de séjours

L'évolution de l'activité hospitalière est un élément à prendre en compte lors de l'analyse de l'évolution des montants totaux facturés pour l'ensemble des séjours hospitaliers.

Graphique 1 : évolution du nombre de séjours hospitaliers selon le type de séjour



L'évolution de l'activité hospitalière de 2018 à 2022 est marquée par une diminution progressive du nombre de séjours en hospitalisation classique et de la durée de séjour⁸, et d'une augmentation du nombre de séjours en hospitalisation de jour.

Les épisodes de la pandémie de COVID-19 au cours de l'année 2020, et dans une moindre mesure en 2021, expliquent les évolutions de l'activité de 2019 à 2022.

3.1.2. Montants globaux facturés à l'AMI et aux patients

En 2022, 1,37 milliards € a été facturé aux patients pour des séjours hospitaliers.

⁸ <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/hopitaux-generaux/activite/evolution-et-caracteristiques-dun-sejour-a-lhopital>

Les tableaux suivants montrent la répartition et l'évolution de ce montant selon le type de dépense.

3.1.3. Montants totaux – niveau macro

Tableau 1. Evolution des montants totaux facturés à l'AMI⁹ et au patient, par type de séjour, tous types de chambres confondus, 2018-2021-2022

	Tous séjours (en millions euros)				
	2018	2021	2022	2022/2021	2022/2018
Intervention AMI	5 758,5	6.199,2	6.550,2	5,7%	13,7%
Tickets modérateurs	438,9	409,6	425,8	4,0%	-3,0%
Suppléments/non remboursables	909,8	910,7	946,6	3,9%	4,0%
Total patient	1 348,7	1.320,3	1.372,6	4,2%	2,0%
Séjours classiques (en millions euros)					
Intervention AMI	3.963,1	3.815,6	3.990,4	4,6%	0,7%
Tickets modérateurs	372,5	337,7	352,7	4,4%	-5,3%
Suppléments/non remboursables	769,3	743,9	769,4	3,4%	0,0%
Total patient	1.141,8	1.081,6	1.122,1	3,7%	-1,7%
Hospitalisations de jour (en millions euros)					
Intervention AMI	1.795,4	2.383,6	2.559,8	7,4%	42,6%
Tickets modérateurs	66,4	71,9	73,1	1,7%	10,1%
Suppléments/non remboursables	140,5	166,8	177,2	6,2%	26,1%
Total patient	206,9	238,7	250,3	4,9%	21,0%
Hôpital jour chirurgical (en millions euros)					
Intervention AMI		486,9	515,8	5,9%	
Tickets modérateurs		37,1	39,2	5,7%	
Suppléments/non remboursables		83,1	86,9	4,6%	
Total patient		120,2	126,1	4,9%	
Hôpital jour non chirurgical (en millions euros)					
Intervention AMI		727,4	792,1	8,9%	
Tickets modérateurs		28,0	27,4	-2,1%	
Suppléments/non remboursables		79,7	85,6	7,4%	
Total patient		107,7	113,0	4,9%	
Hôpital jour oncologique (en millions euros)					
Intervention AMI		1.169,4	1.251,9	7,1%	
Tickets modérateurs		6,8	6,5	-4,4%	
Suppléments/non remboursables		4,0	4,7	17,5%	
Total patient		10,8	11,2	3,7%	

⁹ À l'exclusion de la partie du BMF liquidée en douzièmes.

Près de 70% (69,0 %) des 1,37 milliard d'euros facturés aux patients sont constitués de suppléments et de montants non remboursables.

Le **montant total de suppléments et prestations non remboursables** pour les séjours hospitaliers en 2022 était **35,9 millions d'euros plus élevé** qu'en 2021 (+25,5 millions € pour les séjours classiques et 10,4 millions € pour les séjours one day). Au cours de la même période, les tickets modérateurs ont augmenté de 16,2 millions €.

3.1.4. Répartition selon la catégorie de dépenses

Tableau 2. Montants totaux facturés au patient par type de séjour et par catégorie de dépenses, 2022

Millions euros	2021			2022			2021-2022
	TM	Suppl. / non remb	Total patient	TM	Suppl. / non remb	Total patient	Total patient
Total							
Séjour	146	0	146	155	0	155	6,2%
Honoraires	101,3	648,7	750	103,6	668,5	772,1	2,9%
Pharmacie	11,5	79,4	90,9	11,7	80,7	92,4	1,7%
Matériel	150,8	23,5	174,3	155,7	24,9	180,6	3,6%
Chambre	0	105,6	105,6	0	114,5	114,5	8,4%
Autres	0	53,3	53,3	0	58	58	8,8%
Séjours classiques							
Séjour	146	0	146	155	0	155	6,2%
Honoraires	79,2	525,4	604,6	84,1	537,9	622	2,9%
Pharmacie	5,2	61,6	66,8	5,4	61,6	67	0,3%
Matériel	107,3	12,5	119,8	108,3	13,3	121,6	1,5%
Chambre	0	97,3	97,3	0	105,5	105,5	8,4%
Autres	0	47	47	0	51,1	51,1	8,7%
Hôpital de jour							
Séjour	0	0	0	0	0	0	-
Honoraires	22	123,3	145,3	19,5	130,6	150,1	3,3%
Pharmacie	6,3	17,8	24,1	6,3	19,1	25,4	5,4%
Matériel	43,6	11	54,6	47,4	11,6	59	8,1%
Chambre	0	8,3	8,3	0	9	9	8,4%
Autres	0	5,4	5,4	0	6,9	6,9	27,8%
HJ chirurgical							
Séjour	0	0	0	0	0	0	-
Honoraires	4,2	59,7	63,9	4,3	61,9	66,2	3,6%
Pharmacie	2	9,9	11,9	2	10,5	12,5	5,0%
Matériel	30,9	7,6	38,5	32,9	8	40,9	6,2%
Chambre	0	3,1	3,1	0	3,3	3,3	6,5%
Autres	0	2,8	2,8	0	3,1	3,1	10,7%

Millions euros	2021			2022			2021-2022
	TM	Suppl. / non remb	Total patient	TM	Suppl. / non remb	Total patient	Total patient
HJ non chirurgical							
Séjour	0	0	0	0	0	0	-
Honoraires	13,7	62	75,7	11,2	66,6	77,8	2,8%
Pharmacie	2,2	6,9	9,1	2,3	7,5	9,8	7,7%
Matériel	12,1	3,4	15,5	14	3,6	17,6	13,5%
Chambre	0	4	4	0	4,5	4,5	12,5%
Autres	0	3,3	3,3	0	3,5	3,5	6,1%
HJ oncologique							
Séjour	0	0	0	0	0	0	-
Honoraires	4,2	1,6	5,8	4	2,1	6,1	5,2%
Pharmacie	2,1	1	3,1	2	1,1	3,1	0,0%
Matériel	0,5	0	0,5	0,5	0	0,5	0,0%
Chambre	0	1,2	1,2	0	1,2	1,2	0,0%
Autres	0	0,2	0,2	0	0,3	0,3	50,0%

La part des **suppléments aux honoraires remboursables et aux honoraires non remboursables** (668,5 millions d'euros en 2022) dans le montant total facturé aux patients lors des séjours hospitaliers (1,37 milliard d'euros) représente **près de la moitié du montant total facturé aux patients.**

Les suppléments sur les honoraires remboursables (616 millions d'euros) font dès lors l'objet d'une analyse plus détaillée dans le point 3.3. La différence entre ces 616 millions d'euros de suppléments d'honoraires médicaux et les 668,5 millions € de suppléments d'honoraires remboursables et d'honoraires remboursables (tableau 2) et les 616 millions € comprend les honoraires non remboursables ainsi que des suppléments d'honoraires non médicaux.

