



# Baromètre hospitalier AIM

## Inventaire des montants facturés au patient pour des séjours en hôpital général et universitaire

Mai 2022

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

## Colophon

- Sujet :** Dans cette édition du Baromètre hospitalier AIM, nous détaillons les tickets modérateurs et suppléments facturés au patient pour des séjours en hôpital général et universitaire au cours de l'année 2020.
- Date de publication :** Mai 2022
- Rédaction [et traduction] :** Rédacteur [et traducteur]
- [Commanditaire]:** [Commanditaire]
- Références recommandées :** Luk Bruyneel, Wies Kestens, Françoise De Wolf, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens, Bernard Landtmeters (2022), Baromètre hospitalier AIM - Inventaire des montants facturés au patient pour des séjours en hôpital général et universitaire, AIM Agence Intermutualiste, Bruxelles.
- Coordonnées :** ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles  
Tél. 02 891 72 11 • [ima-aim@intermut.be](mailto:ima-aim@intermut.be) • [www.ima-aim.be](http://www.ima-aim.be)  
BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

*Ce document est disponible en téléchargement sur le site web [www.ima-aim.be](http://www.ima-aim.be).*

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

# Table des matières

<b>Abstract</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>3</b>
1.1. Sources de financement des soins de santé en Belgique .....	4
1.2. Montants facturés au patient à l'hôpital .....	7
1.3. Covid-19 : nombre d'admissions à l'hôpital et mesures exceptionnelles .....	8
<b>2. Objectif</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Méthodologie</b> .....	<b>12</b>
3.1. Données.....	12
3.2. Analyse .....	13
<b>4. Résultats</b> .....	<b>14</b>
4.1. Nombre d'hospitalisations (classiques et de jour) et de journées .....	14
4.2. Montants facturés au patient.....	15
4.3. Variation des montants facturés au patient .....	23
4.4. Covid-19 et montants facturés au patient .....	34
<b>5. Limitations de l'étude</b> .....	<b>40</b>
<b>6. Conclusion</b> .....	<b>42</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>47</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>49</b>
Annexe 1. Pourcentage maximum de supplément d'honoraires facturables par hôpital .	50
Annexe 2. Nouveaux codes nomenclature pour médecins-spécialistes relatifs aux patients hospitalisés pour Covid-19 .....	55
Annexe 3. Méthodologie : définition des catégories de dépenses.....	56
Annexe 4. Variation entre les hôpitaux des montants moyens (par séjour) facturés aux patient et de leur évolution globale par catégorie de dépenses, 2019-2020 .....	57

# Abstract

En 2020, sur € 5,65 milliards remboursés par l'assurance obligatoire, un montant total de € 1,16 milliards de tickets modérateurs et suppléments ont été facturés au patient dans les 100 hôpitaux généraux et universitaires de Belgique pour des hospitalisations classiques et de jour. Deux tiers de ce montant facturé au patient, soit € 790,6 millions, concernaient des suppléments dont € 509,7 millions de suppléments d'honoraires remboursables.

Notre analyse des tickets modérateurs et des suppléments permet d'aboutir à trois conclusions.

Premièrement, **la moyenne des dépenses à charge du patient** en cas d'hospitalisation classique et de jour a augmenté entre 2019 et 2020. Même constat dans 73 des 100 hôpitaux pour la moyenne des tickets modérateurs et suppléments en chambre individuelle facturés au patient pour une hospitalisation classique. Ces augmentations sont principalement dues à **la croissance moyenne des suppléments d'honoraires**. On observe une hausse des tickets modérateurs et suppléments facturés au patient pour une hospitalisation classique en chambre double ou commune dans 69 des 100 hôpitaux.

Ensuite, il existe un risque de voir le **patient confronté à des dépenses propres très élevées**, notamment sous l'effet des **suppléments (d'honoraires)**. Cela vaut **également pour les séjours liés à la Covid-19**. Seule **une hospitalisation classique sur quatre est facturée au patient pour un montant inférieur à 100 € (ticket modérateur et suppléments)** ; environ 60 000 séjours classiques et 2 000 hospitalisations de jour dépassent € 3 000. Une grande majorité des suppléments facturés concerne des séjours en chambre individuelle. Les frais en chambres double et commune peuvent également atteindre des montants élevés, notamment en raison du coût des implants. Plus de **25 % des séjours Covid-19**

ont été facturés au patient pour un montant supérieur ou égal à € 500 ; un séjour sur neuf s'est chiffré à au moins € 1 000.

Enfin, il apparaît que **le patient doit faire face à toute une série d'incertitudes concernant les dépenses propres attendues**. Le **pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables** – qui varie de 100 % à 300 % d'un hôpital à l'autre – a encore augmenté récemment et **offre trop peu d'informations sur les suppléments d'honoraires attendus à charge du patient**, tant en termes de pourcentage que, plus important encore, en montant absolu. En outre, nous observons que, **pour la même intervention, les dépenses du patient varient fortement d'un hôpital à l'autre et au sein du même hôpital**. Ce constat s'applique aussi aux interventions courantes : l'introduction d'un financement forfaitaire des honoraires pour les séjours relatifs aux soins à basse variabilité n'empêche pas les disparités des montants pour la même intervention dans le même type de chambre.



# 1. Introduction

Chaque année, l'Agence Intermutualiste (AIM) publie une évaluation des coûts hospitaliers facturés au patient. De cette manière, les décideurs politiques, les chercheurs et le grand public sont informés sur l'évolution des montants facturés au patient pour des séjours hospitaliers (hospitalisation de jour ou classique). Nous nous sommes penchés plus particulièrement sur la variation des montants facturés, notamment en fonction de l'hôpital, du type de chambre et du statut social du patient. Cette étude, le Baromètre hospitalier AIM, permet d'évaluer l'accessibilité financière d'une admission à l'hôpital et de susciter le débat sur la transparence des frais à la charge du patient et sur l'impact des suppléments sur la facture du patient. Les analyses servent également à fournir des informations au patient *via* les sites web des mutualités et à publier des indicateurs spécifiques aux hôpitaux sur l'Atlas AIM.

Ce chapitre porte sur plusieurs concepts élémentaires et le contexte de l'étude en guise d'introduction à la méthodologie utilisée et à la présentation des résultats. Nous donnons tout d'abord un aperçu des sources de financement des soins de santé en Belgique. Sans analyser ces sources en détail, nous expliquons qui les finance et abordons à cet effet quelques concepts fondamentaux sur lesquels nous reviendrons dans la section des résultats. Deuxièmement, nous

détaillons les montants facturés au patient en cas d'admission à l'hôpital en hôpital général, et revenons brièvement sur les résultats du Baromètre hospitalier basé sur les données de facturation pour l'année 2019. Enfin, nous abordons plusieurs effets de la crise du coronavirus sur l'activité des hôpitaux généraux. Cette crise est logiquement mise en lumière dans ce rapport, étant donné que notre analyse porte sur les données de l'année 2020 marquée par la propagation du virus entretemps devenu omniprésent.

## 1.1. Sources de financement des soins de santé en Belgique

Les dépenses de soins de santé s'élevaient en 2019 (chiffres disponibles les plus récents) à 10,7 % du montant total de l'ensemble des biens et services produits en Belgique (soit le produit intérieur brut). Nous décrivons brièvement les canaux de financement ci-dessous<sup>1</sup>.

Trois quarts des dépenses de soins de santé (76,8 %) de 2019 dépendent de financements issus de régimes publics. La majorité d'entre elles provient de l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités (AMI), l'une des sept branches de notre sécurité sociale, laquelle est financée par le gouvernement, les employeurs et les employés. Elle permet à la quasi-totalité des Belges de bénéficier du remboursement des frais de soins médicaux ou d'une indemnité en cas de maladie, d'incapacité de travail ou de grossesse. L'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités est gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Les mutualités prennent en charge une partie de l'administration et des remboursements. L'affiliation à une mutualité est obligatoire.

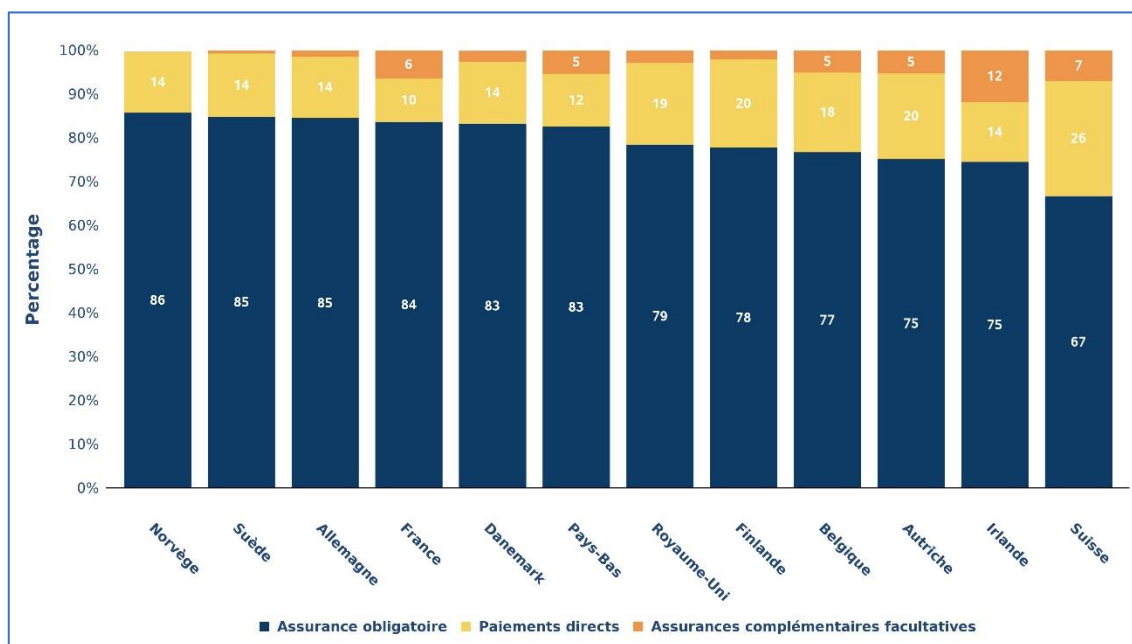
**En 2019, près d'un quart (23,2 %) de l'ensemble des dépenses de soins de santé a été supporté par le patient**, à savoir 18,2 % par des paiements directs et 5,0 % par des assurances complémentaires facultatives. **Cette part propre est sensiblement plus élevée que dans les pays voisins** ou dans d'autres pays européens tels que la Suède, la Norvège, le Danemark ou le Royaume-Uni

---

<sup>1</sup> Ces chiffres présentés sont basés sur le 'System of Health Accounts' (Le système des comptes de la santé), un cadre méthodologique permettant aux pays de réaliser des estimations comparables à l'échelle internationale portant sur la consommation de biens et services de soins de santé et de longue durée par leur population.

(Graphique 1) [1]. La part supportée par les assurances complémentaires facultatives est passée de 4,0 % en 2010 à 5,0 % en 2019 [2].

**Graphique 1. Sources de financement des soins de santé en Belgique et dans plusieurs pays étrangers faisant partie de l'Organisation de coopération et de développement économiques, 2019 (année disponible la plus récente)**



Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2021 [3]

Les paiements directs seront évoqués plus loin. Ils comprennent le ticket modérateur ainsi que les éventuels suppléments (suppléments d'honoraires et suppléments de chambre), y compris les prestations non remboursables (p.ex. médicaments, implants ou dispositifs médicaux dont le remboursement n'est pas prévu par l'assurance maladie).

Le ticket modérateur est la quote-part à charge du patient relative au paiement de soins de santé obtenue après déduction de l'intervention de l'assurance de soins de santé<sup>2</sup>. Grâce à une série de mécanismes visant à garantir l'accessibilité financière des soins de santé, l'ampleur de cette part personnelle peut être limitée. Des filets de sécurité sociale existent outre l'assurance maladie universelle, parmi lesquels le

<sup>2</sup> Par exemple, les honoraires liés à la prestation 'Consultation au cabinet par un médecin généraliste accrédité' s'élèvent à € 27,06 en 2021. Pour les patients, une intervention minimale de la part de l'assurance obligatoire des soins de santé à hauteur de € 21,06 ainsi qu'une intervention personnelle (ticket modérateur) maximale de € 6,00 sont en vigueur [12].



statut de bénéficiaire de l'intervention majorée des frais médicaux. Grâce à l'intervention majorée, les patients qui en bénéficient paient moins pour leurs consultations, médicaments, hospitalisations, etc. Les personnes qui bénéficient d'allocations sociales y ont notamment droit de manière automatique [4]. Le maximum à facturer (MAF) est quant à lui un système qui garantit le remboursement des frais médicaux à la charge du patient par la mutualité lorsque le montant maximum est atteint au cours de l'année. En revanche, **dans le cadre du MAF, tous les frais ne sont pas pris en compte dans le numérateur – notamment les suppléments (d'honoraires) –, le coût à la charge du patient pouvant alors atteindre des niveaux élevés. Le report de soins pour raisons financières est un problème observé de plus en plus fréquemment en Belgique et plus particulièrement chez les personnes aux revenus les plus modestes. De même, les dépenses de soins de santé privées peuvent grimper à tel point que les personnes basculent dans la pauvreté lorsqu'elles sont confrontées à de graves problèmes de santé** [5,6]. Et ce nonobstant les budgets conséquents alloués aux soins de santé en Belgique et les garde-fous sociaux existants.

Toutes les prestations, les honoraires qui y sont liés, l'intervention de l'assurance obligatoire ainsi que la quote-part personnelle du patient (le ticket modérateur) sont fixés dans la **nomenclature des prestations de santé** et publiés au Moniteur belge.

**Les suppléments sont beaucoup moins régulés et sont entièrement à la charge du patient.** Ils peuvent être facturés aussi bien pour des séjours à l'hôpital en chambre individuelle que pour des consultations ou des actes médico-techniques dans ou hors les murs de l'hôpital, notamment dans le cabinet privé d'un médecin, dentiste ou kinésithérapeute. Pour un séjour à l'hôpital en chambre individuelle, quel que soit le statut de conventionnement du prestataire de soins, le supplément d'honoraires est généralement exprimé comme le pourcentage maximum des honoraires qu'un médecin peut facturer. Ce pourcentage est fixé individuellement par chaque hôpital et figure dans la déclaration d'admission ; il varie de 100 % à 300 %. Un supplément d'honoraires jusqu'à 100 % signifie par exemple que le patient paiera au maximum l'honoraire fixé comme supplément en sus du ticket modérateur sur l'honoraire<sup>3</sup>. **Nous remarquons non seulement que le pourcentage maximum a augmenté dans de nombreux hôpitaux ces derniers mois et années, mais**

---

<sup>3</sup> Prenons l'exemple de la prestation courante 'Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : les cinq premiers jours, par jour'. En 2020, les honoraires s'élevaient à € 12,91 dont une intervention de € 8,40 et une part personnelle de € 4,51. En cas de supplément de 100 %, le coût pour le patient augmente de € 4,51 (ticket modérateur) à € 17,42 (€ 4,51 ticket modérateur + 100 %\*€ 12,91 de supplément).

**aussi que certains hôpitaux appliquent des distinctions ou exceptions (p.ex. maximum plus élevé si une convention a été signée entre le médecin et le patient, maximum plus élevé pour des disciplines ou médecins spécifiques, maximum plus élevé en cas de chambre individuelle de luxe...) (cf. Annexe 1).**

## 1.2. Montants facturés au patient à l'hôpital

Comme expliqué plus haut, le coût hospitalier à charge du patient peut rapidement grimper en raison des tickets modérateurs, mais aussi et surtout des suppléments. Le Baromètre hospitalier AIM basé sur les tarifs en vigueur dans les hôpitaux belges pour l'année 2019 a confirmé que la facture du patient pour un séjour hospitalier pouvait être très élevée [7]. **En 2019, € 1,38 milliard (excepté les frais ambulatoires de pré- et post-hospitalisation qui peuvent y être liés) de tickets modérateurs et de suppléments ont été facturés à des patients ayant séjourné en hôpital général et universitaire.** Les tickets modérateurs (€ 440 millions) représentent un tiers de ce montant, tandis que les suppléments (€ 944 millions), relatifs pour la plupart à un séjour en chambre individuelle (suppléments d'honoraires et de chambre), en représentent les deux tiers.

