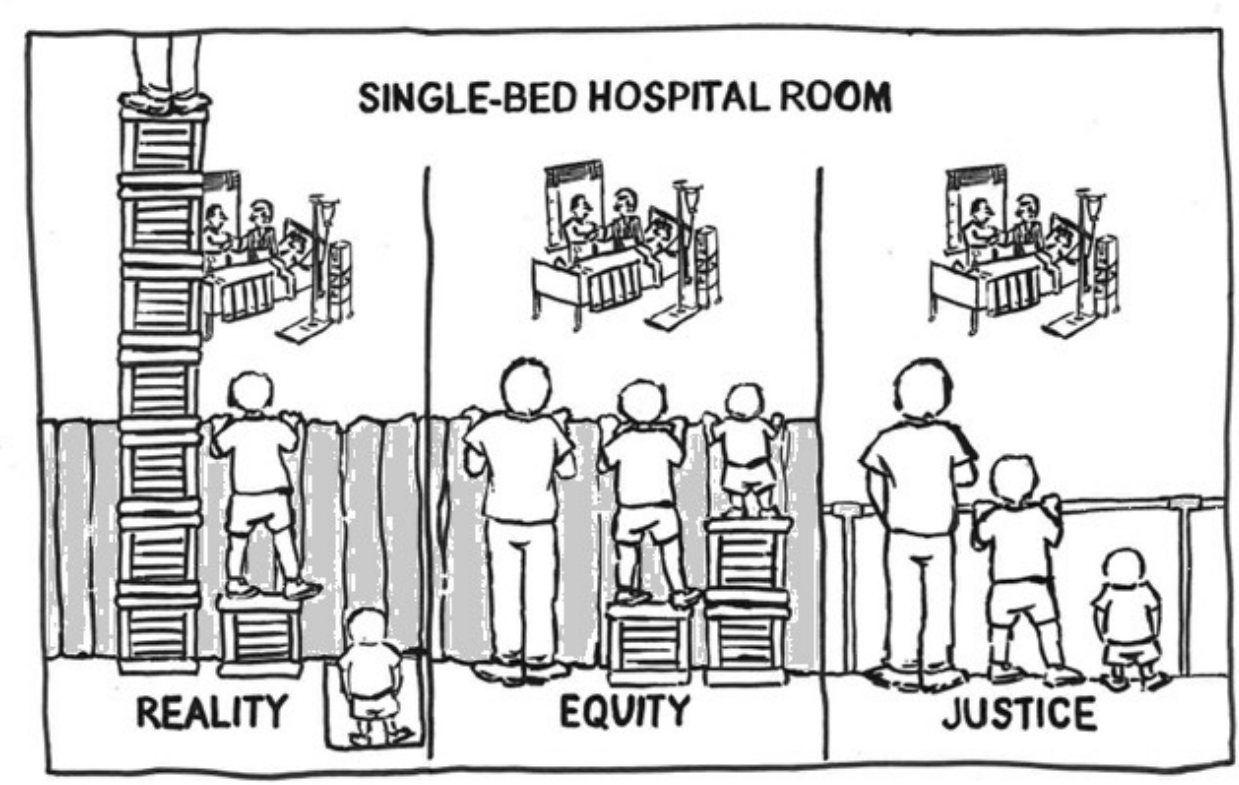
La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

15ème Baromètre MC de la facture hospitalière

Décembre 2019



Dessin animé ajusté de (1) Steiner Peter, cartooncollections.com cartoon CC43331,
(2) http://www.powerhousemt.org/discussion-equity-equality/ et
(3) http://agentsofgood.org/wp-content/uploads/2017/04/Equality-vs-Equity-Illustration3.jpg

Pour la quinzième année consécutive, la MC publie son baromètre hospitalier. L'objectif demeure le même. D'une part, guider ses membres dans le paysage complexe des soins hospitaliers. D'autre part, soutenir la politique de soins de santé, assurer une gestion adéquate de l'assurance soins de santé obligatoire, aider à faire respecter les réglementations et à promouvoir des soins de santé accessibles et de qualité. En tant que mutualité santé tournée vers l'avenir, nous continuons à prendre à coeur ce rôle actif et responsable, pour lequel nous nous sommes explicitement engagés.

La première partie de ce baromètre MC de la facture hospitalière s'adresse aux citoyens et patients en général. Nous leur fournissons **des informations et conseils concernant l'hospitalisation**. Ceci afin de les aider à trouver leur voie vers des soins abordables et de qualité et à faire valoir leurs droits.

Dans la deuxième partie, nous nous adressons principalement aux professionnels et aux décideurs politiques. Sur la base de données chiffrées, nous attirons l'attention sur un certain nombre de constatations frappantes concernant le secteur hospitalier. Nous exprimons nos points de vue et livrons des conseils en matière de politique, inspirés d'opinions scientifiques, testés par rapport aux tendances internationales, mais surtout basés sur le bon sens.

L'accent est ici placé sur les soins hospitaliers, étant entendu que cela ne constitue qu'une « simple » partie du système de santé et de bien-être dans son ensemble.

Pour la MC, il n'y a aucun doute : les moyens financiers devolus à l'assurance soins de santé obligatoire peuvent être dépensés de manière plus efficace que cela ne l'est actuellement. Les soins peuvent et doivent être mieux organisés, sans que la qualité n'ait à en pâtir, que du contraire. Si nous voulons trouver des solutions durables qui placent réellement le patient au centre de nos préoccupations, une bonne dose de courage politique, des choix politiques énergiques et des mesures incitatives avec un objectif clair ne suffiront pas. Tous les partenaires impliqués dans les soins de santé devront également se montrer respectueux et constructifs les uns envers les autres, avec une réelle ouverture pour avancer ensemble, pas à pas, et se préparer ensemble aux défis à venir. Après tout, nous sommes tous aussi des patients. À notre avis, un leadership fédéral clair et des perspectives explicitespour tous les acteurs du secteur sont essentiels pour concevoir des soins de santé attentionnés, humanisants et moins coûteux.

Nous vous souhaitons dès à présent une agréable lecture.

"If our beds are filled, it means we've failed."

(Ken Davis, CEO Mount Sinai Health System)

Table des matières

Table des matières ..... **p. 3**

Liste des figures ..... **p. 5**

Liste des tableaux ..... **p. 8**

Abréviations ..... **p. 9**

Partie 1 : pour le citoyen ..... **p. 10**

1. Une hospitalisation est-elle prévue ? ..... p. 11
2. Vous vous rendez à l'hôpital pour une consultation, un examen, une intervention - sans hospitalisation ..... p. 15

Partie 2 : pour le professionnel/le responsable politique ..... **p. 18**

1. Résumé ..... p. 19
2. Introduction ..... p. 22
3. Méthodologie ..... p. 29
4. Résultats et discussions ..... p. 31
   - A. Aspects non financiers liés au choix de la chambre lors d'une hospitalisation ..... p. 32
   - B. Coûts liés au choix de la chambre à charge du patient hospitalisé ..... p. 33
     - a. Suppléments d'honoraires ..... p. 38
       VISION MC ..... p. 48
     - b. Suppléments de chambre ..... p. 50
       VISION MC ..... p. 51
   - C. Produits, prestations ou services non remboursés par l'AMI ..... p. 52
     - a. Honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables ..... p. 55
       - i. Admissions classiques ..... p. 56
       - ii. Hospitalisation de jour ..... p. 61
       - iii. Groupe résiduaire (activité ambulatoire) ..... p. 63

       VISION MC ..... p. 67
     - b. Confort de la chambre (admission à l'hôpital) ..... p. 68
       VISION MC ..... p. 69
   - D. Transparence financière à l'égard du patient : estimations des coûts ..... p. 70
     VISION MC ..... p. 70
   - E. (Plus de) qualité, (moins de) gaspillage ..... p. 71
   - F. Transparance ..... p. 73
     - a. Hospitalisation sociale ..... p. 73
     - b. Frais globaux vs revenus de centre de frais de pharmacie (2010-aujourd'hui) ..... p. 74
5. Annexes ..... p. 75

   ANNEXE 1 : Explications sur les tendances centrales et de dispersion ..... p. 75

   ANNEXE 2 : Structure des codes de compétences à l'intention des analyses des paiements non remboursables. ..... p. 76

   ANNEXE 3 : Vue d'ensemble des groupes de patients faisant partie des analyses des données des membres de la MC propres à certaines interventions ..... p. 77

ANNEXE 4 : Évolution des hospitalisations (2013-2018) des membres de la MC en chambre individuelle, en chiffres absolus et en pourcentage, par type d'hospitalisation : A) Belgique, B) Région flamande, C) Région de Bruxelles-Capitale, D) Région wallonne …….……..…….. p. 78

ANNEXE 5 : Régression linéaire à variables multiples, avec comme variable indépendante le poids financier de la masse des suppléments d'honoraires par rapport à la masse des honoraires AMI (exprimé en %). Base : Données AIM, admissions classiques 2017 ……...…….…… p. 79

Liste des figures

Figure 1. Méthode de calcul des suppléments d'honoraires pour une hospitalisation.

Figure 2. Les pourcentages maximaux des suppléments d'honoraires des hôpitaux généraux et universitaires en Belgique (septembre 2019).

Figure 3. Le coût médian que vous payez en tant que patient pour un examen par IRM du bras et de la jambe, sans être admis à l'hôpital. Base : données de membres de la MC 2018. Par « médian », on entend : une moitié des patients paie (éventuellement) moins, une autre moitié paie (éventuellement) plus.

Figure 4. Les dépenses en soins de santé (soins hospitaliers, soins ambulatoires et produits, appareils et équipements médicaux) en % du budget du ménage, 2013-2017 ou dernière année disponible. Source : OECD Health Statistics 2019 [online]. OECD indicators. Paris : Publications OCDE ; 2019. Final consumption expenditure of households. Disponible sur http://www.oecd.org/health/health-data.htm; extraction des données le 07-10-2019.

Figure 5. Besoins en soins non satisfaits auto-rapportés pour un examen médical en raison de a) prix, b) temps d'attente, prix ou distance, selon le quintile de revenus (2017). Source : Eurostat [hlth_silk_08], http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do, consulté le 07-10-2019.

Figure 6. Évolution du nombre d'hospitalisations (admissions classiques et hospitalisations de jour chirurgicales) et forfaits INAMI en Belgique pendant la période 2010-2018. Source : rapports standardisés sur les dépenses comptabilisées pour les années 2010 à 2018 (Institut national d'assurance maladie-invalidité, INAMI). Les forfaits INAMI repris ici comprennent : maxiforfait (y compris les 5 nouveaux forfaits oncologie depuis le 01-03-2017), forfait groupe 1 à 7 et forfait douleur 1 à 3.

Figure 7. Détail marge par centre de frais, 2017-2018. Repris des diapos de la conférence de presse de l'analyse MAHA 2018 (diapo 32), disponible sur https://www.belfius.be/about-us/fr/press-room/communiques-de-presse.

Figure 8. Nombre d'examens avec un CT et un IRM pour 1 000 habitants, 2018 ou dernières données disponibles. Source : OECD (2019), Computed tomography (CT) exams (indicator). doi : 10.1787/3c994537-en (Accessed on 14 October 2019) en OECD (2019), Magnetic resonance imaging (MRI) exams (indicator). doi : 10.1787/1d89353f-en (Consulté le 14 octobre 2019).

Figure 9. Dose de rayonnement effective par année et par habitant, pour différents pays européens. La contribution relative des 4 examens principaux ayant recours aux rayons ionisants (radiographie, fluoroscopie, CT et radiologie interventionnelle) apparaît sur la figure. Source : European Commission. Radiation Protection 180: Medical Radiation Exposure of the European Population. 2014. Disponible sur https://ec.europa.eu/energy/sites/ener/files/documents/RP180.pdf.

Figure 10. Le financement des soins hospitaliers, par type de financement, 2017. Source : OCDE.Stat. Dépenses de santé et financement, disponible sur https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; extraction des données le 07-10-2018.

Figure 11. Évolution du coût moyen d'une hospitalisation classique à charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004-2018, prix 2018).

Figure 12. Évolution du coût moyen d'une hospitalisation de jour chirurgicale à charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004-2018, prix 2018).

Figure 13. Évolution du coût moyen d'une hospitalisation de jour non chirurgicale à charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004-2018, prix 2018).

Figure 14. Coût total à la charge du patient pour 5 interventions courantes : mise en place d'une prothèse de hanche (admission classique), ablation de la vésicule biliaire (admission classique), accouchement (admission classique), méniscectomie (hospitalisation de jour chirurgicale), chirurgie de la cataracte (hospitalisation de jour chirurgicale) - par type de chambre, région et hôpital. Données des membres de la MC, 2018. Sont inclus uniquement les hôpitaux comptant au moins 10 admissions de membres de la MC en 2018.

Figure 15. Répartition du coût total (P10, moyenne, P90) à charge du patient en chambre individuelle au sein de chaque hôpital pour a) une opération de la cataracte (hospitalisation de jour chirurgicale) et b) un accouchement (hospitalisation classique).

Données des membres de la MC 2018. Sont inclus uniquement les hôpitaux comptant > 10 membres MC par type de chambre et par intervention.

Figure 16. Somme de tous les coûts à charge du patient hospitalisé, par type de chambre (données des membres de la MC, tous les types d'hospitalisation cumulés, 2000-2018, prix 2018).

Figure 17. Évolution 2006-2017 des honoraires de l'AMI et suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation (hospitalisation classique et hospitalisation de jour) et de la proportion en pourcentage des suppléments d'honoraires par rapport aux honoraires de l'AMI. Base : chiffres tableau 2 rapport AIM https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf.

Figure 18. Heatmap illustrant la proportion en pourcentage de suppléments d'honoraires attestés / intervention AMI dans les hôpitaux belges (figure obtenue en se basant sur les données de l'atlas AIM disponible sur https://ima-aim.be/Atlas-181, admissions classiques 2017).

Figure 19. Les pourcentages maximaux des suppléments d'honoraires des hôpitaux généraux et universitaires en Belgique (état des lieux 16-09-2019) ; seul le campus principal est affiché. Données source : Fichier INAMI Suppléments d'honoraires jj. 16-09-2019, déclarations d'admission en ligne des hôpitaux, sites Internet de l'hôpital et médias écrits.

Figure 20. Volume des suppléments d'honoraires (en euros ; diagramme) et rapport entre suppléments d'honoraires et intervention AMI (en % ; heatmap) des hôpitaux généraux et universitaires belges. Base : Données AIM, admissions classiques 2017.

Figure 21. Évolution du pourcentage des hospitalisations en chambre individuelle où des suppléments d'honoraires sont facturés, par type d'hospitalisation (données des membres de la MC, 2011-2018).

Figure 22. La relation entre le pourcentage d'admissions spécifiques à l'hôpital des patients titulaires du régime préférentiel par rapport au total des admissions, d'une part, et, d'autre part, le pourcentage des suppléments d'honoraires par rapport à l'intervention AMI (AIM, données 2017, admissions classiques).

Figure 23. Contribution moyenne aux suppléments d'honoraires pour un accouchement par voie vaginale par hôpital, en indiquant la région (code couleur) et le type d'hôpital (hôpital général : marqueur rond ; hôpital universitaire : marqueur carré). Source : Atlas AIM http://www.ima-aim.be, consulté le 29-08-2019.

Figure 24. Contribution moyenne aux suppléments d'honoraires pour une chirurgie de la cataracte en hospitalisation de jour, par hôpital, en indiquant la région (code couleur) et le type d'hôpital (hôpital général : marqueur rond ; hôpital universitaire : marqueur carré). Source : Atlas AIM http://www.ima-aim.be, consulté le 29-08-2019.

Figure 25. Part des hospitalisations pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont facturés (base : graphique 7 à la p. 15 de l'étude AIM « Suppléments d'honoraires attestés pendant les séjours hospitaliers. Données 2017, disponibles sur https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf).

Figure 26. Le pourcentage des patients pour lesquels des suppléments d'honoraires ont été facturés pour une chirurgie de la cataracte en hospitalisation de jour (axe secondaire), ainsi que le nombre total de chirurgies de la cataracte en hospitalisation de jour (axe primaire) et la médiane des suppléments d'honoraires (axe primaire). Base : 57.522 chirurgies de la cataracte en hospitalisation de jour chez les membres de la MC, 2018.

Figure 27. Évolution 2009-2018 des paiements non remboursables facturés par les hôpitaux aux membres de la MC (prix 2018) ; la correspondance de l'oncofreezing n'est pas affichée sur la figure.

Figure 28. Prestations, produits et services entièrement à charge du patient, facturés par les hôpitaux (données MC, 2018).

Figure 29. Évolution 2009-2018 des honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables et des suppléments d'honoraires (membres de la MC, indice non pris en compte) pour les admissions classiques, l'hospitalisation de jour et l'activité (ambulatoire) « résiduaire » facturés par les hôpitaux.

Figure 30. Détail des prestations, produits et services non remboursables facturés par les hôpitaux aux membres de la MC (2018).

Figure 31. Le pourcentage des honoraires non remboursables découlant des admissions classiques en chambres communes (axe primaire) et la masse totale des honoraires non remboursables (tous types de chambres réunis ; diagramme, axe secondaire), par hôpital. Données des membres de la MC, 2018.

Figure 32. Les pourcentages spécifiques à l'hôpital des admissions classiques où, par type de chambre, des honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables sont facturés (données des membres MC, 2018).

Figure 33. Le montant moyen des honoraires (para)médicaux non remboursables facturés par admission classique, par hôpital et par type de chambre. Données des membres de la MC, admissions classiques 2018, avec facturation des honoraires (para)médicaux non remboursables.

Figure 34. Le pourcentage des admissions classiques pour lesquelles le centre de gravité de l'intervention de l'AMI réside dans la chirurgie plastique et où les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés par rapport à toutes les admissions classiques pour lesquelles la chirurgie plastique constitue le centre de gravité de l'intervention de l'AMI (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données des membres de la MC, 2018).

Figure 35. Le nombre de patients ayant subi une réduction mammaire en 2018 pour des raisons fonctionnelles (code 251613-251624) en hospitalisation classique (par hôpital), le pourcentage des interventions avec un séjour en chambre individuelle et le pourcentage des interventions avec facturation des suppléments d'honoraires (données des membres de la MC, 2018 ; seuls les hôpitaux comptant au moins 5 interventions auprès de membres de la MC sont affichés).

Figure 36. La contribution médiane spécifique à l'hôpital aux honoraires non remboursables, par type de chambre (chambre individuelle *vs* chambre à deux ou plusieurs personnes), pour les admissions classiques où le centre de gravité de l'intervention de l'AMI relève de la réduction mammaire pour des raisons fonctionnelles (code 251613-251624) (données membres MC, 2018).

Figure 37. Le coût total médian spécifique à l'hôpital à charge du patient (comprenant les suppléments et les paiements non remboursables) par type de chambre (chambre individuelle *vs* chambre double ou commune), pour les admissions classiques en cas de réduction mammaire pour raisons fonctionnelles (code 251613-251624, membres de la MC, 2018).

Figure 38. Le pourcentage des hospitalisations de jour chirurgicales pour lesquelles le centre de gravité de l'intervention de l'AMI relève de la stomatologie et les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés par rapport à toutes les hospitalisations de jour chirurgicales dont le centre de gravité de l'intervention de l'AMI relève de la stomatologie (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables attestés (données des membres de la MC, 2018).

Figure 39. Le pourcentage des hospitalisations de jour non chirurgicales pour lesquelles le centre de gravité de l'intervention de l'AMI relève de la stomatologie et les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés par rapport à toutes les hospitalisations de jour non chirurgicales dont le centre de gravité de l'intervention de l'AMI relève de la stomatologie (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données des membres de la MC, 2018).

Figure 40. Le pourcentage de l'activité hospitalière autre que l'hospitalisation dont le centre de gravité de l'intervention de l'AMI réside dans l'imagerie médicale et où les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés au vu de toute l'activité non hospitalière avec le centre de gravité de l'intervention de l'AMI relevant de l'imagerie médicale (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données membres MC, 2018).

Figure 41. Le pourcentage de l'activité hospitalière autre que l'hospitalisation dont le centre de gravité de l'intervention de l'AMI réside dans l'ophtalmologie et où les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés au vu de toute l'activité non hospitalière avec le centre de gravité de l'intervention de l'AMI relevant de l'ophtalmologie (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données membres MC, 2018).

Figure 42. Le pourcentage d'admissions classiques où le confort de la chambre (code 0960492-0960503) est facturé, par type de chambre et par hôpital (données des membres de la MC, 2018).

Figure 43. Le montant moyen pour le confort de la chambre, par hôpital et par admission classique dans une chambre pour deux personnes ou plus où le confort dans la chambre est facturé.

Liste des tableaux

Tableau 1. Différences méthodologiques entre la mise à jour de la partie « traditionnelle » (coût total à charge du patient, suppléments d'honoraires, suppléments de chambre, impact du type de chambre sur le coût, ...) et la « nouvelle » partie (en l'occurrence, les paiements non remboursables).

Tableau 2. Produits, prestations ou services non remboursés par l'AMI : code ambulatoire, code d'hospitalisation et description. Sources : Inami

Tableau 3. Part des diverses rubriques dans la facture patient des membres de la MC pour les hospitalisations en chambre individuelle, par type d'hospitalisation, en 2018.

Tableau 4. Aperçu des hôpitaux qui ont modifié les pourcentages maximaux des suppléments d'honoraires en 2017-2019 (état des lieux septembre 2019). Base : Données source : Fichier INAMI Suppléments d'honoraires jj. 16-09-2019, déclarations d'admission en ligne des hôpitaux, sites Internet de l'hôpital et médias écrits.

Tableau 5. Distribution des suppléments d'honoraires selon le type de séjour ; tableau repris de https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf : tableau 9 à la p. 18).

Tableau 6. Paiements non remboursables chez le top 10 des spécialités, où le point de gravité concernant le coût de l'AMI relève des admissions classiques (données des membres MC, 2018) avec marquage des chiffres et pourcentages les plus éloquents.

Tableau 7. Paiements non remboursables chez le top 3 des spécialités, où le point de gravité concernant le coût de l'AMI relève de l'hospitalisation de jour (chirurgicale pu non) (données des membres MC, 2018) avec le marquage des chiffres et pourcentages les plus éloquents.

Tableau 8. Paiements non remboursables chez le top 8 des spécialités, où le point de gravité concernant le coût de l'AMI relève d'une activité hospitalière autre que les admissions (activité ambulatoire, données des membres MC, 2018) avec le marquage des chiffres et pourcentages les plus éloquents.