C'est pour les **suppléments de chambre et la catégorie de dépenses autres** que le taux de croissance des montants à charge patient a été la plus élevée entre 2021 et 2022, avec respectivement +8,4% et +8,8%.

La masse macro de **suppléments de chambre** est 8,9 millions € plus élevée en 2022 qu'en 2021 (+8,2 millions € pour les séjours classiques, et +0,7% pour l'hospitalisation de jour). Les **suppléments d'honoraires et honoraires non remboursable** ont augmenté de 19,8 millions € sur la même période (+12,5 séjours classiques et +7,3 millions € hôpital de jour). Les **autres prestations non remboursables** (autres que médicaments, matériel, honoraires non remboursable et suppléments de chambre) ont augmenté de 4,7 millions €.

3.2. Facture patient par séjour individuel

3.2.1. La facture patient et ses déterminants

Le montant de la facture patient lors d'un séjour hospitalier présente de grandes variations.

Ses principaux déterminants sont :

- a) Les soins dépendent essentiellement de **l'intervention / la pathologie** : les baromètres précédents montraient les dépenses moyennes pour certaines interventions et la variation entre et dans un même hôpital. Ces chiffres sont aussi disponibles dans l'Atlas IMA¹⁰.
- b) La **catégorie de chambre** : en cas de choix d'une chambre particulière, des suppléments de chambre et ainsi que des suppléments d'honoraires peuvent être facturés au patient
- c) Le **type de séjour** : classique / de jour
- d) Le **statut social du patient** (BIM / non BIM) : les BIM bénéficient de réduction des tickets modérateurs pour la plupart des prestations remboursables, mais pas pour les implants, ni pour les prestations non remboursables.
- e) **L'hôpital** : le montant de la facture patient varie selon l'hôpital, en particulier pour les séjours en chambre particulière
- f) **Autres** : éléments liés au patient (polypathologies, complications,...), ou aux choix individuels des patients (suppléments de confort),...

En conséquence, le montant de la facture patient présente des variations importantes, et peut atteindre des montants très élevés.

¹⁰ <https://atlas.ima-aim.be> > Accessibilité financière > Coût patient séjour hospitalier

3.2.2. Variation du montant de la facture patient

Tableau 3 : Distribution et évolution du montant de la facture patient selon le type de séjour et la catégorie de chambre

(euros)	Moyenne			Distribution 2022				
	2019	2021	2022	P5	P25	P50	P75	P95
Hospitalisation classique								
Chambre commune	€286	€304	€306	€22	€86	€173	€346	€1.010
Chambre individuelle	€2.119	€2.348	€2.426	€365	€1.145	€1.877	€2.965	€6.345
Hôpital de jour								
Chambre commune	€55	€58	€58	€1	€8	€20	€47	€214
Chambre individuelle	€722	€737	€781	€16	€209	€628	€1.137	€2.057
Hôpital de jour chirurgical								
Chambre commune	€106	€115	€117	€3	€19	€49	€198	€309
Chambre individuelle	€939	€958	€1.016	€137	€496	€864	€1.353	€2.338
Hôpital de jour non chirurgical								
Chambre commune	€42	€46	€44	€1	€6	€17	€42	€155
Chambre individuelle	€715	€743	€844	€41	€335	€745	€1.183	€2.008
Hôpital de jour oncologique								
Chambre commune	€18	€17	€17	€1	€6	€14	€22	€39
Chambre individuelle	€136	€124	€121	€6	€22	€113	€179	€282

La facture moyenne est nettement plus élevée en chambre particulière qu'en chambre commune en raison des suppléments de chambre et suppléments d'honoraires qui grèvent la facture patient. **La différence de coût moyen à charge patient selon la catégorie de chambre augmente avec le temps**, pour les séjours classiques (facture 7,9 fois plus élevée en chambre particulière en 2022, contre 7,4 en 2019) et en hôpital de jour non-chirurgical (19,2 fois plus élevée en 2022 contre 17,0 en 2019).

La facture moyenne par séjour a augmenté par rapport à 2019 à l'exception de l'hôpital de jour oncologique. Son évolution de 2021 à 2022 est marquée en chambre particulière (+13,6% pour les séjours en hôpital de jour non chirurgical, +6,1% pour les séjours en hôpital de jour chirurgical, +3,3% pour les séjours classiques).

Cette facture moyenne cache de grandes disparités, y compris pour un même type de séjour dans une même catégorie de chambre. Son montant

peut constituer un réel frein à l'accessibilité, **y compris en chambre commune**. La facture patient dépasse par exemple 1.010 euros pour 5% des séjours classiques en chambre commune ou à 2 lits ; la facture patient pour un séjour en hôpital de jour chirurgical sans avoir opté pour une chambre particulière s'élève à plus de 309 euros pour 5% des séjours.

Dans certains cas, le montant de la facture patient peut atteindre des montants extrêmement élevés.

Tableau 4. Nombre de séjours selon le montant de la facture patient

Montant facture patient	Nombre séjours classiques			Montant facture patient	Nombre séjours one day		
	2018	2021	2022		2018	2021	2022
<100 €	469.399	401.426	416.750	<100 €	1.538.038	1.717.746	1.775.696
100 € - 250 €	505.612	464.561	478.696	100 € - 250 €	239.436	257.986	268.302
250 € - 500 €	291.132	283.806	293.603	250 € - 500 €	59.226	63.851	67.159
500 € - 1.000 €	203.323	173.738	183.244	500 € - 1.000 €	51.184	53.540	55.168
1.000 € - 3.000 €	238.031	220.066	219.047	1.000 € - 3.000 €	40.963	52.311	56.503
3.000 € - 5.000 €	47.120	47.520	48.782	3.000 € - 5.000 €	1.685	2.340	2.410
5.000 € - 10.000 €	19.492	18.758	20.040	5.000 € - 10.000 €	411	565	745
10.000 € - 30.000 €	4.353	3.796	4.432	> 10.000 €	19	31	49
> 30.000 €	99	58	72				

Le nombre de séjours avec facture très élevé continue d'augmenter : plus de 3.000 € pour plus de 73.300 séjours classiques et 3.200 séjours one day en 2022, soit une augmentation de respectivement 3% et 51% par rapport à 2018. La facture patient atteint minimum 1.000 euros pour près de 60.000 séjours en hospitalisation de jour en 2022.

Si un patient séjourne plusieurs fois à l'hôpital, le montant de ses factures se cumule et peut constituer une charge très élevée.

Tableau 5. Nombre de patients selon le montant cumulé de ses factures

	Nombre patients		
	2018	2021	2022
Nombre total	2.152.387	2.114.997	2.196.032
0 - 1.000 €	1.771.484	1.753.311	1.826.895
1.000 € - 3.000 €	276.160	272.875	276.064
3.000 € - 5.000 €	54.426	55.868	57.529
5.000 € - 10.000 €	26.277	25.852	27.635
10.000 € - 30.000 €	7.616	6.923	7.719
> 30.000 €	227	168	190

3.3. Suppléments d'honoraires médicaux

Les montants facturés pour les suppléments sur les **honoraires médicaux remboursables lors de l'hospitalisation**¹¹ représentent 45% du montant total facturé aux patients lors de séjours hospitaliers.

L'évolution des suppléments d'honoraires lors de séjours hospitaliers de 2021 à 2022 revêt une importance particulière étant donnée l'entrée en vigueur en mai 2022 du *standstill* visant à limiter la croissance des suppléments d'honoraires lors de séjours hospitaliers. L'analyse ne permet toutefois pas d'identifier un éventuel transfert des suppléments vers l'ambulatoire.

3.3.1. Suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables

Le montant total des honoraires médicaux remboursables AMI et ticket modérateur lors des hospitalisations s'élevait à **3,37 milliards d'euros en 2022**.