Le montant total des suppléments d'honoraires<sup>4</sup> se chiffrait en 2019 à près de € 653 millions (dont € 610 millions de suppléments sur des honoraires de médecins), soit une augmentation de 3,9 % par rapport à 2018, ce qui représente deux tiers de la croissance totale en tickets modérateurs et suppléments. Les suppléments de chambre, qui tout comme les suppléments d'honoraires doivent uniquement être facturés pour des séjours en chambre individuelle, s'élevaient à € 131 millions. Le supplément de chambre est lui aussi défini librement par les hôpitaux, entraînant de fortes variations, y compris au sein d'un même hôpital. Ainsi, certains hôpitaux font la distinction entre une chambre individuelle de maternité, une chambre individuelle de luxe maternité et une suite individuelle maternité, chacune étant assortie de leur propre supplément de chambre. En 2019, les suppléments de pharmacie, divers et matériels s'élevaient respectivement à € 82, € 55 et € 23 millions. Les honoraires non remboursables représentaient € 40 millions ; les suppléments d'honoraires relatifs aux honoraires non médicaux, € 2 millions.

Soulignons la grande hétérogénéité des montants facturés au patient d'un hôpital à l'autre. Prenons l'exemple de la vasectomie en hospitalisation de jour : selon les

---

<sup>4</sup> Les suppléments d'honoraire comprennent les suppléments d'honoraires remboursables comme non remboursables.

résultats du Baromètre hospitalier AIM basé sur les données de facturation de 2019, les frais pour le patient qui ne bénéficie pas du droit à l'intervention majorée sont 20 fois plus élevés dans l'hôpital « le plus cher » (€ 217) que dans le « meilleur marché » (€ 11) [7]. Pour une même intervention, la facture du patient sera donc en moyenne nettement plus élevée dans un hôpital que dans l'autre. En outre, l'intervention susmentionnée est un exemple de soins de routine à basse variabilité, standardisable (procédure standard de diagnostic et de traitement). Depuis 2019, les honoraires de 57 groupes de patients font l'objet d'un financement forfaitaire couvert par le principe des soins à basse variabilité, basé sur un montant fixe par admission [8]. Toutefois, son introduction n'empêche pas la forte variation des prix entre les hôpitaux pour la même intervention, dans le même type de chambre, chez les personnes possédant le même statut social. En 2019, la base de calcul des suppléments en cas de soins à basse variabilité pouvait atteindre un maximum de 115 % de la partie honoraire du montant global prospectif par admission.

Bien que le régime de tiers payant s'applique de toute façon aux séjours hospitaliers – la mutualité rembourse l'hôpital directement et le patient ne paie ensuite que la contribution personnelle –, la facture du patient peut donc atteindre des niveaux élevés. Chaque année, la facture patient d'un séjour hospitalier sur cinq dépasse les € 1000 [7].

### 1.3. Covid-19 : nombre d'admissions à l'hôpital et mesures exceptionnelles

La crise de la Covid-19 a éclaté au début de l'année 2020, la Belgique entrant en confinement le 13 mars. Les activités des hôpitaux ont subi de profonds changements. D'une part, les patients Covid-19 ont afflué : 49 469 admissions et 795 230 journées pour l'année 2020 [9]. D'autre part, les soins relatifs à la Covid-19 se sont accompagnés d'un report des soins non liés à celle-ci. On a constaté une chute spectaculaire du nombre d'admissions à l'hôpital au cours de la période de mars à mai 2020 ; le reste de l'année, le nombre d'admissions est resté inférieur aux années précédentes. Seul le nombre de forfaits oncologie (hospitalisation de jour) a connu une augmentation entre 2019 et 2020 [10].

Il convient d'observer que dans le cadre du baromètre hospitalier et de l'évaluation des suppléments – *via* une adaptation de la loi sur les hôpitaux –, **aucun supplément d'honoraires** ne pouvait être facturé en cas d'« admission d'un patient infecté par le virus SARS-CoV-2 ou suspecté d'être infecté par celui-ci » qui séjourne en chambre individuelle. Étant donné le risque d'infection, la chambre

individuelle est effectivement nécessaire d'un point de vue médical [11]. Dans ce cas, les suppléments d'honoraires sont d'ailleurs toujours exclus. De plus, il est explicitement stipulé qu' « **aucun coût supplémentaire sous la forme de prestations non remboursables** ne peut être facturé au patient d'une épidémie ou d'une pandémie dont les coûts liés à la fourniture des services sont couverts par le budget des moyens financiers (BMF)<sup>5</sup> ». Les deux dispositions sont entrées en vigueur avec effet rétroactif le 11 mars 2020.

Plusieurs interventions financières, à divers niveaux, ont été mises en place en faveur du secteur hospitalier et de ses collaborateurs (entre autres, une intervention financière fédérale exceptionnelle allouée aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus [12]).

---

<sup>5</sup> Le BMF est la principale source des moyens de fonctionnement hospitaliers. Le financement d'un hôpital *via* le BMF provient de la répartition individuelle entre tous les hôpitaux du budget hospitalier global, selon les conditions fixées dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.



## 2. Objectif

Dans ce chapitre, nous décrivons l'objectif de cette édition du Baromètre hospitalier AIM. La Covid-19 et les dispositions concernant le calcul des suppléments d'honoraires lors de séjours liés à celle-ci nécessitent l'ajout d'un volet supplémentaire à cette étude par rapport aux éditions précédentes.

L'objectif de cette étude est triple.

Premièrement nous décrivons les montants facturés au patient pour des séjours en hôpital général et universitaire en 2020 ainsi que l'évolution de ces montants dans le temps. Nous nous penchons sur les tickets modérateurs et les suppléments, y compris les prestations non remboursables, et étudions tant les hospitalisations classiques que les hospitalisations de jour. Parmi cette dernière catégorie, nous distinguons les hospitalisations de jour chirurgicales, les hospitalisations de jours (médicales) non chirurgicales et les hospitalisations de jour oncologiques.

Ensuite, nous étudions les variations des montants facturés au patient d'un hôpital à l'autre et au sein d'un même hôpital, selon le type de chambre et le statut social du patient (droit à l'intervention majorée ou non) ; nous examinons aussi les groupes de patients qui relèvent des soins à basse variabilité.

Troisièmement, nous nous concentrons spécifiquement sur les séjours Covid-19. Nous examinons si des suppléments d'honoraires ou d'autres suppléments (médicaments ou prestations non remboursables) ont été facturés durant ces séjours. Nous sommes également attentifs aux variations entre hôpitaux dans cette analyse.



## 3. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous décrivons les données dont nous disposons et la manière dont nous les analysons selon les objectifs du Baromètre hospitalier AIM.

### 3.1. Données

Les données analysées concernent toutes les données de facturation relatives aux hospitalisations en hôpital général et universitaire au cours des années civiles 2019 et 2020 facturées aux mutualités pendant les années civiles concernées ou les deux premiers trimestres de l'année suivante. Certaines analyses font appel à des données historiques remontant jusqu'en 2006. Les données facturées comprennent les admissions pour lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire des soins de santé est prévue, les contributions propres des patients pour les prestations remboursables (p.ex. tickets modérateurs) et les suppléments qui leur sont facturés. Il s'agit de montants facturés par l'un des 100 hôpitaux aigus possédant un numéro d'agrément distinct (voir Annexe 1). Les types d'activité composant cette étude sont les séjours hospitaliers classiques, les hospitalisations de jour chirurgicales et les hospitalisations de jour non chirurgicales (maxi-forfait, forfait 1 à 7, forfait douleur

chronique, hôpital de jour oncologique), à l'exception du forfait salle de plâtre, du forfait port-à-cath, etc.

Les douzièmes versés aux hôpitaux dans le cadre de la liquidation du BMF des hôpitaux ne sont pas pris en compte dans cette analyse de données.

Les codes nomenclature créés en raison de la Covid-19 (voir Annexe 2) figurent pour la première fois dans cette édition 2020. Ils permettent notamment d'identifier les patients Covid-19.

## 3.2. Analyse

Tout d'abord, nous décrivons le nombre de séjours, le nombre de journées et la durée de séjour moyenne, et ce par type de séjour.

Afin d'apporter une réponse à notre premier objectif, nous décrivons l'ensemble des montants facturés à charge de l'INAMI et à charge du patient, dans leur totalité et par type de séjour. Ensuite, nous les répartissons en six catégories de dépenses : séjour, suppléments, matériel, pharmacie, chambre et autres (voir Annexe 3 pour plus de détails). Nous calculons les montants total et moyen à charge de l'AMI et du patient. Enfin, nous nous penchons particulièrement sur les suppléments d'honoraires. Ces analyses tiennent compte de toutes les prestations d'une année, indépendamment de la date d'admission ou de sortie d'un séjour. Afin de calculer les coûts moyens par séjour, nous considérons uniquement les séjours dont la date d'admission et de sortie se rapporte aux années d'analyse.

Notre deuxième objectif est consacré aux analyses spécifiques des variations des coûts à charge du patient selon le type de chambre, le statut social du patient (droit à l'intervention majorée ou non) et les soins à basse variabilité. Dans cette optique, nous nous concentrons, le cas échéant, sur les variations éventuelles d'un hôpital à l'autre et au sein d'un même hôpital. Le type de chambre est défini selon qu'un supplément de chambre et/ou un supplément sur des honoraires médicaux remboursables est facturé (chambre individuelle) ou non (chambre double ou commune).

Enfin, nous décrivons le nombre de séjours liés à la Covid-19 pour lesquels des suppléments d'honoraires ou d'autres montants (prestations ou médicaments non remboursables) ont été facturés, ainsi que la façon dont ils varient d'un hôpital à l'autre. Les hospitalisations Covid-19 ont été identifiées à l'aide du pseudocode 793800.





## 4. Résultats

Nous présentons dans les pages qui suivent successivement les résultats relatifs à cette étude au triple objectif.

Ces résultats sont précédés d'une description de l'évolution du nombre d'hospitalisations (classiques et de jour) et des journées entre 2019 et 2020. Il est indispensable de garder à l'esprit la diminution exceptionnelle lorsque l'évolution est présentée en montants absolus.

### 4.1. Nombre d'hospitalisations (classique et de jour) et de journées

En 2020, le nombre de séjours et de journées a fortement chuté par rapport à 2019, à l'exception des hospitalisations de jour oncologiques (+4,3 %). La durée moyenne de séjour est restée stable. Voir le Tableau 1 pour plus de détails.

**Tableau 1. Nombre d’hospitalisations classiques (et durée moyenne de séjour) et d’hospitalisations de jour, 2019-2020**

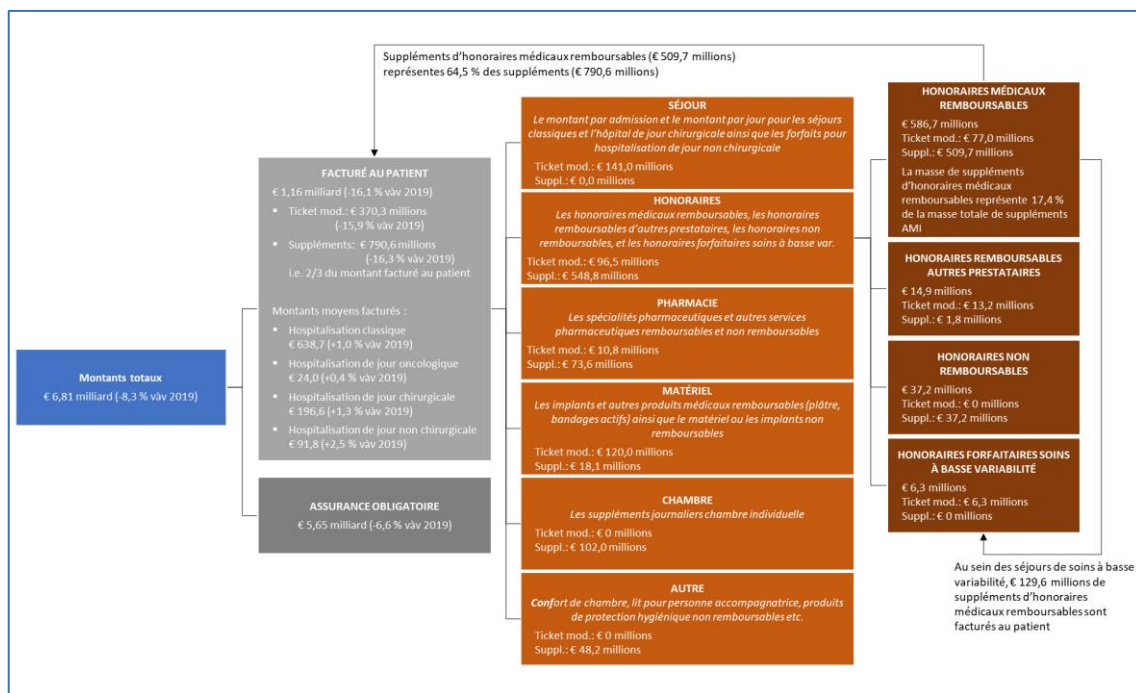
	2019	2020	Δ 2019-2020
<b>Séjours classiques<sup>a</sup></b>	<b>1.771.998</b>	<b>1.472.089</b>	<b>-16,9%</b>
Nombre de journées séjours classiques	13.519.135	11.137.087	-17,6%
Durée moyenne de séjour <sup>a</sup>	7,63	7,57	-0,8%
<b>Hospitalisation de jour</b>	<b>2.063.166</b>	<b>1.814.766</b>	<b>-12,0%</b>
Hospitalisation de jour chirurgicale	598.499	466.820	-22,0%
Hospitalisation de jour non chirurgicale	1.029.898	894.623	-13,1%
Hospitalisation de jour oncologique	434.769	453.323	+4,3%

<sup>a</sup> Nous faisons toujours appel aux chiffres indiqués dans ce tableau pour les séjours classiques en 2019 et 2020 lorsque nous affichons des moyennes dans la suite de l’analyse. Lorsque, dans la section suivante, nous calculons le total des montants facturés, nous tenons compte de tous les montants facturés au cours de l’année concernée, indépendamment de la date d’admission ou de sortie. Cela représente 1 845 402 séjours classiques en 2019 et 1 529 656 en 2020.

## 4.2. Montants facturés au patient

Dans la section 4.2.1, nous décrivons les montants facturés pour des admissions à l’hôpital (à charge de l’AMI et du patient), dans leur totalité et par type de séjour. La section 4.2.2 approfondit les montants facturés par catégorie de dépenses. Enfin, la section 4.2.3 donne davantage de détails sur les montants des honoraires facturés. À titre indicatif, le Graphique 2 rassemble les chiffres issus de ces sections, agrégés pour les séjours hospitaliers classiques et hospitalisations de jour.