Abréviations

AIM	Agence Intermutualiste
ASSII	Assurance Soins de santé et Indemnités
CIM-10	10e version de la Classification internationale des maladies (ICD-10)
CT	Computed Tomography
EBM	Evidence based medicine
ESPN	European Social Policy Network
INAMI	Institut national d'assurance maladie invalidité
IOM	Académie nationale de médecine des États-Unis, en anglais Institute of Medicine
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MAF	Maximum à facturer
IRM	Imagerie par résonance magnétique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PIB	produit intérieur brut
P10	10e centile
P25	25e centile
P75	75e centile
P90	90e centile
UE	Union Européenne
WHO	World Health Organization

PARTIE I : pour les patients / citoyens

1. Une hospitalisation est-elle prévue ?

N'hésitez pas à consulter notre site web pour obtenir plus d'informations sur les admissions à l'hôpital : www.mc.be/hospi
N'hésitez pas à contacter votre conseiller mutualiste si vous avez des questions particulières. Un certain nombre de conseils et astuces peuvent déjà vous être utiles :

Avant et pendant l'hospitalisation :

- Veillez à être **en ordre** d'**assurance soins de santé obligatoire**. De cette façon, les remboursements par l'assurance obligatoire ne seront pas compromis.
- **Les prestataires de soins de santé** sont légalement **tenus de vous informer**. Non seulement des aspects médicaux, mais aussi du coût attendu des soins. Ce n'est pas clair pour vous ? N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.
- Demandez une **estimation du coût** de votre hospitalisation **avec une distinction claire entre l'admission en chambre individuelle, double ou commune**.
    - Certains hôpitaux affichent des estimations de coûts pour les interventions courantes sur leur site web. Ce n'est pas le cas de l'établissement hospitalier où vous allez être hospitalisé ? L'intervention que vous allez subir n'est pas reprise dans la liste ? Si vous souhaitez une estimation personnalisée ou des explications, n'hésitez pas à en parler à votre hôpital/médecin.
    - On vous annonce un coût élevé pour votre hospitalisation ? . Ne vous effrayez pas. Des solutions existent certainement.. Votre conseiller mutualiste, le service social de l'hôpital ou le CPAS de votre commune peuvent vous aider ou conseiller à ce sujet.
    - Le médecin vous précise que certaines prestations ne sont pas remboursées par l'assurance obligatoire ? Discutez avec lui des alternatives afin de trouver ensemble la solution qui vous convient le mieux.
- Choisissez letype de chambre dans lequel vous souhaitez séjourner en étant bien conscient des conséquences financières que ce choix implique. En effet, alors qu'ils sont interdits en chambre commune ou à deux lits, des suppléments de chambre et d'honoraires peuvent être facturés en chambre individuelle. .
    - Le choix du type de chambre vous appartient. Le médecin n'a pas le droit de vous imposer une chambre individuelle ni de refuser de vous traiter ou de reporter le délai d'intervention parce que vous choisissez une chambre à deux lits. En cas de difficultés, contactez le service de médiation de l'hôpital ou demandez l'aide de votre mutualité
    - Lors de votre admission, l'hôpital vous présentera une déclaration d'admission. Indiquez-y votre choix de chambre. Lisez attentivement ce document avant de le signer.
    - Si vous n'êtes pas en mesure de lire et de signer vous-même la déclaration d'admission, votre représentant légal peut le faire en votre nom.
- Vous choisissez une chambre individuelle ? Dans ce cas, **des suppléments d'honoraires et de chambre** vous seront facturés. Les montants varient considérablement d'un hôpital à l'autre et peuvent considérablement augmenter la facture. Consultez la page suivante pour plus d'informations.
- Un hôpital « coûteux » n'offre pas nécessairement une meilleure qualité de soins qu'un hôpital « bon marché ». Il ne devrait pas être tabou d'engager **un dialogue avec le prestataire** de soins sur le **prix et la qualité**. Pour vous aider à formuler des questions spécifiques sur la qualité, vous pouvee consulter les sites suivants : www.mc.be/la-mc/droits-patients/qualite-cas-pratiques, et www.test-achats.be/sante/soins-de-sante/hospitalisation.
- Choisissez les biens et services utiles pour vous. Les frais divers peuvent fortement faire grimper la facture. Préparez votre admission en choisissant les biens et services dont vous voulez bénéficier et qui ne font pas partie des soins médicaux (télévision, boissons, séjour d'un accompagnant...). Pour ce faire, consultez la liste des frais divers publiée sur le site Internet de l'hôpital et n'hésitez pas à poser toutes vos questions. Seuls les services ou biens que vous avez explicitement demandés peuvent vous être facturés.
- Si vous bénéficiez d'une **assurance hospitalisation,** demandez ce qu'elle couvre (ou non). Il importe notamment de connaître le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires couvert par votre assurance.

Après l'hospitalisation :

- Présentez la **facture originale de l'hôpital à votre mutualité** avant de payer l'hôpital. Les conseillers mutualistes de la MC vous expliqueront le contenu de votre facture et vérifieront qu'elle ne contient pas d'erreur ou de facturation illégale. Si tel est le cas, le Service Défense des membres peut contester votre facture auprès de l'hôpital.
- Joignez à cette facture la "demande d'intervention pour la facture d'hospitalisation". Ce document vous permettra de **bénéficier de l'intervention d'Hospi Solidaire**, un avantage de votre assurance complémentaire. D'autres formulaires sont également à compléter si vous avez souscrit une assurance facultative auprès de la MC (**Hospi +, Hospi +100, Hospi+200**). Ces documents sont téléchargeables sur www.mc.be ou disponibles auprès des conseillers mutualistes.
- **Communiquez avec l'hôpital si vous n'êtes pas en mesure de payer votre facture à temps** (par exemple en attendant le remboursement de votre assurance hospitalisation, en raison de difficultés financières, de contestations, etc.).

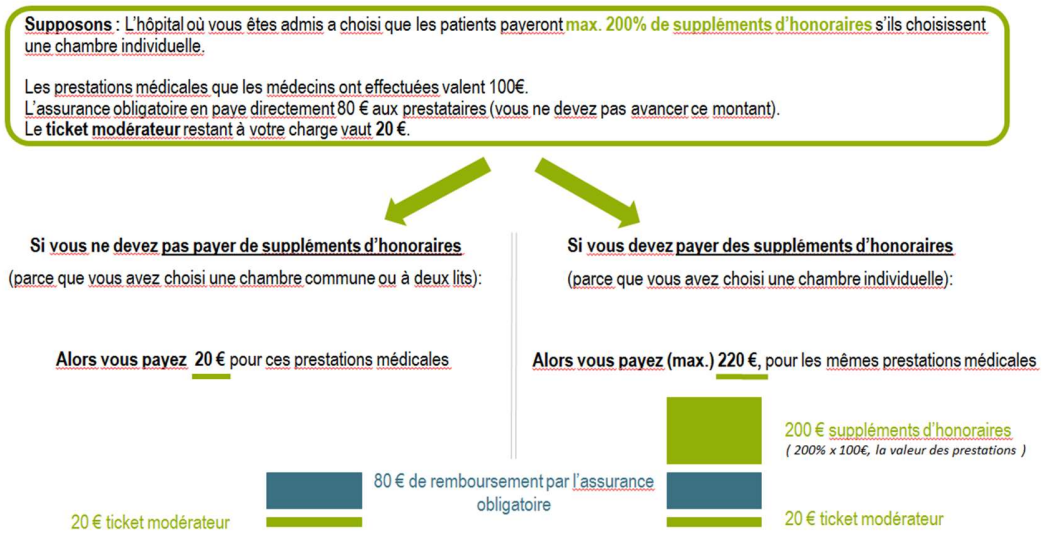
- **Plus d'informations auprès des conseillers mutualistes MC, au 0800 10 9 8 7 ou sur www.mc.be/hospi**

Votre choix de chambre joue un grand rôle dans le coût de votre hospitalisation.

C'est uniquement lorsque vous choisissez une chambre individuelle et que vous y restez effectivement que des **suppléments d'honoraires et de chambre** peuvent vous être facturés. Les exceptions à cette règle sont les admissions dans une unité de soins intensifs ou de soins d'urgence. Dans ces cas, aucun supplément d'honoraires ou de chambre ne peut être facturé pour la durée de l'hospitalisation dans une telle unité. Aussi, lorsque votre état de santé nécessite un séjour en chambre individuelle, vous n'aurez pas à payer de suppléments d'honoraires ou de chambre.

Suppléments d'honoraires = suppléments aux honoraires des prestataires de soins. Ceux-ci varient considérablement d'un hôpital à l'autre. Les pourcentages maximaux de suppléments d'honoraires se situent actuellement entre 100 % et 300 %. L'exemple ci-dessous (figure 1) montre comment les suppléments d'honoraires sont calculés. Veuillez noter que tous les médecins ne facturent pas systématiquement les suppléments d'honoraires maximaux, mais en principe, c'est possible.

Figure 1. Méthode de calcul des suppléments d'honoraires pour une hospitalisation.



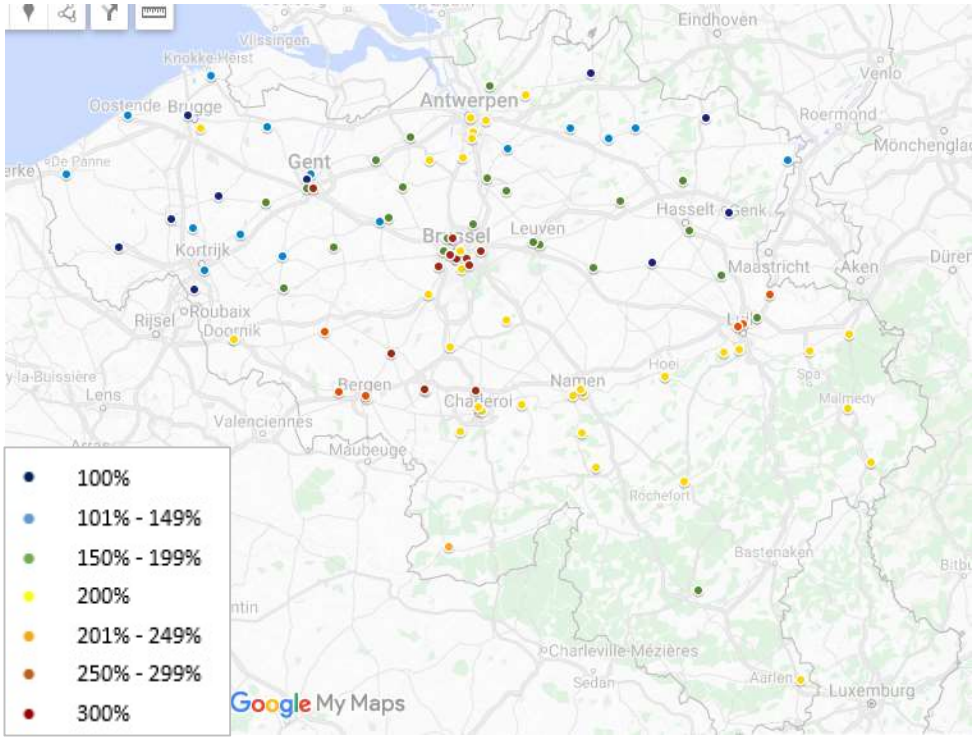
Un supplément de chambre = pour l'utilisation d'une chambre individuelle. Il s'agit d'un montant par jour, qui peut être librement déterminé par l'hôpital. Le montant par jour peut varier considérablement d'un hôpital à l'autre et même au sein d'un même hôpital (par exemple : des tarifs différents selon le service, l'aile où se trouve la chambre...).

Les informations les plus récentes sur les suppléments d'honoraires et de chambre peuvent être consultées par hôpital à l'aide de l'outil de comparaison que la MC a élaboré et mis en ligne. Choisissez un type de chambre, le type d'hospitalisation (avec ou sans nuitée) ainsi qu'un service ou une pathologie. Sélectionnez ensuite jusqu'à quatre hôpitaux. Vous recevrez le détail des coûts moyens facturés par chacun d'eux. Rendez-vous sur www.mc.be/tarifs-hopitaux

La figure 2 montre les pourcentages maximaux de suppléments d'honoraires, situation en septembre 2019.

Lors de votre admission, l'hôpital doit vous présenter une **déclaration d'admission**. Vous devez y indiquer votre choix de chambre et vous pouvez y consulter, entre autres, les suppléments de chambre (en euros par jour) et les suppléments d'honoraires (en % maximum du montant de base).

Figure 2. Les pourcentages maximaux des suppléments d'honoraires des hôpitaux généraux et universitaires en Belgique (septembre 2019).



Pour une série d'interventions courantes, vous pouvez (via les liens suivants) comparer le coût total par hôpital :

- Accouchement, hospitalisation comprenant au moins une nuit : se reporter au https://drive.google.com/open?id=1NroqyCjnamJyTVJbFD_NUogEb-tiqEC5&usp=sharing
- Chirurgie de la cataracte, hospitalisation de jour chirurgicale : se reporter au https://drive.google.com/open?id=1wruzYLpBikmZ_NwzE64vkVWtTj3d000b&usp=sharing
- Ablation de la vésicule biliaire, hospitalisation comprenant au moins une nuit : se reporter au https://drive.google.com/open?id=11_6w2gT6ceMXhXKsZ5vlNGuCqVgbvKpA&usp=sharing

- Prothèse de la hanche, hospitalisation comprenant au moins une nuit : se reporter au https://drive.google.com/open?id=1KUvyd-CYbi8JVGkjA8Yqt2eMwHAqZUK5&usp=sharing
- Méniscectomie à hauteur du genou, hospitalisation de jour chirurgicale : se reporter au https://drive.google.com/open?id=1MRJqA2EWOuYGyc95xVO6FSotEpu-b7GI&usp=sharing

Ces données sont basées sur les données de facturation de membres de la MC pour les hospitalisations de l'année 2018.

2. Vous vous rendez à l'hôpital pour une consultation, un examen ou une intervention - sans hospitalisation

Sur notre site Internet, www.mc.be/services-en-ligne/calcul-remboursements , vous trouverez un **aperçu des honoraires et tarifs de remboursement des prestations fréquentes.**
Vous pouvez toujours vous adresser à vos **conseillers mutualistes** pour plus d'informations et d'explications.

Pour certaines spécialités, un **remboursement plus élevé s'applique après un renvoi par le médecin généraliste**. Vous trouverez plus d'informations sur
Les prestataires de soins sont légalement **tenus de vous informer** des aspects médicaux et du coût attendu des prestations de soins.

Le fait qu'un prestataire de soins puisse facturer les **suppléments d'honoraires** dépend de son « statut de convention ».
- Si un médecin est conventionné, il facture les tarifs officiels. Aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé.
- Si un médecin n'est pas conventionné, il détermine librement les honoraires. On ne peut dès lors facturer aucun supplément d'honoraires.
- Certains médecins sont partiellement conventionnés. À des endroits et moments établis, ils facturent le tarif officiel (sans suppléments d'honoraires). À d'autres jours et heures, il se peut que des suppléments d'honoraires soient facturés.

Le **module « Rechercher un prestataire de soins près de chez vous »** disponible sur www.mc.be/services-en-ligne/prestataires/app vous indique si un prestataire de soins est conventionné ou non.

Lorsque vous souhaitez prendre un rendez-vous, vous pouvez toujours demander si le médecin en question (ou ses collègues) travaille à un **« tarif conventionné »** au moment proposé. Les prestataires de soins sont tenus de vous informer **à l'avance et de manière explicite** à ce sujet.

Il n'y a **pas de lien** entre la facturation des suppléments d'honoraires et la **qualité des soins** qui vous sont offerts.

Outre les honoraires (où l'assurance soins de santé intervient dans (une partie) des coûts) et les suppléments d'honoraires éventuels, des **prestations techniques qui ont été effectuées peuvent vous être facturées**. À titre d'exemple, on peut citer l'imagerie médicale (radiographies, scanners, ...), les analyses de biologie clinique (sang, urine…), les tests auditifs, ...La plupart de ces prestations sont remboursées en partie par l'assurance soins de santé obligatoire (parfois sous conditions). Certaines ne le sont pas, par exemple parce que leur valeur ajoutée n'est pas (encore) indiquée.

N'hésitez pas à **discuter avec votre médecin** de la **valeur ajoutée** de certaines interventions dans votre situation spécifique**,** des **avantages et inconvénients et alternatives éventuelles**, de **l'impact du résultat** d'un test sur l'approche de traitement futur, …
Vous pourrez ainsi identifier, avec votre médecin, la solution la plus adaptée.

Sur la page suivante figurent des questions concrètes pouvant vous aider dans la communication avec votre médecin dans le cas où une imagerie médicale (radiographies, scanners...) est envisagée.

Voici des questions que vous pouvez poser à votre médecin s'il envisage de vous prescrire un examen d'imagerie médicale (radiographie, Pet-scanr, IRM, échographie…)

- Pourquoi ai-je besoin d'un examen spécifique ?
- Comment le résultat de cet examen influe-t-il sur l'approche de traitement ultérieure ? *
- Quels sont les avantages et inconvénients de l'examen ?
- Avec quelle fréquence dois-je passer l'examen ?
- Existe-t-il des techniques équivalentes (ou meilleures) sans rayonnement ionisant ?
- Cet examen peut-il être effectué dans le cas où je suis enceinte ?
- L'examen proposé répond-il aux directives en matière d'imagerie médicale ?

Les informations suivantes peuvent aider votre médecin à faire le bon choix :

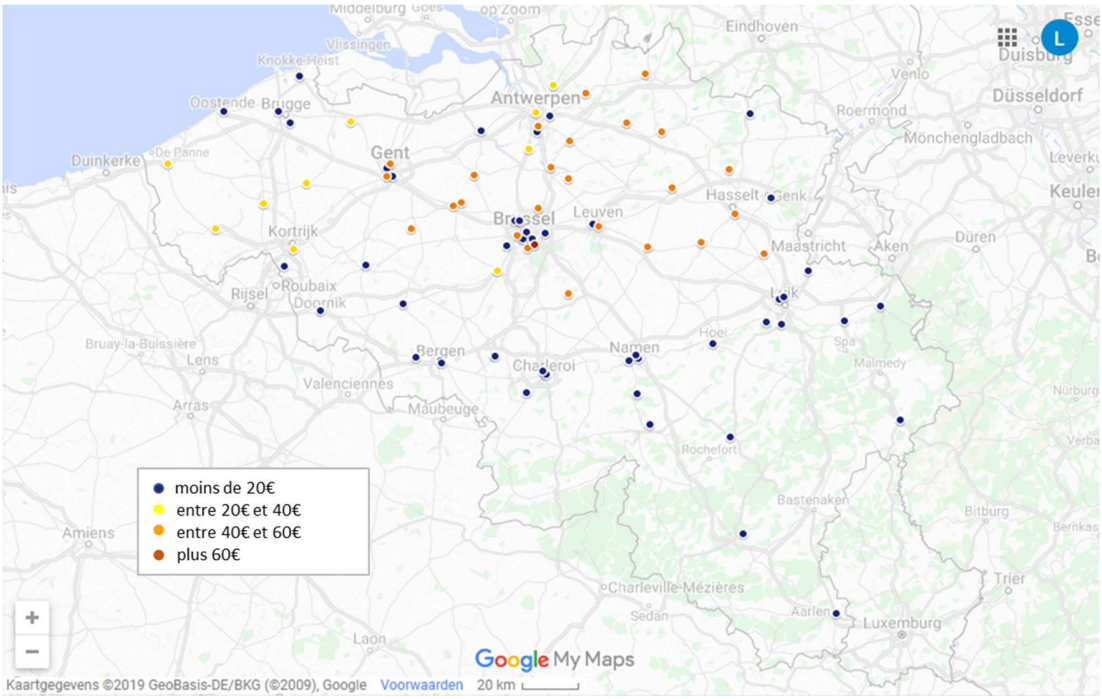
- Dites à votre médecin si vous avez récemment passé un examen d'imagerie médicale. Parfois, un nouvel examen n'est plus nécessaire.
- N'insistez pas pour passer un examen si votre médecin ne l'estime pas nécessaire.
- Si vous êtes ou risquez d'être enceinte, faites-en part à votre médecin. C'est important pour protéger votre fœtus.

Repris de www.pasderayonssansraisons.be/fr/que-puis-je-faire/en-tant-que-patient
Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement en collaboration avec l'AMI et l'AFCN
** Question ajoutée par la MC*

Attention : contrairement, par exemple, aux radiographie (rayons X) ou au Pet-Scan, l'IRM ne comporte pas de rayons x nuisibles.

Le prix des examens de routine varie considérablement d'un hôpital à l'autre. Le lien suivant permet de comparer le coût d'un examen MRI d'un bras ou d'une jambe (également désigné comme scan MR ou scan NMR): : https://drive.google.com/open?id=1K5P-ah3-g96DligApA8gUc79j8WPRz3D&usp=sharing ; se reporter également à la figure 3.

Figure 3. Le coût médian que vous payez en tant que patient pour un examen par IRM du bras et de la jambe, sans être admis à l'hôpital. Base : données MC 2018. “Médian” signifie que la moitié des patients paie (possiblement) moins, l’autre moitié (possiblement) plus.



PARTIE II : pour les professionnels du secteur

1. RÉSUMÉ

Contre des dépenses de soins de santé, nous recevons des soins de santé de qualité. **La question trop rarement posée est toutefois de savoir si nous recevons suffisamment en retour, proportionnellement aux sommes investies, en termes de qualité et de sécurité des soins. En matière de soins hospitaliers, les dépenses de soins de santé à la charge des patients sont particulièrement élevées en Belgique** et, par rapport aux autres pays européens, le pourcentage financé par la collectivité est faible. En tant que cogestionnaire de l'assurance soins de santé, partie prenante de la politique de la santé et organisation de patients, nous sommes heureux de vous présenter le quinzième baromètre MC de la facture hospitalière. Le baromètre se base essentiellement sur les factures d'hôpital de nos 4,6 millions de membres.

Lors d'une hospitalisation, le coût à la charge du patient peut grandement varier en fonction de son choix de la chambre. Si dans le cadre d'une admission classique il opte pour un séjour dans une chambre individuelle, le patient paie en moyenne 6 fois plus que pour une chambre double ou commune. En hospitalisation de jour, la différence de prix est encore plus marquée (entre 8 et 15 fois plus élevée). **La différence du coût médical - sous forme de suppléments d'honoraires sans cesse croissants - joue un rôle central à cet égard.** Pour chaque admission en chambre individuelle, le montant moyen des suppléments d'honoraires a à nouveau augmenté sensiblement entre 2017 et 2018 (+4,7 % pour les admissions classiques, +5,2 % pour les hospitalisations de jour chirurgicales et +3,7 % pour les hospitalisations de jour non chirurgicales, en plus de l'indice des prix à la consommation). Le taux de croissance des suppléments d'honoraires sur les chambres individuelles est connu depuis des années et se poursuit donc, les montants exigés variant fortement et les excès étant encore présents. Par ailleurs, les **suppléments de chambre** peuvent également atteindre des niveaux élevés (jusqu'à 300 euros par jour en hospitalisation classique et jusqu'à 150 euros par jour en hospitalisation de jour), sans aucune justification. Pour une admission en chambre individuelle, les suppléments d'honoraires et de chambre constituent en moyenne 80 à 90 % de la facture du patient. Pour chaque admission en chambre individuelle, le coût total à charge du patient a encore augmenté entre 2017 et 2018 : +2,9 % pour les admissions classiques, +2,7 % pour les hospitalisations de jour et +2,3 % pour les hospitalisations de jour non chirurgicales, en plus de l'indice des prix à la consommation. En 2018, le coût total moyen à charge du patient dans une chambre individuelle s'élevait à 1.619 euros (admission classique), 866 euros (hospitalisation chirurgicale de jour) et 517 euros (hospitalisation non chirurgicale de jour).

Mais il n'y a pas que pour les admissions hospitalières en chambres individuelles que les coûts à charge du patient peuvent être élevés et les tarifs varier grandement. En effet, les admissions en chambre commune et l'activité ambulatoire peuvent également être synonymes de frais supplémentaires considérables, susceptibles à leur tour de différer considérablement d'un prestataire à l'autre. La réalité actuelle sous l'angle du patient est claire : (1) un examen (ambulatoire) tel que **l'IRM-scan d'un membre** est, dans **certains hôpitaux 6 à (plus de) 8 fois plus cher** en moyenne que dans les autres hôpitaux ; (2) le choix d'une **chambre commune** lors d'une hospitalisation ne garantit pas, dans tous les hôpitaux et pour toutes les interventions, des soins médicaux exempts de **suppléments :** dans certains hôpitaux, le coût total médian à charge du patient subissant p. ex. une réduction mammaire suite à une gêne fonctionnelle est équivalent, dans les deux types de chambre, à un niveau 23 fois supérieur au coût total médian à charge du patient dans une chambre commune d'autres hôpitaux, **et ce, par le biais d'un mélange de suppléments.**

Outre les suppléments d'honoraires et de chambre examinés plus haut, d'autres frais supplémentaires à charge du patient peuvent également être élevés. Les **honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables** facturés par les hôpitaux en sont l'illustration. Pendant la période 2009-2018, le volume total de ce type d'honoraires a connu une **hausse réelle annuelle moyenne de 5,1 %** (+7,7 % en hospitalisation de jour non chirurgicale, +7,0 % en hospitalisation de jour chirurgicale, +5,8 % pour l'activité ambulatoire et +2,1 % pour les admissions classiques). En

2018, les membres de la MC ont payé **42,7 millions d'euros** d'honoraires (para)médicaux non remboursables. Les hôpitaux facturent cette somme surtout dans le cadre ambulatoire (notamment les interventions dont la majorité des coûts de l'ASSI relève de **l'imagerie médicale** ou de **l'ophtalmologie**), en cas d'hospitalisation de jour (notamment les interventions pour lesquelles la majorité des coûts de l'ASSI relève de la **stomatologie**) et en cas d'admissions classiques (dont la majorité des coûts de l'ASSI relève de la **chirurgie plastique entre autres**). Les honoraires (para)médicaux non remboursables pour le patient peuvent s'élever **à quelques centaines ou milliers d'euros** (par admission ou intervention). Tant pour l'admission en hôpital que pour l'activité ambulatoire, des différences liées à la région semblent exister quant à la systématique et au montant des honoraires (para)médicaux non remboursables.