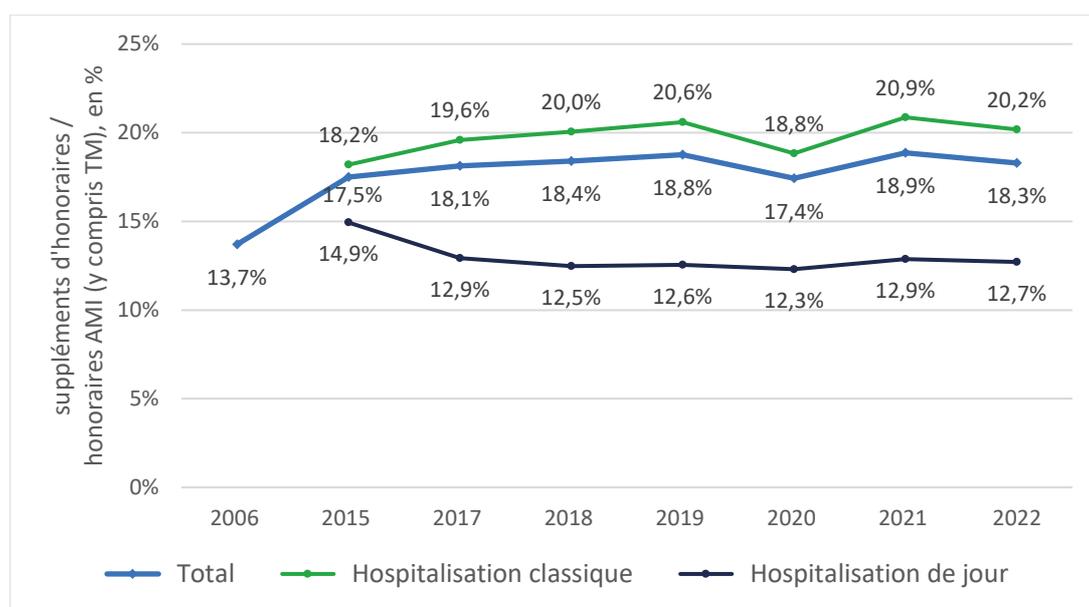
Les suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables lors des séjours hospitaliers en 2022 s'élèvent à 616 millions d'euros (508 millions d'euros en hospitalisation classique et 109 millions d'euros en hospitalisation de jour), **c'est 19 millions € de plus qu'en 2021**.

¹¹ Sur les 668 millions € de suppléments d'honoraires et honoraires non remboursables, 616 millions € concernent les suppléments d'honoraires médicaux. Le solde de 52 millions € concerne des honoraires non médicaux ainsi que des honoraires non remboursables.

Tableau 6. Montants totaux facturés des honoraires médicaux (à charge de l'AMI + part du ticket modérateur à charge du patient) et des suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables (à charge du patient) par type de séjour, 2006-2022

(en millions d'euros)	2006	2015	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Δ 2021-2022 (%)	Δ 2019-2022 (%)
Honoraires AMI	2.211	3.033	3.104	3.196	3.252	2.927	3.170	3.370	6,6%	3,6%
Hospitalisation classique	1.870	2.418	2.430	2.499	2.519	2.293	2.377	2.514	5,8%	-0,2%
Hospitalisation de jour	341	616	673	697	733	634	792	856	8,1%	16,8%
Suppléments d'honoraires	303	531	563	588	610	510	598	616	3,1%	1,0%
Hospitalisation classique	267	440	476	501	519	432	496	508	2,3%	-2,2%
Hospitalisation de jour	36	92	87	87	92	78	102	109	6,7%	18,3%

Graphique 2. Evolution du pourcentage global de suppléments d'honoraires



Source : IMA Atlas

Bien que la masse des suppléments d'honoraires pour les séjours hospitaliers a augmenté en 2022, son taux de croissance a été moins élevé que celui des honoraires AMI. Il en résulte un léger recul du rapport entre le supplément d'honoraires et le montant AMI¹², tant en hospitalisation classique qu'en hospitalisation de jour. Ces

¹² Montant AMI = remboursement assurance obligatoire + ticket modérateur.

données sont également disponible, au niveau de l'hôpital, de la région ou de Belgique sur l'Atlas IMA.

L'évolution du pourcentage global de suppléments d'honoraires dépend de :

- a) L'évolution du **pourcentage de suppléments** d'honoraires facturés sur les séjours avec suppléments d'honoraires déterminé par
 - le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturés
 - la base de calcul de suppléments d'honoraires
- b) L'évolution de la **proportion de séjours** avec suppléments d'honoraires

A. Le pourcentage de suppléments d'honoraires

a.1) Pourcentage maximum de suppléments d'honoraires

La déclaration d'admission indique le pourcentage maximal des suppléments d'honoraires applicables pour chaque hôpital. Il varie de 100% à 300% selon les hôpitaux.

Etant donné que les informations concernant le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires diffère selon les sources, le présent rapport se base sur le pourcentage maximal facturé par chaque hôpital¹³ (cf. annexe 2). Ce pourcentage est resté stable de 2021 à 2022.

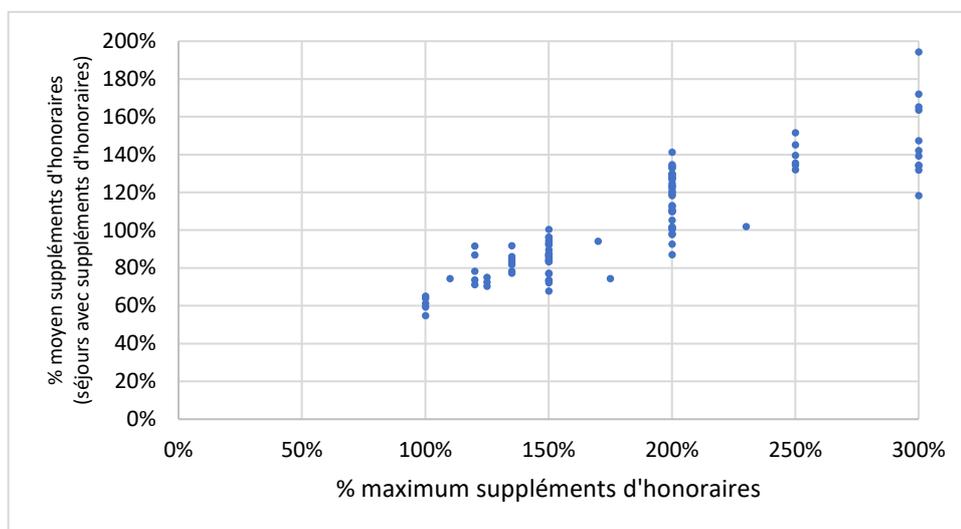
a.2) Le pourcentage de suppléments d'honoraires par séjour

Le pourcentage de suppléments d'honoraires effectivement facturés par séjour diffère du pourcentage maximum théorique indiqué sur la déclaration d'admission de l'hôpital¹⁴.

¹³ Le pourcentage maximal est le rapport entre le percentile 99 de la prestation ayant le pourcentage de supplément d'honoraires le plus élevé.

¹⁴ Données détaillées par hôpital, région, Belgique disponibles dans l'Atlas de l'AIM ; <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>.

Graphique 3 : comparaison des hôpitaux selon le % moyen de suppléments d'honoraires pour les séjours avec suppléments d'honoraires et le % maximum de suppléments d'honoraires facturé (P99)



La différence entre le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires d'un hôpital et le pourcentage moyen de suppléments d'honoraires sur ses séjours s'explique par le fait que :

- **le taux réel** par prestation appliqué par le prestataire / l'hôpital peut être inférieur au taux maximal (voire nul).
- **la base de calcul** : aucun supplément d'honoraire n'est facturé pour certains honoraires ou/et dans certaines situations, parce qu'ils sont légalement interdits ou limités¹⁵.