**Graphique 2. Aperçu du total des montants facturés (à charge de l'AMI et du patient) pour des hospitalisations classiques et de jour, 2020 (excepté les douzièmes BMF)**



#### 4.2.1. Montants totaux et montants par type de séjour

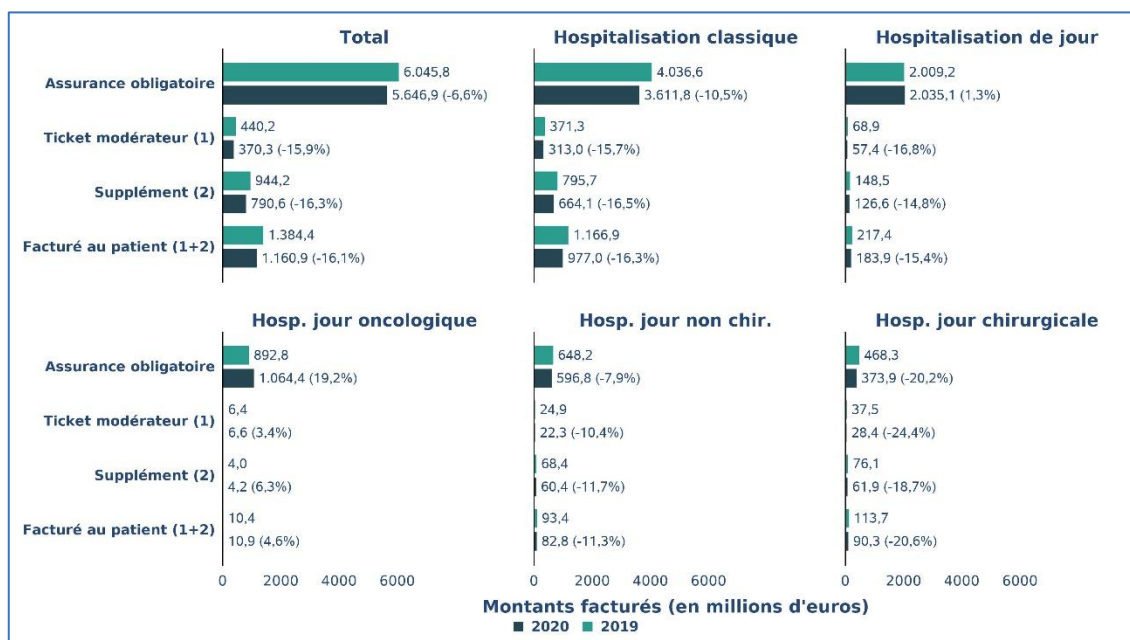
Le total des montants facturés et les montants facturés par séjour en 2019 et 2020 sont indiqués dans le Graphique 3.

Pour l'ensemble des prestations, tous types de séjours hospitaliers confondus, un total de € 1,16 milliard a été facturé au patient en 2021 soit une diminution de 16,1 % par rapport à 2019 (€ 1,38 milliard). La diminution de la part remboursée par l'assurance obligatoire des soins de santé est moins marquée. En 2020, € 5,65 milliards ont été remboursés soit un recul de 6,6 % par rapport à 2019 (€ 6,05 milliards). Les dépenses totales s'élèvent ainsi à € 6,81 milliards en 2020 contre € 7,43 milliards en 2019, à savoir une diminution de 8,3 %. **Tout comme en 2019, le montant facturé au patient de € 1,16 milliard est composé d'un tiers de tickets modérateurs (€ 370,3 millions) et d'un peu plus de deux tiers de suppléments (€ 790,6 millions).** Les dépenses totales, en tickets modérateurs comme en suppléments, ont diminué – en chiffres absolus – par rapport à 2019, respectivement à hauteur de € 70 millions (-15,9 %) et € 154 millions (-16,3 %).

À l'instar de l'évolution du nombre d'hospitalisations (classiques et de jour), les montants de 2020 ont connu une baisse par rapport à 2019 pour tous les types de séjours, à l'exception des hospitalisations de jour oncologiques. Les tickets modérateurs et suppléments facturés au patient lors d'hospitalisations classiques

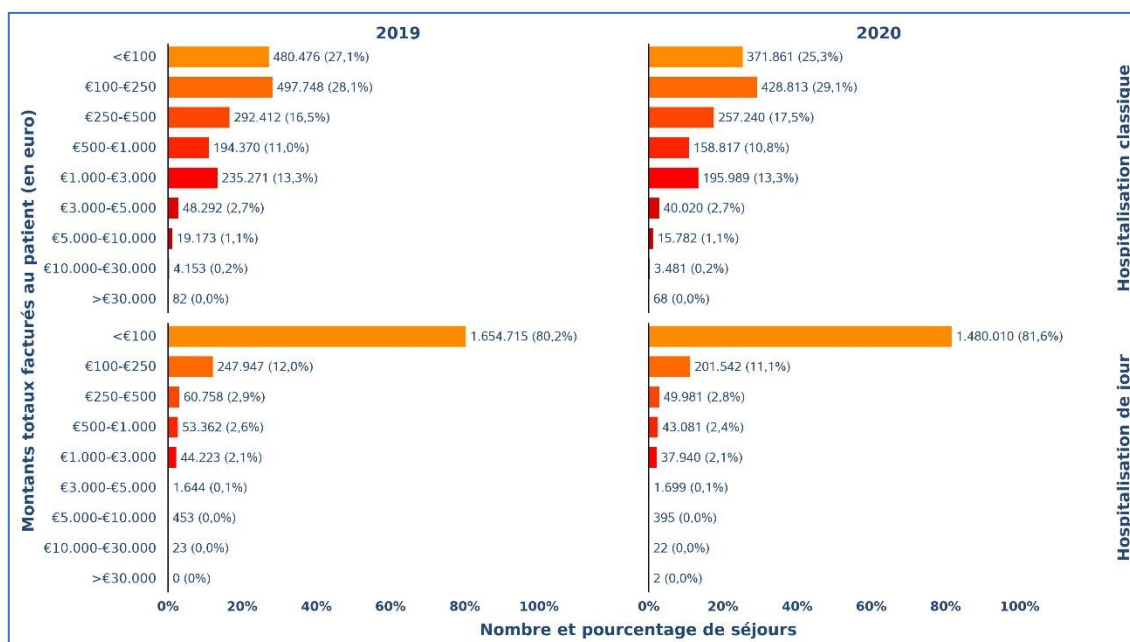
représentent € 977,0 millions, soit 84,2 % du montant total facturé au patient, un ratio qui correspond à celui de 2019.

**Graphique 3. Montants totaux facturés à l'AMI et au patient et montants facturés par type de séjour, 2019-2020**



Dans le Graphique 4, les montants totaux facturés au patient sont classés dans l'ordre croissant des montants. Bien que le pourcentage de séjours dont le **montant facturé au patient est supérieur à € 3 000** soit limité, en nombres absolus cela représente **environ 60 000 séjours classiques** et quelque **2 000 hospitalisations de jour**. Ces nombres absolus sont inférieurs à ceux de 2019, mais sont proportionnellement très similaires. En 2020, seuls 25,3 % des tickets modérateurs et suppléments facturés au patient pour des admissions classiques s'élevaient à moins de € 100 ; ce taux atteint 81,6 % (1 477 203) pour les hospitalisations de jour.

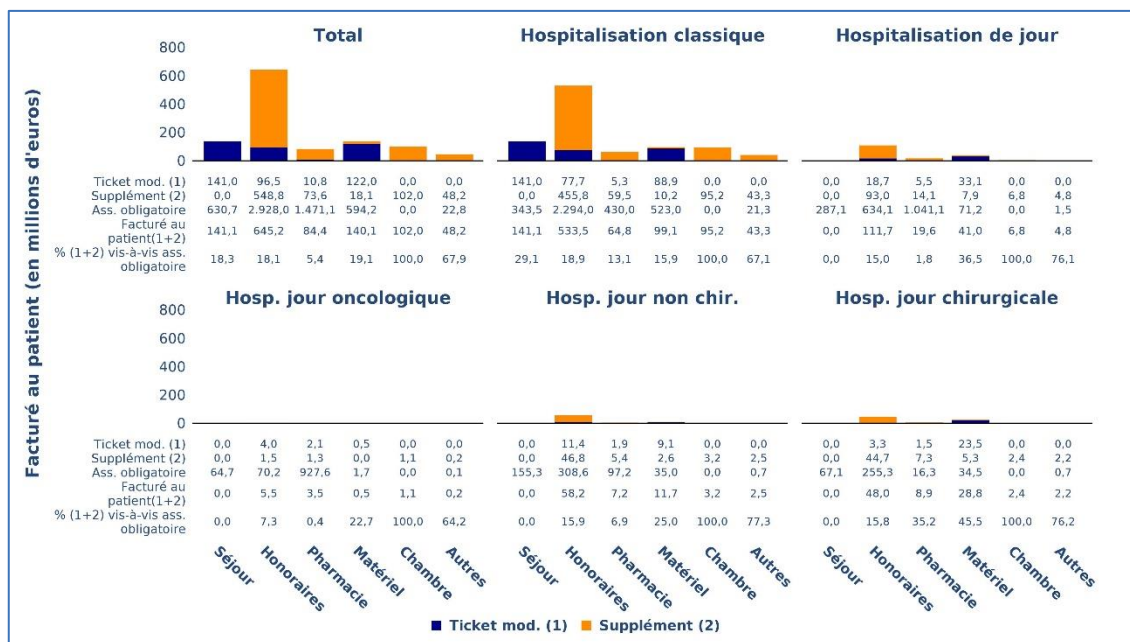
**Graphique 4. Montants facturés au patient classés dans l'ordre croissant des montants, 2019-2020**



#### 4.2.2. Montants par catégorie de dépenses

Le Graphique 5 illustre les montants facturés (à la charge de l'AMI et du patient) par type de séjour et catégorie de dépenses. En 2019, les suppléments d'honoraires représentaient € 653 millions soit 47,1 % de l'ensemble des montants facturés à charge du patient (€ 1,38 milliard) ; **en 2020, ils se chiffraient à € 548,8 millions, à savoir 47,3 % des montants totaux facturés au patient (€ 1,16 milliard).** La même année, le montant de suppléments d'honoraires est **5,7 fois supérieur à la masse de tickets modérateurs des suppléments (€ 96,5 millions)**. Parmi les autres catégories de dépenses constituant une part importante du montant total facturé au patient, on retrouve le **ticket modérateur sur le matériel (€ 122,0 millions)** et les **suppléments de chambre individuelle (€ 102,0 millions)**.

**Graphique 5. Total des montants facturés à l'AMI et au patient et montants facturés par type de séjour et catégorie de dépenses, 2020**



Le Tableau 2 indique la moyenne des montants facturés par patient, par type de séjour et catégorie de dépenses, et l'évolution de 2019 à 2020 (agrégée par type de chambre). **Le montant moyen (par séjour) facturé au patient pour une hospitalisation classique a augmenté**, passant de € 632,3 en 2019 à € 638,7 en 2020. **On observe une hausse du montant moyen par séjour facturé au patient pour trois types d'hospitalisation (2,5 % en hospitalisation de jour non chirurgicale, 1,3 % en hospitalisation de jour chirurgicale et 0,4 % en hospitalisation de jour oncologique).**

Le Tableau 2 révèle notamment que les frais de pharmacie à charge du patient en cas d'admission classique étaient en moyenne 8,2 % plus élevés en 2020 qu'en 2019.

**Tableau 2. Montants moyens facturés au patient, par type de séjour et de catégorie de dépenses, 2019-2020**

Type de séjour et catégorie de dépenses	2019 (€)			2020 (€)			Δ 2019-2020 (%)		
	Ticket mod.	Supplément	Total	Ticket mod.	Supplément	Total	Ticket mod.	Supplément	Total
<b>Hospitalisation classique</b>									
<b>Total</b>	<b>€201,2</b>	<b>€431,2</b>	<b>€632,3</b>	<b>€204,6</b>	<b>€434,1</b>	<b>€638,7</b>	<b>1,7%</b>	<b>0,7%</b>	<b>1,0%</b>
Séjour	€89,3	€0,0	€89,3	€92,2	€0,0	€92,2	3,2%	--	3,2%
Honoraires	€48,8	€294,8	€343,6	€50,8	€298,0	€348,8	4,1%	1,1%	1,5%
Pharmacie	€3,4	€35,7	€39,0	€3,4	€38,9	€42,4	3,1%	8,4%	8,2%
Matériel	€59,5	€7,1	€66,6	€58,1	€6,7	€64,8	-2,4%	-5,6%	-2,7%
Chambre	€0,0	€66,9	€66,9	€0,0	€62,2	€62,2	--	-7,0%	-7,0%
Autres	€0,0	€26,7	€26,7	€0,0	€28,3	€28,3	--	6,0%	6,0%
<b>Hospitalisation de jour oncologique</b>									
<b>Total</b>	<b>€14,8</b>	<b>€9,1</b>	<b>€23,9</b>	<b>€14,7</b>	<b>€9,3</b>	<b>€24,0</b>	<b>-0,7%</b>	<b>2,2%</b>	<b>0,4%</b>
Séjour	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	--	--	--
Honoraires	€8,9	€3,3	€12,2	€8,9	€3,3	€12,2	0,0%	0,0%	0,0%
Pharmacie	€4,9	€2,6	€7,5	€4,7	€3,0	€7,7	-4,1%	15,4%	2,7%
Matériel	€1,0	€0,1	€1,1	€1,1	€0,1	€1,1	10,0%	0,0%	0,0%
Chambre	€0,0	€2,5	€2,5	€0,0	€2,4	€2,4	--	-4,0%	-4,0%
Autres	€0,0	€0,6	€0,6	€0,0	€0,5	€0,5	--	-16,7%	16,7%
<b>Hospitalisation de jour chirurgicale</b>									
<b>Total</b>	<b>€64,1</b>	<b>€129,9</b>	<b>€194,0</b>	<b>€61,8</b>	<b>€134,8</b>	<b>€196,6</b>	<b>-3,6%</b>	<b>3,8%</b>	<b>1,3%</b>
Total	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	--	--	--
Séjour	€8,0	€93,7	€101,7	€7,3	€97,2	€104,5	-8,8%	3,7%	2,8%
Honoraires	€3,2	€15,7	€18,9	€3,3	€16,0	€19,3	3,1%	1,9%	2,1%
Pharmacie	€52,8	€10,9	€63,7	€51,2	€11,6	€62,8	-3,0%	6,4%	-1,4%
Matériel	€0,0	€5,3	€5,3	€0,0	€5,3	€5,3	--	0,0%	0,0%
Chambre	€0,0	€4,4	€4,4	€0,0	€4,7	€4,7	--	6,8%	6,8%
<b>Hospitalisation de jour non chirurgicale</b>									
<b>Total</b>	<b>€23,9</b>	<b>€65,6</b>	<b>€89,6</b>	<b>€24,8</b>	<b>€67,0</b>	<b>€91,8</b>	<b>3,8%</b>	<b>2,1%</b>	<b>2,5%</b>
Total	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	€0,0	--	--	--
Séjour	€12,1	€50,5	€62,7	€12,6	€51,9	€64,5	4,1%	2,8%	2,9%
Honoraires	€2,0	€5,8	€7,8	€2,1	€6,0	€8,0	5,0%	3,4%	2,6%
Pharmacie	€9,8	€3,1	€12,9	€10,1	€2,8	€12,9	3,1%	-9,7%	0,0%
Matériel	€0,0	€3,6	€3,6	€0,0	€3,6	€3,6	--	0,0%	0,0%
Chambre	€0,0	€2,6	€2,6	€0,0	€2,7	€2,7	--	3,8%	3,8%

### 4.2.3. Montants des honoraires

Le Tableau 3 donne davantage de détails sur les honoraires. En 2020, les montants facturés à l'AMI pour des **honoraires médicaux remboursables** lors d'admissions à l'hôpital atteignaient € 2,58 milliards contre € 586,7 millions à charge du patient **(€ 77,0 millions de tickets modérateurs et € 509,7 millions de suppléments d'honoraires)**. **Ces suppléments d'honoraires spécifiques représentent donc 64,5 % du total des € 790,6 millions de suppléments.**

Les honoraires remboursables d'autres prestataires sont composés de € 61,5 millions à charge de l'AMI, € 13,2 millions de tickets modérateurs et € 1,8 millions de suppléments. **Les honoraires non remboursables s'élevaient à € 37,2 millions.** Le total des honoraires forfaitaires prospectifs à charge de l'AMI pour les soins à basse variabilité se chiffrait à € 288,0 millions contre € 6,3 millions pour les tickets modérateurs. Nous avons constaté une diminution, toutes catégories confondues – en nombres absolus (sans tenir compte de la baisse du nombre d'admissions) – par rapport à 2019. Nous reviendrons plus loin dans l'analyse sur l'évolution moyenne des suppléments d'honoraires par type de chambre.