Autre exemple de coût supplémentaire, le **« confort de la chambre ».** Nous constatons que 5 hôpitaux imputent cette dépense de manière forfaitaire et (quasi) systématique au patient, tant dans les chambres communes (où les suppléments de chambre sont interdits par la loi) que dans les chambres individuelles (où les suppléments de chambre sont aussi facturés). C'est surtout - mais pas uniquement - en cas d'admissions plus longues que ce coût supplémentaire pour des services tels que la télévision, le réfrigérateur, le téléphone, le WiFi etc., peuvent s'avérer élevés. Le montant par jour peut également être élevé (jusqu'à 10 euros par jour). En 2018, les membres MC hospitalisés ont payé ensemble **4,3 millions d'euros** pour ce type de frais de confort.

Contrairement, par exemple, aux suppléments d'honoraires et de chambre, les honoraires non remboursables ne sont **souvent pas couverts par les assurances** hospitalisation**.** Ces frais sont donc toujours **intégralement à charge du patient.**

Outre les écarts importants en termes de tarifs appliqués par les prestataires de soins, ce baromètre examine également une série d'exemples concrets. Ces exemples révèlent une **utilisation impropre de soins hautement spécialisés (et chers), la surconsommation et/ou le gaspillage** (y compris les interventions dont il ressort qu'elles n'offrent aucune valeur ajoutée et peuvent même s'avérer nuisibles pour le patient) et **les choix du type d'hospitalisation** qui ne semblent pas toujours être pris conformément aux besoins du patient et/ou aux capacités techniques disponibles.

Ce baromètre plaide en faveur d'une orientation et d'une utilisation différentes des ressources dans les soins de santé. Ceci au service de l'intérêt général. Nous appelons également à un financement des soins proportionnellement moins à charge pour le patient et plus élevé pour la collectivité.

La MC préconise en tant que mutualité santé tournée vers l'avenir :

• Une **réduction de 6.000 lits d'hôpitaux d'ici** 2025, comme le propose le KCE, avec davantage de soins transmuraux et axés sur les besoins (chroniques et préventifs)

• **Plus de transparence pour le citoyen/patient** sur
- le coût attendu des interventions médicales, comprenant les admissions de patients (**estimation des coûts**),
- la qualité des soins,
- les sources de financement de notre système de soins de santé.

• La suppression des suppléments lors d'hospitalisations, avec à court terme :
- **l'interdiction légale de facturer des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés,**
- **une réglementation transparente des honoraires (para)médicaux non remboursables,**
- **une réglementation transparente concernant les suppléments de chambre** (y compris la réduction des excès) et **confort de chambre**, ainsi qu'une révision des normes d'architecture et d'aménagement des chambres d'hôpitaux.

• **Les chambres individuelles comme norme pour les admissions classiques** (avec un rapport de 80 % pour les chambres individuelles et 20 % pour les chambres à deux lits et plus), à condition que les suppléments d'honoraires aient été supprimés.

• L'**interdiction** de **suppléments d'honoraires** sur les **prestations médico-techniques** telles que l'imagerie médicale, la biologie clinique et l'anatomopathologie.

• **Plus de transparence pour la mutualité santé** sur
- les sources de financement, comprenant, sans toutefois s'y limiter, la transparence quant au destinataire et à la destination des honoraires et suppléments,
- les coûts à charge du patient, également pour les prestations ambulatoires et extramuros (y compris les informations relatives à l'attestateur, le destinataire, la destination et la justification),
- la qualité des soins (y compris l'accès aux données à des fins de recherche - se reporter également au points E et F ci-dessous),
- les coûts qu'une hospitalisation entraîne par rapport au financement qu'un hôpital reçoit.

• **La suppression du système d'assurance hospitalisation** et **le transfert de ces fonds vers l'assurance soins de santé obligatoire.**

• L'accès aux **soins ambulatoires à l'intérieur des murs de l'hôpital au tarif conventionnel** pour chaque patient. Ceci dans les mêmes conditions (p. ex. temps d'attente) et avec la même qualité que les patients qui ne veulent pas payer le tarif conventionnel.

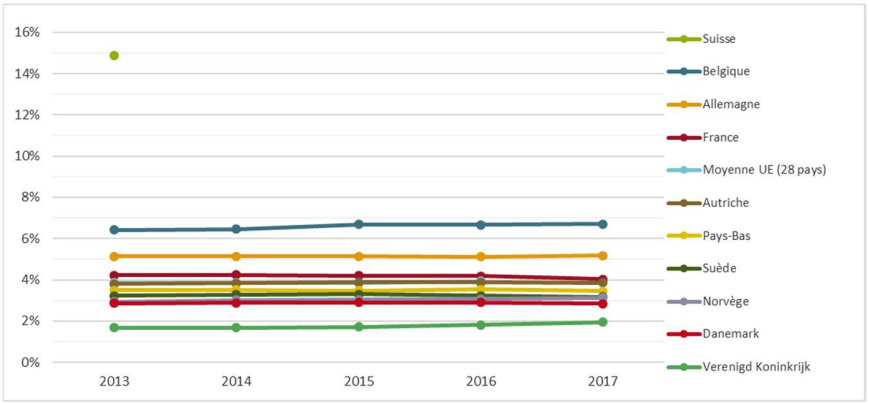
• Un **financement** adéquat des hôpitaux et prestataires de soins qui donne la priorité à la **santé et à la qualité des soins**. Le poids des factures par prestation/intervention/admission doit baisser de manière drastique, au bénéfice d'un système de soins de qualité qui permet aux prestataires de fournir des soins de haut niveau, fruits d'une collaboration efficace.

• **Révision des normes pour la reconnaissance des hôpitaux et services hospitaliers** (A.R. du 30-01-1989).

2. INTRODUCTION

L'**accessibilité financière d'un système de soins de santé** peut être mesurée sur la base des paiements pris en charge par les patients. En comparaison avec d'autres pays européens, les dépenses **de santé déboursées par les patients en Belgique sont élevées**. Dans notre pays, pas moins de 17,6 % du total des dépenses de santé sont à la charge du patient. Si nous ajoutons les 5,1 % financés par le secteur privé par le biais de polices d'assurance maladie complémentaires (volontaires), nous arrivons à 22,7 % des coûts des soins de santé qui ne sont pas financés par l'État. En d'autres termes, **sur les 46,7 milliards d'euros, 10,6 milliards d'euros sont à charge du** patient,[1] sous la forme de tickets modérateurs, de suppléments (d'honoraires) et de paiements non remboursables (par ex. médicaments, implants, examens, traitements spécifiques, etc.). En ce qui concerne les **dépenses de santé par rapport au budget du ménage,** nous enregistrons ici aussi des scores nettement plus élevés que nos voisins : en Belgique, près de 6,6 % du budget du ménage sont consacrés aux soins de santé (figure 4).[2]

Figure 4. Les dépenses en soins de santé (soins hospitaliers, soins ambulatoires et produits, appareils et équipements médicaux) en % du budget du ménage, 2013-2017 ou dernière année disponible. Source : OECD Health Statistics 2019 [online]. OECD indicators. Paris : Publications OCDE ; 2019. Final consumption expenditure of households. Disponible sur http://www.oecd.org/health/health-data.htm; extraction des données le 07-10-2019.



La lutte contre les inégalités en matière de santé est considérée comme prioritaire dans le monde entier, en Belgique aussi.[3] Malgré le niveau d'inclusion élevé en Belgique grâce à l'assurance soins de santé obligatoire basée sur la solidarité, l'enquête indique d'importantes inégalités socio-économiques en matière de santé dans notre pays : le risque de mortalité est d'autant plus élevé (ou l'espérance de vie d'autant plus faible) que l'individu se situe au bas de l'échelle sociale ; de même, le risque de maladies sévères et invalidantes (mentales et physiques) est d'autant plus élevé, les initiatives de prévention sont d'autant moins efficaces, les besoins en matière de soins sont d'autant moins satisfaits, les soins sont davantage différés pour des raisons financières, etc.[4] **Le revenu a donc un impact sur la**

1OECD Health Statistics 2019 [online]. OECD indicators. Paris : publications OCDE ; 2019. Health expenditure and financing. Disponible sur http://www.oecd.org/health/health-data.htm; extraction des données le 07-10-2019.

2OECD Health Statistics 2019 [online]. OECD indicators. Paris : Publications OCDE ; 2019. Final consumption expenditure of households. Disponible sur http://www.oecd.org/health/health-data.htm; extraction des données le 07-10-2019.

3 Mate KS, Wyatt R. Health equity must be a strategic priority. NEJM Catalyst. Jan 2017. Disponible sur https://catalyst.nejm.org/health-equity-must-be-strategic-priority/; WHO Commission on Social Determinants on Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Genève : OMS 2008 ; Executive Agency for Health and Consumer. Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008-2013. Commission européenne 2007 ; A.R. du 18 juillet 2013 portant fixation de la vision stratégique à long terme de développement durable. M.B. 8 octobre 2013 ; Gouvernement wallon. Plan prévention et promotion de la santé en Wallonie. Partie 1 : définition des priorités en santé. Namur : 2017 ; gouvernement flamand. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid, Strategisch plan 2017-2019. 2017.

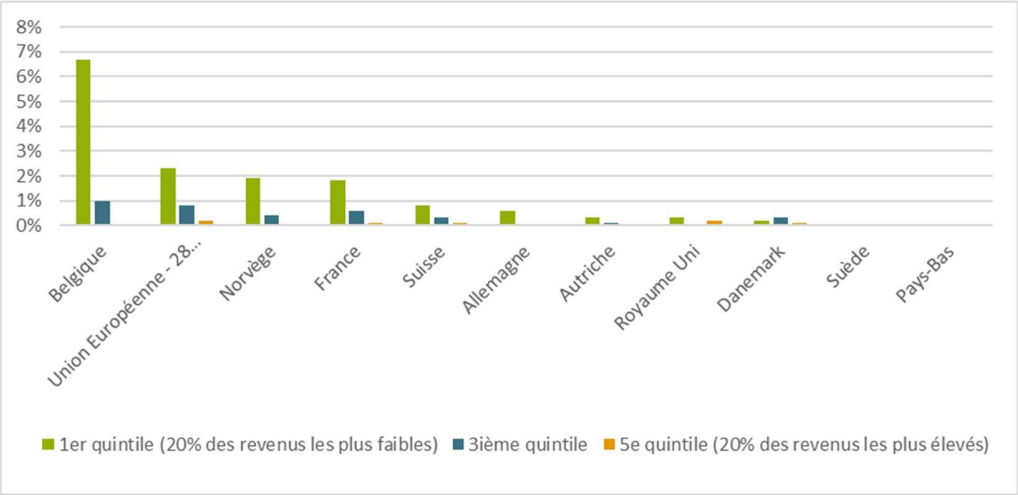
4 Avalosse H, Maron L, Lona M, et al. Ongelijkheid in gezondheid. Agence intermutualiste. Mai 2019. Disponible sur https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf ; Devos C, Cordon A, Lefèvre M, et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem – Rapport 2019. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. Rapports KCE 313B. D/2019/10.273/33 ; https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ongelijkheden-in-gezondheid et https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/toegankelijkheid-van-de-zorg/financiele-toegangkelijkheid, consulté le

santé et le recours aux services de santé, pas seulement pour les plus pauvres ou les plus riches, mais **pour l'ensemble des classes de revenus.**[5]

La Belgique enregistre des résultats déplorables en matière d'inégalités d'accès aux soins (figure 5). Contrairement à la tendance en Europe, nous continuons même à reculer dans ce domaine. **Reporter des soins pour des raisons financières est un problème qui ne cesse de prendre de l'ampleur dans notre pays, en particulier chez les groupes aux revenus les plus bas.**[6] Le non-recours ou le recours différé aux soins pour des motifs financiers s'accompagne à long terme d'éventuelles conséquences préjudiciables, telles que l'augmentation des coûts de santé, l'impact sur l'incapacité de travail, le démantèlement/la dégradation de la cohésion sociale, … De nombreux experts du Réseau européen de politique sociale (ESPN) mettent en garde sur le fait que les assurances maladie complémentaires volontaires (et leur augmentation) – payées ou non par l'employeur – risquent de renforcer l'inégalité en matière d'accès aux soins.[7] En outre, les dépenses privées de soins de santé peuvent augmenter à un point tel que les individus basculent **dans la pauvreté lorsqu'ils sont confrontés à de graves problèmes de santé**.[8] Et ce, malgré les importants budgets consacrés aux soins de santé et malgré les filets de protection sociale qui existent aujourd'hui en Belgique.

Figure 5. Besoins en soins non satisfaits auto-rapportés pour un examen médical en raison de a) prix, b) temps d'attente, prix ou distance, selon le quintile de revenus (2017). Source : Eurostat [hlth_silk_08], http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do, consulté le 07-10-2019.

a)



07.10.2019 ; Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. Juin 2018. Disponible sur http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=9238&furtherNews=yes ; Health Systems and Policies (2017), Belgique : Profils de santé par pays 2017, Éditions OCDE, Paris, disponible sur https://doi.org/10.1787/9789264285064-nl ; Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018. European Commission European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles, novembre 2018. Disponible sur file:///C:/Users/7515726/Downloads/KE-03-18-334-EN-N.pdf.

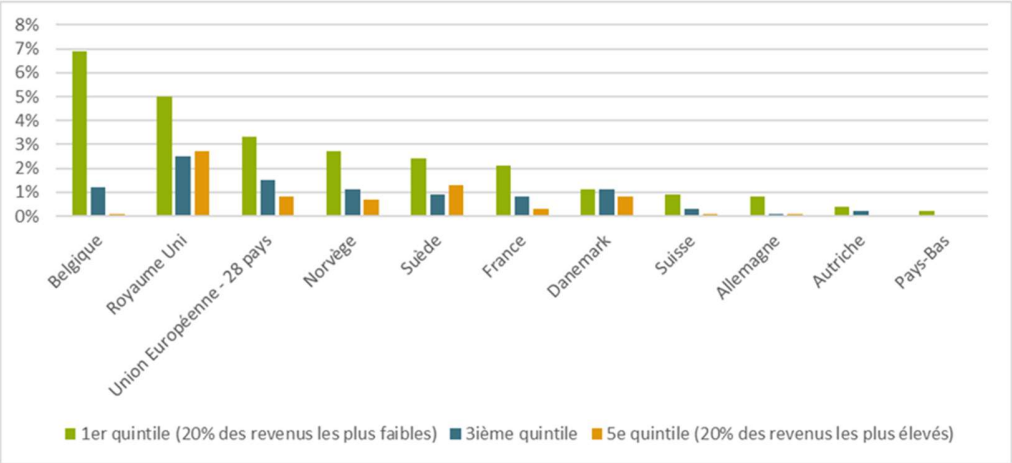
5 Avalosse H, Maron L, Lona M, et al. Ongelijkheid in gezondheid. Agence intermutualiste. Mai 2019. Disponible sur https://ima-aim.be/IMG/pdf/ongelijkheden_in_gezondheid_-_ima-rapport_-_def_-_nl_-_20190508.pdf.

6 Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018. European Commission European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles, novembre 2018. Disponible sur file:///C:/Users/7515726/Downloads/KE-03-18-334-EN-N.pdf;
Buffel V, Nicaise I. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare. Belgium. Juin 2018. Disponible sur http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=9238&furtherNews=yes.

7 Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018. European Commission European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles, novembre 2018. Disponible sur file:///C:/Users/7515726/Downloads/KE-03-18-334-EN-N.pdf.

8 Analyse kankerfonds: Zorgkosten en inkomen van de aanvragers. Février 2015. https://www.komoptegenkanker.be/sites/default/files/media/2018-10/Analyse%20Kankerfonds%20feb%202015.pdf; Rommel, W. Kanker duwt wie het financieel moeilijk heeft de armoede in. http://www.komoptegenkanker.be/nieuws/ kanker-duwtwie-het-financieel-moeilijkheeft-de-armoede (2015).

b)



Contre des dépenses de soins de santé, nous recevons des soins de santé de qualité. La question trop rarement posée est toutefois de savoir si nous recevons suffisamment en retour, proportionnellement aux sommes investies (à savoir 10,4 % du produit intérieur brut (PIB))[9]. Dans la note de vision « Helping people live the healthiest lives possible », 12 précurseurs du secteur des soins de santé, aux parcours très variés, ont lancé un appel afin d'adopter, par le biais de réformes structurelles, un nouveau système de soins mieux adapté aux besoins actuels et futurs (comme la promotion de la santé, la prévention des maladies, le soutien psychosocial et existentiel, des soins intégrés et le souci permanent de la qualité de la vie). Se basant notamment sur des études du KCE, de l'OCDE et de l'UE, ces 12 experts estiment que **3,35 milliards d'euros doivent être déplacés** d'une affectation moins prioritaire, surcompensée et/ou inefficace **vers une affectation optimale au sein des soins de santé**.[10]

La dernière étude Health ProspectING indique que les **dépenses liées aux soins pour une hospitalisation classique en Belgique sont particulièrement élevées** par rapport à la moyenne européenne.[11] **Le KCE a calculé que par rapport au besoin de lits et compte tenu du vieillissement accéléré qui s'annonce, il y aurait 5.832 lits autorisés** de trop en 2025.[12] De nombreuses études et notes de vision d'équipes d'experts sont disponibles.[13] Ces documents décrivent à quoi ressembleront (ou devraient ressembler) les soins de santé à l'avenir. Parmi les principaux axes que nous pouvons dégager, citons l'évolution des hôpitaux **en partenaires plus restreints (en ce qui concerne la fonction résidentielle) et plus spécifiques**, aménagés selon l'approche de continuité et en mettant l'accent (autant que possible) sur le domicile du citoyen/du « patient ».

9 OECD Health Statistics 2019 [online]. OECD indicators. Paris : publications OCDE ; 2019. Health expenditure and financing. Disponible sur https://stats.oecd.org/# ; données extraites le 07.10.2019.

10 Annemans L, Callens S, De Ploey W, De Rycke R, Devriendt E, Dierickx N, Noppen M, Van Giel R, Van Gorp L, Van Herck P, Vanthesche P, Zwaenepoel L. Helping people live the healthiest lives possible. Févr. 2019. Disponible sur http://static.tijd.be/pdf/Helping%20people%20live%20the%20healthiest%20lives%20possible.pdf .

11 ING Belgique en collaboration avec Antares Consulting. Health ProspectING 2019 Hoe kunnen we de zorg beter integreren? Mars 2019. Disponible sur https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/715114N_ANTARES_Etude_2019.pdf.

12 Rapport KCE 289AS sur la capacité hospitalière nécessaire en 2025, disponible sur https://kce.fgov.be/nl/publication/report/benodigdeziekenhuiscapaciteitin-2025-en-criteria-voor-aanbodbeheersing-van-comp.

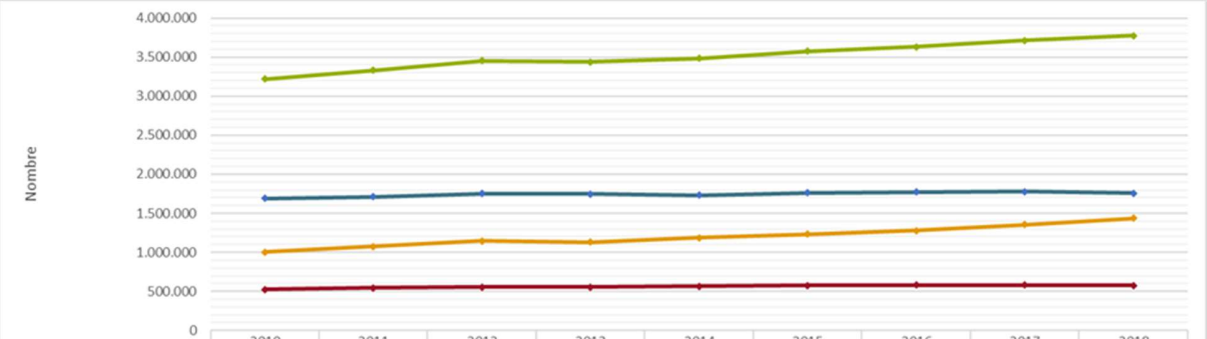
13 Notamment Action paper #hospital2050. Het ziekenhuis van overmorgen is een gezondheidssysteem (In4care). Disponible sur https://www.in4care.be/blog/stay-tuned-1/post/action-paper-hospital2050-79 ; Hospital of the Future, the future of hospitals (Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid en Vlerick Business School en collaboration avec le gouvernement flamand). Livre vert disponible sur https://www.zorg-en-gezondheid.be/groenboek-hospital-of-the-future. Résumé en anglais sur https://www.vlerick.com/en/research-and-faculty/knowledge-items/knowledge/what-does-the-hospital-of-the-future-look-like?) ; UZ Brussel et VUB. Soins 2030. Rapport disponible sur http://www.zorg2030.be/; Annemans L, Callens S, De Ploey W, et al. Helping people live the healthiest lives possible. Févr. 2019. Disponible sur http://static.tijd.be/pdf/Helping%20people%20live%20the%20healthiest%20lives%20possible.pdf.

L'occupation actuelle des lits en soins aigus se présente comme suit :[14]

- 19 % sont occupés par des patients hospitalisés pendant plus de 30 jours et 27 % par des patients hospitalisés pendant plus de 20 jours ;
- 5 % sont occupés par des patients atteints des maladies chroniques suivantes : insuffisance cardiaque, diabète, BPCO ;
- 17 % sont occupés par des patients qui, au cours de l'année écoulée, ont été hospitalisés plus de trois fois et 15 % par des patients ré-hospitalisés dans les 30 jours.

Le fait qu'une partie importante des journées d'hospitalisation classique soit occupée de cette manière invite à la réflexion. Le nombre total d'hospitalisations ne cesse de croître en Belgique et **l'augmentation des hospitalisations de jour ne représente qu'un glissement** de la situation **antérieure** au niveau **des hospitalisations classiques** (figure 6).

Figure 6. Évolution du nombre d'hospitalisations (admissions classiques et hospitalisations de jour chirurgicales) et forfaits INAMI en Belgique pendant la période 2010-2018. Source : rapports standardisés sur les dépenses comptabilisées pour les années 2010 à 2018 (Institut national d'assurance maladie-invalidité, INAMI). Les forfaits INAMI repris ici comprennent : maxiforfait (y compris les 5 nouveaux forfaits oncologie depuis le 01-03-2017), forfait groupe 1 à 7 et forfait douleur 1 à 3.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hôpital aigü	1.689.897	1.712.073	1.749.875	1.745.254	1.730.402	1.763.227	1.772.269	1.779.314	1.758.981
Forfaits Inami	1.004.886	1.073.546	1.145.142	1.132.877	1.187.997	1.234.942	1.279.734	1.354.995	1.438.495
Hôp chirurgical de jour	524.256	545.533	556.373	557.790	567.058	576.923	581.423	580.140	577.242
Total	3.219.039	3.331.152	3.451.390	3.435.921	3.485.457	3.575.092	3.633.426	3.714.449	3.774.718

La dernière analyse MAHA nous apprend que les hôpitaux de Belgique génèrent des **marges** (croissantes) pour les centres de frais 500-710 (qui incluent notamment les **services médico-techniques,** tels que l'imagerie médicale et les laboratoires, et dont une partie constitue l'hospitalisation de jour, comme l'hospitalisation médicale de jour) et pour le centre de frais 830, à savoir les **pharmacies** (figure 7). En revanche, il ressort que les marges sont négatives pour les centres de frais des services infirmiers et des consultations. Compte tenu notamment (1) de la position internationale de la Belgique par rapport aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni, par exemple, dans le domaine du nombre d'examens par CT et IRM pour 1 000 habitants (figure 8) et d'imagerie médicale par rayonnements ionisants (figure 9), et (2) du nombre sans cesse croissant de spécialités pharmaceutiques dans le chiffre d'affaires des hôpitaux, nous devons nous demander si c'est le modèle d'organisation et de financement que nous voulons pour nos hôpitaux (ou établissements de santé).