Par ailleurs, plusieurs hôpitaux prévoient des pourcentages maximum différents en fonction de certains critères (service/discipline, intervention, chambre de luxe, conventionnement du prestataire ou même convention individuelle avec le prestataire), ce qui complexifie l'information aux patients.

Les évolutions du pourcentage réellement facturé mais aussi la base de calcul des suppléments d'honoraires dans certains hôpitaux se traduisent par une modification du pourcentage moyen de suppléments d'honoraires facturés pour les séjours avec suppléments d'honoraires¹⁶.

¹⁵ En 2019, le montant sur lequel des suppléments d'honoraires ont été facturés a été autorisé à être dépassé de 15 % au maximum.

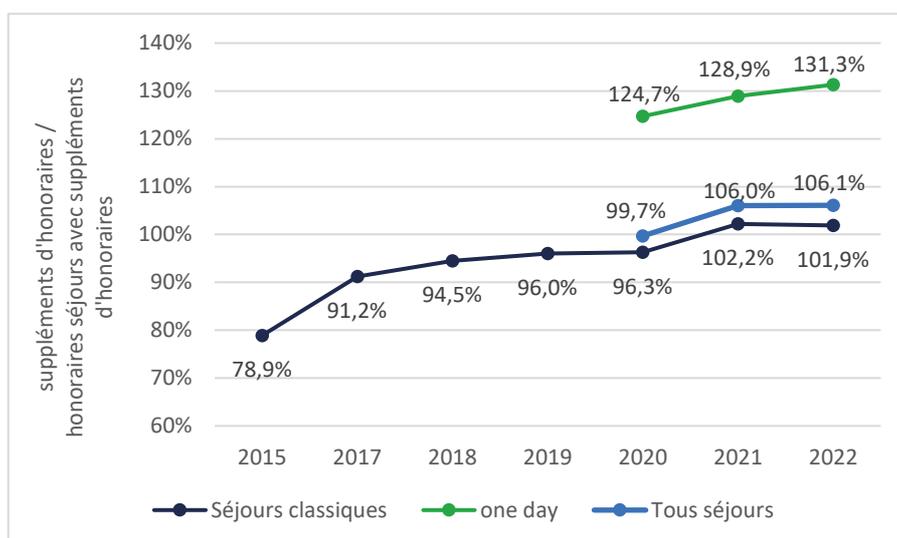
¹⁶ Source Atlas IMA > Accessibilité financière > Suppléments d'honoraires

Tableau 7. Evolution 2021-2022 in België

Ecart % 2022 - % 2021	2021-2022	2020-2022
Augmentation : % 2022-%2021 > 5	8 hôpitaux	37 hôpitaux
Diminution : % 2022 - %2021 < -5	9 hôpitaux	2 hôpitaux

Pour l'ensemble des séjours avec suppléments d'honoraires en Belgique, le pourcentage moyen de suppléments d'honoraires a poursuivi sa croissance en hospitalisation de jour mais a amorcé une légère décroissance pour les séjours classiques, insuffisante pour freiner la croissance globale (tous séjours confondus) entre 2021 et 2022¹⁷. Ce pourcentage moyen est plus élevé en hospitalisation de jour que pour les séjours classiques.

Graphique 4 : Evolution du pourcentage de suppléments d'honoraires (pour les séjours avec suppléments d'honoraires)

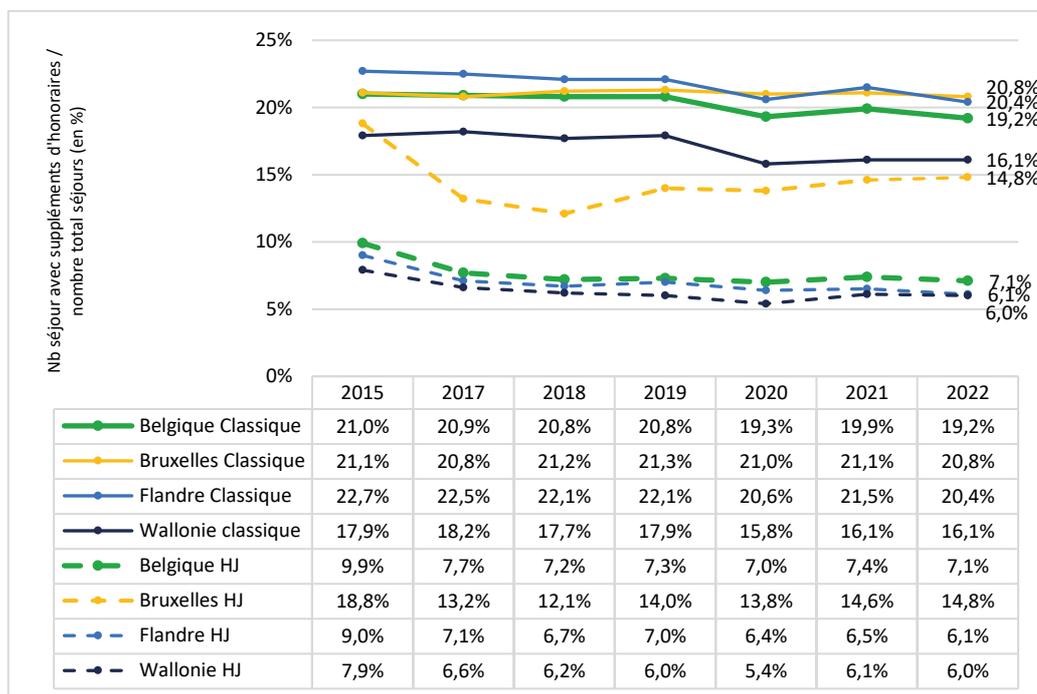


B. Proportion de séjours avec suppléments d'honoraires - évolution 2015-2022

Un patient sur 8 (12,8 %) est confronté à des suppléments d'honoraires lors d'un séjour à l'hôpital, sans tenir compte des suppléments d'honoraires éventuellement attestés lors de prestations ambulatoires préalables.

¹⁷ Données détaillées par hôpital, région, Belgique disponibles dans l'Atlas de l'AIM ; <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees>.

Graphique 5. Évolution de la proportion de séjours avec suppléments d'honoraires (par région)



- ⇒ La proportion de séjours avec suppléments d'honoraires est plus élevée en hospitalisation classique qu'en hospitalisation de jour, et comporte des différences régionales significatives.
- ⇒ La proportion de séjours avec suppléments d'honoraires a légèrement diminué en Belgique, tant pour les séjours classiques que pour les séjours en hospitalisation de jour.
- ⇒ La **proportion de séjours avec suppléments d'honoraires** varie également entre les hôpitaux, et influence leur revenu provenant des suppléments d'honoraires.

Sa **variation entre les hôpitaux** va de **7,4 % à 53,0 % pour les séjours classiques**, de **1,4 % à 40,2 % pour les hospitalisations de jour** (source : Atlas IMA).

C. Suppléments d'honoraires : impact sur le montant de la facture patient

La déclaration d'admission prévoit un plafond du pourcentage de suppléments d'honoraires, mais leur **montant absolu n'est pas plafonné**. Ils peuvent s'avérer extrêmement élevés et impacter significativement le montant de la facture patient.