**Tableau 3. Montants totaux des suppléments facturés à l'AMI et au patient, pourcentage des séjours pour lesquels des suppléments d'honoraires ont été facturés, 2019-2020**

	AMI (millions €)	Tickets modérateurs (millions €) (1)	Suppléments (millions €) (2)	Facturé au patient (millions €) (1+2)
<b>Honoraires remboursables, médecins</b>				
<b>2019</b>	2.840,7	88,7	610,5	699,2
<b>2020</b>	2.578,6	77,0	509,7	586,7
<b>Δ 2019-2020</b>	-9,2%	-13,2%	-16,5%	-16,1%
<b>Honoraires remboursables, autres prestataires</b>				
<b>2019</b>	66,9	15,1	2,3	17,4
<b>2020</b>	61,5	13,2	1,8	14,9
<b>Δ 2019-2020</b>	-8,1%	-12,6%	-21,7%	-14,4%
<b>Honoraires non remboursables</b>				
<b>2019</b>	0	0	40,3	40,3
<b>2020</b>	0	0	37,2	37,2
<b>Δ 2019-2020</b>	--	--	-7,7%	-7,7%
<b>Honoraires forfaitaires soins à basse variabilité<sup>a</sup></b>				
<b>2019</b>	344,3	7,4	0	7,4
<b>2020</b>	288,0	6,3	0	6,3
<b>Δ 2019-2020</b>	-16,4%	-14,9%	--	-14,9%
<b>Total</b>				
<b>2019</b>	3.251,9	111,2	653,1	764,3
<b>2020</b>	2.928,1	96,5	548,7	645,1
<b>Δ 2019-2020</b>	-10,0%	-13,2%	-16,0%	-15,6%

<sup>a</sup> Des suppléments d'honoraires peuvent également être facturés (sur des honoraires médicaux remboursables) pour les groupes de patients qui relèvent des soins à basse variabilité. C'est le cas lorsque nous effectuons des analyses spécifiques relatives aux montants facturés au patient pour des séjours de soins à basse variabilité.

En termes de chiffres absolus, les suppléments d'honoraires sur des honoraires médicaux remboursables ont diminué pour la première fois depuis 2006 et le ratio par rapport aux montants AMI s'élève à 17,4 % en 2020 (Tableau 4).

**Tableau 4. Montants totaux d'honoraires facturés (à la charge de l'AMI) et suppléments d'honoraires sur des honoraires médicaux remboursables (à la charge du patient) par type de séjour, 2006-2020**

	2006	2015	2017	2018	2019	2020
<b>Dépenses honoraires</b>						
<b>Millions d'euros (évolution annuelle moyenne)</b>						
<b>Honoraires : assurance obligatoire</b>	<b>2.211</b>	<b>3.033</b>	<b>3.104</b>	<b>3.196</b>	<b>3.252</b>	<b>2.927</b>
		<b>(3,2%)</b>	<b>(1,2%)</b>	<b>(3,0%)</b>	<b>(2,6%)</b>	<b>(-10,0%)</b>
<b>Hospitalisation classique</b>	1.870	2.418	2.431	2.499	2.519	2.293
		(2,6%)	(0,3%)	(2,8%)	(1,7%)	(-9,0%)
<b>Hospitalisation de jour</b>	341	616	673	697	733	634
		(6,1%)	(4,5%)	(3,6%)	(5,9%)	(-13,5%)
<b>Suppléments d'honoraires sur honoraires médicaux remboursables</b>	<b>303</b>	<b>531</b>	<b>563</b>	<b>588</b>	<b>610</b>	<b>510</b>
		<b>(5,8%)</b>	<b>(3,0%)</b>	<b>(4,4%)</b>	<b>(3,8%)</b>	<b>(-16,4%)</b>
<b>Hospitalisation classique</b>	267	440	476	501	519	432
		(5,1%)	(4,0%)	(5,3%)	(3,5%)	(-16,8%)
<b>Hospitalisation de jour</b>	36	92	87	87	92	78
		(9,8%)	(-2,8%)	(-0,7%)	(5,7%)	(-15,2%)
<b>Ratio suppléments d'honoraires sur honoraires médicaux remboursables par rapport aux honoraires montants AMI</b>						
<b>%</b>	<b>13,7%</b>	<b>17,5%</b>	<b>18,1%</b>	<b>18,4%</b>	<b>18,8%</b>	<b>17,4%</b>

## 4.3. Variation des montants facturés au patient

### 4.3.1. Variation entre les hôpitaux

La variation des montants facturés au patient par type de chambre d'un hôpital à l'autre est détaillée plus loin (voir 4.3.2). De même, la variation entre hôpitaux et au sein d'un même hôpital relative à une sélection de groupes de patients qui relèvent du régime des soins à basse variabilité est abordée plus tard (voir 4.3.4).

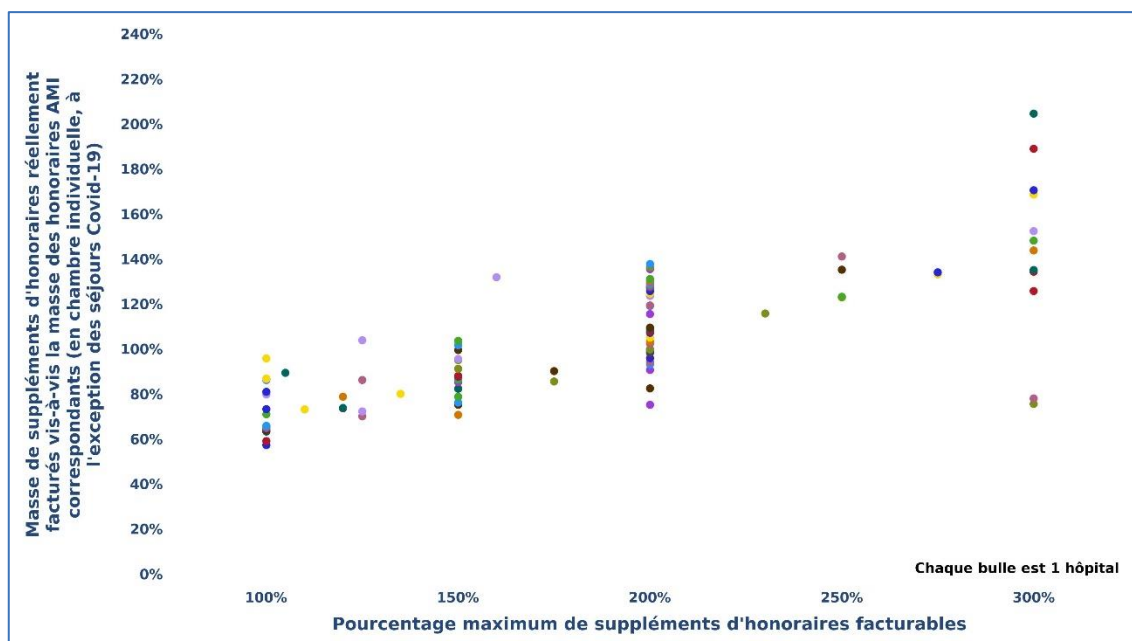
Cette section porte sur l'association entre le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables (situation au 1<sup>er</sup> janvier 2020, comme il convient de le communiquer à l'INAMI<sup>6</sup>) et la masse de suppléments d'honoraires réellement

<sup>6</sup> L'Article 4 de l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital prévoit que les tarifs applicables doivent être transmis à titre informatif à la commission nationale des conventions institutions de soins et organismes assureurs, et ce à chaque fois que ces tarifs font l'objet d'une adaptation.

facturés vis-à-vis de la masse des honoraires AMI correspondants (en chambre individuelle, à l'exception des séjours Covid-19). Le Graphique 6 indique que ce taux dépasse les 200 % dans un hôpital. Cela signifie que dans cet hôpital, globalement, pour chaque euro en honoraires AMI, plus de € 2 de suppléments d'honoraires sont facturés. Cet hôpital applique un pourcentage maximum de supplément d'honoraires de 300 %. Dans plusieurs hôpitaux qui appliquent également le maximum de 300 %, en moyenne moins de € 1 de suppléments d'honoraires est facturé au patient pour chaque euro d'honoraires AMI. On observe aussi, dans les hôpitaux dont le maximum est moins élevé, des écarts importants en termes de masse de suppléments d'honoraires réellement facturés sur les honoraires médicaux par rapport à la masse des honoraires AMI.

**Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables ne fournit donc que peu d'informations sur les suppléments d'honoraires attendus facturés au patient. En outre, le patient a une vue limitée voire nulle sur le montant sur base duquel ces suppléments d'honoraires sont calculés.**

**Graphique 6. Pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables et pourcentage total de suppléments d'honoraires par rapport au montant total facturé à l'assurance maladie obligatoire, hospitalisations classiques (chambre individuelle, excepté séjours Covid-19) en 2020**



### 4.3.2. Variation selon le type de chambre

Les 264 611 séjours classiques facturés en **chambre individuelle** représentent **17,3 % des séjours classiques**, un taux légèrement inférieur aux 19,0 % de 2019. **Le pourcentage de séjours classiques en chambre individuelle varie d'un hôpital à l'autre de 6,7 % à 52,2 %.**

Concernant les hospitalisations de jour, on recense 134 383 séjours en chambre individuelle, soit 7,4 % de l'ensemble des hospitalisations de jour. **Le pourcentage d'hospitalisations de jour en chambre individuelle varie de 0 % à 42,9 %.**

**Les 18,3 % d'hospitalisations classiques en chambre individuelle représentent 61,4 % du montant total facturé au patient ;** pour ces séjours, € 596,8 millions sont facturés au patient dont € 533,4 millions de suppléments et € 63,4 millions de tickets modérateurs. Les 7,4 % d'hospitalisations de jour en chambre individuelle concernent 50,1 % de l'ensemble des dépenses propres des patients. Un total de € 94,7 millions ont été facturés à ces patients dont € 88,8 millions de suppléments et € 5,9 de tickets modérateurs (Tableau 5).

**Tableau 5. Total des montants facturés à l'AMI et au patient (à charge de l'AMI et du patient) par type de séjour et type de chambre, 2020**

	Assurance obligatoire (millions €)	Ticket modérateur (millions €) (1)	Suppléments (millions €) (2)	Montant facturé au patient (millions €) (1+2)
<b>Hospitalisation classique</b>				
<b>Chambre individuelle (n=264.611, 17,3%)</b>				
Montant	642,5	63,7	536,2	599,9
Pourcentage	17,8%	20,4%	80,7%	61,4%
<b>Chambre double ou commune (n=1.265.045, 82,7%)</b>				
Montant	2.969,3	249,2	127,9	377,1
Pourcentage	82,3%	79,6%	19,3%	38,6%
<b>Total (n=1.529.656)</b>				
Montant	3.611,8	312,9	664,1	€977
<b>Hospitalisation de jour</b>				
<b>Chambre individuelle (n=134.383, 7,4%)</b>				
Montant	142,7	5,9	89,0	95,0
Pourcentage	7,0%	10,3%	70,4%	50,1%
<b>Chambre double ou commune (n=1.680.383, 92,6%)</b>				
Montant	1.889,2	51,4	37,5	88,9
Pourcentage	93,0%	89,7%	29,6%	49,9%
<b>Total (n=1.814.766)</b>				
Montant	2.031,9	57,3	126,5	183,9

Les € 536,2 millions de suppléments en chambre individuelle pour une hospitalisation classique rassemblent € 410,7 millions de suppléments d'honoraires médicaux remboursables, € 95,2 de suppléments de chambre, € 12,1 millions de suppléments de pharmacie, € 9,3 millions de suppléments relatifs à d'autres services, € 4,4 millions d'honoraires non remboursables, € 2,5 millions de suppléments sur les implants et € 1,1 million de suppléments d'honoraires remboursables d'autres prestataires.

Les € 88,8 millions de suppléments en chambre individuelle pour une hospitalisation de jour comprennent € 77,9 millions de suppléments d'honoraires médicaux remboursables, € 6,7 de suppléments de chambre, € 1,6 million de suppléments de pharmacie, € 1,0 million de suppléments sur les implants, € 0,8 million d'honoraires non remboursables, € 0,5 million de suppléments relatifs à d'autres services et € 0,3 million de suppléments d'honoraires remboursables d'autres prestataires.

Les € 126,8 millions de suppléments en chambre double ou commune pour une hospitalisation classique comprennent € 47,3 millions de suppléments de pharmacie, € 33,7 millions de suppléments relatifs à d'autres services, € 21,0 millions de suppléments d'honoraires médicaux remboursables<sup>7</sup>, € 18,4 millions d'honoraires non remboursables, € 5,8 millions de suppléments sur les implants et € 1,4 million de suppléments sur les bandages.

Les € 37,2 millions de suppléments en chambre double ou commune pour une hospitalisation de jour comprennent € 13,7 millions d'honoraires non remboursables, € 12,5 millions de suppléments de pharmacie, € 6,4 millions de suppléments sur les implants, € 4,3 millions de suppléments pour d'autres services et € 0,3 million de suppléments sur les bandages.

Enfin, nous calculons la variation entre hôpitaux de l'évolution moyenne (par séjour) et totale (2019-2020) des montants facturés au patient par catégorie de dépenses, pour des hospitalisations classiques en chambre individuelle (y compris les séjours Covid-19) (Graphique 7) ou en chambre double ou commune (Graphique 8). Vous trouverez en Annexe 4 davantage de détails sur ces résultats, notamment des chiffres par hôpital. Les hôpitaux sont affichés de manière anonyme à l'aide d'un numéro attribué aléatoirement. Chaque hôpital porte le même numéro dans les deux graphiques en Annexe.

---

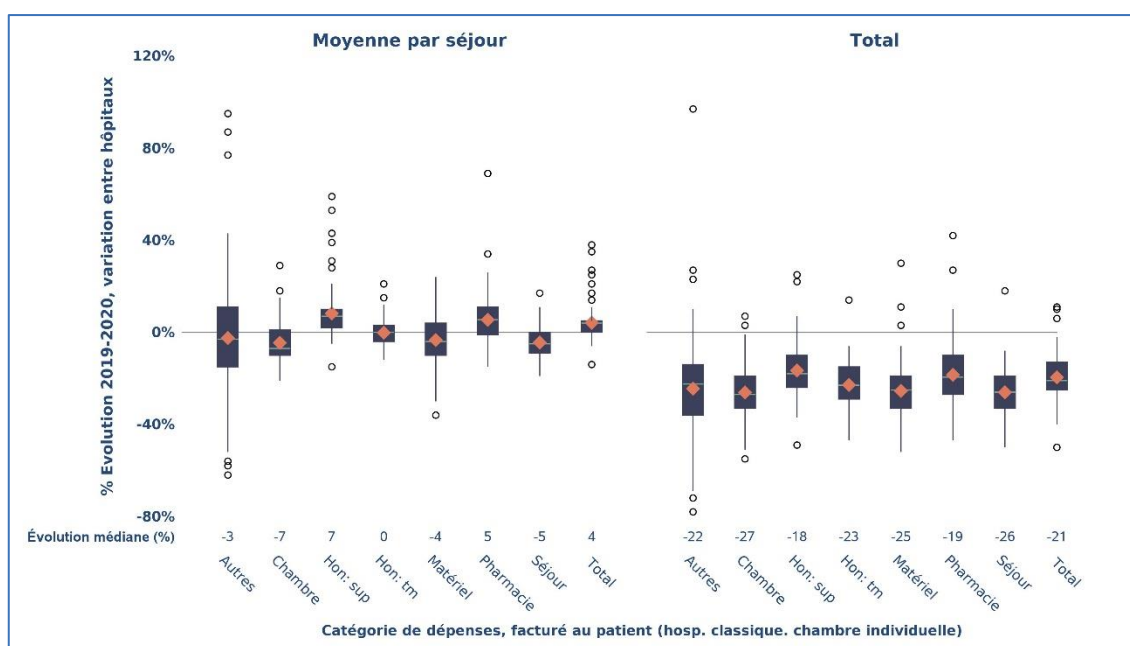
<sup>7</sup> En règle générale, la facturation des suppléments d'honoraires médicaux remboursables ne concerne que les chambres individuelles. Le fait que nous retrouvions tout de même ces suppléments pour des séjours en chambre double ou commune démontre que le type de chambre ne peut pas toujours être dérivé des données de facturation disponibles avec 100 % de certitude.