14 ING Belgique en collaboration avec Antares Consulting. Health ProspectING 2019 Hoe kunnen we de zorg beter integreren? Mars 2019. Disponible sur https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/715114N_ANTARES_Etude_2019.pdf.

Figure 7. Détail marge par centre de frais, 2017-2018. Repris des diapos de la conférence de presse de l'analyse MAHA 2018 (diapo 32), disponible sur https://www.belfius.be/about-us/fr/press-room/communiques-de-presse.

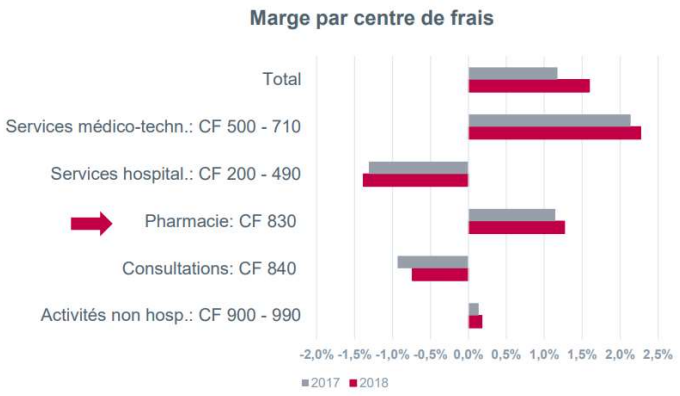


Figure 8. Nombre d'examens avec un CT et une IRM pour 1 000 habitants, 2018 ou dernières données disponibles. Source : OECD (2019), Computed tomography (CT) exams (indicator). doi : 10.1787/3c994537-en (Accessed on 14 October 2019) et OECD (2019), Magnetic resonance imaging (MRI) exams (indicator). doi : 10.1787/1d89353f-en (Consulté le 14 octobre 2019).

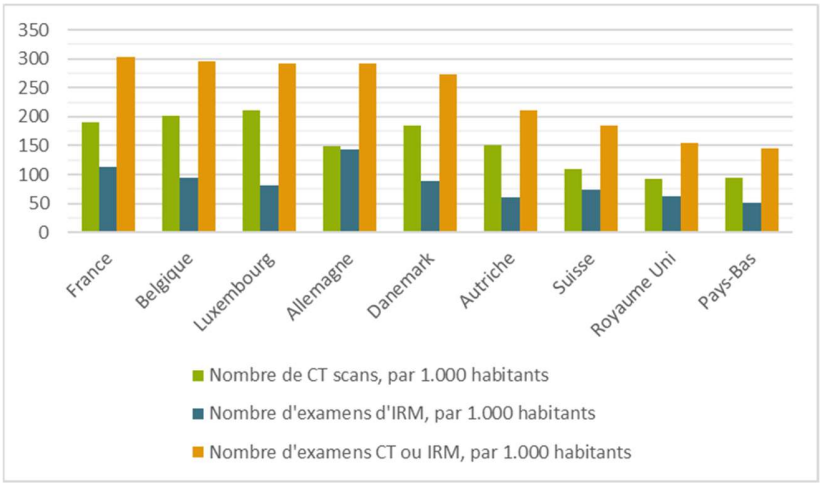
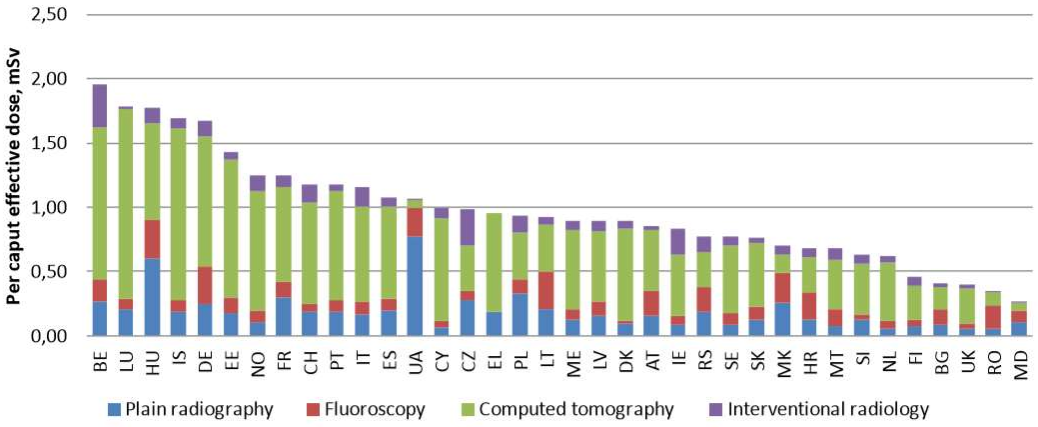
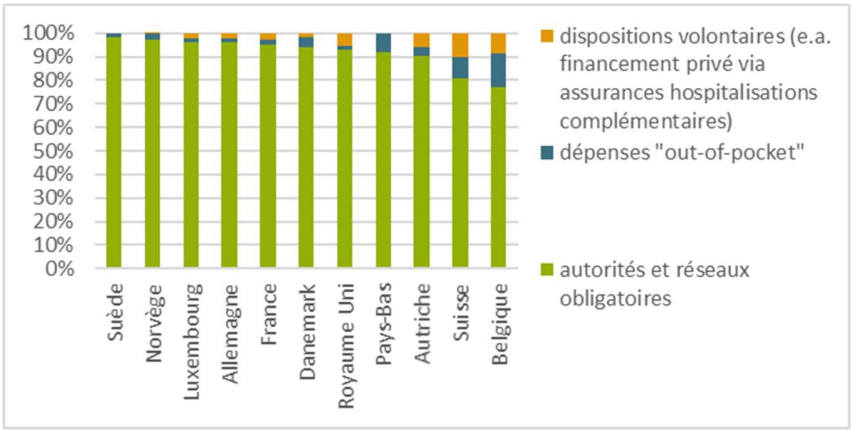


Figure 9. Dose de rayonnement effective par année et par habitant, pour différents pays européens. La contribution relative des 4 examens principaux ayant recours aux rayons ionisants (radiographie, fluoroscopie, CT et radiologie interventionnelle) apparaît sur la figure. Source : European Commission. Radiation Protection 180: Medical Radiation Exposure of the European Population. 2014. Disponible sur https://ec.europa.eu/energy/sites/ener/files/documents/RP180.pdf.



En ce qui concerne le financement des **soins hospitaliers,** le **pourcentage financé collectivement** (c.-à-d. grâce au financement public provenant de cotisations de sécurité sociale et de subventions des autorités fédérales et régionales) est **bas** en Belgique par rapport aux autres pays européens (figure 10). Les **dépenses de soins hospitaliers prises en charge par les patients sont particulièrement élevées** dans notre pays, bien plus élevées que le financement provenant de régimes volontaires (plus de 2,2 milliards d'euros déboursés par les patients contre près de 1,4 milliard d'euros provenant des régimes volontaires en 2017).

Figure 10. Le financement des soins hospitaliers, par type de financement, 2017. Source : OCDE.Stat. Dépenses de santé et financement, disponible sur https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#; extraction des données le 07-10-2018.



VISION DE LA MC

Il est tout simplement inconcevable de maintenir le modèle actuel selon lequel (1) les hôpitaux risquent de perdre des revenus s'ils enregistrent une croissance de leur activité inférieure à celle de leurs pairs, (2) des profits substantiels sont réalisés sur des activités « rentables » pour compenser les activités essentielles déficitaires, et (3) la facture est largement répercutée sur le patient. Nous devons nous orienter vers des soins de santé durables, de qualité et abordables pour tous.

Il faut diminuer davantage le nombre de lits et la surconsommation des soins aigus afin de réduire, de manière contrôlée, le lourd fardeau des soins aigus (lits, services, programmes de soins et prestations de la nomenclature) qui pèse sur les ressources disponibles pour les soins de santé. La surcapacité qui existe actuellement stimule les admissions inutiles ou évitables, et constitue un facteur inhibant pour la transition des admissions hospitalières traditionnelles vers des soins de jour et ambulatoires. Il est important de noter que les maigres ressources doivent être investies dans un système de santé et de bien-être intégré et axé sur les personnes, orienté sur les besoins réels en matière de soins et de bien-être à la lumière d'une perspective à long terme claire (par exemple, soins chroniques, soins aux personnes âgées, soins de santé mentale, soins aux handicapés, soins préventifs et promotion de la santé). La réalisation d'une « plus-value » pour le citoyen en matière de santé grâce aux moyens engagés est un défi que nous devons relever ensemble.

Si nous voulons réduire l'inégalité dans le domaine de la santé et des soins (et de l'accès aux soins) en Belgique, il est indispensable **de transférer les moyens vers le budget de l'assurance soins de santé obligatoire**. La **quote-part du patient** dans les coûts **des soins hospitaliers doit diminuer.** Dans le cadre d'une approche « health in all policies » plus globale, l'une des étapes cruciales consiste à s'attaquer de manière ciblée aux barrières financières dans le chef du citoyen/du patient.

La MC souligne la **nécessité d'un nouveau système de financement couvrant les frais des hôpitaux,** qui garantit l'accès à des soins de qualité pour chaque citoyen et récompense les hôpitaux, tout comme les prestataires de soins, pour la promotion de la santé et la qualité des soins. **Des analyses et idées préliminaires très intéressantes** à ce sujet sont **déjà disponibles et** incluent notamment :

- ➔ Réforme du financement des hôpitaux : Eijkenaar F, Schut E. (2015). Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg? Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam.
- ➔ Le « modèle cappuccino » de Lieven Annemans (ou ses variantes) comme nouvelle méthode de rémunération des médecins. Il s'agit d'une accumulation de différentes couches de financement, avec d'abord une rémunération fixe, puis une rémunération forfaitaire (par exemple pour des services

Le baromètre MC de la facture hospitalière est l'un des outils que nous utilisons pour remplir activement notre rôle de cogestionnaire de l'assurance maladie, de partie prenante de la politique de santé et de défenseur des intérêts du citoyen/patient. Ce document s'inscrit parfaitement dans la mise en œuvre du **Pacte d'avenir** entre les organismes assureurs et le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et du **Plan d'action dans le secteur des soins de santé**. Outre les thèmes « classiques » que nous abordons chaque année dans notre baromètre de la facture hospitalière, nous présentons également à nos membres pour la première fois dans cette 15ème édition **l'ampleur, la nature et l'évolution des paiements non remboursables facturés par les** hôpitaux. Nous constatons, en effet, qu'un nombre important de questions de facturation soumises au service Défense des membres de la MC portent sur cette partie de la facture du patient. Une attention particulière est accordée aux **honoraires non remboursables et au confort de la chambre**, des postes de coûts que l'on ne peut tout à fait dissocier de la problématique des suppléments d'honoraires et de chambre, déjà amplement étudiée. La « nouvelle » partie est plus vaste dans le sens où nous incluons également dans les analyses **l'activité ambulatoire facturée par les hôpitaux** à côté des activités d'hospitalisation.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette étude porte sur les différents types d'activité des **hôpitaux généraux et universitaires** de Belgique. Pour les analyses, nous nous basons sur les **factures d'hôpital de nos 4,6 millions de membres**.

Le baromètre hospitalier de la MC a fait l'objet d'une métamorphose. Et ce, pour pouvoir s'adapter de manière innovante à l'évolution du paysage hospitalier, dans le plus grand respect des informations précieuses fournies par le baromètre au cours des 14 dernières années. Cette métamorphose s'accompagne d'une série de différences méthodologiques entre la « nouvelle » partie (portant sur les paiements non remboursables) et la partie traditionnelle (relative au coût total à charge du patient, aux suppléments d'honoraires, aux suppléments de chambre, à l'impact financier du choix de la chambre, ...). Nous reprenons ces différences au tableau 1. Pour les deux volets, nous utilisons des données historiques, ce qui nous permet de voir les évolutions dans le temps. Au sein de chaque volet, la même méthodologie a été naturellement appliquée de manière cohérente au fil des ans.

Tableau 1. Différences méthodologiques entre la mise à jour de la partie « traditionnelle » (coût total à charge du patient, suppléments d'honoraires, suppléments de chambre, impact du type de chambre sur le coût, ...) et la « nouvelle » partie (en l'occurrence, les paiements non remboursables).

	Baromètre hospitalier, volet coût total à charge du patient, suppléments et suppléments d'honoraires, impact du choix de la chambre, etc.	Baromètre hospitalier, volet paiements non remboursables
Types d'activité étudiés	Hospitalisations classiques Hospitalisations de jour (chirurgicales et non chirurgicales)	Hospitalisations classiques Hospitalisations de jour (chirurgicales et non chirurgicales) Activité ambulatoire
Hôpitaux	Tous les hôpitaux portant le numéro d'agrément 710- à l'exception des hôpitaux spécialisés (gériatrie, revalidation, …)	Tous les hôpitaux portant le numéro d'agrément 710-
Critères d'exclusion	- Durée d'hospitalisation > 90 jours (service gériatrie et réadaptation), durée d'hospitalisation > 30 jours (autres services) - Hospitalisations pour lesquelles aucune prestation de santé remboursée par l'assurance maladie obligatoire n'a eu lieu	- Hospitalisations de longue durée non exclues - Sans exclusion des interventions facturées par les hôpitaux pour lesquelles aucune prestation de santé remboursée par l'assurance maladie obligatoire n'a eu lieu

Les définitions/conditions suivantes sont utilisées pour le type d'activité hospitalière, le type de chambre et les paiements non remboursables :

- **Type d'activité hospitalière**,
    - Hospitalisation classique : hospitalisation comprenant au moins une nuitée à l'hôpital.
    - Hospitalisation de jour : hospitalisation sans nuitée à l'hôpital.
        - Hospitalisation de jour non chirurgicale : admission avec financement via un maxi-forfait (anesthésie générale), forfait douleur 1-3, forfait groupe 1-7 et/ou forfait hôpital de jour oncologique (monothérapie et thérapie combinée ; circulaire 2017/3 aux hôpitaux, 01.03.2017) – oncothérapie et chimiothérapie pour cancer jusqu'au 01.03.2017.

- Hospitalisation de jour chirurgicale : (mise à jour de) l'intervention reprise à la Liste A (A.R. 25.04.2002 (BMF) : identification via les numéros de code de pseudo-nomenclature 768036-768040 (soins hospitaliers – partie variable sur la base des factures présentées par l'hôpital de jour chirurgical – montant par admission).

Pour la partie « paiements non remboursables », les catégories suivantes ont également été créées :

- Groupe résiduaire : interventions facturées par un hôpital ne ressortant pas aux catégories hospitalières susmentionnées ni aux 2 catégories ci-dessous. Ce groupe est également désigné dans le présent document sous l'appellation « activité ambulatoire » et inclut notamment les consultations à l'hôpital, les interventions ambulatoires (diagnostiques ou thérapeutiques), l'imagerie médicale, … Au sens strict, le patient peut ne pas s'être rendu à l'hôpital qui facture, ni suivre de traitement dans l'hôpital concerné (par ex. analyses de laboratoire).
- (Nettoyage/manipulation de) chambre implantable (port-à-cath), salle de plâtre, miniforfait
- Dialyse

- **Le type de chambre** lors de l'hospitalisation est déterminé sur la base des codes de facturation :

  - Si le code 761644 (admission classique) ou 761633 (hospitalisation de jour) est trouvé comme code relatif à la ligne du prix de la journée d'hospitalisation, nous considérons cela comme une hospitalisation en chambre individuelle.
  - Dans le cas des codes 761622 et 761600 (pour une hospitalisation classique), 761611 (pour une hospitalisation de jour) ou en l'absence de code, nous considérons l'admission comme une hospitalisation en chambre commune (deux lits ou plus).
  - Si le type de chambre (chambre individuelle *versus* chambre double ou commune) change au cours du séjour à l'hôpital, nous considérons l'ensemble de l'hospitalisation comme une admission en chambre individuelle.

- **Montants non remboursables :** pseudocodes pour diverses prestations, divers produits et services qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire et donc entièrement à charge du patient. La définition utilisée est conforme aux instructions aux établissements de soins, aux laboratoires agréés de biologie clinique, aux infirmiers et à tous les autres établissements ou prestataires qui utilisent le système de délivrance de fichiers de facturation et aux organismes assureurs, type d'enregistrement 50, zone 4 (voir tableau 2).[15]

15 Disponible sur https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/instructies.aspx#Hoe_moet_u_de_elektronische_facturatiegegevens_invullen_en_verzenden?

Tableau 2. Produits, prestations ou services non remboursés par l'ASSI : code ambulatoire, code d'hospitalisation et description. Sources : https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/Paginas/instructies.aspx#Hoe_moet_u_de_elektronische_facturatiegegevens_invullen_en_verzenden?, type d'enregistrement 50 zone 4 suite 15 (consulté le 29-05-2019) ; CIRC. HOP. 2008/24 et CIRC. ZH 2007/18 (consulté sur https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/ziekenhuizen/Paginas/omzendbrieven-algemeen-ziekenhuis.aspx le 29-05-2019).

NN ambulatoire	*NN hospitalisation*	
Honoraires médicaux et paramédicaux		
0960035	*0960046*	Prestations de laboratoire non remboursables
0960050	*0960061*	Prestations médicales diagnostiques non remboursables
0960072	*0960083*	Prestations médicales thérapeutiques non remboursables
0961251	*0961262*	Interventions esthétiques non remboursables
Pharmacie, frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques, coûts des implants et dispositifs médicaux non implantables		
0960234	*0960245*	Implants non remboursables soumis au devoir de notification
0960536	*0960540*	Implants non remboursables non soumis au devoir de notification
0961236	*0961240*	Produits radiopharmaceutiques non remboursables
0960396	*0960400*	Autres produits parapharmaceutiques : produits d'hygiène non remboursables portant le code APB, non reconnus comme médicaments
960374	*960385*	Produits parapharmaceutiques d'aide à la mobilité/l'immobilisation
0961295	*0961306*	Matériel pour le test de piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
0961310	*0961321*	Matériel pour le test de piqûre au doigt à charge du patient dans le cadre de la convention diabète pour les enfants
0961332	*0961343*	Matériel de mesure par capteur à charge du patient dans le cadre de la convention diabète
0961354	*0961365*	Matériel de mesure par capteur à charge du patient dans le cadre de la convention diabète pour les enfants
0961273	*0961284*	Montant total TVA
Coûts divers dans les hôpitaux ou MSP		
0960492	*0960503*	Confort de la chambre
0960190	*0960201*	Coûts de l'accompagnateur
0960411	*0960422*	Repas et boissons
0960433	*0960444*	Produits d'hygiène ne portant pas le code APB
0960455	*0960466*	Autres produits/services fournis à la demande du patient
0960470	*0960481*	Frais d'ambulance
Convention oncofreezing		
0961376	*0961380*	Contributions annuelles pour l'oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu à l'article 12 de la convention (le bénéficiaire avait déjà un contrat au moment de l'entrée en vigueur de la convention)
0961391	*0961402*	Contributions annuelles pour l'oncofreezing (maximum 50 EUR) à charge du bénéficiaire, comme prévu à l'article 13 de la convention (prolongation de la conservation après la période de 10 ans).

Aucune dépense ASSI n'est réalisée dans le cas des montants non remboursables. Et ce, à l'inverse des suppléments d'honoraires, par exemple, auxquels un montant ASSI est lié. Les données de facturation dont nous disposons aujourd'hui ne permettent pas d'attribuer les montants non remboursables à un prestataire, une prestation, un service, un type de chambre, un type d'activité hospitalière, etc. Ces données ne sont actuellement pas reprises sur la ligne de facturation relative à un montant non remboursable. Nous devons donc reconstituer (indirectement) le contexte dans lequel les montants non remboursables ont été attestés, par le biais de données d'autres lignes de facturation. **Dans cette étude, nous attribuons les montants non remboursables à la spécialité où – par admission ou intervention – la majeure partie des dépenses de l'ASSI ont été réalisées.** La spécialité a été déterminée sur la base des codes de compétence des médecins (annexe 2). Si l'anesthésie ou le « groupe restant » est concerné, la spécialité suivante est retenue pour les coûts de l'ASSI. **Cette méthode implique que les montants non remboursables ne sont pas nécessairement attestés par la spécialité retenue.** Cela signifie uniquement que la spécialité retenue est responsable de la plus grande part de l'intervention de l'ASSI (à l'exclusion de l'anesthésie et du groupe restant).

À l'instar du baromètre hospitalier de l'année dernière, nous avons également étudié cette année un nombre de **groupes de patients spécifiques**, par ex. les patients ayant subi une ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie), une ablation du ménisque au niveau du genou (méniscectomie), un accouchement, etc. (annexe 3). Dans le cadre de ces analyses spécifiques à une intervention, nous ne nous concentrons pas uniquement sur les coûts, mais également sur un certain nombre **d'indicateurs concernant la (variation de la) qualité des soins**. Ici aussi, nous avons ajouté une rubrique, à savoir l'imagerie médicale (ambulatoire).

Les montants mentionnés sur les factures des patients membres MC ont été adaptés à l'indice des prix à la consommation. Toute variation à la hausse ou à la baisse est donc réelle et non une conséquence de l'inflation. Les données représentées ici ne tiennent pas compte des éventuelles interventions dans le cadre du maximum à facturer (MAF).

Il est impossible d'inclure toutes les constatations dans la section des résultats du présent rapport. Les tickets modérateurs, les médicaments (non remboursables), les marges de délivrance sur les implants ou les médicaments, etc. ne sont donc pas traités séparément. Toutefois, les tendances du back-office sont suivies de près.

4. RÉSULTATS ET DISCUSSIONS

En cas d'hospitalisation en Belgique, le coût à charge du patient est fortement influencé par le choix de la chambre. **Si le patient opte pour une chambre individuelle, et qu'il y séjourne effectivement, des suppléments d'honoraires et de chambre peuvent lui être facturés.**[16] Ces suppléments peuvent réellement faire grimper les coûts à charge du patient.

16 **Interdiction de suppléments d'honoraires en chambre commune** au 01.01.2013 (hospitalisation classique) et au 27.08.2015 (hospitalisation de jour)

- ➔ article 152 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, telle que modifiée par l'article 26 de la loi du 27 décembre 2012 relative à diverses dispositions concernant l'accessibilité des soins de santé (hospitalisation classique) et par l'article 97 de la loi du 17 juillet 2015 relative à diverses dispositions concernant la santé (hospitalisation de jour) ;

Interdiction de suppléments de chambre en chambre commune au 01.01.2010

- ➔ art. 97 et art. 100 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, telle que modifiée respectivement par les articles 54 et 55 de la loi-programme du 23 décembre 2009 ;

Exceptions : (A) aucun supplément d'honoraires ou de chambre ne peut être facturé au patient admis en chambre individuelle lorsque (1) l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance exigent le séjour en chambre individuelle, (2) les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre double ou commune imposent le séjour en chambre individuelle, ou (3) l'admission a lieu dans une unité de soins intensifs ou de soins d'urgence, indépendamment de la volonté du patient et pour la durée de l'hospitalisation dans une telle unité. **(B) Aucun supplément de**

Indépendamment du choix de la chambre, les « prestations non remboursables » ou les « montants non remboursables » peuvent, eux aussi, faire gonfler la facture du patient. **Les patients en chambre double ou en chambre commune peuvent donc également être confrontés à des coûts supplémentaires (élevés).** À l'inverse des suppléments d'honoraires et de chambre, les montants non remboursables ont été peu étudiés à ce jour.