Tableau 7 : Nombre de séjours selon le montant des suppléments d'honoraires

	Nombre séjours classiques			Nombre séjours one day			
	2014	2018	2022	2014	2018	2022	
Tous les séjours	1.796.026	1.803.043	1.664.865	Tous les séjours	1.810.131	2.001.339	2.226.929
Sans suppléments d'honoraires	1.417.772	1.428.407	1.343.067	Sans suppléments d'honoraires	1.598.751	1.859.957	2.068.548
Avec suppléments d'honoraires dont	378.254	374.636	321.616	Avec suppléments d'honoraires dont	211.380	141.382	157.296
0 - 1.000 €	235.414	199.603	138.405	0 - 1.000 €	188.380	114.808	118.462
1.000 € - 3.000 €	119.678	142.650	147.315	1.000 € - 3.000 €	21.980	25.674	37.463
3.000 € - 5.000 €	16.125	21.669	23.982	3.000 € - 5.000 €	779	811	1.038
5.000 € - 10.000 €	5.888	8.860	9.925	> 5.000 €	57	89	333
10.000 € - 30.000 €	1.133	1.835	1.972				
> 30.000 €	16	19	17				

- ⇒ **Aucun suppléments d'honoraires** n'est facturé pour plus de 80% des séjours classiques (cf. choix de chambre)
- ⇒ Le **nombre de séjours avec suppléments d'honoraires** a augmenté pour les séjours one day entre 2018 et 2022 (+15.914) et a diminué pour les séjours classiques (-53.020).
- ⇒ Pour un certain nombre de séjours, les suppléments d'honoraires atteignent des **montants extrêmement élevés**. Le nombre de factures très élevées augmente fortement.

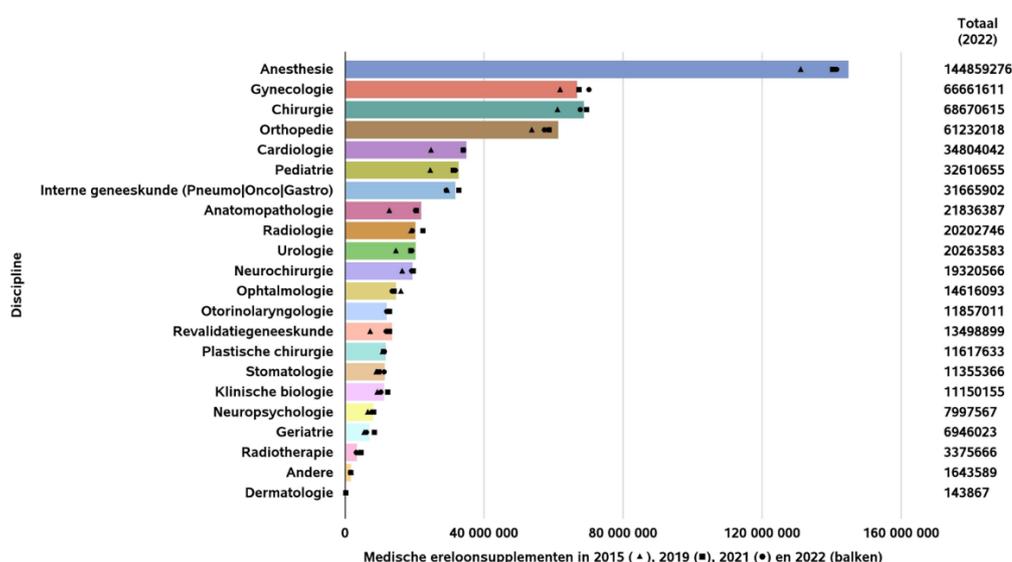
Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires prévu dans la déclaration d'admission ne permet pas au patient d'estimer la charge financière à laquelle il devra faire face, d'une part parce qu'il diffère du pourcentage de suppléments d'honoraires effectivement facturé, d'autre part parce que le patient ne peut pas le traduire en montant absolu (euros), celui-ci pouvant être très élevé.

D. Répartition selon la spécialité du médecin¹⁸

Pratique selon la spécialité du prestataire en 2022

La majeure partie des 616 millions d'euros de suppléments d'honoraires médicaux est attribuée à quelques groupes de spécialistes¹⁹: les anesthésistes, les gynécologues, les chirurgiens orthopédiques et les chirurgiens concentrent plus de la moitié des suppléments d'honoraires pour séjours hospitaliers (Figure 10).

Graphique 6. Répartition du montant total des suppléments d'honoraires entre les groupes de spécialisation lors de l'hospitalisation (et évolution 2015 - 2019 - 2022)



Le volume des suppléments d'honoraires pour séjours hospitaliers montre une augmentation dans certaines disciplines (gynécologie, anesthésie) par rapport à 2019.

¹⁸ Tous séjours confondus (classique + hospitalisation de jour).

¹⁹ La spécialisation du prestataire repose sur un regroupement de la qualification en 3 chiffres (cf. Annexe 4).



4. Conclusion

4.1. Principaux constats.

L'analyse des montants facturés en 2022 aux patients en cas d'admission classique ou d'hospitalisation de jour, permet de tirer les conclusions suivantes.

- En moyenne, les montants facturés au patient par admission ont augmenté pour les séjours en chambre particulière.
- Le **montant facturé au patient varie énormément** d'un séjour à l'autre. Il peut atteindre des montants très élevés. Le **risque d'être confronté à des factures très élevées** ne cesse d'augmenter.
- Si **le pourcentage global de supplément d'honoraires s'est stabilisé**, la croissance des suppléments de chambre et de prestations diverses non remboursables montrent un risque réel de déplacement de coûts à charge patient. La transparence de tous les coûts à charge patient, y compris les coûts extra-hospitaliers, est indispensable afin de pouvoir compléter le monitoring de la facture patient lors de séjours hospitaliers par un monitoring des autres coûts à charge patient.

4.2. Principaux résultats

L'accessibilité financière des soins hospitaliers sous pression

Les patients ont payé un total de 1,37 milliard d'euros pour leur séjour à l'hôpital. Plus de deux tiers (68,8%) de ce montant, **à savoir les suppléments et les montants non remboursables**, sont **exclus de tous les mécanismes de protections financières** de l'assurance maladie obligatoire²⁰. Sur ces 947 millions d'euros de suppléments et de montants non remboursables en 2022 (36 millions d'euros de plus qu'en 2021), **731 millions d'euros** sont des **suppléments qui découlent du choix d'une chambre particulière** (suppléments d'honoraires et suppléments de chambre). Les tickets modérateurs, qui sont pris en compte dans les différents mécanismes de protection financière, s'élèvent à 429 millions d'euros.

Le patient risque d'être confronté à une facture très élevée

Le montant facturé aux patients a dépassé 3 000 euros pour plus de 73 000 séjours classiques et 3.200 hospitalisations de jour en 2022.

- **Cette facture dépasse 1 000 euros pour plus de 1 séjour classique sur 6.**
- **Le nombre d'hospitalisations de jour dont le coût à charge patient s'élève à au moins 1 000 € a augmenté de 8 % en 2022 par rapport à 2021.**
- Dans les chambres communes, le montant facturé au patient peut également être élevé, y compris en hospitalisation de jour, par exemple en raison du coût des implants²¹.

Suppléments d'honoraires élevés

- Les **suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables (616 millions d'euros) représentent 65,1 %** du total de 947 millions d'euros de suppléments et de montants non remboursables.

En 2022, la croissance des suppléments d'honoraires a été moins élevée que la croissance du montant des honoraires officiels. Le pourcentage global de suppléments d'honoraires²² est passée de 18,9% en 2021 à 18,3% en 2022. Ce recul résulte d'une part d'une légère diminution de la proportion de séjours avec

²⁰ Parmi les mécanismes de protection financière, notons l'intervention majorée (statut BIM) et le maximum à facturer (MàF).