Concernant **les chambres individuelles, la moyenne des tickets modérateurs et suppléments facturés au patient a augmenté dans 73 des 100 hôpitaux de l'étude, principalement en raison de la hausse moyenne des suppléments d'honoraires et des frais de pharmacie.**

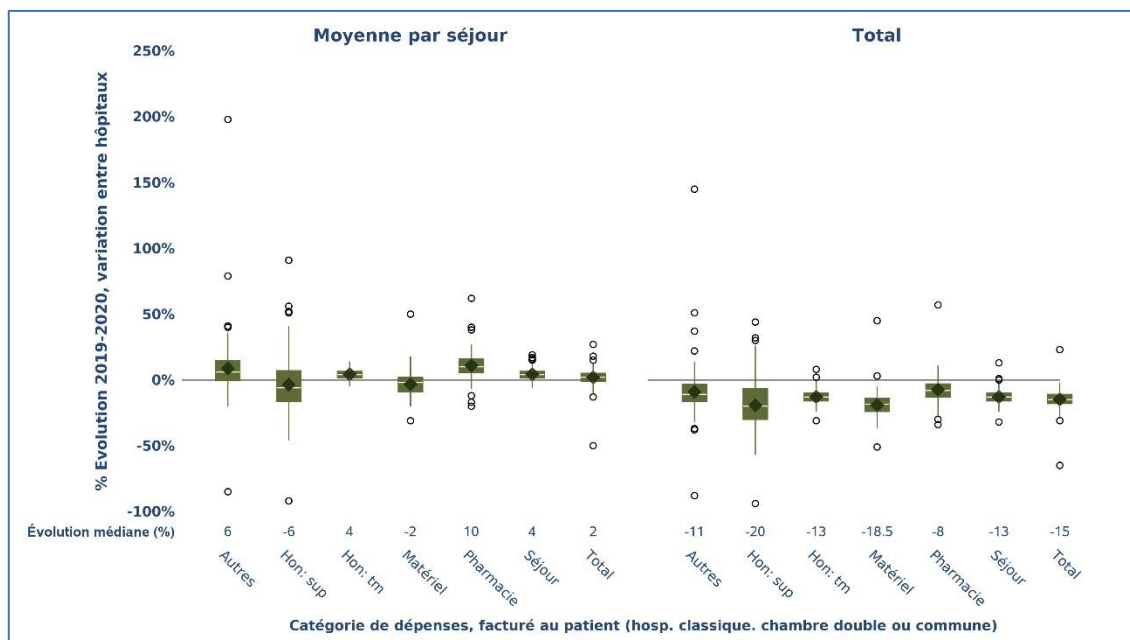
De même, **le montant moyen facturé au patient pour une chambre double ou commune croît dans 69 des 100 hôpitaux faisant partie de l'étude, principalement en raison de la hausse moyenne des frais de pharmacie et d'autres frais.**

Les chiffres relatifs à l'un des hôpitaux ne figurent pas dans le Graphique 7, car il s'agit d'une valeur aberrante (voir Annexe 4). L'évolution médiane affichée aux Graphiques 7 et 8 concerne la médiane de l'évolution moyenne ou totale enregistrée par les hôpitaux entre 2019 et 2020.

**Graphique 7. Variation entre hôpitaux de l'évolution moyenne (par séjour) et totale (2019-2020) des montants facturés au patient par catégorie de dépenses, pour les hospitalisations classées en chambre individuelle**



**Graphique 8. Variation entre hôpitaux de l'évolution moyenne (par séjour) et totale (2019-2020) des montants facturés au patient par catégorie de dépenses, pour les hospitalisations classiques en chambre double ou commune**



#### 4.3.3. Variation selon le statut social du patient

Parmi les **séjours classiques**, 30,2 % (n=462 712) concernent les séjours de patients qui ont droit à l'intervention majorée. Les 69,8 % (n=1 066 944) concernent les séjours de bénéficiaires qui n'y ont pas droit. **Les patients qui bénéficient de l'intervention majorée séjournent en chambre individuelle dans 6,4 % des cas (n=29 739), contre 22,0 % (n=234 872) pour les autres bénéficiaires.**

Un taux de 22,2 % (n=403 852) des hospitalisations de jour concernent les admissions de patients bénéficiaires de l'intervention majorée, contre 77,8 % (n=1 410 914) pour les bénéficiaires qui n'y ont pas droit. Les patients bénéficiaires de l'intervention majorée séjournent en chambre individuelle dans 3,4 % des cas (n=13 741), contre 8,6 % (n=120 642) pour les autres bénéficiaires.

Étant donné que l'intervention de l'assurance maladie est plus élevée pour les bénéficiaires de l'intervention majorée dans le cas de nombreuses prestations (frais de séjour, honoraires, médicaments... mais pas les implants), leur facture est moins élevée que celle d'autres patients, qu'ils séjournent en chambre individuelle ou dans une chambre double ou commune. Pourtant, une admission en chambre double ou commune peut atteindre des montants élevés même pour les bénéficiaires de l'intervention majorée.

Le Tableau 6 illustre, à l'aide de la médiane, les montants facturés au patient pour plusieurs séjours classiques qui relèvent des soins à basse variabilité. Nous aborderons les soins à basse variabilité plus en détails dans la section suivante.

**Tableau 6. Médiane des montants facturés au patient pour une sélection de séjours en hospitalisation classique dans le cadre des soins à basse variabilité, selon le type de chambre et le statut social du patient, 2020**

Groupes de patients soins à basse variabilité	Chambre individuelle			Chambre double ou commune		
	Assurés ordinares	Bénéficiaires Intervention majorée	Δ	Assurés ordinares	Bénéficiaires Intervention majorée	Δ
<b>Appendicectomie</b>	€1.182	€1.040	-12%	€316	€247	-22%
<b>Cathétérisme cardiaque</b>	€1.167	€1.073	-8%	€97	€28	-71%
<b>Gastric bypass</b>	€3.886	€4.220	9%	€1.292	€1.209	-6%
<b>Gastroplastie</b>	€3.275	€2.975	-9%	€1.130	€1.042	-8%
<b>Prothèse de hanche</b>	€3.006	€2.958	-2%	€474	€370	-22%
<b>Césarienne</b>	€2.092	€1.945	-7%	€301	€176	-42%
<b>Prothèse du genou</b>	€3.355	€3.240	-3%	€869	€778	-10%
<b>Accouchement naturel</b>	€1.655	€1.495	-10%	€204	€92	-55%
<b>Prostatectomie</b>	€1.629	€1.541	-5%	€166	€91	-45%
<b>Opération de la thyroïde</b>	€1.943	€1.932	-1%	€164	€89	-46%
<b>Ablation vésicule biliaire</b>	€1.709	€1.639	-4%	€226	€160	-29%

#### 4.3.4. Variation selon le séjour soins à basse variabilité

Le pourcentage de séjours « soins à basse variabilité » représente 12,7 % (n=194 799) du nombre de séjours classiques, 3,6 % (n=32 276) du nombre d'hospitalisations de jour non chirurgicales et 15,4 % (n=70 620) du nombre d'hospitalisations de jour chirurgicales. Parmi ces types de séjour, respectivement 35,3 %, 14,2 % et 13,5 % ont lieu en chambre individuelle. Un montant de € 165,4 millions de suppléments (20,9 % du montant total des suppléments [€ 790,6 millions]) sont attribuables aux séjours « soins à basse variabilité » dont € 129,6 millions de suppléments d'honoraires médicaux remboursables, € 18,4 millions de suppléments de chambre, € 8,7 millions de suppléments de pharmacie, € 6,5 millions d'autres suppléments, € 1 million d'honoraires non remboursables, € 0,5 million de suppléments sur les implants, € 0,4 million de



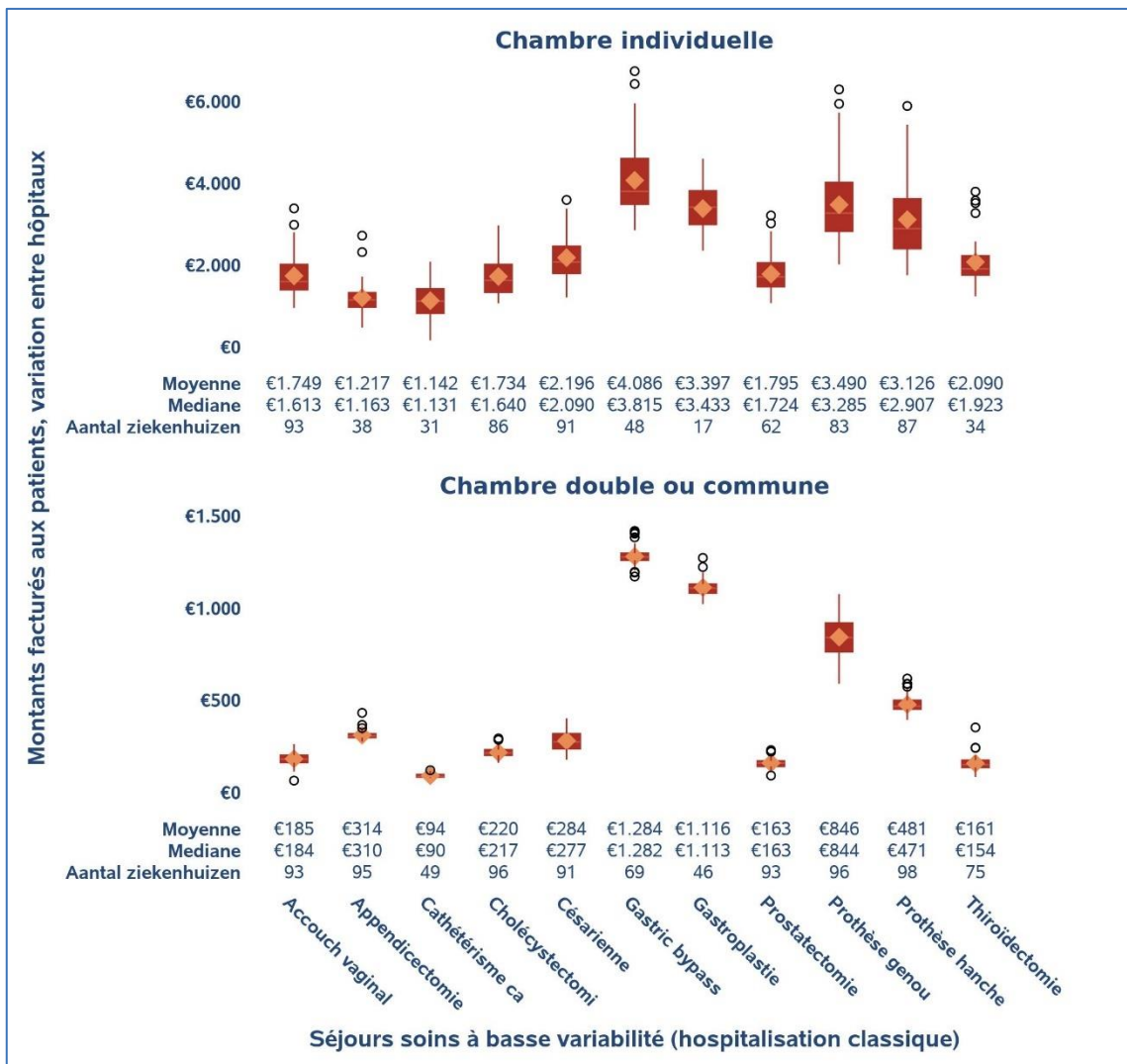
suppléments sur les bandages et € 0,2 million de suppléments d'honoraires d'autres prestataires.

Les Graphiques 9 et 10 illustrent la variation, d'un hôpital à un autre, de la médiane des montants facturés au patient dans différents groupes de patients (interventions) dans le cadre des soins à basse variabilité, par type d'hospitalisation et de chambre. Nous ne prenons compte que des hôpitaux qui comptent au moins 10 séjours pour l'intervention et le type de chambre concernés.

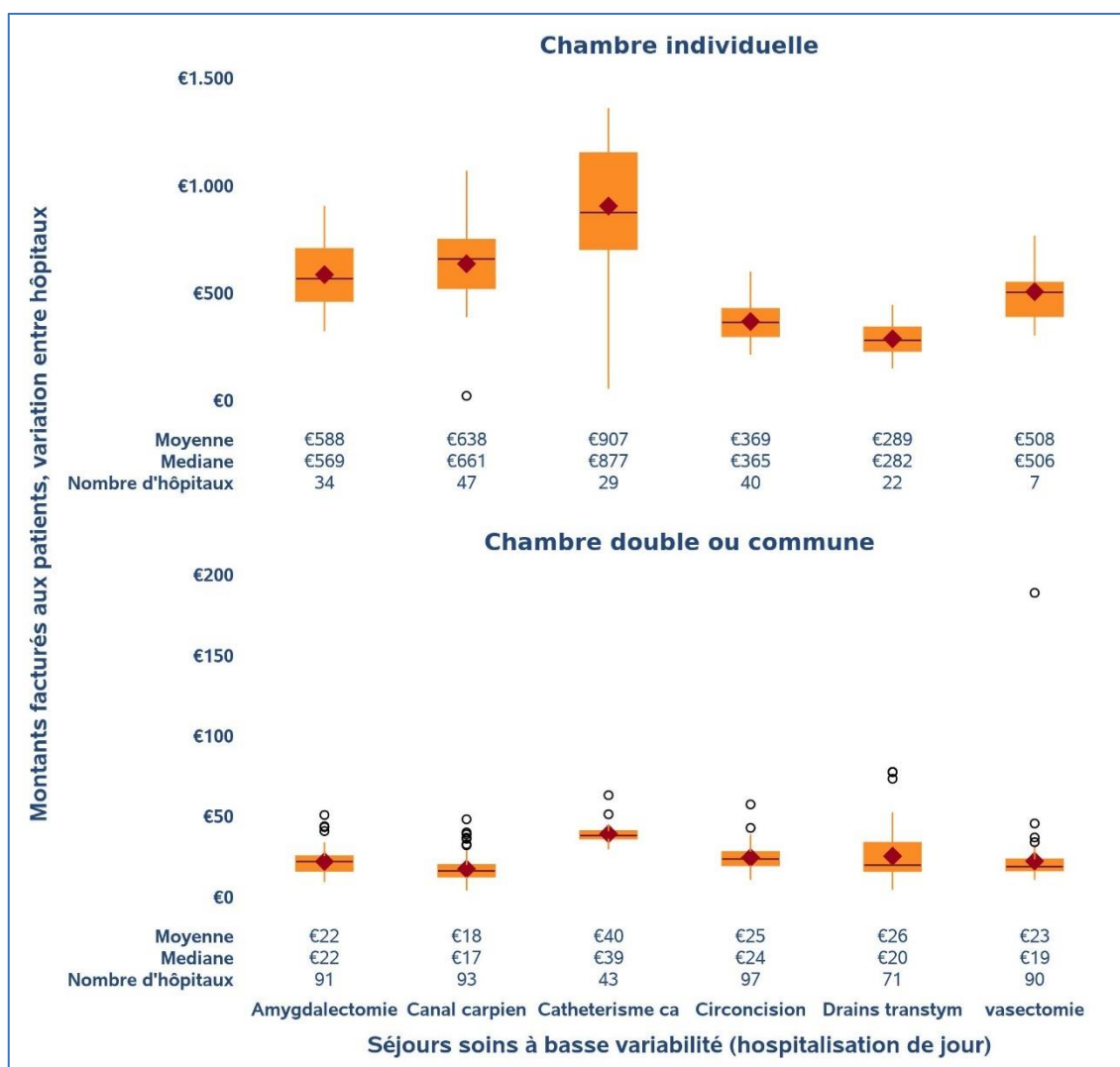
La moyenne et la médiane des montants facturés au patient varient fortement d'un hôpital à l'autre ; ces écarts sont particulièrement marqués chez les patients (indépendamment du statut social) qui séjournent en chambre individuelle. Parmi la sélection d'interventions étudiées, celles qui varient le plus en chambre double ou commune sont la pose d'une prothèse du genou et, dans une moindre mesure, la césarienne.