Nous examinons tout d'abord les aspects (financiers) liés au choix de la chambre du patient. Nous analysons ensuite les montants non remboursables qui ne sont, en principe, pas liés au choix de la chambre.

A. Aspects non financiers liés au choix de la chambre lors d'une hospitalisation

La vie privée (y compris le partage d'informations confidentielles avec les prestataires de soins), **la dignité, le confort** (y compris une meilleure **qualité de sommeil** et plus de **repos**) et **moins d'angoisse et de stress** figurent parmi les raisons qui incitent le patient à opter pour une chambre individuelle lors d'une hospitalisation.

Une étude internationale indique clairement que **les chambres individuelles présentent plus d'avantages que d'inconvénients**. Outre les avantages cités plus haut (qui font l'objet d'un consensus dans la littérature scientifique), une réduction de la durée du séjour liée au type de chambre (c.-à-d. un indicateur **de l'issue clinique**) n'est pas à exclure. En ce qui concerne **la sécurité du patient,** des études montrent un risque moindre d'infection et une réduction des erreurs de médication en chambre individuelle **;** toutefois, le fait que ces éléments favorables soient liés au type de chambre ne fait pas l'unanimité. La réduction des **coûts supplémentaires** (coûts de construction et de nettoyage) **pour les hôpitaux comptant pour la plus grande part ou uniquement des chambres individuelles, fait elle, par contre, l'unanimité**.[17] D'autre part, un pourcentage élevé de chambres individuelles permet d'éliminer d'éventuelles difficultés – en raison du sexe ou de la personnalité[18] – entre patients d'une même chambre.

Il n'est donc pas étonnant de constater **qu'à l'étranger, une nette tendance se profile en faveur** d'un plus grand nombre **de chambres individuelles**. Au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en France, au Luxembourg et en Écosse, par exemple, on enregistre une nette évolution vers un plus grand nombre de chambres individuelles ; dans certains pays, les chambres individuelles sont devenues la norme pour les admissions dans les hôpitaux (généraux).[19] À l'hôpital Erasmus MC de Rotterdam (qui compte exclusivement des chambres individuelles), les scores de satisfaction des patients sont passés de 6 environ à 9 sur 10, et de nombreux signes semblent indiquer que les patients se rétablissent

chambre ne peut être facturé lorsque l'hospitalisation concerne un enfant admis en chambre individuelle et accompagné d'un de ses parents. Des suppléments d'honoraires peuvent dans ce cas être facturés.

17 Taylor E, Card A.J., Piatkowski M. Single-occupancy patient rooms: a systematic review of the literature since 2006. HERD. Jan. 2018 ;11(1):85-100 ; Maben J, Griffiths P, Penfold C, et al. One size fits all? Mixed methods evaluation of the impact of 100% single-room accommodation on staff and patient experience, safety and costs. BMJ Qual Saf 2015; 3(3): chapitre 10, disponible sur http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2015/09/25/bmjqs-2015-0042

18 Lawson B, Phiri M. The benefits of single rooms' provision and their impact on staff and patient health outcomes within the NHS in England. Interim Study Report for NHS Estates; 2004.

19 « Eenpersoonskamers in Erasmus MC: slaap is het beste medicijn. » AD 12-05-2018, disponible sur https://www.ad.nl/rotterdam/eenpersoonskamers-in-erasmus-mc-slaap-is-het-beste-medicijn~afc0246d/ ; « Meer eenpersoonskamers in ziekenhuizen », Zorgkrant, 22-07-2002, disponible sur https://www.gezondheidsplein.nl/nieuws/meer-eenpersoonskamers-in-ziekenhuizen/item60987; « Medisch Spectrum Twente, een topklinische omgeving », disponible sur https://www.mst.nl/storage_static/2017/02/topklinisch.pdf; « Radboud krijgt vleugel met eenpersoonskamers », de Gelderlander 06-02-2017 ; Lejeune P, Bourdon D, Caillet R. A quoi ressemblera l'hôpital de 2050 ? La revue hospitalière de France, 2012/01-02, 44-48, disponible sur http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/FHF/RHF/2012/544/44.pdf, tabel p.47 ; « Hausse du nombre de chambres individuelles », L'essentiel, 26-05-2015, disponible sur http://www.lessentiel.lu/fr/luxembourg/story/hausse-du-nombre-de-chambres-individuelles-19442266; Health ProspectING 2018. Efficiënt beheer van ziekenhuisverblijven. Mars 2018. P.59, disponible sur https://www.ing.be/Assets/nuid/documents/LO-ETUDE-POWERPOINT-Antares-NL.PDF ; Dowdeswell B, Erskine J,Heasman M. 2004. Hospital ward configuration determinants influencing single room provision. A Report for NHS Estates by the European Health Property Network. Disponible sur www.pcpd.scot.nhs. uk/PDFs/EUHPN_Report.pdf.

plus tôt grâce au repos.[20] La littérature internationale consacre, elle aussi, une plus grande attention au rôle que jouent des facteurs comme le sommeil, le stress, l'angoisse, etc. dans la santé et le rétablissement.[21]

D'après un **sondage** mené il y a trois ans **auprès de plus de 50.000 membres de la MC, 73 % d'entre eux ont déclaré préférer une chambre individuelle à une chambre commune**. Pour nos membres âgés de 18 à 49 ans, ce chiffre atteint même 81 %.[22] Ces chiffres cadrent avec les rapports internationaux sur les préférences en matière de type de chambre lors d'une hospitalisation et reflètent les valeurs et attentes (changeantes) du citoyen. Comparons ces chiffres aux chiffres d'admission en Belgique : (seulement) **22 % des membres de la MC admis à l'hôpital** et y ayant passé au moins une nuit **séjournent en chambre individuelle**. Le pourcentage des hospitalisations classiques en chambre individuelle par rapport au nombre total d'hospitalisations classiques demeure constant au fil des ans (annexe 4).

Dans la partie qui suit, nous nous penchons de plus près sur les conséquences financières du choix de la chambre pour le patient en Belgique.

B. Coûts liés au choix de la chambre à charge du patient hospitalisé

Il ressort des données des membres de la MC qu'un patient en chambre individuelle paie nettement plus qu'un patient admis en chambre double ou commune. D'une manière générale, on peut dire que l'écart au niveau des coûts à charge du patient lors d'une admission en chambre individuelle par rapport à une chambre double ou commune, s'est fortement creusé avec le temps. Et ce, pour chaque type d'hospitalisation : en moyenne, facteur 5,8 de différence pour les hospitalisations classiques, facteur 7,5 et 14,8 de différence respectivement pour les hospitalisations de jour chirurgicales et non chirurgicales (figures 11 à 13). **La question est de savoir si ces grandes différences de prix sont justifiées.**

Figure 11. Évolution du coût moyen d'une hospitalisation classique à charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004-2018, prix 2018).

20 « De beloftes van het nieuwe Erasmus MC een jaar na de grote verhuizing. » AD 20-05-2019, disponible sur https://www.ad.nl/rotterdam/de-beloftes-van-het-nieuwe-erasmus-mc-een-jaar-na-de-grote-verhuizing~a45837b5/?referrer=https://www.google.com/

21 Walburn J, Vedhara K, Hankins M, et al. Psychological stress and wound healing in humans: a systematic review and meta-analysis. J Psychosom Res 2009;67(3):253-71; Auckley D. Poor sleep in the hospital: contributing factors and interventions. UpToDate. Sept. 2019. Disponible sur https://www.uptodate.com/contents/poor-sleep-in-the-hospital-contributing-factors-and-interventions.

22 Avalosse H, Peters B, Vancorenland S, Verniest R. Congrès de la MC « Innovons Ensemble » Enquête : des pistes pour l'avenir. MC-Informations 263, mars 2016, disponible sur https://www.cm.be/media/CM-263-Samen-innoveren_tcm47-29135.pdf.

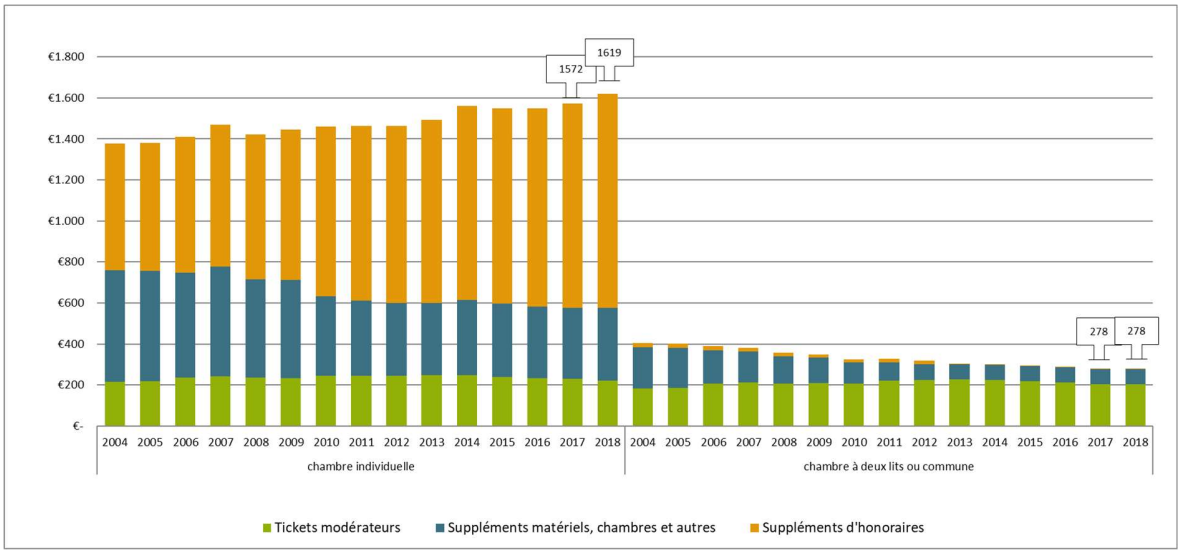

€1.800
€1.600
€1.400
€1.200
€1.000
€800
€600
€400
€200
€-
1572
1619
278
278
2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018
chambre individuelle
2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018
chambre à deux lits ou commune
Tickets modérateurs
Suppléments matériels, chambres et autres
Suppléments d'honoraires

Figure 12. Évolution du coût moyen d'une hospitalisation de jour chirurgicale à charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004-2018, prix 2018).

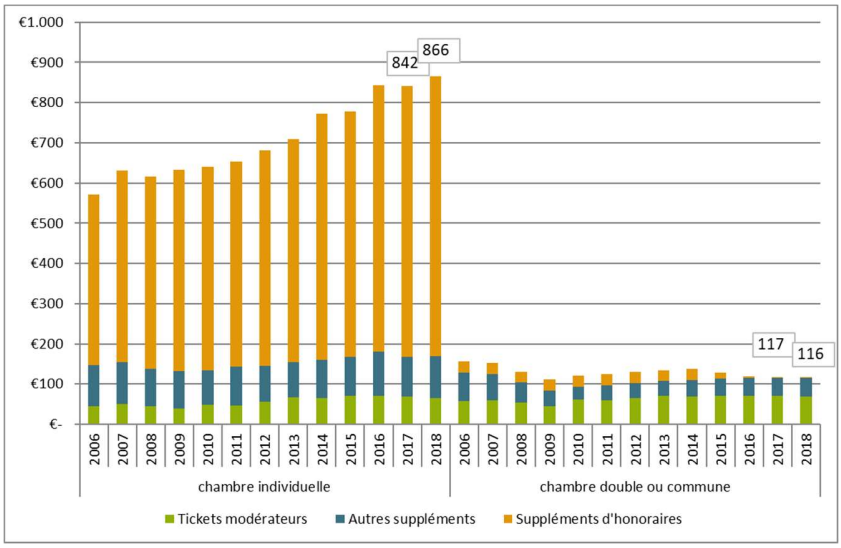
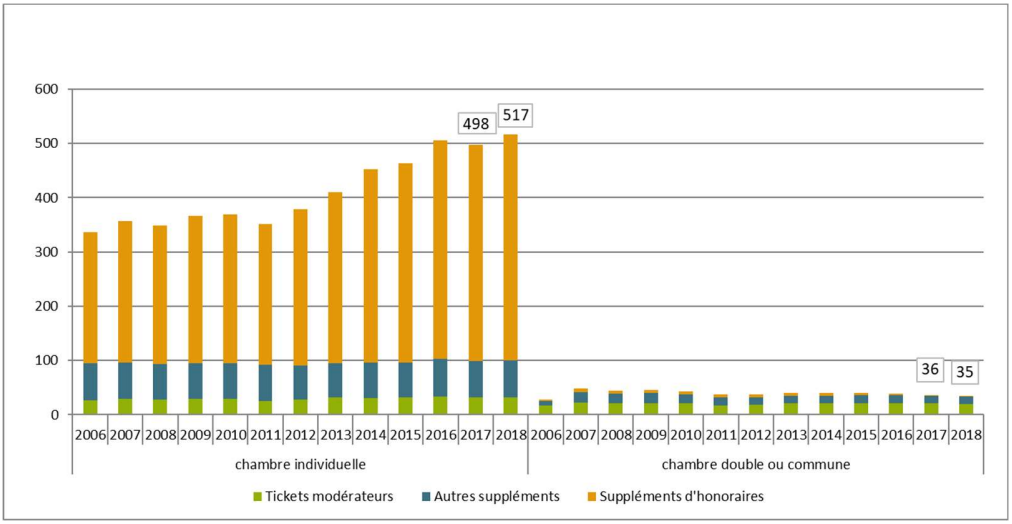


Figure 13. Évolution du coût moyen d'une hospitalisation de jour non chirurgicale à charge du patient, par type de chambre (données des membres de la MC, 2004-2018, prix 2018).



Les différences de coût liées au type de chambre et à charge du patient, reprises aux figures 11 à 13, ne peuvent pas simplement s'expliquer par le fait que les patients en chambre individuelle seraient systématiquement des cas plus complexes, présentant des besoins « plus chers » en matière de soins que les patients en chambre double ou commune. En 2018, par exemple, la facture moyenne d'une patiente pour un accouchement (hospitalisation classique) en chambre individuelle était 8 fois plus élevée qu'en chambre double ou commune (1 485 euros *contre* 185 euros). Pour la pose d'un stimulateur cardiaque, le facteur de différence était de 7,5 (1 507 euros *contre* 200 euros). Une opération de la cataracte suivie du repos en chambre individuelle (hospitalisation de jour) était, en 2018, 5,8 fois plus chère qu'en chambre double ou commune (1 222 euros *contre* 212 euros) (source : données des membres de la MC, 2018). Dans certains hôpitaux et pour certaines interventions, la différence de coût liée au type de chambre peut être extrême. Ainsi, le coût moyen à charge de la patiente pour une réduction mammaire en raison d'une gêne fonctionnelle

est, dans certains hôpitaux, 32,9 fois plus élevé en chambre individuelle qu'en chambre double ou commune (3 384 euros *contre* 103 euros ; voir aussi point C.a.i.).

Avec le temps, les suppléments d'honoraires représentent une part de plus en plus importante des coûts à charge du patient en chambre individuelle (figures 11 à 13). En 2018, les suppléments d'honoraires totalisaient en moyenne 2/3 à 4/5 du coût total à charge du patient admis en chambre individuelle (tableau 3). N'oublions pas que les suppléments d'honoraires sont des suppléments aux honoraires des prestataires de soins. En d'autres termes, les suppléments d'honoraires représentent une rémunération complémentaire pour le traitement médical qu'un médecin peut facturer en plus du tarif déterminé par l'assurance maladie. **La demande de suppléments d'honoraires en fonction du choix de la chambre est donc totalement illogique** et, de plus, unique au monde**.** Le secteur des soins connaît, lui aussi, cette situation particulière : « Leur lien <*le lien des suppléments d'honoraires*> avec le type de chambre n'est plus compréhensible pour le médecin et, sûrement pas, pour le patient. » (Dr. Gilbert Bejjani, secrétaire général de l'ABSyM-BVAS, le Vif, septembre 2019, p.30). Si l'on considère à présent les frais d'hébergement supplémentaires qu'un patient paie pour une chambre individuelle (c.-à-d. les suppléments de chambre), on constate qu'en moyenne, **80 % à 90 % de la facture du patient hospitalisé en chambre individuelle consistent en suppléments d'honoraires et de chambre** (tableau 3).

Tableau 3. Part des diverses rubriques dans la facture patient des membres de la MC pour les hospitalisations en chambre individuelle, par type d'hospitalisation, en 2018.

	Hospitalisation classique		Hospitalisation de jour chirurgicale		Hospitalisation de jour non chirurgicale	
Suppléments d'honoraires	64%	81%	81%	86%	81%	90%
Suppléments de chambre	17%		6%		10%	
Tickets modérateurs	14%		8%		6%	
Autres (coûts divers, prestations médicales non remboursées, produits de soins, etc.)	5%		6%		3%	
Total : facture des patients	100%		100%		100%	

Même pour des interventions standardisées, en grande partie prévisibles et variant peu entre les patients, **on enregistre d'importantes différences de coûts à charge du patient.** Ces différences s'observent non seulement entre hôpitaux et entre régions, mais aussi au sein des hôpitaux (figures 14-15; cartes interactives disponibles en ligne sur www.mc.be/couts-hospitalisation. Il reste à démontrer que le financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité (en vigueur au 01.01.2019)[23] aura une influence sur le montant des suppléments d'honoraires.

23 La loi relative au financement groupé des soins hospitaliers à basse variabilité du 19.07.2018 et l'Arrêté royal du 02.12.2018 forment la base légale de ce nouveau système de financement.

Figure 14. Coût total à la charge du patient pour 5 interventions courantes : mise en place d'une prothèse de hanche (admission classique), ablation de la vésicule biliaire (admission classique), accouchement (admission classique), méniscectomie (hospitalisation de jour chirurgicale), chirurgie de la cataracte (hospitalisation de jour chirurgicale) - par type de chambre, région et hôpital. Données des membres de la MC, 2018. Sont inclus uniquement les hôpitaux comptant au moins 10 admissions de membres de la MC en 2018.

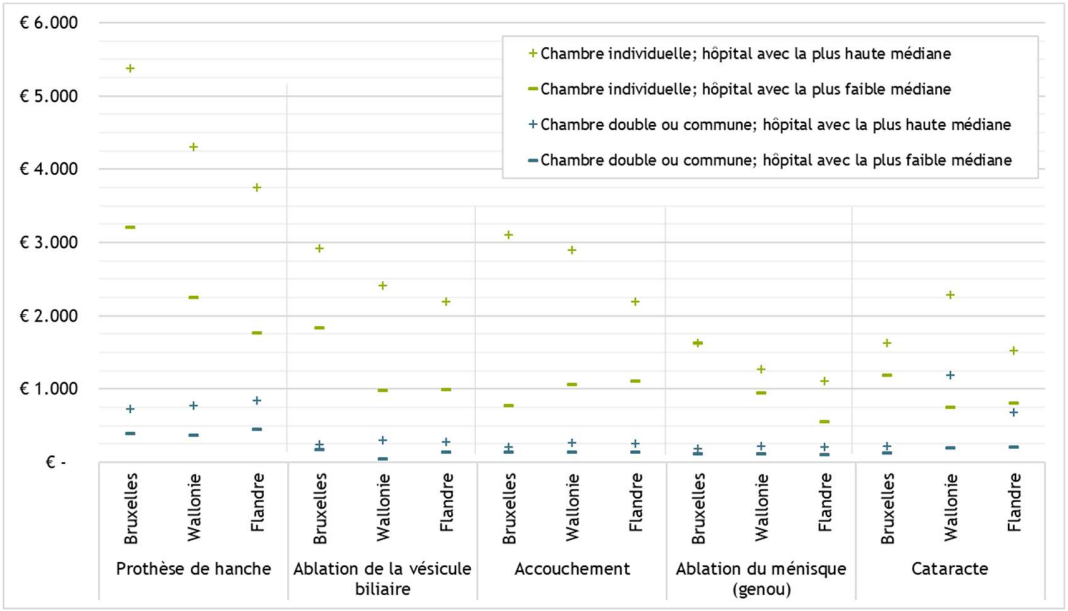
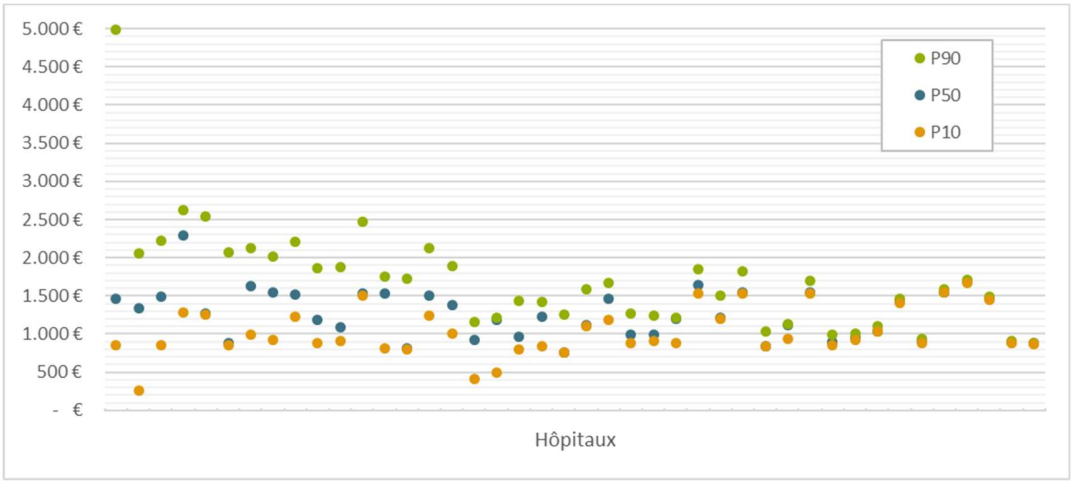
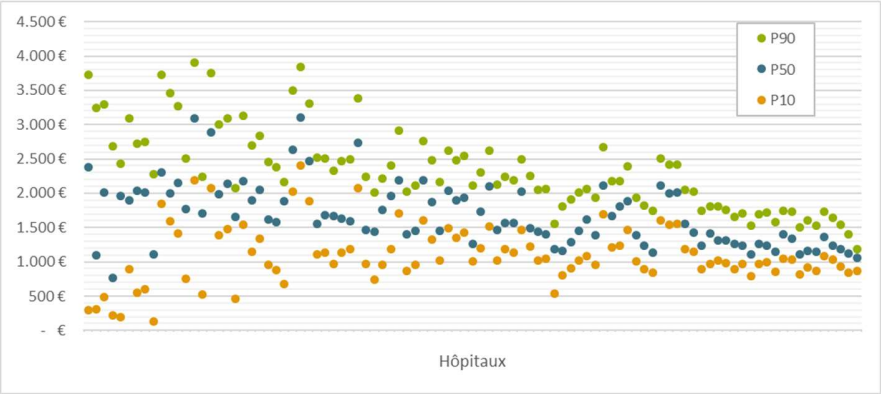


Figure 15. Répartition du coût total (P10, moyenne, P90) à charge du patient en chambre individuelle au sein de chaque hôpital pour a) une opération de la cataracte (hospitalisation de jour chirurgicale) et b) un accouchement (hospitalisation classique). Données des membres de la MC 2018. Sont inclus uniquement les hôpitaux comptant > 10 membres MC par type de chambre et par intervention.

a)

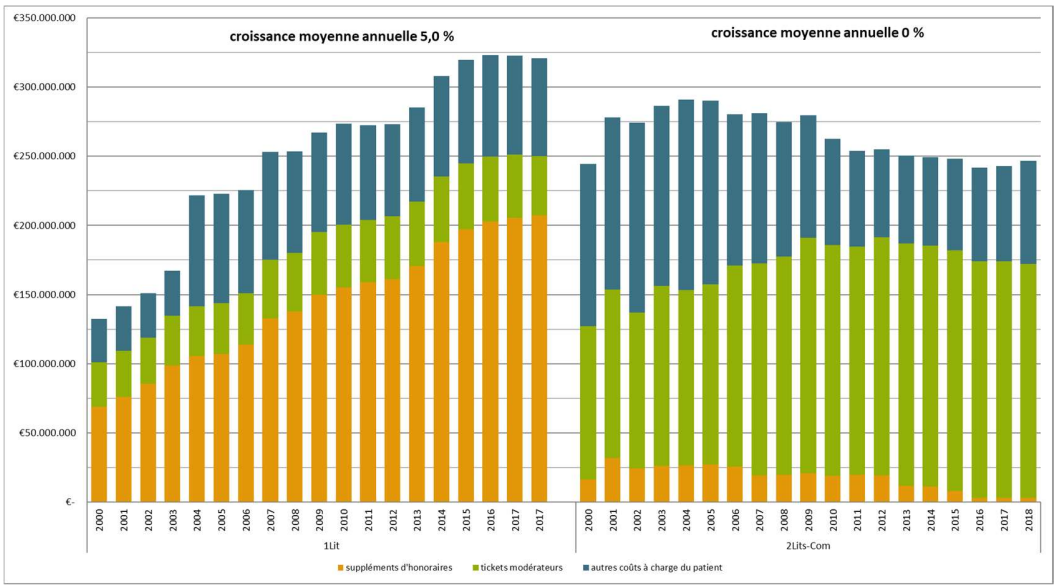


b)



Du point de vue du prestataire de soins (par manque de transparence sur les rétrocessions, les hôpitaux et les médecins hospitaliers sont tous pris en compte), le revenu total provenant du paiement des chambres individuelles est nettement supérieur à celui des chambres doubles et communes (figure 16). Et ce, malgré le fait que seule une minorité (13 %) des hospitalisations a lieu en chambre individuelle (membres de la MC 2018, 22 % des hospitalisations classiques et 6 % des hospitalisations de jour chirurgicales et non chirurgicales) ; voir annexe 4). **Sur le fond, il convient de se demander s'il est sain que les revenus des hôpitaux et/ou des médecins provenant des paiements des patients soient à ce point influencés par le type de chambre.** L'ajout d'un nouvel article 29/1 (et de l'article 128 13° y afférent) dans la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins[24] a tenté de minimiser les risques potentiels dans ce contexte, mais n'a apporté aucune réponse à la question ci-dessus.