²¹ Plus d'explications https://ima-aim.be/IMG/pdf/barometre_hospitalier_aim_2020_fr.pdf, p.33

²² Rapport entre la masse des suppléments d'honoraires et les honoraires médicaux remboursables (intervention de l'assurance maladie obligatoire + tickets modérateurs).

suppléments d'honoraires, d'autre part d'un léger recul du pourcentage moyen de suppléments d'honoraires sur les séjours classiques en chambre particulière, alors que le pourcentage moyen de suppléments d'honoraires pour les séjours one day avec suppléments d'honoraires a poursuivi sa croissance. La masse des suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables est 18 millions d'euros plus élevée en 2022 qu'en 2021.

- Les variations de pratiques sont identifiées à tous les niveaux :
 - Très **grande variation entre les hôpitaux en termes** de
 - pourcentage de suppléments d'honoraires attestés par rapport aux honoraires officiels de l'AMI,
 - proportion de séjours avec attestation de suppléments d'honoraires, y compris en hospitalisation de jour
 - Et même entre prestataires individuels au sein d'une même spécialité
- Très grande variation des suppléments d'honoraires attestés par séjour en fonction de l'hôpital dans lequel l'intervention est pratiquée, et même au sein du même hôpital pour la même intervention.

4.3. Commentaires et recommandations

Nécessité d'une information adaptée au patient

- Avant son admission, le patient dispose de peu d'informations sur le coût de son séjour hospitalier. De plus, le montant de sa facture peut fortement varier, sans limite, pour des motifs indépendants de sa volonté. Ainsi, le patient n'a donc aucune sécurité tarifaire, et signe donc un chèque en blanc lors de son admission à l'hôpital. **Il est nécessaire d'avoir plus de transparence dans les montants absolus.**
- **Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables ne renseigne pas suffisamment sur les suppléments d'honoraires facturés au patient** car
 - les patients ne connaissent pas à l'avance le montant sur base duquel ces suppléments d'honoraires seront calculés.
 - le montant des suppléments (d'honoraires) n'est pas plafonné
 - certains hôpitaux introduisent des exceptions diverses concernant l'application du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturable (pour certaines disciplines, certaines prestations, exception avec consentement...)
 - les informations communiquées aux organismes assureurs concernant le taux maximum du supplément d'honoraires facturable ne sont pas toujours identiques aux informations figurant sur les sites web des hôpitaux/les déclarations d'admission, et sont susceptibles d'être modifiées à n'importe quel moment dans certaines limites.

- Les patients devraient être légalement informés à l'avance par les prestataires de soins de santé des implications financières de leur séjour à l'hôpital. Même si certains hôpitaux fournissent un montant indicatif pour certaines interventions sur leur site web, les informations sont parfois insuffisantes, non actualisées, voire inexistantes. Fournir une estimation **du coût des interventions de routine par l'hôpital avant l'admission** permettrait aux patients d'être mieux informés du montant à prévoir. La différenciation par type de chambre et par statut social est essentielle.

Les sites internet de certaines mutuelles fournissent des informations sur les coûts des patients par hôpital, pour certaines interventions fréquentes, en fonction du type de chambre et du statut social du patient.

Un renforcement de l'accessibilité financière et de la sécurité tarifaire

L'accessibilité aux soins passe par une accessibilité financière suffisante. Dans ce cadre, il convient de

- Renforcer la protection contre les factures élevées
- Evoluer vers un prix fixe à charge patient pour certaines interventions, de manière à ce que le patient reçoive une information uniforme et fiable au préalable.

La question de l'accessibilité financière doit être examinée dans tous les types de chambre.

Nécessité d'une transparence élargie

L'analyse de la facture patient pour les prestations ambulatoires et autres coûts qui ne figurent pas sur la facture du séjour hospitalier permettrait d'avoir une image plus complète de l'accessibilité financière. Ceci nécessite une transparence totale sur les pratiques ambulatoires.

Le manque de transparence (sur les rétrocessions et leur affectation) empêche un suivi efficace du système et de l'impact des mesures.

En l'absence d'informations sur la pathologie médicale/le diagnostic, il n'est pas possible d'affiner l'analyse.

Bibliographie

- [1] Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. 2020.
- [2] Buffalo V, Nicaise I. Report on Inequalities in access to healthcare. Brussels: 2018.
- [3] Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Belgium (who.int)
- [4] Report ou annulation de soins de santé pour raisons financières (i07) ; indicators.be https://indicators.be/fr/i/G01_PHC/fr
- [5] Atlas AIM > Accessibilité financière > Suppléments d'honoraires : <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/>
- [6] Rapports AIM : Coûts hospitaliers à charge patients ; <https://ima-aim.be/Couts-hospitaliers-a-la-charge-du>

Annexes

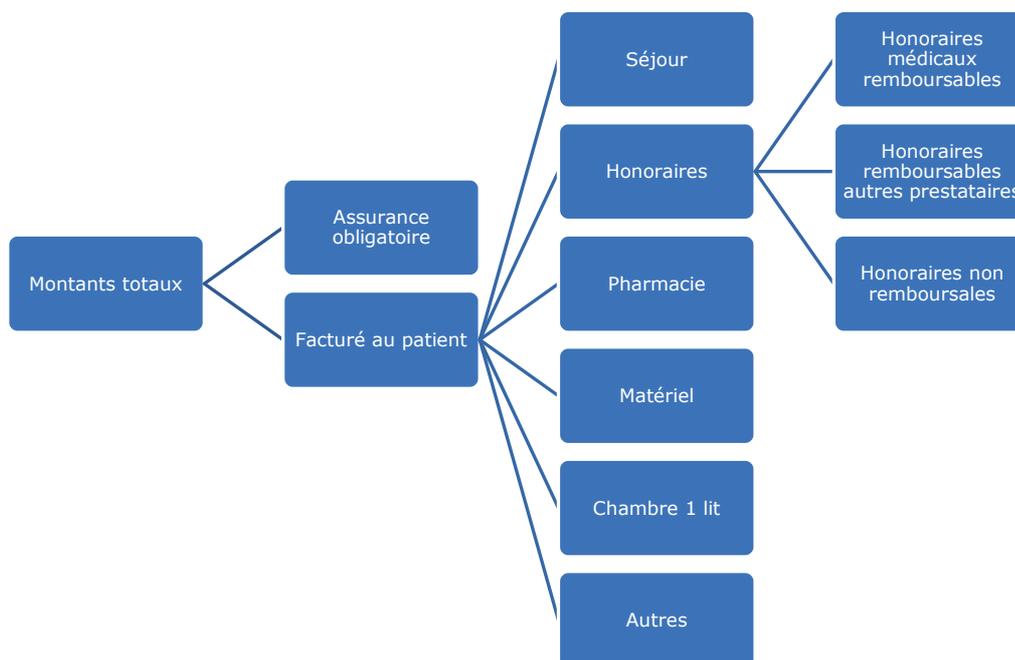
Annexe 1. Aspects méthodologiques

A. Tickets modérateurs / prestations non remboursables

Ticket modérateur ou quote-part personnelle est la différence entre le tarif légal et le montant remboursé charge du patient par l'assurance maladie obligatoire. Ces montants sont définis dans la nomenclature des prestations de santé et publiés au Moniteur belge. Les tickets modérateurs sont généralement réduits pour les bénéficiaires de l'intervention majorée (pas pour les implants). En outre, ils sont pris en compte dans le maximum à facturer qui constitue également un mécanisme visant l'accessibilité financière.

Les suppléments et les montants non remboursables sont beaucoup moins régulés et sont entièrement à la charge du patient, y compris les patients BIM ou ceux qui ont atteint le plafond du maximum à facturer.