**L'introduction d'un financement forfaitaire des honoraires relatifs aux séjours pour soins à basse variabilité n'empêche donc pas les écarts importants d'un hôpital à l'autre dans la facture globale pour la même intervention dans le même type de chambre.**

**Graphique 9. Variation, d'un hôpital à un autre, des montants facturés au patient pour une sélection de groupes de patients relevant des soins à basse variabilité, par type de chambre, hospitalisations classiques, 2020**

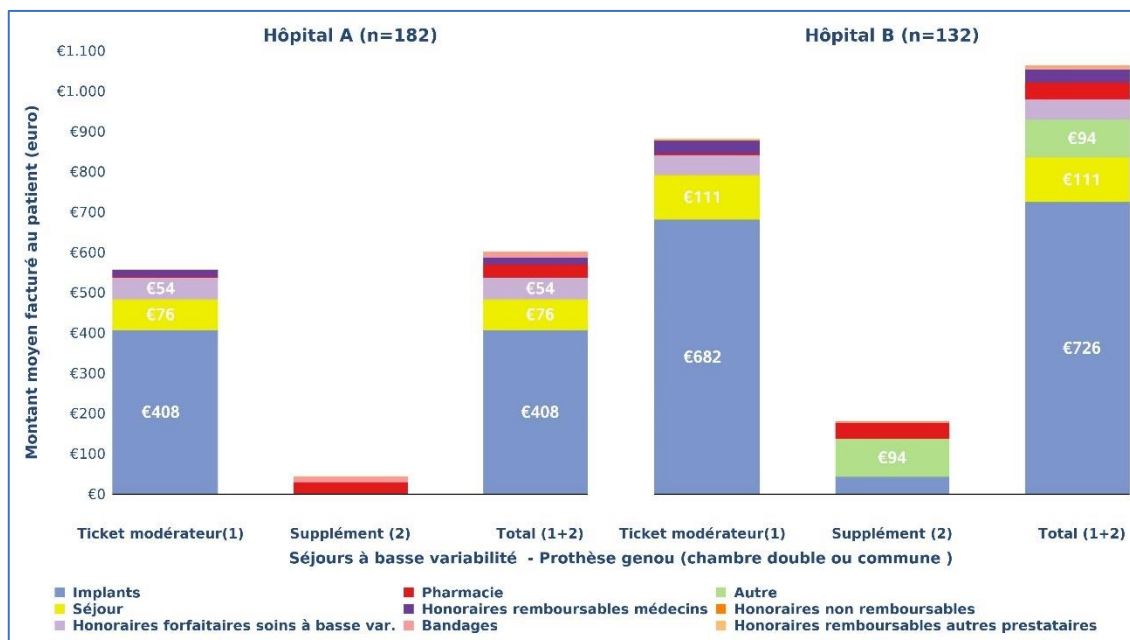


**Graphique 10. Variation, d'un hôpital à un autre, des montants facturés au patient pour une sélection de groupes de patients relevant des soins à basse variabilité, par type de chambre, hospitalisations de jour, 2020**



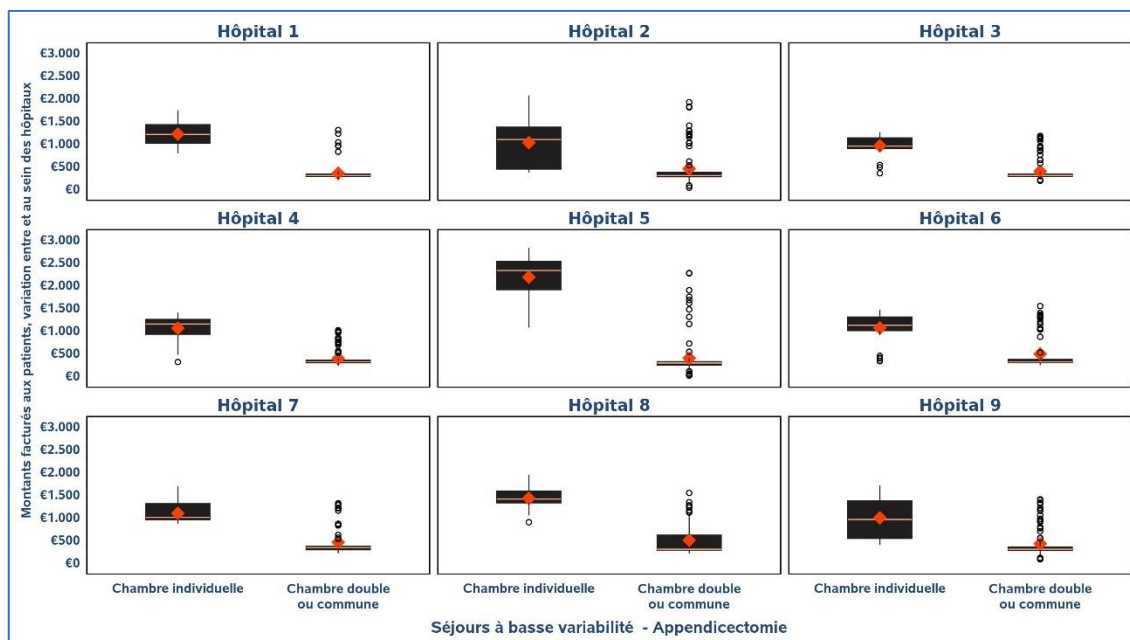
Le Graphique 11 compare la moyenne des montants facturés au patient en cas de pose d'une prothèse du genou pour laquelle le patient est hospitalisé en chambre double ou commune, en hospitalisation classique. La durée moyenne de séjour pour cette intervention, tous hôpitaux confondus, est de 6,3 jours. La comparaison est limitée à deux hôpitaux non universitaires dont le montant moyen facturé au patient est bas (hôpital A) et élevé (hôpital B) et dont le nombre de séjours est supérieur à 100. Dans l'hôpital A, la durée moyenne de séjour est de 4,0 jours, tandis que le montant moyen facturé au patient s'élève à € 601,8. Dans l'hôpital B, la durée moyenne de séjour est de 7,4 jours et le montant moyen facturé au patient s'élève à € 1063,9. La grande différence réside dans les tickets modérateurs pour un implant, nettement supérieurs dans l'hôpital B que dans l'hôpital A, et dans d'autres suppléments dans l'hôpital B.

**Graphique 11. Comparaison entre deux hôpitaux des montants moyens facturés au patient pour la pose d'une prothèse du genou dans le cadre des soins à basse variabilité lors d'une hospitalisation classique en chambre double ou commune, 2020**



Enfin, nous avons analysé la variation des montants facturés au patient au sein d'un même hôpital. À titre d'exemple, nous considérons les neuf hôpitaux qui comptent le nombre le plus élevé de séjours classiques pour une appendicectomie et un minimum de 20 séjours en chambre individuelle. En moyenne, ces neuf hôpitaux comprennent 26 séjours en chambre individuelle et 102 séjours en chambre double ou commune. Le Graphique 12 illustre la variation au sein de ces neuf hôpitaux. Les hôpitaux sont affichés de manière anonyme à l'aide d'un numéro attribué aléatoirement qui ne correspond pas aux numéros attribués en Annexe 4. Dans l'un des hôpitaux, nous constatons de fortes variations en chambre double ou commune, tandis que dans la plupart des hôpitaux, il existe des écarts importants en chambre individuelle. **Dans un même hôpital, le montant facturé au patient peut atteindre le double du montant moyen de cet hôpital, ce qui est source d'insécurité financière pour le patient**, même dans le cadre du système (actuel) des soins à basse variabilité.

**Graphique 12. Variation d'un hôpital à l'autre et au sein de neuf hôpitaux comptant le nombre de séjours classiques le plus élevé pour une appendicectomie dans le cadre des soins à basse variabilité, par type de chambre, 2020**



## 4.4. Covid-19 et montants facturés au patient

Le pseudocode Covid-19 793800, utilisé en cas d'admission à l'hôpital ou pendant le séjour (Tableau 7) a été enregistré dans 65 653 (4,4 %) des séjours classiques. Nous constatons que 7,3 % (n=57 308) des nouveaux codes nomenclature créés en raison de la Covid-19 ont été prestés lors de séjours pour lesquels le pseudocode Covid-19 n'a pas été enregistré.

**Tableau 7. Nomenclature Covid-19 facturée lors d'hospitalisations classiques pour des séjours avec et sans pseudocode Covid-19 793800, 2020**

<b>Nomenclature</b>	<b>Pas d'identification Covid-19 (sur la base du pseudocode 793800) (n=1.433.159 séjours classiques)</b>	<b>Identification Covid-19 (sur la base du pseudocode 793800) (n=65.653 séjours classiques)</b>	<b>Total</b>
<b>211061: Installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue...</b>	121	979	1100
<b>211960: Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant...</b>	1.208	8.730	9.938
<b>211982: Surveillance de l'oxygénation membraneuse extracorporelle (ECMO) en dehors des interventions chirurgicales...</b>	1.044	6.948	7.992
<b>212063: Surveillance continue des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance...</b>	581	6.898	7.479
<b>214060: Surveillance continue de la fonction cardiaque...</b>	26	325	351
<b>214141: Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant...</b>	9	9	18
<b>597984: Supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé...</b>	54.188	634.179	688.367
<b>599502: Supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé dans une unité COVID-19 d'un service spécialisé isolé G et Sp pour traitement et réadaptation...</b>	131	5.181	5.312
<b>Totaal</b>	<b>57.308</b>	<b>729.172</b>	<b>786.480</b>

Nos données indiquent principalement des pics du nombre d'admissions en mars-avril 2020 (respectivement 9 772 et 10 899 admissions ayant fait l'objet d'un enregistrement du pseudocode Covid-19) et en octobre-novembre 2020 (respectivement 13 653 et 12 772 admissions ayant fait l'objet d'un enregistrement du pseudocode Covid-19). **Les 4,3 % d'hospitalisations classiques ayant fait**

**l'objet d'un enregistrement du pseudocode Covid-19 englobent 7,0 % des dépenses de l'assurance obligatoire et 3,9 % des montants facturés au patient. Un total de € 37,0 millions ont été facturés aux patients hospitalisés et dont le séjour a fait l'objet d'un enregistrement du pseudocode Covid-19, dont € 17,2 millions de suppléments et € 19,8 millions de tickets modérateurs (Tableau 8).**

**Tableau 8. Dépenses assurance obligatoire et frais facturés au patient pour séjours avec et sans pseudocode Covid-19 793800, 2020**

	<b>Assurance obligatoire (millions €)</b>	<b>Tickets modérateurs (millions €) (1)</b>	<b>Suppléments (millions €) (2)</b>	<b>Facturé au patient (millions €) (1+2)</b>
<b>Pas d'identification Covid-19 (sur la base du pseudocode Covid-19 793800) (n=1.430.797, 95,7 %)</b>				
<b>Montant</b>	3.294,1	285,1	636,6	921,7
<b>Pourcentage</b>	93,0%	93,5%	97,4%	96,1%
<b>Identification Covid-19 (sur la base du pseudocode Covid-19 793800) (n=65.653, 4,3 %)</b>				
<b>Montant</b>	246,7	19,8	17,2	37,0
<b>Pourcentage</b>	7,0%	6,5%	2,6%	3,9%
<b>Total</b>	3.541,1	304,9	653,8	958,7

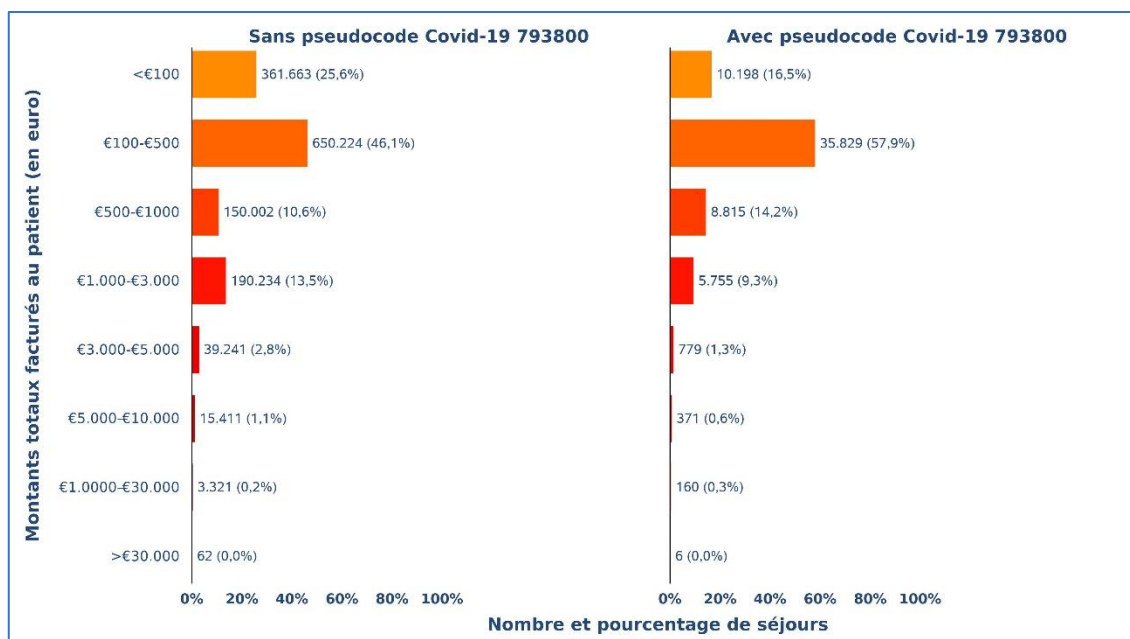
Le Tableau 9 illustre la moyenne et la médiane des montants facturés au patient et la durée moyenne de séjour pour les séjours ayant fait l'objet ou non d'un enregistrement du pseudocode Covid-19. La durée moyenne de séjour des séjours portant le pseudocode Covid-19 était plus de deux fois supérieure à celle des séjours sans pseudocode Covid-19 (15,6 jours contre 6,5 jours). La médiane de la durée de séjour est même trois fois plus élevée (9 jours contre 3 jours). **La moyenne des dépenses AMI et les dépenses moyennes en tickets modérateurs** sont également **plus élevées pour les séjours comprenant le pseudocode Covid-19 que pour ceux qui ne l'ont pas, respectivement 63 % et 51 %**, tout comme la médiane des dépenses. En revanche, la moyenne des suppléments par séjour est 41 % inférieure, en raison de l'interdiction de facturation des suppléments (d'honoraires) et de prestations non remboursables aux patients Covid-19. La médiane du montant de suppléments chez les patients Covid-19 est pourtant plus élevée que chez les patients non-Covid-19 (€ 64 contre € 53).