Figure 16. Somme de tous les coûts à charge du patient hospitalisé, par type de chambre (données des membres de la MC, tous les types d'hospitalisation cumulés, 2000-2018, prix 2018).



24 Ces articles (entrée en vigueur le 06.01.2017) stipulent que le choix de la chambre du patient ne peut influencer la volonté d'un médecin hospitalier de soigner un patient ni sa disponibilité. Le patient a toujours droit aux mêmes soins de santé de qualité.

Dans la partie qui suit, nous examinons successivement les suppléments d'honoraires et les suppléments de chambre.

a. **Suppléments d'honoraires**

On ne cesse de ressasser le problème des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation. Ce problème est dénoncé depuis de nombreuses années, notamment par la MC. Prenons pour preuve le baromètre hospitalier de la MC qui, cette année, en est à sa quinzième édition. Les réformes de fond pour empêcher les excès, et à tout le moins freiner le taux de croissance des suppléments d'honoraires sur les chambres individuelles à l'hôpital, restent cependant lettre morte. Les réunions du groupe de travail « suppléments d'honoraires » de haut niveau, qui se sont tenues dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord national médico-mutualiste 2018-2019 n'ont, elles aussi, abouti à aucun engagement de la part du secteur.[25] C'est très regrettable, et pas uniquement du point de vue du citoyen/patient ; les **hôpitaux et médecins individuels, qui mettent tout en œuvre pour continuer à garantir l'accessibilité financière des chambres individuelles grâce à des suppléments d'honoraires raisonnables et modestes, marquent également leur mécontentement.**

Les chiffres tirés d'études récentes dépassant le cadre des mutualités et réalisées par l'Agence Intermutualiste (AIM)[26] confirment ce que dénoncent depuis de nombreuses années les baromètres hospitaliers des organismes assureurs individuels : dans l'ensemble, on assiste à une **croissance non contrôlée des suppléments d'honoraires pour les chambres individuelles à l'hôpital, à une énorme variation des montants demandés** (d'une région à l'autre, d'un hôpital à l'autre, d'une discipline à l'autre et d'un prestataire de soins à l'autre) **sans justification quelconque ou utilité sociale** ainsi qu'à une **privatisation insidieuse des soins hospitaliers**. Le volet « suppléments d'honoraires » de ce baromètre hospitalier de la MC ne se veut en aucun cas un duplicata de (la mise à jour de) l'étude AIM susmentionnée. Nous souhaitons toutefois mettre en lumière les résultats les plus frappants et, si approprié, les compléter par des avis et chiffres complémentaires.

563 millions d'euros. Tel est le montant des **suppléments d'honoraires** facturés en Belgique pour les **hospitalisations en 2017**.[26] Ce montant n'inclut pas les éventuels suppléments d'honoraires facturés lors des examens préalables à l'admission et/ou pour les consultations de contrôle. **Les chiffres de la MC indiquent que le total des suppléments d'honoraires a encore augmenté en 2018** (+ 0,9 % par rapport à 2017 ; indice des prix à la consommation actualisé) alors que le nombre absolu d'hospitalisations des membres de la MC en chambre individuelle a baissé. À l'échelle nationale, on peut dès lors s'attendre à une augmentation continue des suppléments d'honoraires. La France est un pays souvent cité dans le contexte de la problématique des suppléments d'honoraires. À noter que, par habitant, les **suppléments d'honoraires facturés par les médecins pour les hospitalisations en Belgique sont plus de 3 fois supérieurs à ceux pratiqués en France** (en 2015, une moyenne de 14 euros par habitant en France *contre* 47 euros par habitant en Belgique).[27]

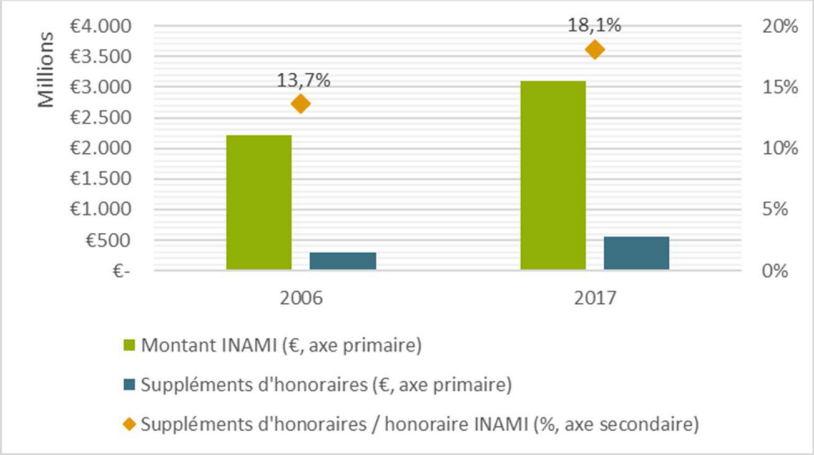
25 Le groupe de travail - composé de représentants des hôpitaux, médecins et organismes assureurs - s'est réuni sous la co-présidence de l'administrateur général de l'INAMI et du directeur général Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. La cellule politique du Ministre a également pris part aux discussions ; Accord national des médecins – mutualités, 19.12.2017, p. 15 point 4.3. Suppléments d'honoraires, disponible sur https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/nationaal-akkoord-artsen-ziekenfondsen.aspx; "Nog geen rem op opleg voor kinderen met kanker." De Standaard. 16 juillet 2018 ; « Ziekenhuis blijft doorrekenen voor kind met kanker. » Het Nieuwsblad. 16 juillet 2018.

26 Communiqué de presse du 05.02.2019 « 563 miljoen in 2017: Een recordbedrag aan ereloonsupplementen » (https://ima-aim.be/Persbericht-563-miljoen-in-2017-Een-recordbedrag-aan-ereloonsupplementen-05-02) – rapport d'étude disponible sur https://ima-aim.be/IMG/pdf/ima-rapport_-_ereloonsupplementen_geattesteerd_tijdens_ziekenhuisverblijven_-_data_2017.pdf ; projet AIM « Ereloonsupplementen in ziekenhuizen » en collaboration avec la Commission nationale médico-mutualiste de l'INAMI (le « médicomut »), disponible sur https://ima-aim.be/Ereloonsupplementen-in

27 Piet Calcoen. Privé-uitgaven voor gezondheidszorg. De rol van privé-verzekeringen. Itinera Institute. Bruxelles, 2019, tableau 5 p. 15 sur 56. Disponible sur https://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2019/03/Priv%C3%A9-uitgaven-voor-gezondheidszorg.pdf

L'augmentation des suppléments d'honoraires pour les hospitalisations en Belgique dépasse largement la hausse des remboursements de l'ASSI. Pour la période 2006-2017, les suppléments d'honoraires ont augmenté plus de 2 fois plus vite que les tarifs ASSI (figure 17) ; entre 2015 et 2017, les suppléments d'honoraires ont augmenté jusqu'à 2,5 fois plus vite que les remboursements de l'ASSI (hausse annuelle de 3,0 % contre 1,2 %),[26] une constatation que même le Dr Marc Moens, ancien président de l'ABSyM-BVAS, qualifie de « surprenante ».[28] Dans le cas des hospitalisations classiques – c'est-à-dire les hospitalisations qui représentent 85 % du total des suppléments d'honoraires pour les hospitalisations – un supplément d'honoraires de 1 euro a été facturé par 5 euros d'intervention de l'ASSI en 2017 (au total plus de 2,4 milliards d'euros d'interventions de l'ASSI (tous types de chambre confondus) contre 476 millions d'euros de suppléments d'honoraires ; le rapport entre les suppléments d'honoraires et l'intervention de l'ASSI équivaut à 19,6 %).[26] À noter que des suppléments d'honoraires sont facturés pour « seulement » 21 % des hospitalisations classiques,[26] un chiffre qui se rapproche de très près du pourcentage des hospitalisations classiques des membres de la MC en chambre individuelle (à savoir 22 %, voir annexe 4). À noter également que des différences très importantes existent entre les hôpitaux en ce qui concerne le total de suppléments d'honoraires par rapport au total des interventions de l'ASSI (écart de 6 % à 107 % pour une hospitalisation classique ; figure 18).[26]

Figure 17. Évolution 2006-2017 des honoraires de l'ASSI et suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation (hospitalisation classique et hospitalisation de jour) et de la proportion en pourcentage des suppléments d'honoraires par rapport aux honoraires de l'ASSI. Base : chiffres tableau 2 rapport AIM https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf.



28 « Supplementen niet in het gareel. » De Specialist 05-02-2019, disponible sur https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/supplementen-niet-in-het-gareel.html

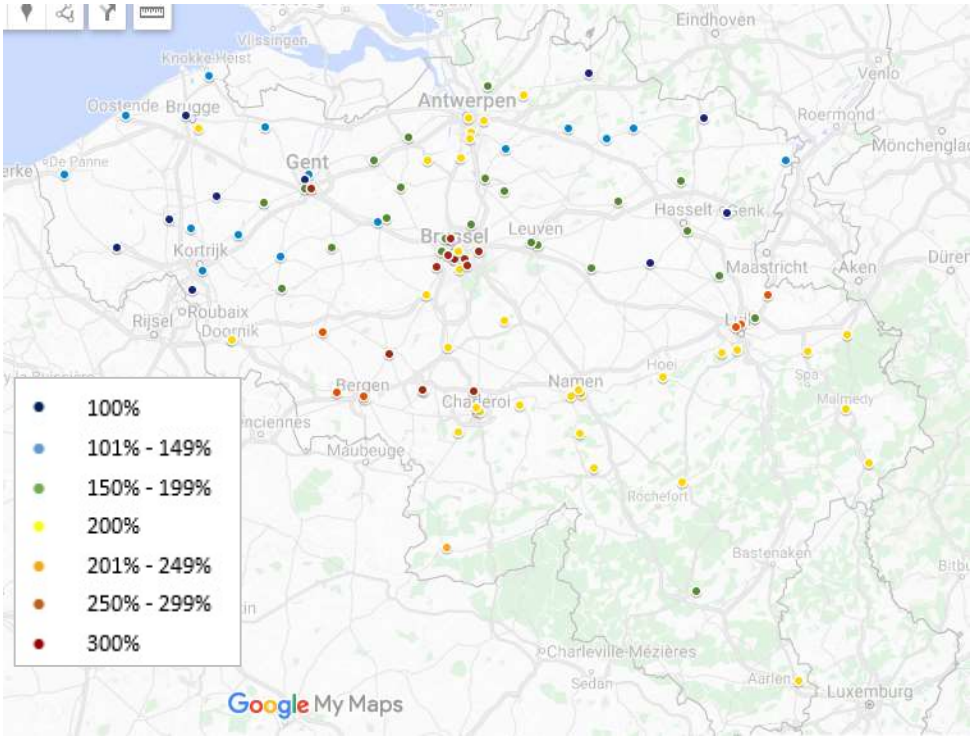
Figure 18. Heatmap illustrant la proportion en pourcentage de suppléments d'honoraires attestés / intervention ASSI dans les hôpitaux belges (figure obtenue en se basant sur les données de l'atlas AIM disponible sur https://ima-aim.be/Atlas-181, admissions classiques 2017).

À ce jour, il n'existe pas de maximum légal aux suppléments d'honoraires. Chaque hôpital définit dans son règlement général un pourcentage maximal autorisé de suppléments d'honoraires pouvant être facturé sur le tarif officiel établi par l'assurance maladie obligatoire. Le principe de tarification libre s'applique dans ce cadre, à savoir dans le cadre (légal) en vigueur.[29] Nous constatons que plusieurs hôpitaux n'ont, au cours des dernières années, pas suivi la procédure légale relative à la modification des pourcentages maximum de suppléments d'honoraires. Cela a pour conséquence que les organismes assureurs n'ont pas transmis d'informations actuelles (et elles sont dès lors erronées) à leurs membres, sans compter que ces hausses de pourcentages maximum de suppléments d'honoraires sont dès lors illégales. D'après le Dr Moens, le nombre d'hôpitaux qui augmentent unilatéralement et illégalement les suppléments devrait être en hausse.[30] La figure 19 illustre les pourcentages maximums des suppléments d'honoraires des hôpitaux généraux et universitaires en Belgique ; ils varient à ce jour entre 100 % et 300 % (situation au 16.09.2019).

29 Art. 152 §2 al 4 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins : "Les médecins hospitaliers ne peuvent, en application des alinéas 1er et 3, facturer des suppléments qu'à condition que des tarifs maximums soient fixés dans la réglementation générale visée à l'article 144. Cet élément de la réglementation générale est, avant son application, communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs. » (soulignement par nos soins) ; circulaire RIZIV HOP. 2009/8 - PSY 2009/3; cf. note en bas de page 16 relative aux situations dans lesquelles des suppléments d'honoraires peuvent (ne peuvent pas) être facturés ; convention de reconstruction mammaire avec les propres tissus : plus d'informations sur https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/reconstruction-mammaire-autologue-hopital-conventionne.aspx

30 « Supplementen niet in het gareel. » De Specialist 05-02-2019, disponible sur https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/supplementen-niet-in-het-gareel.html

Figure 19. Les pourcentages maximaux des suppléments d'honoraires des hôpitaux généraux et universitaires en Belgique (état des lieux 16-09-2019) ; seul le campus principal est affiché. Données source : Fichier INAMI Suppléments d'honoraires jj. 16-09-2019, déclarations d'admission en ligne des hôpitaux, sites Internet de l'hôpital et médias écrits.



Le nombre d'hôpitaux qui appliquent un pourcentage maximum de suppléments d'honoraires de 100 % – à savoir le double du tarif officiel – a diminué à vue d'œil et est aujourd'hui de 10 :

- AZ Sint-Jan Brugge-Oostende
- AZ Delta Roeselare-Menen-Torhout
- Jan Yperman Ziekenhuis, Ypres
- Centre Hospitalier de Mouscron
- L'Hôpital Sint-Andries, Hospitaliers Tielt
- AZ Jan Palfijn, Gand
- Sint-Trudo Ziekenhuis, Saint-Trond
- Ziekenhuis Oost-Limburg, Genk
- Mariaziekenhuis Noord Limburg, Overpelt
- AZ Turnhout (excepté 1 chirurgien plastique et IRM et angiographie par CT ambulatoire)

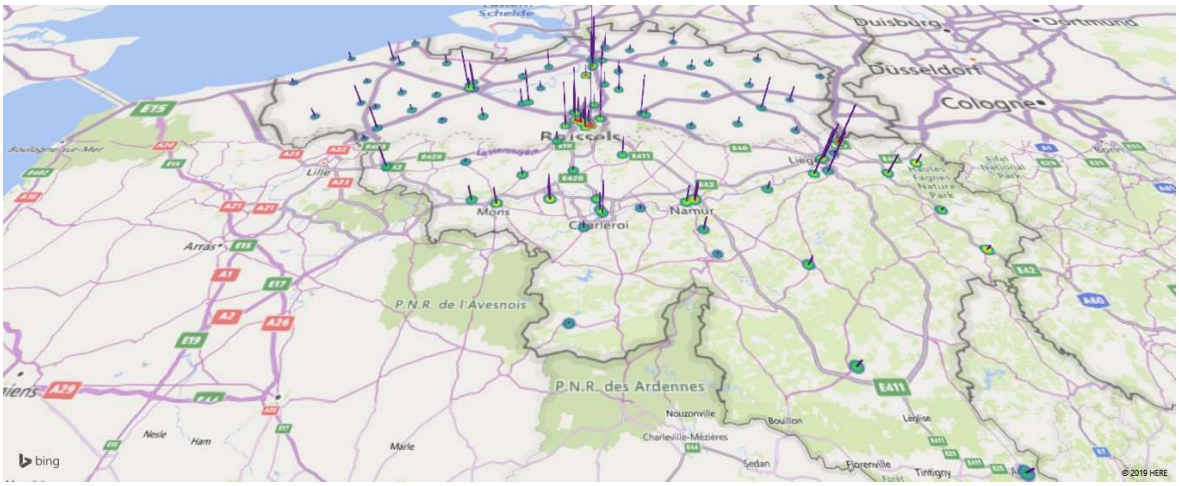
Il convient de saluer que 3 hôpitaux ont réduit leur pourcentage maximum de suppléments d'honoraires en 2018 et en 2019 (tableau 4), mais cela ne suffit pas pour inverser la tendance générale en Belgique. Au cours des dernières années, un grand nombre d'hôpitaux ont en effet augmenté leur pourcentage maximum de suppléments d'honoraires : 11 hôpitaux en 2017, 12 en 2018 et 5 en 2019 (situation au 16.09.2019). Dans le même temps, nous notons qu'il y a **de plus en plus d'hôpitaux qui comptent des exceptions à leur pourcentage maximum normal** (par ex., pourcentages maximums plus élevés pour des disciplines spécifiques, pour l'utilisation de certaines technologies (par ex. interventions robotisées), pour des séjours en chambre individuelle de luxe, pour des médecins spécifiques, etc.).

Tableau 4. Aperçu des hôpitaux qui ont modifié les pourcentages maximaux des suppléments d'honoraires en 2017-2019 (état des lieux septembre 2019). Base : Données source : Fichier INAMI Suppléments d'honoraires jj. 16-09-2019, déclarations d'admission en ligne des hôpitaux, sites Internet de l'hôpital et médias écrits.

2017			2018			2019 (jusqu'au 16.09.2019)		
Sint-Franciskusziekenhuis Heusden	100 % → 300 % (chirurgie plastique) ; 150 % pour les autres disciplines	↑	AZ Sint Lucas, Bruges	300 % → 200 % pour les médecins non conventionnés avec maintien de max. 100 % pour les médecins conventionnés	↓	Europaziekenhuizen – Cliniques de L'Europe, Bruxelles	300% → 200%	↓
AZ Sint-Maria, Hal	150% → 200%	↑	CH Chrétien, Liège	250% → 275%	↑	Kliniek St.-Jan – Clinique St.-Jean	300% → 200%	↓
Klinik St-Josef, Sankt-Vith	165% → 200%	↑	CHR de la Citadelle, Liège	200% → 250%	↑	Vivalia (IFAC)	160% → 200%	↑
AZ Maria Middelares, Gand	100 % → 150 % (hospitalisation de jour, classique, situation stable depuis le 01.01.2015)	↑	AZ Sint-Jozef, Malle	100% → 200%	↑	AZ Lokeren	110% → 150%	↑
Ziekenhuis Maas en Kempen, Maaseik	100% → 125% (01-04-2017) 125% → 150% (date d'application 01.10.2017 ; introduit au 16.09.**2019**)	↑	AZ Rivierenland, Bornem/Willebroek	120% → 200%	↑	AZ Sint-Lucas, Gand	100% → 125%	↑
Jessaziekenhuis Hasselt	100% → 150%	↑	AZ Nikolaas, Saint-Nicolas	110 → 150%	↑	AZ Damiaan, Ostende	100% → 110%	↑
Heilig Hartziekenhuis Lier	100% → 135%	↑	AZ Sint-Elisabeth, Zottegem	130% (?) → 150%	↑	AZ Herentals	100% → 135% (?)	↑
Algemeen Stedelijk Ziekenhuis, Alost	100% → 125%	↑	RZ Heilig Hart, Tirlemont	100% → 150%	↑			
AZ Zeno Knokke-Heist	100% → 120%	↑	AZ Vesalius, Tongres	100% → 150%	↑			
AZ Lokeren	100% → 110%	↑	Sint-Vincentius, Deinze	100% → 150%	↑			
AZ Dimpna, Geel	100 % → 105 % (radiologues)	↑	Silva Medical, Bruxelles	125% → 150%	↑			
			AZ West, Furnes	115% → 125%	↑			
			OLV Van Lourdesziekenhuis, Waregem	100% → 120%	↑			

Le secteur argue souvent que l'augmentation des suppléments d'honoraires est nécessaire pour éviter que les hôpitaux ne soient confrontés à des difficultés, tout en citant l'étude MAHA dans la foulée.[31] En raison **d'un manque total de transparence sur le destinataire** (hôpital *ou* médecin) **et sur la destination des (prélèvements des) honoraires, la macro-dépendance du secteur hospitalier** (dans l'ensemble + hôpitaux individuels) **par rapport à ces revenus n'est pas connue**. Les 2 derniers arrêtés royaux adoptés dans ce contexte [32] ne répondent pas à la demande raisonnable de transparence publique totale à ce sujet. À ce jour, rien n'indique que le montant des suppléments d'honoraires (maximum et/ou facturés) en cas d'hospitalisation soit lié à la santé financière des hôpitaux [33] ou à la qualité des soins fournis (« extra value for extra money »). Un fait est que le volume des suppléments d'honoraires diffère fortement entre hôpitaux (AIM, hospitalisations classiques 2017 ; écart 470 000 euros – (plus de) 24,6 millions d'euros par hôpital ; figure 20).

Figure 20. Volume des suppléments d'honoraires (en euros ; diagramme) et rapport entre suppléments d'honoraires et intervention ASSI (en % ; heatmap) des hôpitaux généraux et universitaires belges. Base : Données AIM, admissions classiques 2017.