B. Structure des différentes catégories de dépenses



Le **séjour** comprend le montant par admission et le montant par journée²³ pour les séjours classiques et l'hôpital de jour chirurgical, ainsi que les forfaits pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale (forfaits 1 à 7, douleur chronique) et les forfaits pour l'hospitalisation de jour oncologique. Ces montants sont principalement destinés à contribuer à la couverture des frais d'hôtellerie et de soins. Les douzièmes versés mensuellement aux hôpitaux entre autres pour financer les soins hospitaliers pour les hospitalisations classiques et hospitalisations de jour chirurgicales ne sont pas inclus dans les chiffres. Pour les frais d'hébergement, seules les admissions classiques font l'objet de tickets modérateurs à charge patient. Ceux-ci varient en fonction du statut social du patient et de la durée du séjour.

L'**honoraire** comprend les **honoraires médicaux remboursables**, mais aussi les **honoraires remboursables d'autres prestataires** (dentistes, kinésithérapeutes, sage-femmes...), les éventuels **suppléments d'honoraires** sur les honoraires remboursables et les **honoraires non remboursables** (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). Les honoraires médicaux remboursables et leurs suppléments constituent l'essentiel des honoraires globaux. Les forfaits pour les séjours à basse variabilité sont également inclus dans les tarifs globaux.

²³ Les douzièmes du BFM n'ont pas été inclus dans les analyses.

Sont inclus dans le « **matériel** » les implants remboursables et d'autres produits médicaux (plâtre, pansements actifs...) et les implants ou le matériel non remboursables (960234, 960245, 960536, 960540, 961273, 961284). Dans nos analyses, la marge de sécurité et la délivrance et la marge sont intégrées dans les tickets modérateurs. Les suppléments pour matériel correspondent à la différence entre la base de remboursement et le prix plafond de certains implants.

Les **suppléments de chambre** comprennent les suppléments par jour (761633 et 761644) facturés au patient qui choisit de séjourner dans une chambre individuelle. Ce montant est fixé librement par chaque hôpital.

La catégorie de dépenses « **pharmacie** » comprend les spécialités pharmaceutiques remboursables et non remboursables (à charge patient) et les autres produits pharmaceutiques.

La catégorie « **autres** » comprend principalement d'autres frais divers pour le patient pendant l'hospitalisation, tels que le confort de la chambre, la nourriture et les boissons ou encore un lit pour une personne accompagnante. En outre, les produits d'hygiène non remboursables, par exemple, entrent également dans cette catégorie. Ils sont intégralement à charge patient.

C. Détermination de la catégorie de chambre

La catégorie de chambre est déterminée comme suit :

- pour les séjours classiques, la chambre individuelle est attribuée aux séjours pour lesquels le code 761644 est facturé.
- pour l'hospitalisation de jour, les séjours pour lesquels un supplément d'honoraire est facturé sans supplément de chambre sont également considérés comme des séjours en chambre individuelle en plus des séjours pour lesquels le code 761633 est facturé. En effet, certaines institutions ne facturent pas la chambre individuelle accordée en hospitalisation de jour ou pour certains séjours en hôpital de jour.

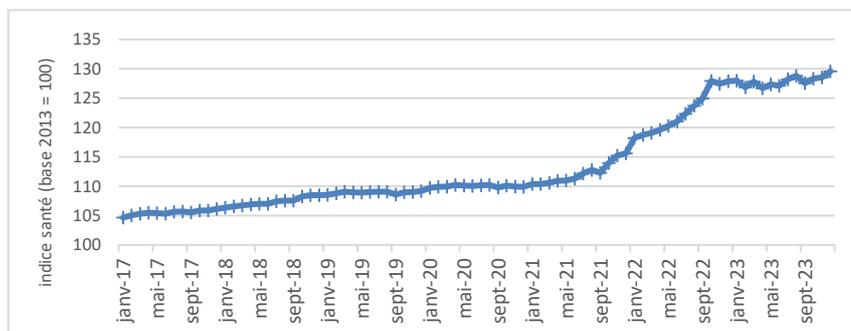
D. Regroupement des spécialités

	Regroupement des spécialités	Codes compétence sélectionnés	Spécialités de base
1	Anapath	087, 870	spécialistes en anatomie-pathologique
2	Anesth	010, 100-139	spécialistes en anesthésie-réanimation
3	Cardio	073, 730-739	spécialiste en cardiologie
4	Chir	014, 140-169	spécialiste en chirurgie y compris double reconnaissance
5	Chir plastique	021, 210, 219, 222	spécialiste en chirurgie plastique
6	Dermato	055, 550 à 569	spécialiste en dermato-vénérologie
7	Gériatre	018, 180-184	spécialiste en gériatrie à l'exception de la double reconnaissance gériatrie et médecine nucléaire
8	Gynéco	034, 340-369	spécialiste en gynécologie-obstétrique
9	Labo	086, 860-867	spécialiste en biologie clinique et pharmaciens biologistes
10	Méd interne/ pneumo/onco	058, 062, 065, 066, 079, 573-660, 790- 799	spécialiste en médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, oncologie médicale, rhumatologie
11	Neurochir	017, 170, 199	spécialiste en neurochirurgie
12	(Neuro)(psy)	076, 077, 078, 760- 784	spécialiste en neuropsychiatrie, neurologie, psychiatrie
13	Ophthlmo	037, 370-399	spécialiste en ophtalmologie
14	ORL	041, 410-422	spécialiste en oto-rhino-laryngologie
15	Orthopédiste	048, 480-499	spécialiste en chirurgie orthopédique
16	Pédiatre	069, 689-699	spécialiste en pédiatrie
17	Radiologue	093, 930-939	spécialiste en radiodiagnostic
18	Radiothérapie/ Méd nucl	096, 097, 960-997	spécialiste en radiothérapie et spécialiste en médecine nucléaire
19	Réva	083, 830-839	spécialiste en médecine physique et révalidation
20	Stomato	052, 520, 521	spécialiste en stomatologie
21	Urologue	045, 450-459	spécialiste en urologie

E. Evolution de l'indice des prix

Dans les analyses, les montants sont exprimés en prix courants. Il convient de mettre en parallèle leur évolution avec l'évolution de l'indice santé.

Evolution indice santé



Après une croissance modérée de l'indice santé²⁴ de 2018 à 2021 (+4,5% en 3 ans), celui-ci a été marqué par une forte hausse atteignant + 9,3% en 2022 par rapport à 2021, et 14,2% par rapport à 2018.

Les modalités spécifiques d'indexation en vigueur dans le système des soins de santé a eu pour implication que cette hausse s'est répercutée dans le financement dans de manière et dans des délais différents selon le type de dépenses.

Etant donné que le système de l'indice santé ne répond qu'avec retard à l'inflation élevée de 2022, une rétribution unique de 2% a été octroyée au 1^{er} juin 2022 aux dispensateurs de soins dont les honoraires sont liés à l'indice santé.

²⁴ L'indice santé base 2013 pour les années 2018 : 107,35 ; 2021 : 112,21 ; 2022 : 122,59, source Statbel : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/prix-la-consommation/indice-sante>

Annexe 2. Pourcentage maximal du supplément d'honoraires facturés par hôpital : évolution 2021-2022

Le pourcentage maximum facturé dans le tableau ci-dessous correspond au percentile 99 du pourcentage de suppléments d'honoraires facturés sur les prestations médicales avec suppléments d'honoraires (séjours classiques et one day).