**Tableau 9. Moyenne des montants facturés (à charge de l'AMI et à charge du patient) et durée de séjour pour séjours classiques avec et sans pseudocode Covid-19 793800, 2020**

	Catégorie	Moyenne	Médiane
<b>Pas d'identification Covid-19 (sur la base du pseudocode 793800)</b>	Assurance obligatoire (€)	€2.298	€1.437
	Supplément (€)	€444	€53
	Ticket modérateur (€)	€199	€120
	Coût patient (€)	€643	€217
	Durée de séjour (jours)	6,5	3,0
<b>Identification Covid-19 (sur la base du pseudocode 793800)</b>	Assurance obligatoire (€)	€3.757	€1.782
	Supplément (€)	€262	€64
	Ticket modérateur (€)	€301	€174
	Coût patient (€)	€563	€257
	Durée de séjour (jours)	15,6	9,0

Le Graphique 13 indique que **le montant facturé au patient atteignait au moins € 500 dans plus d'un quart (25,7 %) des séjours comportant le pseudocode Covid-19, voire € 1 000 minimum dans un séjour sur neuf (11,5 %).**

**Graphique 13. Montants facturés au patient classés dans l'ordre croissant des montants, pour les séjours avec et sans pseudocode Covid-19 793800, 2020**



En 2020, lors de séjours avec pseudocode Covid-19 793800, on a notamment facturé **€ 7,0 millions de suppléments d'honoraires, € 2,5 millions de suppléments de chambre et € 4,8 millions de suppléments de pharmacie** (Tableau 10).



Il est possible qu'une partie des suppléments ait été facturée avant que la Covid-19 n'ait été détectée. Afin d'obtenir une indication sur le moment de détection de la Covid-19, nous identifions le premier jour où des honoraires de surveillance pour patients Covid-19 (nomenclature 597984 ou 599502) ont été prestés. Parmi les 1 053 657 journées d'hospitalisation des patients Covid-19, ces honoraires de surveillance ont été facturés pour 635 316 (60,3 %) journées d'hospitalisation. Le Tableau 10 indique, par catégorie de dépenses, si les suppléments ont été facturés avant ou après la première prestation d'honoraires de surveillance liés à la Covid-19. **Nous constatons que la majorité (61,6 % ; € 10,6 millions) des suppléments ont été facturés après que les honoraires de surveillance Covid-19 ont été enregistrés chez le patient. Même constat dans le cas des suppléments d'honoraires (49,8 % ; € 3,5 millions), des suppléments de chambre (61,2 % ; € 1,5 million), des suppléments de pharmacie (74,1 % ; € 3,6 millions) et des autres services (70,3 % ; € 1,9 million).**

**Tableau 10. Suppléments facturés aux patients par catégorie de dépenses pour les séjours avec pseudocode Covid-19 793800 avant et après la prestation de la nomenclature 597984 / 599502, 2020**

Catégorie de dépenses	Avant prestation d'honoraires de surveillance Covid-19 597984 / 599502			Après prestation d'honoraires de surveillance Covid-19 597984 / 599502		
	Pourcentage suppléments (%)	Moyenne suppléments (euros)	Total (euros)	Pourcentage suppléments (%)	Moyenne suppléments (euros)	Total (euros)
<b>Séjour</b>	9,1%	€0	€555	90,9%	€0	€5.535
<b>Honoraires</b>	50,2%	€53	€3.496.626	49,8%	€53	€3.470.882
<b>Honoraires médicaux remboursables</b>	56,4%	€44	€2.914.984	43,6%	€34	€2.251.744
<b>Honoraires médicaux non remboursables</b>	32,1%	€8	€555.032	67,9%	€18	€1.172.559
<b>Honoraires remboursables, autres prestataires</b>	36,4%	€0	€26.611	63,6%	€1	€46.580
<b>Pharmacie</b>	25,9%	€19	€1.249.463	74,1%	€54	€3.571.473
<b>Matériel</b>	45,3%	€1	€62.807	54,7%	€1	€75.894
<b>Chambre</b>	38,8%	€15	€961.263	61,2%	€23	€1.518.578
<b>Autres</b>	29,7%	€13	€823.269	70,3%	€30	€1.948.271
<b>Total</b>	<b>38,4%</b>	<b>€100</b>	<b>€6.593.982</b>	<b>61,6%</b>	<b>€161</b>	<b>€10.590.633</b>

L'interdiction des suppléments d'honoraires et coûts additionnels sous la forme de prestations non remboursables n'a été introduite qu'en juin 2020, certes de manière rétroactive. Nous pouvons donc formuler l'hypothèse selon laquelle les résultats du Tableau 10 sont expliqués par les suppléments qui ont été facturés lors d'hospitalisations de patients Covid-19 avant juin 2020. Le Tableau 11 indique les suppléments d'honoraires facturés au patient avant ou après les premiers honoraires de surveillance liés à la Covid-19, donc avant ou après la détection de celle-ci, en fonction du mois d'admission du patient à l'hôpital en 2020. Nous observons que des suppléments d'honoraires ont également été facturés pour des admissions à l'hôpital après juin 2020, après que des honoraires de surveillance liés à la Covid-19 ont été prestés pour la première fois.

**Tableau 11. Suppléments d'honoraires facturés au patient pour les séjours avec pseudocode Covid-19 793800, avant et après prestation de la nomenclature 597984 / 599502, en fonction du mois d'admission du patient à l'hôpital, 2020**

Mois	Suppléments d'honoraires médicaux remboursables		Honoraires non remboursables		Suppléments d'honoraires remboursables, autres prestataires		Total suppléments d'honoraires	
	Avant prestation nomen. 597984 / 599502	Après prestation nomen. 597984 / 599502	Avant prestation nomen. 597984 / 599502	Après prestation nomen. 597984 / 599502	Avant prestation nomen. 597984 / 599502	Après prestation nomen. 597984 / 599502	Avant prestation nomen. 597984 / 599502	Après prestation nomen. 597984 / 599502
<b>Jan</b>	€97.572	€22.547	€8.376	€2.923	€3.065	€1.235	€109.013	€26.706
<b>Fév</b>	€105.884	€24.030	€15.001	€7.004	€370	€534	€121.254	€31.568
<b>Mar</b>	€235.145	€236.722	€128.777	€219.123	€1.252	€13.899	€365.173	€469.744
<b>Avr</b>	€202.235	€297.202	€74.901	€187.054	€469	€3.639	€277.605	€487.896
<b>Mai</b>	€153.689	€236.186	€20.781	€57.498	€35	€1.969	€174.505	€295.654
<b>Jun</b>	€119.382	€130.950	€10.376	€21.999	€45	€841	€129.802	€153.790
<b>Jui</b>	€179.826	€95.350	€7.400	€20.556	€4.665	€2.003	€191.891	€117.909
<b>Août</b>	€198.575	€153.761	€19.561	€27.682	€5.127	€5.675	€223.263	€187.118
<b>Sép</b>	€327.340	€224.757	€27.572	€51.668	€3.837	€3.388	€358.749	€279.813
<b>Oct</b>	€562.731	€376.850	€94.778	€269.451	€4.190	€4.372	€661.699	€650.673
<b>Nov</b>	€422.974	€267.789	€98.136	€235.049	€1.268	€4.338	€522.378	€507.176
<b>Déc</b>	€309.631	€185.600	€49.373	€72.551	€2.288	€4.686	€361.293	€262.836
<b>Total</b>	€2.914.984	€2.251.744	€555.032	€1.172.559	€26.611	€46.580	€3.496.626	€3.470.882
<b>(%)</b>	(56%)	(44%)	(32%)	(68%)	(36%)	(64%)	(50%)	(50%)



## 5. Limitations de l'étude

Dans ce chapitre, nous donnons un aperçu des limitations ou points d'attention dont il faut tenir compte afin d'interpréter les résultats.

Premièrement, les prestations en ambulatoire et autres coûts en dehors de l'hôpital ou non (polyclinique, services d'urgence, etc.) avant l'admission ou après la sortie (à savoir les consultations péri-opératoires, les examens [médico-techniques] et autres frais tels que la pharmacie, la kinésithérapie, etc.) ne sont pas pris en compte dans cette étude. Nous ne prenons pas non plus en considération les coûts qui ne figurent pas sur la facture d'hôpital (p.ex. transport en ambulance).

Deuxièmement, nous ne disposons pas des données de diagnostic (telles que les diagnostics primaire et secondaire) ni des niveaux de gravité. Cela limite donc nos analyses spécifiques aux pathologies ainsi que les analyses de populations homogènes. Les premières se limitent à quelques interventions identifiées à l'aide des codes nomenclature INAMI ou par les séjours pour soins à basse variabilité.

Troisièmement, les données relatives aux admissions à l'hôpital de personnes qui n'ont pas droit aux remboursements AMI ne figurent pas dans ces analyses. Proportionnellement, cela concerne un petit groupe qui n'est toutefois pas réparti aléatoirement parmi les hôpitaux. Certaines de ces personnes sont affiliées à une mutualité, mais ne sont pas en ordre d'assurance, car elles ont versé un montant insuffisant de cotisations de sécurité sociale au cours de l'année de référence. D'autres ne peuvent être affiliées à une mutualité en Belgique, car elles ne font pas partie du groupe cible de l'AMI (p.ex. employés d'institutions supra- ou internationales, diplomates étrangers, personnes en séjour illégal en Belgique, sans-abris...).

Quatrièmement, l'identification des séjours Covid-19 est uniquement effectuée à l'aide des données de facturation, à savoir le pseudocode Covid-19 793800.

Enfin, nous ne disposons pas d'informations relatives à l'assurance complémentaire facultative à laquelle les patients ont pu souscrire. Elle intervient, à des degrés divers et en fonction de la police d'assurance, dans les tickets modérateurs et suppléments facturés au cours d'un séjour hospitalier.



## 6. Conclusion

Ce chapitre expose les principaux résultats de l'étude.

L'analyse des montants facturés au patient en cas d'admission classique ou d'hospitalisation de jour en 2020 nous permet de tirer les conclusions suivantes.

**La facture du patient peut atteindre des montants très élevés.** En moyenne, les montants facturés au patient subissent une pression en constante augmentation, et ce pour tout type de séjour et de chambre. Cette pression à la hausse en termes de coût à charge du patient se manifeste particulièrement dans l'hospitalisation de jour non chirurgicale. En outre, ces montants indiquent une **grande hétérogénéité** entre les hôpitaux et entre les séjours au sein du même hôpital, même pour les examens de routine (groupes de patients qui relèvent des soins à basse variabilité) dans le même type de chambre.

**Même constat pour les séjours liés à la Covid-19 :** le montant facturé au patient peut être très élevé.

Les soins hospitaliers (et de manière plus générale, les soins de santé) doivent être financièrement accessibles à tous, même aux personnes qui n'ont pas d'assurance complémentaire – dont les primes peuvent d'ailleurs atteindre des montants élevés.

### **Principaux résultats :**

*Montant total élevé à la charge du patient*

- **Les patients hospitalisés ont versé un montant total de € 1,16 milliard** (hors frais ambulatoires éventuels). **Plus de deux tiers** (68,2 %) **de cette somme sont des suppléments** (€ 790,6 millions – dont la plupart concernent des séjours en chambre individuelle) y compris les paiements non remboursés, tandis que les **tickets modérateurs** représentent **près d'un tiers** (€ 370,3 millions).
- Seule une hospitalisation classique sur quatre est facturée au patient pour un montant inférieur à 100 € (ticket modérateur et suppléments). **Le montant facturé pour un séjour classique sur six s'élève à € 1 000 minimum.** En 2020, environ 60 000 séjours classiques et 2 000 hospitalisations de jour ont dépassé € 3 000.
- Le montant des honoraires remboursés par l'INAMI dans le cadre des séjours hospitaliers à basse variabilité est fixe, mais ces soins n'empêchent pas la variation des montants facturés au patient, qui peuvent s'avérer très élevés.

- **Environ un quart des séjours** comportant le **pseudocode Covid-19** ont été **facturés au patient à hauteur de € 500 minimum**, voire **€ 1 000 dans un cas sur neuf**.
- La facture des séjours en chambre double ou commune peut également atteindre des niveaux élevés, notamment en raison des frais liés aux implants.

#### *Suppléments d'honoraires et honoraires non remboursables élevés*

- Les **suppléments d'honoraires médicaux non remboursables (€ 509,7 millions)** représentent **64,5 %** du total de € 790,6 millions de suppléments. En 2020, la masse d'honoraires non remboursables s'élevait à € 37,2 millions.
- En 2020, la masse de suppléments d'honoraires médicaux remboursables représente **17,4 % de la masse totale de suppléments AMI** et est près de **sept fois supérieure à la masse totale de tickets modérateurs** d'honoraires médicaux remboursables en cas d'admission à l'hôpital.
- Dans le cas des séjours en chambre individuelle, on constate **une nette variation d'un hôpital à l'autre dans l'évolution de la moyenne des suppléments d'honoraires facturés entre 2019 et 2020**.
- En 2020, € 17,2 millions de suppléments ont été facturés pour des séjours à l'hôpital ayant fait l'objet d'un enregistrement du pseudocode **Covid-19**, dont **près de € 7 millions de suppléments d'honoraires**, presque **€ 5 millions de suppléments de pharmacie** et **€ 2,5 millions de suppléments de chambre**.

#### *Accessibilité financière des soins hospitaliers sous pression*

- **Le montant moyen par séjour des suppléments facturés au patient a connu une augmentation.**
  - **On observe une augmentation de 0,7 % des suppléments pour séjours classiques, passant de € 431,2 en 2019 à € 434,1 en 2020. Cette augmentation concerne les séjours en chambre individuelle. On a observé une diminution dans le cas des séjours en chambre double et commune.**
  - **La montant moyen par séjour facturé au patient en cas d'hospitalisation de jour a également connu une augmentation, passant de € 9,1 à € 9,3 pour les hospitalisations de jour oncologiques**

(2,2 %), de € 129,9 à € 134,8 pour les hospitalisations de jour chirurgicales (3,7 %) et de € 65,6 à € 67,0 (2,1 %) pour les hospitalisations de jour non chirurgicales.

- Parmi les **admissions classiques** de **bénéficiaires de l'intervention majorée, 6,4 %** concernent un séjour en **chambre individuelle**, contre 22,0 % chez les **assurés ordinaires**.

*Besoin de transparence pour le patient en matière de suppléments d'honoraires*

- **Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables ne fournit que peu d'informations sur les suppléments d'honoraires attendus facturés au patient.** Premièrement, le lien entre le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables et la masse de suppléments d'honoraires réellement facturés par rapport à la masse d'honoraires AMI qui y sont liés (en chambre individuelle, excepté les séjours Covid-19) est limité. Deuxièmement, le patient a une vue limitée voire nulle sur le montant sur base duquel ces suppléments d'honoraires sont calculés.
- Ces derniers mois et années, **le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables a augmenté dans de nombreux hôpitaux.** À la lecture des déclarations d'admission les plus récentes, nous pouvons en outre poser les constats suivants :
  - Les hôpitaux font preuve d'une certaine créativité en matière de **pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables**, notamment en
    - faisant **varier ce pourcentage selon la discipline** ;
    - faisant **signer au patient et au médecin traitant une convention personnelle qui prévoit un pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables plus élevé** que le pourcentage maximum général officiel.
  - Les informations communiquées aux organismes assureurs relatives au pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables ne correspondent pas toujours à celles qui figurent sur les sites web des hôpitaux/sur les déclarations d'admission.
- Si l'on ajoute à cela le fait que le patient dispose d'une vue limitée voire nulle sur le montant à partir duquel ces suppléments d'honoraires sont calculés, nous pouvons en conclure que **le patient n'a aucune sécurité tarifaire et,**



**en réalité, signe un chèque en blanc lors de son admission à l'hôpital.**  
Il est essentiel d'avoir davantage de transparence, non seulement en termes de pourcentages de suppléments d'honoraires, mais aussi des chiffres absolus à partir desquels ils sont calculés.