Du point de vue du patient, le montant des suppléments d'honoraires par hospitalisation est plus important que les chiffres au macro-niveau ou au méso-niveau. Une étude récente montre cette évolution, tant pour les hospitalisations classiques que pour les hospitalisations de jour, pour la période 2014-2017 (tableau 5).[26] Les chiffres de la MC indiquent que, **par hospitalisation en chambre individuelle, le montant moyen des suppléments d'honoraires a à nouveau augmenté en 2018 par rapport à 2017, à savoir de 4,7 % pour les hospitalisations classiques, de 5,2 % pour les hospitalisations de jour chirurgicales et de 3,7 % pour les hospitalisations de jour non**

31 L'étude MAHA est une analyse annuelle de la situation financière des hôpitaux généraux, réalisée par Belfius. La dernière étude en date (exercice 2018, disponible sur https://research.belfius.be/fr/social-profit/) indique notamment que (1) la structure financière de l'ensemble du secteur reste saine, (2) les gains enregistrés en pharmacie et dans les services médico-techniques contribuent à la santé financière de l'hôpital, (3) le chiffre d'affaires a augmenté de 5,2 % pour atteindre 15,5 milliards d'euros en 2018 (les produits pharmaceutiques ont augmenté de 10,7 % ; les honoraires des médecins ont augmenté de 5,3 %), (4) 32 % des hôpitaux ont enregistré un déficit en 2018 (contre 44 % en 2017) et (5) le résultat courant représente, comme en 2017, 0,2 % du chiffre d'affaires. À noter que cette étude ne dispose pas de données chiffrées sur les réserves éventuelles et provisions, ce qui pourrait donner une image plus complète de la situation.

32 A.R. du 29 juillet 2019 modifiant l'A.R. du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux (M.B. 9 août 2019) ; A.R. du 29 juillet modifiant l'A.R. du 19 juin 2007 relatif aux comptes annuels des hôpitaux (M.B. 9 août 2019).

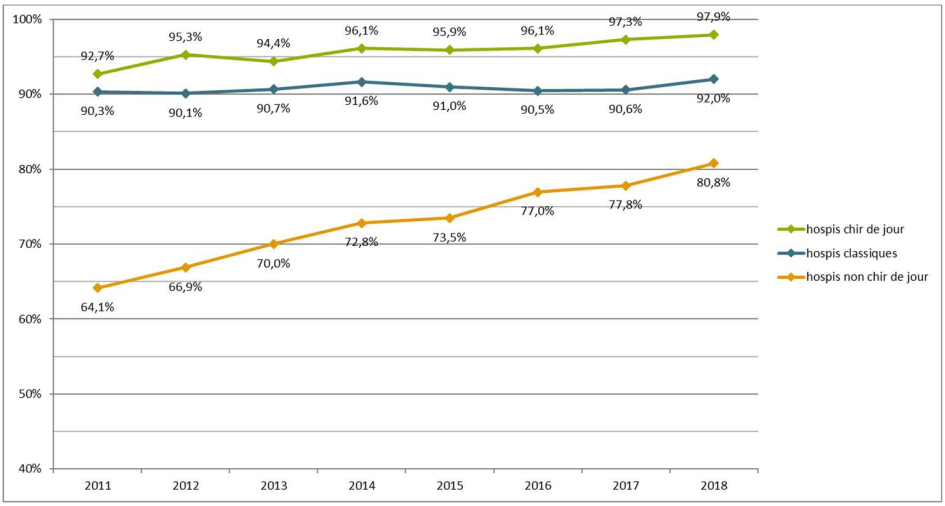
33 C. Vande Voorde. De rol van supplementen en private verzekeringen in een toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Présentation Itinera 21.03.2019, Bruxelles. Diapositive 6 sur 29, disponible sur https://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2019/03/Presentatie-Carine-Vande-Voorde.pdf ; https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/vlaanderen/een-op-de-drie-ziekenhuizen-in-het-rood/10065720.html ; De Tijd Interactief « Eén op de vier Vlaamse ziekenhuizen in het rood », disponible sur https://multimedia.tijd.be/ziekenhuizen2019/ et L'Echo "Que lest l'état de santé de votre hôpital?" disponible sur https://multimedia.lecho.be/finances-hopitaux-2019/?utm_campaign=NOUVEAUSUR&utm_medium=email&utm_source=SIM&utm_source=SIM&utm_medium=email&utm_campaign=&utm_content=&utm_term=

chirurgicales, en plus de l'indice des prix à la consommation (figures 11 à 13). La tendance à la hausse que nous observons depuis des années se poursuit donc. Les suppléments d'honoraires sont également de plus en plus facturés de manière systématique pour les hospitalisations en chambre individuelle, une tendance surtout marquée dans le cas des hospitalisations de jour (figure 21).

Tableau 5. Distribution des suppléments d'honoraires selon le type de séjour ; tableau repris de https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf : tableau 9 à la p. 18).

Type de séjour	Année	Nombre de séjours avec suppléments d'honoraires	Si des suppléments d'honoraires sont facturés : montant par admission			
			Moyenne	**Moyenne**	P95	P99
Admission classique	2014	378.254	€ 1.109	**€ 732**	€ 3.296	€ 6.623
	2017	379.534	€ 1.249	**€ 839**	€ 3.678	€ 7.762
Hospitalisation de jour	2014	211.380	€ 437	**€ 289**	€ 1.380	€ 2.246
	2017	147.823	€ 591	**€ 460**	€ 1.622	€ 2.476

Figure 21. Évolution du pourcentage des hospitalisations en chambre individuelle où des suppléments d'honoraires sont facturés, par type d'hospitalisation (données des membres de la MC, 2011-2018).



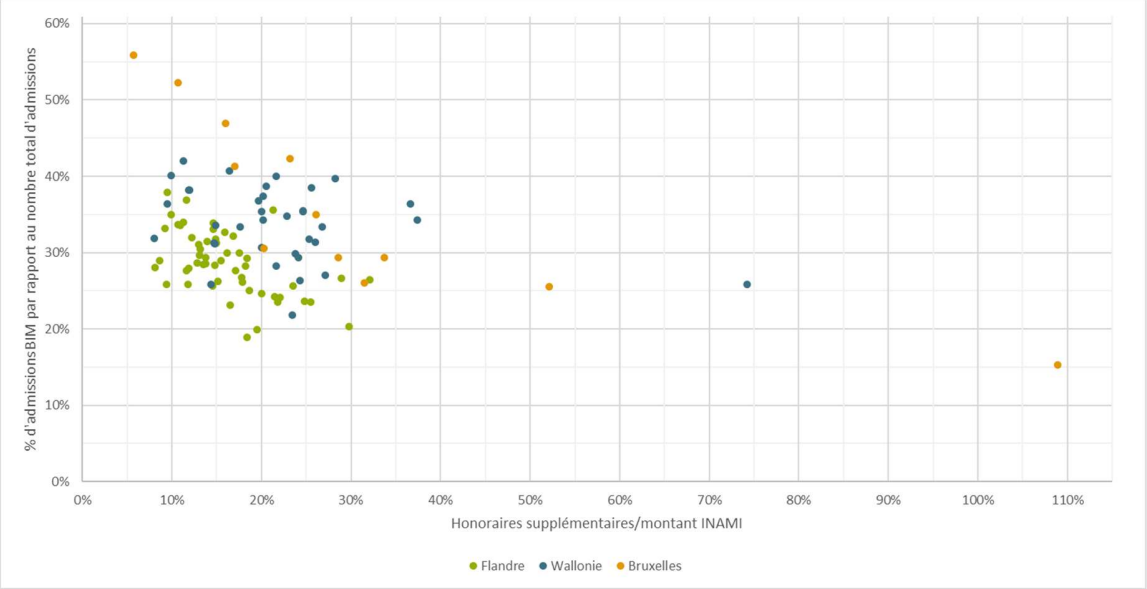
Plus particulièrement, le risque d'être confronté à des suppléments d'honoraires très élevés s'est accru avec le temps.[26] Ainsi, en 2017, en Belgique (données AIM), 2 913 patients ont été confrontés à un montant supérieur à 10 000 euros de suppléments d'honoraires pour leur hospitalisation, soit 50 % de plus qu'en 2014. De même, 37 408 patients ont payé plus de 3 000 euros de suppléments d'honoraires pour leur hospitalisation en 2017. Trois ans plus tôt, en 2014, « seulement » 30 032 patients étaient concernés. Pour plus de 43 % des hospitalisations classiques pour lesquelles des suppléments d'honoraires ont été facturés en 2017, ceux-ci se montaient à plus de 1 000 euros. De manière semblable, les suppléments d'honoraires pour les hospitalisations de jour ont dépassé les 1 000 euros dans 18 % des cas où des suppléments d'honoraires ont été facturés.[26] Est-ce acceptable pour une société qu'en 2017, 33 patients aient dû débourser plus de 30 000 euros en suppléments d'honoraires pour une seule hospitalisation ?[26] **Le fait qu'en 2017, au moins 5 000 euros de suppléments d'honoraires aient été facturés pour**

plus de 10 000 hospitalisations,[26] est qualifié de situation « préoccupante » par le Dr Marc Moens.[34] Il existe également une **hétérogénéité géographique** frappante au niveau du risque de suppléments d'honoraires élevés pour le patient : pour les hospitalisations (avec ou sans nuitée) pour lesquelles des suppléments d'honoraires ont été facturés, le risque que ceux-ci soient, par admission, supérieurs à 5 000 euros était presque de 1 sur 20 dans la région de Bruxelles-Capitale contre environ 1 sur 100 en Flandre.[26]

Dans ce contexte, n'oublions pas de mentionner que le patient sans assurance hospitalisation n'est en aucun cas protégé contre les suppléments d'honoraires (élevés), ni par les filets de sécurité sociaux, tels que le MAF ou l'intervention majorée des frais médicaux. Lorsque des bénéficiaires d'une intervention majorée optent pour une chambre individuelle lors de l'hospitalisation, les suppléments d'honoraires (et donc aussi le risque de suppléments d'honoraires très élevés) sont similaires à ceux des bénéficiaires ordinaires.[26] Nous constatons que, dans le cas des hospitalisations classiques, les bénéficiaires ordinaires séjournent 3 fois plus souvent en chambre individuelle que les patients bénéficiant de l'intervention majorée (chiffres de la MC 2018, chiffres AIM 2017). **Du point de vue du patient, tout le monde n'a donc pas accès aux mêmes soins.**

On devrait pouvoir se demander si une **stratification sociale des hôpitaux ne risque pas de** voir le jour : les hôpitaux dont le public est « aisé » percevraient (pourraient percevoir) proportionnellement plus de suppléments d'honoraires que les hôpitaux dont le public est financièrement moins favorisé. On observe effectivement une relation statistiquement importante entre le pourcentage de patients titulaires du régime préférentiel, d'une part, et le poids financier des suppléments d'honoraires par rapport à l'intervention officielle de l'ASSI, d'autre part (données hospitalisations classiques, AIM, 2017) : **dans les hôpitaux où une grande partie des patients ont droit à une intervention majorée, le poids relatif du total des suppléments d'honoraires par rapport à l'intervention de l'ASSI est plus faible** ($p<0,001$; $r = -0.34$; figure 22)**.** Le rapport susmentionné, qui n'est pas nécessairement de nature causale, est important dans la région de Bruxelles-Capitale ($r = -0,80$), modéré en Flandre ($r = -0,56$) et faible en Wallonie ($r = -0,33$).

Figure 22. La relation entre le pourcentage d'admissions spécifiques à l'hôpital des patients titulaires du régime préférentiel par rapport au total des admissions, d'une part, et, d'autre part, le pourcentage des suppléments d'honoraires par rapport à l'intervention ASSI (AIM, données 2017, admissions classiques).



34 « Supplementen niet in het gareel. » De Specialist 05-02-2019, disponible sur https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/supplementen-niet-in-het-gareel.html

Si l'on inclut plusieurs variables dans un modèle de régression linéaire multiple, on constate que 4 paramètres expliquent ensemble 85 % de la variation du total des suppléments d'honoraires par rapport au total des honoraires de l'ASSI (hospitalisations classiques, AIM, 2017) :

- (1) le pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée ;
- (2) le pourcentage des hospitalisations pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont facturés (indicateur de la part des hospitalisations en chambre individuelle) ;
- (3) le pourcentage maximum facturable de suppléments d'honoraires ; et
- (4) la région.

Le **pourcentage de bénéficiaires de l'intervention majorée** par rapport au nombre total de patients admis semble être un **facteur crucial** dans le modèle de régression linéaire multiple. Pour les hôpitaux qui enregistrent un score égal pour les variables restantes du modèle, une différence de **1 % (en plus) de patients pouvant bénéficier de l'intervention majorée** correspond à une **réduction de 0,33 % du rapport entre le total des suppléments d'honoraires et le total des honoraires de l'ASSI** (annexe 5). Sur la base de nos analyses, aucune preuve n'indique que le type d'hôpital (général et universitaire) et le nombre total d'hospitalisations fourniraient des informations complémentaires sur la prévision du total des suppléments d'honoraires par rapport au total des honoraires de l'ASSI lorsque les valeurs des 4 variables significatives du modèle sont connues.

L'hétérogénéité au niveau des suppléments d'honoraires facturés ne se limite pas à des situations médicales complexes et/ou rares. **Pour les interventions standardisées bien prévisibles et variant peu entre les patients,** les suppléments d'honoraires peuvent, ici aussi, être élevés, et il existe de grandes différences entre les hôpitaux et au sein même des hôpitaux. Comment s'expliquer la grande variation des suppléments d'honoraires entre les hôpitaux pour, par exemple, un accouchement par voie vaginale (hospitalisation classique ; figure 23) ou une opération de la cataracte (hospitalisation de jour, figure 24) ? Comment expliquer que dans le cas d'une hospitalisation en chambre individuelle pour un accouchement par voie vaginale, 25 % des femmes paient plus de 2 154 euros de suppléments d'honoraires alors qu'un quart des autres patientes, au sein du même hôpital, paient moins de 715 euros de suppléments d'honoraires ?[26] Est-il acceptable qu'une femme hospitalisée pour un accouchement par voie vaginale et optant pour une chambre individuelle puisse recevoir une facture de plus de 8 000 euros de suppléments d'honoraires ?[26] C'est cependant la réalité en Belgique.

Figure 23. Contribution moyenne aux suppléments d'honoraires pour un accouchement par voie vaginale par hôpital, en indiquant la région (code couleur) et le type d'hôpital (hôpital général : marqueur rond ; hôpital universitaire : marqueur carré). Source : Atlas AIM http://www.ima-aim.be, consulté le 29-08-2019.

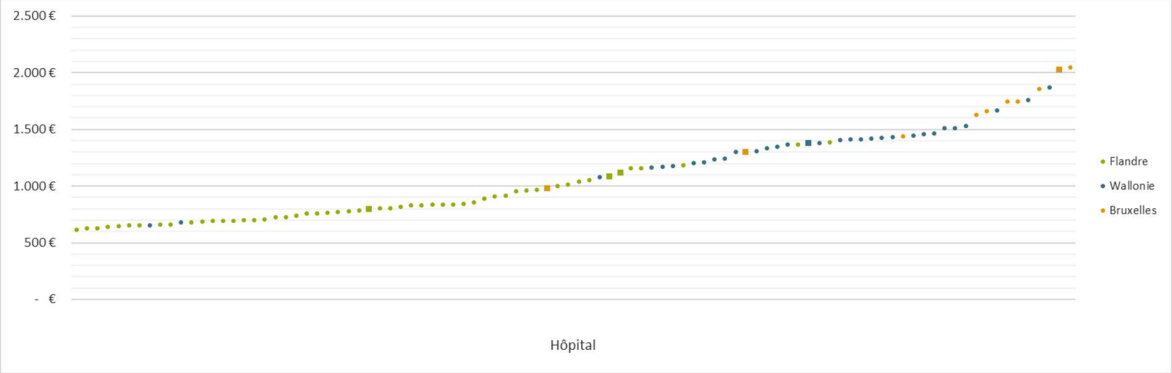
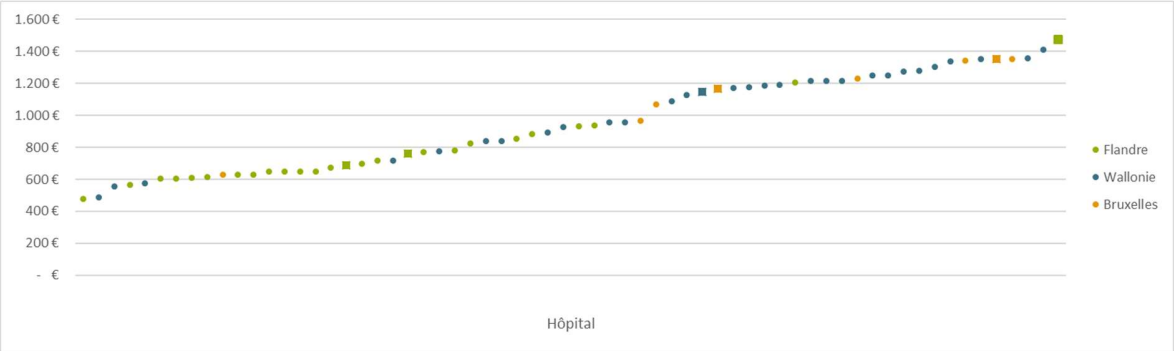


Figure 24. Contribution moyenne aux suppléments d'honoraires pour une chirurgie de la cataracte en hospitalisation de jour, par hôpital, en indiquant la région (code couleur) et le type d'hôpital (hôpital général : marqueur rond ; hôpital universitaire : marqueur carré). Source : Atlas AIM http://www.ima-aim.be, consulté le 29-08-2019.



Il existe des différences importantes entre les hôpitaux, en ce qui concerne non seulement le montant des suppléments d'honoraires facturés, mais aussi le pourcentage des admissions avec suppléments d'honoraires (figure 25). Concrètement, dans certains hôpitaux, des suppléments d'honoraires ont été facturés pour près de la moitié des opérations de la cataracte (hospitalisation de jour, 2018) auprès des membres de la MC, alors que la moyenne transhospitalière se monte à 4,8 % pour les membres de la MC (figure 26). **Dans la pratique, est-ce que chaque hôpital offre encore suffisamment de possibilités pour que le patient soit admis sans suppléments (également en hospitalisation de jour), avec la même qualité de soins dans toutes ses dimensions ?**

Figure 25. Part des hospitalisations pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont facturés (base : graphique 7 à la p. 15 de l'étude AIM « Suppléments d'honoraires attestés pendant les séjours hospitaliers. Données 2017, disponibles sur https://aim-ima.be/IMG/pdf/rapport_aim_-_supplements_d_honoraires_medicaux_sejours_hospitaliers_-_donnees_2017.pdf).

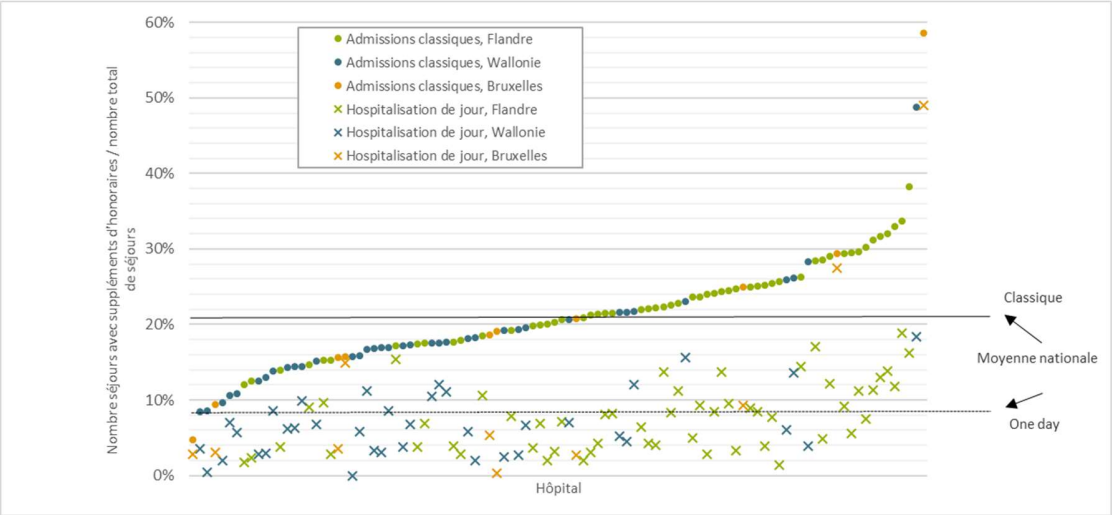
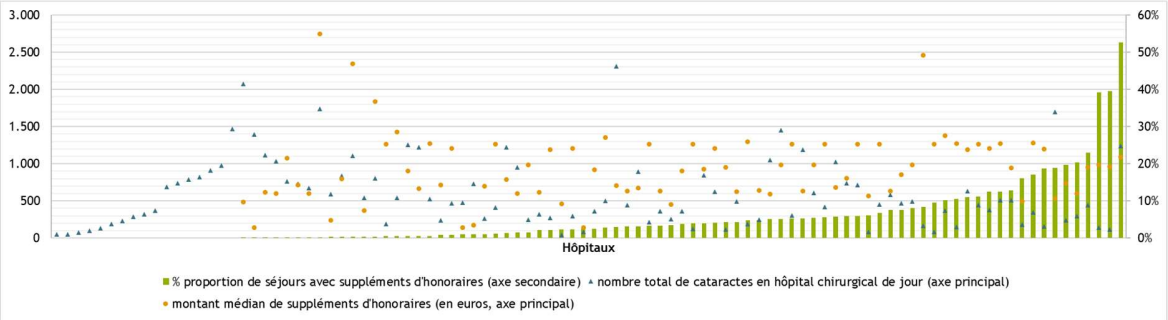


Figure 26. Le pourcentage des patients pour lesquels des suppléments d'honoraires ont été facturés pour une chirurgie de la cataracte en hospitalisation de jour (axe secondaire), ainsi que le nombre total de chirurgies de la cataracte en hospitalisation de jour (axe primaire) et la médiane des suppléments d'honoraires (axe primaire). Base : 57.522 chirurgies de la cataracte en hospitalisation de jour chez les membres de la MC, 2018.



VISION DE LA MC

Le problème de la hausse continue des suppléments d'honoraires est dénoncé depuis de nombreuses années, notamment par la MC. Nous constatons que, dans un nombre croissant de cas, l'autorégulation du secteur, entre autres par la déontologie, ne parvient plus à maintenir les honoraires dans des limites acceptables, modérées et modestes. La concertation de haut niveau portant sur la prévention des excès, le ralentissement du taux de croissance des suppléments d'honoraires pour les chambres individuelles et des estimations de coûts claires fournies au patient n'a, elle aussi, abouti à aucun engagement de la part du secteur.