Reseau	Région	Hôpital	% max facturé (P99)	
			2021	2022
BRIANT Vzw	V	AZ St.-Maarten [Mechelen]	175%	175%
	V	AZ Heilig Hart [Lier]	135%	135%
	V	AZ Jan Portaels [Vilvoorde]	150%	150%
	V	Imelda Ziekenhuis [Bonheiden]	150%	150%
CUROZ Vzw	B	UZ Brussel [Brussel]	175%	175%
	V	AZ Sint-Maria [Halle]	200%	200%
	V	Onze Lieve Vrouweziekenhuis [Aalst, Asse, Ninove]	150%	150%
	V	Algemeen Stedelijk Ziekenhuis [Aalst]	150%	150%
E17 Vzw	V	AZ Maria Middelaers [Gent]	150%	150%
	V	St.-Jozefskliniek [Izegem]	150%	150%
	V	AZ St.-Vincentius [Deinze]	150%	150%
	V	AZ St.-Elisabeth [Zottegem]	150%	150%
	V	AZ Groeninge [Kortrijk]	135%	135%
	V	O.L.V. Van Lourdes Ziekenhuis Waregem [Waregem]	150%	150%
	V	AZ Glorieux [Ronse]	150%	150%
ELIPSE Réseau Hospitalier Universitaire	W	Centre Hospitalier Reine Astrid [Malmedy]	200%	200%
	W	CHR Verviers East Belgium [Verviers]	200%	200%
	W	Clinique Andre Renard [Herstal]	150%	150%
	W	Centre Hospitalier Du Bois De L'Abbaye et de Hesbaye [Seraing, Waremme]	200%	200%
	W	CHR de Huy [Huy]	200%	200%
	W	CHR Citadelle [Herstal, Liège]	200%	200%
	W	CHU De Liège [Liège]	200%	200%
GENT Vzw	V	AZ Oudenaarde [Oudenaarde]	135%	135%
	V	AZ St.-Lucas [Gent]	125%	125%
	V	Universitair Ziekenhuis Gent [Gent]	125%	125%
	V	AZ Jan Palfijn [Gent]	135%	135%
HELIX Vzw	V	AZ Rivierenland [Bornem, Willebroek, Rumst]	200%	200%
	V	UZ Antwerpen [Edegem]	200%	200%
	V	AZ Sint-Jozef [Malle]	200%	200%
	V	AZ Monica [Deurne]	200%	200%
	V	AZ Klina [Brasschaat]	200%	200%
	W	CHU Tivoli [La Louvière]	300%	300%

HELORA Réseau Hospitalier	W	Groupe Jolimont	[Haine-Saint-Paul]	200%	200%
	W	CHU Ambroise Pare	[Mons]	250%	250%
	W	Groupe Jolimont	[Boussu, Mons]	200%	200%
	W	Groupe Jolimont	[Nivelles]	200%	200%
KEMPEN Vzw	V	AZ Turnhout	[Turnhout]	135%	135%
	V	Heilig Hart Ziekenhuis	[Mol]	135%	135%
	V	AZ Herentals	[Herentals]	135%	135%
	V	Ziekenhuis Geel	[Geel]	135%	135%
KOM Netwerk Vzw	V	AZ Alma	[Eeklo]	150%	150%
	V	AZ St.-Jan Brugge-Oostende	[Brugge, Oostende]	100%	100%
	V	AZ St.-Lucas	[Brugge]	150%	150%
	V	AZ West	[Veurne]	125%	125%
	V	AZ Zeno	[Knokke-Heist]	120%	120%
	V	AZ Damiaan	[Oostende]	135%	135%
MIRA Vzw	V	AZ St.-Blasius	[Dendermonde]	150%	150%
	V	Vitaz	[Sint-Niklaas, Lokeren, Beveren, Temse]	150%	150%²⁵
Netwerk GZA - ZNA Vzw	V	Ziekenhuisnetwerk Antwerpen	[Antwerpen]	200%	200%
	V	GZA- Ziekenhuizen	[Antwerpen, Mortsel, Wilrijk]	150%	200%
Noord-Oost Limburg Vzw	V	Ziekenhuis Oost-Limburg	[Genk]	150%	150%
	V	Ziekenhuis Maas En Kempen	[Maaseik]	150%	150%
	V	Mariaziekenhuis Noord-Limburg	[Overpelt]	150%	150%
PLEXUS Vzw	V	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	[Leuven]	150%	150%
	V	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	[Tienen]	150%	150%
	V	Universitair Ziekenhuis Leuven	[Leuven]	150%	150%
	V	AZ Diest	[Diest]	150%	150%
Réseau CHORUS	B	CHU Saint-Pierre / UMC Sint-Pieter	[Brussel]	300%	300%
	B	CHU Brugmann	[Brussel]	300%	300%
	B	Institut Jules Bordet	[Brussel]	300%	300%
	B	Hôpitaux Iris Sud - Iris Ziekenhuizen Zuid	[Brussel]	300%	300%
	B	Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF)	[Brussel]	300%	300%
	B	CHIREC - Hôpital Delta	[Brussel]	300%	300%
	B	Clinique Universitaire de Bruxelles - Hôpital Erasme	[Brussel]	300%	300%
	B	CHIREC - Hôpital Sare	[Brussel]	300%	300%
Réseau Hospitalier clinique locorégional H.Uni	B	Kliniek St.-Jan - Clinique St.-Jean	[Brussel]	200%	200%
	B	Europaziekenhuizen - Cliniques De L'Europe	[Brussel]	200%	200%
	B	Cliniques Universitaires Saint-Luc	[Brussel]	300%	300%

²⁵ Fusion AZ Nikolaas – AZ Lokeren

	W	Clinique Saint Pierre	[Ottignies]	200%	200%
Réseau Hospitalier de Charleroi Métropole (RHCM)	W	Grand Hôpital De Charleroi	[Charleroi, Gilly, Lovernal, Montignies-Sur-Sambre]	200%	200%
	W	Clinique Notre-Dame De Grace	[Gosselies]	250%	250%
	W	CHR De Namur	[Namur]	200%	200%
Réseau Hospitalier Namurois (R.H.N.)	W	CHU UCL Namur	[Mont-Godinne]	200%	200%
	W	CHR Sambre Et Meuse	[Auvelais, Fosses-La-Ville]	200%	200%
	W	CHU UCL Namur	[Namur]	200%	200%
	W	CHU UCL Namur	[Dinant]	200%	200%
	W	Clinique St.-Luc	[Bouge]	200%	200%
Réseau Humani Santé	W	Centre De Sante Des Fagnes	[Chimay]	229%	229%
	W	CHU De Charleroi - Hôpital Andre Vésale	[Montigny-Le-Tilleul]	200%	200%
	W	CHU De Charleroi	[Lodelinsart]	200%	200%
Réseau MOVE	W	St.-Nikolaus Hospital	[Eupen]	200%	200%
	W	Clinique CHC	[Liège, Warremme]	250%	250%
	W	Clinique CHC	[Hermalle-Sous-Argenteau, Heusy]	250%	250%
	W	Klinik St.-Josef	[Sankt-Vith]	200%	200%
Réseau PHARE	W	CHR de la Haute Senne	[Soignies, Neufvilles]	300%	300%
	W	Centre Hospitalier De Mouscron	[Mouscron]	100%	100%
	W	Centre Hospitalier Epicura	[Frameries, Hornu, Baudour]	250%	250%
	W	Centre Hospitalier De Wallonie Picarde – CHwapi	[Tournai]	200%	200%
	W	Centre Hospitalier Epicura	[Ath]	250%	250%
réseau Vivalia	W	Vivalia	[Bastogne, Marche-En-Famenne]	200%	200%
	W	Vivalia	[Libramont]	200%	200%
	W	Vivalia	[Arlon, Saint-Mard]	200%	200%
TRiAz Vzw	V	Jan Yperman Ziekenhuis	[Ieper]	120%	120%
	V	AZ Delta	[Menen, Torhout, Roeselare]	100%	100%
	V	St.-Andries Ziekenhuis	[Tielt]	100%	100%
Ziekenhuisnetwerk Zuid-West-Limburg Vzw	V	Jessaziekenhuis	[Hasselt]	150%	150%
	V	St.-Franciskus Ziekenhuis	[Heusden]	150%	150%
	V	St.-Trudo Ziekenhuis	[Sint-Truiden]	150%	150%
	V	AZ Vesalius	[Tongeren]	150%	150%