# Bibliographie

- [1] OECD. OECD Health Statistics 2021 2021. <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>.
- [2] Service public fédéral Sécurité sociale. Comptes de la santé (*System of Health Accounts*) 2021. <https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/statistiques-de-la-protection-sociale/comptes-de-la-sante>.
- [3] OECD. Health at a Glance 2021. OECD; 2021. <https://doi.org/10.1787/19991312>.
- [4] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux 2021. <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majorée-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>.
- [5] Cès S, Baeten R. Inequalities in access to healthcare in Belgium. 2020.
- [6] Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Brussels: 2018.
- [7] De Wolf F, Di Zinno T, Dolphens M, Landtmeters B, Lona M. Coûts hospitaliers à charge patient. 2021.
- [8] Moniteur belge. Arrêté royal du 2 décembre 2018 portant exécution de la loi du 19 juillet 2018 relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité 2018.
- [9] Institut national d'assurance maladie-invalidité. L'impact de la COVID-19 sur le budget de l'Assurance soins de santé. 2021.
- [10] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Rapport standardisé – Secteur 12 : Prix de la journée d'entretien. 2021.
- [11] Loi du 26 juin 2020 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins en vue de protéger les victimes de la pandémie provoquée par le coronavirus SARS-CoV-2 contre la facturation de suppléments d'honoraires. 2020.
- [12] Moniteur belge. Arrêté royal fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle aux hôpitaux dans le cadre de l'épidémie de coronavirus COVID-19 2020.

- [13] Institut national d'assurance maladie-invalidité. Nomensoft: Nomenclature et pseudonomenclature des prestations de santé 2021. <https://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/fr/search>.

# Annexes

## Annexe 1. Pourcentage maximum de supplément d'honoraires facturables par hôpital

Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables affiché est basé sur les informations que les gestionnaires d'hôpitaux communiquent à l'INAMI<sup>8</sup>.

Hôpital	Numéro INAMI	Situation au 1 <sup>er</sup> janvier 2018	Situation au 1 <sup>er</sup> janvier 2020	Situation au 1 <sup>er</sup> janvier 2022
Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne [Soignies, Neufvilles]	71000733	300%	300%	300%
CHU Saint-Pierre / UMC Sint-Pieter [Brussel]	71007661	300%	300%	300%
Centre Hospitalier Universitaire Brugmann [Brussel]	71007760	300%	300%	300%
Institut Jules Bordet [Brussel]	71007958	300%	300%	300%
Hôpitaux Iris Sud - Iris Ziekenhuizen Zuid [Brussel]	71008750	300%	300%	300%
Centre Hospitalier Universitaire Tivoli [La Louvière]	71009641	300%	300%	300%
Hôpital Universitaire Des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) [Brussel]	71015084	300%	300%	300%
CHIREC - Hôpital Delta [Brussel]	71033296	300%	300%	300%
Cliniques Universitaires Saint-Luc [Brussel]	71040325	300%	300%	300%
Clinique Universitaire de Bruxelles - Hôpital Erasme [Brussel]	71040622	300%	300%	300%
Clinique Notre-Dame De Grace [Gosselies]	71040919	300%	300%	300%
Universitair Ziekenhuis Gent [Gent]	71067049	300%	300%	300%
CHIREC - Hôpital Sare [Brussel]	71072393	300%	300%	300%
Clinique CHC [Liège, Waremme]	71015282	275%	275%	275%
Clinique CHC [Hermalle-Sous-Argenteau, Heusy]	71015876	275%	275%	250%
Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Pare [Mons]	71025477	250%	250%	250%

<sup>8</sup> L'Article 4 de l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital prévoit que les tarifs applicables doivent être transmis à titre informatif à la commission nationale des conventions institutions de soins et organismes assureurs, et ce à chaque fois que ces tarifs font l'objet d'une adaptation.

Centre Hospitalier Epicura [Frameries, Hornu, Baudour]	71041018	250%	250%	250%
Centre Hospitalier Epicura [Ath]	71072492	250%	250%	250%
Centre De Sante Des Fagnes [Chimay]	71024982	230%	230%	230%
Centre Hospitalier Reine Astrid [Malmedy]	71000436	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Régional De Namur [Namur]	71000634	200%	200%	200%
Ziekenhuisnetwerk Antwerpen [Antwerpen]	71000931	200%	200%	200%
Grand Hôpital De Charleroi [Charleroi, Gilly, Lovernal, Montignies- Sur-Sambre]	71001030	200%	200%	200%
St.-Nikolaus Hospital [Eupen]	71001525	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Régional Verviers East Belgium [Verviers]	71002020	200%	200%	200%
CHU UCL Namur [Mont-Godinne]	71003901	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Du Bois De L'Abbaye et de Hesbaye [Seraing, Waremme]	71004295	200%	200%	200%
Clinique Saint Pierre [Ottignies]	71004394	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Régional de Huy [Huy]	71006869	200%	200%	200%
GZA- Ziekenhuizen [Antwerpen, Mortsel, Wilrijk]	71009938	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Régional Sambre Et Meuse [Auvélais, Fosses-La-Ville]	71010334	200%	200%	200%
Algemeen Ziekenhuis Rivierenland [Bornem, Willebroek, Rumst]	71010433	120%	200%	200%
Algemeen Ziekenhuis Sint-Maria [Halle]	71010631	200%	200%	200%
Kliniek St.-Jan - Clinique St.-Jean [Brussel]	71011027	200%	200%	200%
Europaziekenhuizen - Cliniques De L'Europe [Brussel]	71011126	300%	200%	200%
Algemeen Ziekenhuis St.-Lucas [Brugge]	71014094	200%	200%	200%
Groupe Jolimont [Haine-Saint-Paul]	71014688	100%	200%	200%
Vivalia [Bastogne, Marche-En-Famenne]	71016470	160%	200%	200%
CHU UCL Namur [Namur]	71016668	200%	200%	200%
Vivalia [Arlon, Saint-Mard]	71024685	200%	200%	200%
Klinik St.-Josef [Sankt-Vith]	71025774	200%	200%	200%

CHU UCL Namur [Dinant]	71026467	200%	200%	200%
Groupe Jolimont [Boussu, Mons]	71026665	200%	200%	200%
Universitair Ziekenhuis Antwerpen [Edegem]	71030031	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Universitaire De Charleroi - Hôpital Andre Vésale [Montigny-Le-Tilleul]	71032506	200%	200%	200%
Groupe Jolimont [Nivelles]	71034682	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Régional Citadelle [Herstal, Liège]	71041216	200%	200%	250%
Centre Hospitalier De Wallonie Picarde – CHwapi [Tournai]	71053488	200%	200%	200%
Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef [Malle]	71053686	100%	200%	200%
Algemeen Ziekenhuis Monica [Deurne]	71068237	200%	200%	200%
Clinique St.-Luc [Bouge]	71070613	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Universitaire De Liège [Liège]	71070712	200%	200%	200%
Algemeen Ziekenhuis Kliina [Brasschaat]	71071009	200%	200%	200%
Centre Hospitalier Universitaire De Charleroi [Lodelinsart]	71071801	200%	200%	200%
Algemeen Ziekenhuis St.-Maarten [Mechelen]	71002614	135%	175%	175%
Universitair Ziekenhuis Brussel [Brussel]	71014391	175%	175%	175%
Vivalia [Libramont]	71016866	160%	160%	200%
Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaes [Gent]	71001723	150%	150%	150%
Clinique Andre Renard [Herstal]	71002317	150%	150%	150%
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart [Leuven]	71010829	150%	150%	150%
Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart [Tienen]	71010928	100%	150%	150%
Onze Lieve Vrouwziekenhuis [Aalst, Asse, Ninove]	71012611	150%	150%	150%
Algemeen Ziekenhuis St.-Vincentius [Deinze]	71013403	100%	150%	150%
Algemeen Ziekenhuis Jan Portaels [Vilvoorde]	71020430	150%	150%	150%
Jessaziekenhuis [Hasselt]	71024388	150%	150%	150%
Algemeen Ziekenhuis Lokeren [Lokeren]	71026566	110%	150%	150%

Universitair Ziekenhuis Leuven [Leuven]	71032209	150%	150%	150%
Algemeen Ziekenhuis Nikolaas [Beveren, Temse, Sint-Niklaas]	71059527	110%	150%	150%
Imelda Ziekenhuis [Bonheiden]	71068930	150%	150%	150%
Algemeen Ziekenhuis Diest [Diest]	71071207	150%	150%	150%
St.-Franciskus Ziekenhuis [Heusden]	71071405	150%	150%	150%
St.-Trudo Ziekenhuis [Sint-Truiden]	71071504	100%	150%	150%
Algemeen Ziekenhuis Vesalius [Tongeren]	71071603	100%	150%	150%
Mariaziekenhuis Noord-Limburg [Overpelt]	71071997	100%	150%	150%
Algemeen Ziekenhuis Heilig Hart [Lier]	71009740	135%	135%	135%
Algemeen Ziekenhuis Alma [Eeklo]	71003208	125%	125%	125%
Algemeen Stedelijk Ziekenhuis [Aalst]	71017658	125%	125%	125%
Algemeen Ziekenhuis St.-Lucas [Gent]	71029041	100%	125%	125%
Algemeen Ziekenhuis West [Veurne]	71031021	115%	125%	125%
Ziekenhuis Maas En Kempen [Maaseik]	71071702	150%	125%	150%
Algemeen Ziekenhuis Zeno [Knokke-Heist]	71039236	120%	120%	120%
Algemeen Ziekenhuis Groeninge [Kortrijk]	71039632	120%	120%	120%
Algemeen Ziekenhuis Damiaan [Oostende]	71052597	100%	110%	110%
Ziekenhuis Geel [Geel]	71070910	105%	105%	100%
Algemeen Ziekenhuis St.-Blasius [Dendermonde]	71001228	100%	100%	100%
Algemeen Ziekenhuis St.-Jan Brugge- Oostende [Brugge, Oostende]	71004988	100%	100%	100%
Jan Yperman Ziekenhuis [Ieper]	71005780	100%	100%	120%
Algemeen Ziekenhuis Turnhout [Turnhout]	71006374	100%	100%	135%
Heilig Hart Ziekenhuis [Mol]	71010235	100%	100%	100%
Algemeen Ziekenhuis Delta [Menen, Torhout, Roeselare]	71011720	100%	100%	100%
St.-Jozefskliniek [Izegem]	71012413	100%	100%	100%
Algemeen Ziekenhuis Oudenaarde [Oudenaarde]	71017064	100%	100%	100%



Algemeen Ziekenhuis St.-Elisabeth [Zottegem]	71021717	100%	100%	100%
Centre Hospitalier De Mouscron [Mouscron]	71024784	100%	100%	100%
Algemeen Ziekenhuis Herentals [Herentals]	71030823	100%	100%	100%
Ziekenhuis Oost-Limburg [Genk]	71037157	100%	100%	150%
St.-Andries Ziekenhuis [Tielt]	71039533	100%	100%	100%
O.L.V. Van Lourdes Ziekenhuis Waregem [Waregem]	71039731	100%	100%	150%
Algemeen Ziekenhuis Glorieux [Ronse]	71055072	100%	100%	100%
Algemeen Ziekenhuis Jan Palfijn [Gent]	71071306	100%	100%	135%

## Annexe 2. Nouveaux codes nomenclature pour médecins-spécialistes relatifs aux patients hospitalisés pour Covid-19

Code nomenclature et description	Valeur
<b>Services de soins intensifs</b>	
211960: Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant, à partir du premier jour pour les patients COVID-19, par jour. Non cumulable avec la prestation existante 211326 'Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant, du premier au cinquième jour inclus, par jour'	N 92
211982: Surveillance de l'oxygénation membraneuse extracorporelle (ECMO) en dehors des interventions chirurgicales : à partir du deuxième jour pour les patients COVID-19. Non cumulable avec la prestation existante 211385 'Surveillance de l'oxygénation membraneuse extracorporelle (ECMO) en dehors des interventions chirurgicales : Les deuxième, troisième, quatrième et cinquième jours, par jour'	N 168
<b>Services Covid-19</b>	
211061: Installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, y compris la capnométrie : à partir du troisième jour pour les patients COVID-19	N 168
212063: Surveillance continue des fonctions vitales et non vitales à l'aide d'un appareil de surveillance qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme y compris les enregistrements éventuels, en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques : à partir du troisième jour pour les patients COVID-19	N 30
214060: Surveillance continue de la fonction cardiaque (avec ou sans la surveillance d'autres paramètres vitaux) à l'aide d'un appareil de surveillance qui à côté de l'électrocardiogramme suit de façon permanente la pression artérielle à l'aide d'un cathéter intra-artériel (en dehors des narcoses, des interventions chirurgicales et obstétricales et en dehors des tests fonctionnels cardiaques), y compris les enregistrements éventuels : à partir du troisième jour pour les patients COVID-19	N 85
214141: Mesures du débit cardiaque par courbes de thermodilution ou courbes de dilution de colorant et/ou monitoring continu de la pression intracardiaque ou pulmonaire au moyen d'un cathéter intracardiaque, à partir du troisième jour pour les patients COVID-19, par jour	N 92
<b>Surveillance supplémentaires pour tous les patients Covid-19</b>	
597984: Supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé, par jour	C 20
599502: Supplément d'honoraires pour la surveillance d'un patient COVID-19 hospitalisé dans une unité COVID-19 d'un service spécialisé isolé G et Sp pour traitement et réadaptation, par jour	C 20
<b>Identification des patients Covid-19</b>	
793800: Identification patient COVID-19	N 0

## Annexe 3. Méthodologie : définition des catégories de dépenses

- Le séjour comprend le montant par admission et le montant par jour pour les séjours classiques et l'hôpital de jour chirurgicale ainsi que les forfaits pour hospitalisation de jour non chirurgicale (forfaits 1 à 7, oncologie, douleur chronique). Ces montants sont principalement prévus pour couvrir les frais d'hôtellerie et de soins. Parmi les frais de séjour, seule la part du ticket modérateur est à charge du patient en cas d'admission classique. Ces frais varient en fonction du statut social du patient et de la durée de séjour.
- Les honoraires comprennent les honoraires médicaux remboursables, mais aussi les honoraires remboursables d'autres prestataires (dentistes, kinésithérapeutes, sage-femmes, infirmiers, logopèdes, bandagistes, orthopédistes, opticiens, audiciens), les éventuels suppléments d'honoraires et honoraires non remboursables (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). Les honoraires médicaux remboursables et suppléments d'honoraires correspondants constituent la majeure partie des honoraires globaux. Les honoraires forfaitaires relatifs aux « séjours à basse variabilité » font également partie de l'ensemble des remboursements.
- On entend par « matériel » les implants et autres produits médicaux remboursables (plâtre, bandages actifs) ainsi que le matériel ou les implants non remboursables (960234, 960245, 960536, 960540, 961273, 961284). Les suppléments de matériel représentent la différence entre la base de remboursement et le prix plafond de certains implants.
- Les suppléments de chambre – en réalité des frais de séjour supplémentaires – comprennent les suppléments journaliers (code 761633 ou 761644) qui sont portés au compte du patient qui choisit de séjourner en chambre individuelle. Ce montant est fixé librement.
- La catégorie de dépenses "pharmacie" comprend les spécialités pharmaceutiques et autres services pharmaceutiques remboursables et non remboursables.
- Les autres services non remboursables comprennent principalement les autres frais divers pour le patient lors d'une admission à l'hôpital tels que le confort de chambre, la nourriture et les boissons, ou un lit pour une personne accompagnatrice. Les produits de protection hygiénique non remboursables font également partie de cette catégorie.