Les suppléments d'honoraires sans cesse croissants sapent les efforts de la communauté en matière d'assurance maladie et réduisent leur efficacité. Là où la solidarité - à laquelle chacun contribue - s'efforce d'assurer des soins de santé de haute qualité accessibles à tous, les suppléments d'honoraires minent ce principe de base. En outre, comment expliquer à l'étranger que, **en cas d'hospitalisation, les frais médicaux à charge du patient dépendent du choix de la chambre ?** La MC ne voit aucun argument rationnel en faveur des suppléments d'honoraires pour la simple raison qu'un patient a opté pour une chambre individuelle (pour laquelle il paie d'ailleurs déjà des frais d'hébergement supplémentaires). Le secteur et les prestataires de soins reconnaissent eux-mêmes que cette situation est devenue insoutenable. Citons notamment comme exemples :

- « Hôpital. Le business de la chambre privée. », Le Vif, N° 37, 12.09.2019, p. 30
- Soins 2030, p. 25: « Les suppléments d'honoraires sont supprimés » (rapport disponible sur http://www.zorg2030.be/)

Dans le cas des hospitalisations, **la différence dans le total facturé aux patients qui séjournent en chambre individuelle, double ou commune est désormais telle** qu'elle ne peut **en aucun cas être encore justifiée**. Les suppléments d'honoraires jouent ici un rôle important. Il serait complètement insensé d'affirmer que ces différences de prix ne constituent pas un problème « sous prétexte que l'assurance hospitalisation rembourse ». En effet, tous les patients ne possèdent pas une assurance hospitalisation (selon les estimations, 25 % de la population belge n'en ont pas). De plus, ces assurances ne couvrent pas tout et les primes sont devenues de plus en plus chères. L'accessibilité financière des chambres individuelles est tellement sous pression pour les citoyens sans assurance hospitalisation et/ou dont la situation socio-économique est précaire qu'elle incarne **désormais de façon exemplaire les soins de santé à deux vitesses**. La MC s'insurge contre de telles évolutions. Nous considérons l'accessibilité aux soins de santé (y compris aux soins en chambre individuelle) comme l'un des nombreux indicateurs de la qualité des soins, axés prioritairement sur le patient.
Pour la MC, une chose est sûre : la **suppression contrôlée des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation** constitue une étape indispensable si nous voulons préserver l'assurance maladie obligatoire, digne de ce nom. **Si les suppléments disparaissent, l'assurance hospitalisation n'est plus nécessaire.** Au fil des ans, un système pervers s'est développé, qui fait de l'existence de l'assurance hospitalisation un alibi permettant de facturer des suppléments de plus en plus élevés et qui ne fait qu'augmenter de plus en plus les primes de l'assurance hospitalisation. C'est cette spirale d'augmentation des coûts que la MC veut briser, car elle touche aux principes fondamentaux du système de soins de santé et de la « sécurité » sociale.
Dans les grandes lignes, la **suppression des suppléments d'honoraires pour les hospitalisations** pourrait s'effectuer comme suit :
- Proclamer **l'interdiction légale des suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés** (tant pour les hospitalisations de jour que pour les hospitalisations classiques).

➔ *Par conséquent, **les primes des assurances maladie complémentaires devraient sensiblement diminuer**, tant pour les contrats individuels que collectifs. En 2017, le total des primes des assurances maladie complémentaires s'élevait à **2 milliards d'euros** en Belgique (dont 39 % via les assurances privées collectives, 35 % via les sociétés mutualistes (mutualités) et 26 % via les assurances privées individuelles).*

- **Transférer les ressources** à hauteur des suppléments d'honoraires actuels **vers le budget de l'assurance maladie obligatoire.**
Une partie du montant libéré auprès de toutes les personnes payant actuellement une prime d'assurance maladie complémentaire suffit et doit être basculée de manière solidaire vers le budget de l'assurance maladie obligatoire : **650 millions d'euros, à revoir périodiquement**.

- ➔ *Compte tenu des frais administratifs moins élevés et d'un meilleur contrôle des coûts dans l'assurance maladie obligatoire, ces ressources seront utilisées de manière plus efficace au profit de tous les assurés sociaux.*
- ➔ *Méthodes afin d'insérer les 650 millions d'euros dans l'assurance maladie obligatoire (à discuter avec les partenaires sociaux) :*
  - *soit en augmentant les cotisations sociales ;*
  - *soit en augmentant la part de la sécurité sociale dans les sources de financement alternatives ;*
  - *soit en augmentant les subventions générales de l'État ;*
  - *soit en combinant ces mesures.*

- Répartir ces ressources transférées **entre les hôpitaux et les médecins spécialistes** sur la base de **clés de répartition transparentes, objectivement fondées et équitables**. La MC soutient en effet l'importance d'un financement hospitalier adéquat et d'une rémunération tout aussi adéquate des médecins spécialistes, avec une tension salariale équitable entre les différentes spécialités au sein de la profession médicale.

Afin de rendre possible le suivi d'un transfert des suppléments vers le secteur ambulatoire, les secteurs polycliniques et ambulatoires devront fournir suffisamment d'informations. **Nous demandons une transparence totale des montants facturés et du lieu des prestations ambulatoires et extramuros, surtout lorsque le tiers payant est appliqué.**

À **court terme,** nous demandons également **l'interdiction** de facturer des **suppléments d'honoraires** sur les **prestations médico-techniques.** Nous insistons pour que les patients, **à l'intérieur des murs de l'hôpital**, puissent toujours recevoir **des soins ambulatoires au tarif conventionnel**. Ceci dans les mêmes conditions (p. ex. temps d'attente) et avec la même qualité que les patients qui ne veulent pas payer le tarif conventionnel.

De plus, en tant que mutualités, avec les autorités et prestataires de soins, nous devons ensemble mettre en œuvre des **incitants positifs qui rendent le système de convention plus attrayant** ainsi que des **mesures qui découragent toute activité en dehors du cadre de la convention**. Concrètement, nous pensons notamment à (1) l'introduction d'interventions pour les frais administratifs pour les prestataires de soins conventionnés, (2) une plus grande attention portée sur les prestations (nécessaires) à des moments irréguliers chez les prestataires de soins conventionnés, (3) la suppression de la possibilité de se conventionner à titre partiel, (4) l'interdiction d'appliquer des plafonds de revenus du patient au-dessus desquels les prestataires de soins conventionnés ne sont plus liés par le tarif convenu, (5) l'introduction de la possibilité pour les organismes assureurs d'exclure de la convention les prestataires de soins qui ne respectent pas les accords tarifaires, les directives ou les normes de qualité, et (6) l'élaboration d'un tarif conventionné réglementaire obligatoire pour les prestataires de soins travaillant au sein d'initiatives de collaboration pluridisciplinaire.

En tant que mutualité santé tournée vers l'avenir, la MC estime que **les chambres individuelles devraient être la norme pour les hospitalisations classiques**. Sur la base d'une vaste enquête auprès des membres, dont les résultats ont été renforcés par la littérature professionnelle (internationale), nous nous sommes fixés comme objectif une **proportion de 80 % de chambres individuelles pour 20 % de chambres doubles** ou **communes**. Nous constatons aussi souvent que des membres optent pour la chambre individuelle, non pas parce qu'ils ont des goûts de « luxe », mais en raison de la gravité de leur état de santé. Et qu'ils sont ensuite confrontés involontairement à des suppléments très élevés.

Dans le secteur hôtelier, par exemple, il est impensable de considérer les nuitées en chambre double ou commune – avec un client que l'on ne connaît pas – comme étant la norme, sauf si l'on est disposé à payer un montant (non connu au préalable) nettement plus élevé pour une chambre individuelle. Ce scénario se rapproche cependant de la réalité belge à laquelle les individus sont confrontés lorsqu'ils ont de sérieux problèmes de santé nécessitant une hospitalisation. **La surcapacité actuelle des lits d'hôpitaux offre des opportunités dans ce contexte :** le KCE a calculé que par rapport aux besoins en 2025 et compte tenu du vieillissement accéléré, environ 6 000 lits d'hôpitaux sont excédentaires en Belgique (rapport KCE 289AS).

Cependant, pour que la chambre individuelle devienne un standard, il faut avant tout supprimer les suppléments d'honoraires.

Le fait que de plus en plus d'hôpitaux proposent des « chambres individuelles de luxe » contre des suppléments plus élevés que les chambres individuelles standard, nous pousse à penser que les hôpitaux considèrent aussi de plus en plus les chambres individuelles « ordinaires » comme la norme.

Afin de pouvoir suivre la transition vers un nombre proportionnellement plus élevé de chambres individuelles, il est conseillé de créer un **cadastre** avec des données spécifiques à l'hôpital sur les chambres individuelles, doubles et communes disponibles (nombre et caractéristiques).

b. Suppléments de chambre

Un supplément de chambre est un supplément qui peut être facturé au patient qui, à l'admission, opte pour une chambre individuelle, à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital soit disponible pour l'hébergement de patients ne souhaitant pas payer de supplément.[35] Le législateur stipule également d'autres situations dans lesquelles un supplément de chambre ne peut pas être facturé – voir note en bas de page 16. Il n'existe actuellement **aucune disposition légale concernant ce qu'un supplément de chambre couvre (ou non), ou fixant un maximum légal.** Chaque hôpital décide lui-même du montant du supplément de chambre (exprimé en euros et par jour).

35 Art. 97 de la loi sur les hôpitaux

Sur la base des données de facturation, nous savons que le total des suppléments de chambre payés par les membres de la MC s'élevait à **46,3 millions d'euros** en 2018. Sur ce montant, 43,7 millions d'euros (94,4 %) concernaient des hospitalisations classiques, 1,6 million d'euros des hospitalisations de jour non chirurgicales et 1 million d'euros des hospitalisations de jour chirurgicales. À l'échelle nationale, le volume total des suppléments de chambre peut être estimé à environ 115 millions d'euros.

Le montant des suppléments de chambre par jour peut être très élevé, et ce sans aucune justification. On constate une **grande hétérogénéité au niveau des montants demandés par jour** en fonction de l'hôpital, de l'unité ou du service, de l'aile du bâtiment, du type d'hospitalisation, des caractéristiques de la chambre (par ex. avec ou sans douche), etc. **Pour un même séjour à l'hôpital, pour un même patient et dans une même chambre, certains hôpitaux appliquent des différences de prix :** le supplément de chambre au premier jour est de 30 euros supérieur au tarif des jours suivants.

Alors que des hôpitaux proposent une chambre individuelle contre des « frais d'hébergement » supplémentaires inférieurs à 50 euros par jour, les suppléments de chambre maximum peuvent, dans d'autres hôpitaux, se monter à 330 euros par jour. À ce prix-là, on peut sans doute s'attendre à une suite de luxe. Pour les membres de la MC en particulier, le supplément de chambre maximum facturé en 2018 était de 300 euros par jour. **Pour les hospitalisations de jour aussi, les suppléments de chambre peuvent être très importants**, même si le patient ne passe pas la nuit à l'hôpital mais n'occupe la chambre que quelques heures pendant la journée. Un supplément de chambre de 150 euros pour une hospitalisation de jour après une opération de la cataracte, par exemple, est-il justifié ?
L'analyse des sites web des hôpitaux nous apprend que certains hôpitaux appliquent 4 ou 5, voire encore plus de tarifs pour les suppléments de chambre. Ces données affinées ne sont pas reprises dans les informations que l'INAMI transmet périodiquement aux organismes assureurs, et ne peuvent être davantage déduites des factures de nos membres. Les données dont nous disposons aujourd'hui ne sont pas suffisamment détaillées et à jour pour pouvoir informer les citoyens/nos membres à l'avance et sans ambiguïté sur les « frais d'hébergement » d'une hospitalisation. Cependant, nous considérons les informations fournies à nos membres comme une tâche importante (faisant partie entre autres de l'axe 6 du Pacte d'avenir avec les mutualités). Sur le plan international, il n'est d'ailleurs pas courant que le patient hospitalisé paie des coûts (d'hébergement) supplémentaires pour un séjour en chambre individuelle.

Les normes d'aménagement que doivent respecter les hôpitaux et leurs services sont définies dans l'arrêté royal du 23-10-1964. **Les normes d'aménagement des années 1960 ne répondent cependant plus nécessairement aux normes de 2019.** Est-il, par exemple, toujours d'actualité de prévoir 1 toilette pour 10 patients ? Et la télévision, le Wi-Fi, etc. font-ils partie de l'équipement standard d'une chambre d'hôpital actuelle ou sont-ils encore considérés comme des « extras » ?

VISION DE LA MC

Nous pensons que **chaque hôpital devrait proposer** un nombre suffisant de **chambres individuelles à un coût d'hébergement raisonnable et en conformité avec des normes d'aménagement actuelles et réalistes**.

Il convient de définir ce qui est « raisonnable ». Nous pensons notamment à des **prix maximum transparents** prédéfinis. La MC souhaite, de préférence en consultation avec le secteur, aboutir à une **limitation des suppléments de chambre pour les chambres individuelles,** comme la loi le prévoit d'ailleurs aussi.

(Art. 97 de la loi sur les hôpitaux. Cet article prévoit également par A.R. que le plafond du montant du supplément de chambre doit être fixé après consultation paritaire des organismes assureurs en ce qui concerne l'assurance des soins médicaux et des instances représentatives des gestionnaires d'hôpitaux).

Notre plaidoyer en faveur d'une **limitation des suppléments de chambre, liée à des critères objectifs**, cadre avec l'appel en faveur d'un financement adéquat et transparent des hôpitaux. Nous préférons d'abord donner la possibilité aux acteurs des soins de santé d'élaborer, dans un délai raisonnable, des mesures visant à limiter les suppléments de chambre pour les chambres individuelles. Après tout, nous sommes convaincus que la concertation peut mener à des solutions plus solides et soutenues sur le long terme. Nous exhortons le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à prendre l'initiative à cet égard et à faciliter la concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux/associations d'hôpitaux et les organismes assureurs.

Nous demandons également **un cadre réglementaire** clair stipulant ce que le supplément de chambre ne couvre pas.

À court terme, nous demandons :

- la transparence de chaque hôpital
* sur les tarifs des suppléments de chambre appliqués pour les hospitalisations classiques et les hospitalisations de jour, y compris une justification (superficie des chambres, services disponibles (réfrigérateur ? téléviseur ? Wi-Fi ? salle de bains ? superficie de la salle de bains ? douche ?) …)
* sur les coûts que les suppléments de chambre couvrent dans la pratique
* sur ce qu'on entend aujourd'hui par « confort de la chambre » ou « frais d'hébergement » et quand ceux-ci sont-ils facturés (voir aussi le point C.b.)

➔ En échange de cette **transparence à court terme,** nous ne proposons, pour l'instant, pas de plafond (montant maximum) pour les suppléments de chambre.

➔ Une fois cette transparence en place, la MC s'engage à donner une image correcte de la situation actuelle et à ajouter les informations concernant les suppléments de chambres sur le site web de la MC d'une manière claire et nuancée.

- l'**interdiction de facturer un montant forfaitaire lié au confort des chambres individuelles** autrement que par le biais des suppléments de chambre (notamment via les codes 960492-960503 ; voir ci-dessous)

- que les **suppléments de chambre puissent être adaptés maximum 1 fois par an**, à un moment défini, identique pour tous les hôpitaux.

- que le montant des suppléments de chambre **soit identique** pour tous **les jours** d'hospitalisation en chambre individuelle (en d'autres termes, aucune variation de prix possible entre le jour 1 et les jours d'hospitalisation suivants).

C. Produits, prestations ou services non remboursés par l'ASSI

En 2018 les membres de la MC ont payé **88,9 millions d'euros** en prestations, produits et services non remboursables (soit entièrement à charge du patient) facturés par les hôpitaux. Autrement dit, le total pour la Belgique est évalué à 218 millions d'euros environ. Au cours de la période 2009-2018, la masse totale des montants concernant des produits, prestations ou services non remboursables facturés aux membres de la MC a connu une hausse annuelle réelle de 1,7 % en plus de l'indice des prix à la consommation.

Les paiements montants non remboursables peuvent être subdivisés en 3 grands sous-groupes : honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables, implants non remboursables et produits d'hygiène et coûts divers.

C'est avant tout l'étendue et l'évolution des honoraires (para)médicaux non remboursables qui sautent aux yeux (figure 27). **En 2018, les membres de la MC ont payé 42,7 millions d'honoraires (para)médicaux non remboursables** facturés par les hôpitaux. Pour la population belge dans son ensemble, cela équivaut donc à 105 millions d'euros environ. Pour les membres de la MC, ces honoraires non remboursables ont représenté 48 % de tous les montants non remboursables faisant l'objet de cette étude (figure 28). Il convient de noter qu'en 2018, 56 % des honoraires

(para)médicaux non remboursables facturés par les hôpitaux se trouvaient hors du cadre hospitalier, autrement dit **dans le contexte ambulatoire**. La masse d'honoraires non remboursables pour la période 2009-2018 a **augmenté de 5,1 % en moyenne, en plus de l'indice des prix à la consommation**. En pourcentage, l'augmentation est la plus marquée pour l'hospitalisation de jour (+7,7 % en hospitalisation de jour non chirurgicale, +7,0 % en hospitalisation de jour chirurgicale) et pour l'activité ambulatoire (hausse annuelle moyenne de 5,8 %). Néanmoins, en cas d'admission classique également on observe une augmentation réelle annuelle de 2,1 %.

Figure 27. Évolution 2009-2018 des montants non remboursables facturés par les hôpitaux aux membres de la MC (prix 2018) ; la correspondance de l'oncofreezing n'est pas affichée sur la figure.

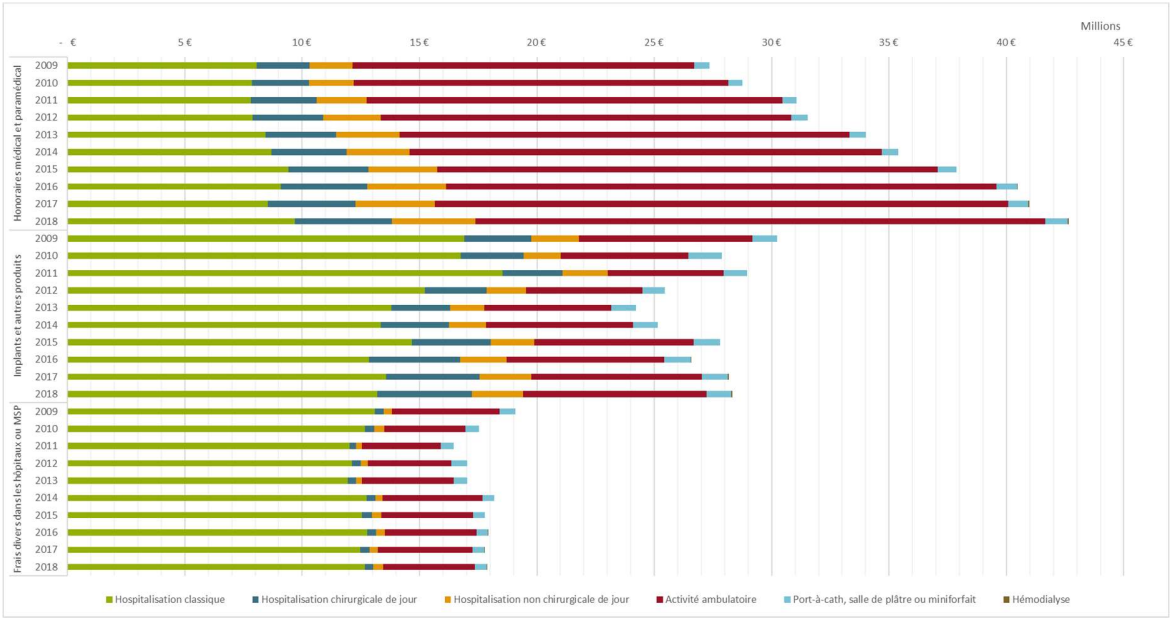
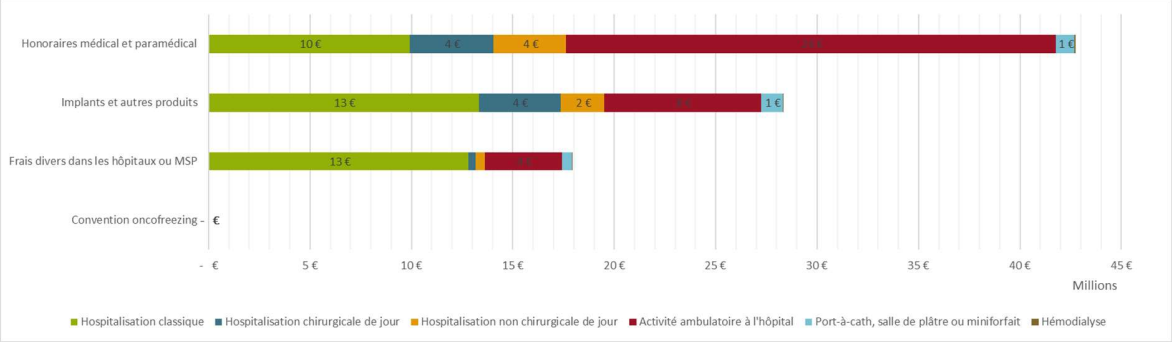


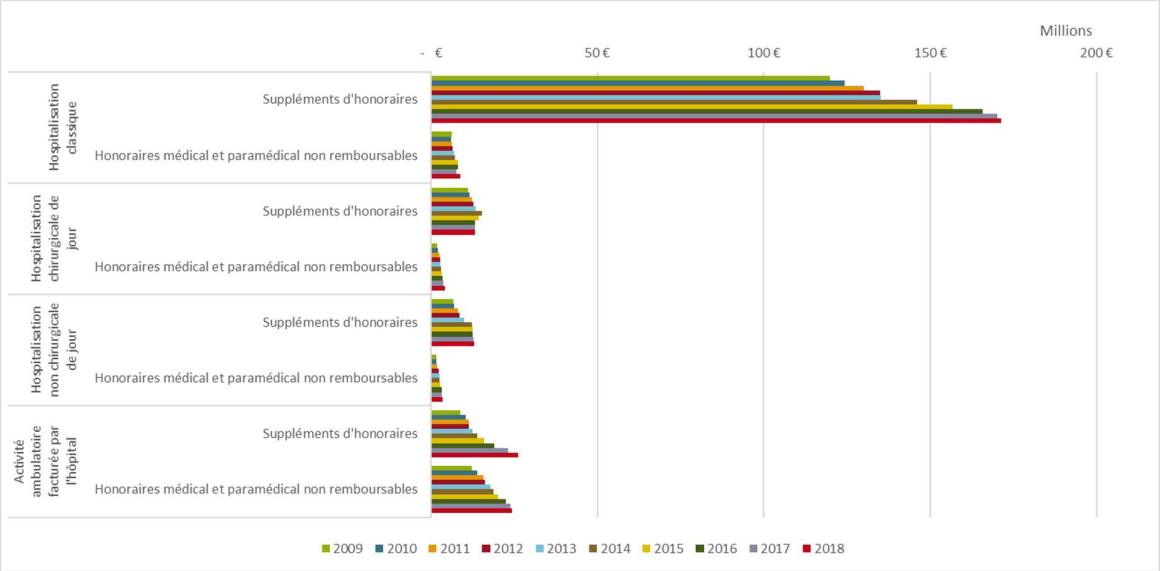
Figure 28. Prestations, produits et services non remboursables (entièrement à charge du patient), facturés par les hôpitaux (données MC, 2018).



Par rapport au volume des suppléments d'honoraires, le volume des honoraires non remboursables paraît globalement plutôt limité (figure 29). En cas d'activité ambulatoire facturée par les hôpitaux, la hausse annuelle moyenne (2009-

2018) des suppléments d'honoraires est clairement plus prononcée que celle des honoraires (para)médicaux non remboursables. En hospitalisation de jour, par contre, la hausse annuelle moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables est clairement plus grande que celle des suppléments d'honoraires. Tel est surtout le cas pour les hospitalisations de jour chirurgicales. Lors d'une admission classique, les taux de croissance en pourcentage des suppléments d'honoraires et les honoraires (para)médicaux non remboursables se situent dans le même ordre de grandeur, à un niveau clairement plus élevé que le taux de croissance des honoraires de l'ASSI.

Figure 29. Évolution 2009-2018 des honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables et des suppléments d'honoraires (membres de la MC, indice des prix à la consommation non pris en compte) pour les admissions classiques, l'hospitalisation de jour et l'activité (ambulatoire) « résiduaire » facturés par les hôpitaux.



En 2018, les membres de la MC ont payé **28,3 millions d'euros** en **implants et produits d'hygiène** non remboursables facturés par les hôpitaux (figure 28), ce qui correspond à 32 % de la masse totale des montants non remboursables facturés. Cette catégorie de montants non remboursables concerne essentiellement la partie hospitalisation de l'hôpital. Si d'une part, pour une admission classique, l'on constate une diminution au fil du temps (diminution annuelle moyenne de 2,7 % en 2009-2018, indice des prix à la consommation non pris en compte), on observe par ailleurs une hausse de la masse monétaire en cas d'hospitalisation de jour chirurgicale (+3,9 % par an en 2009-2018). Dans l'ensemble des types d'activités des hôpitaux pris en compte, on observe une diminution de la masse monétaire des implants non remboursables au fil du temps (en moyenne -0,7 % par an). Il convient de noter que cela résulte d'une tendance en forte baisse entre 2009 et 2013 et d'une tendance en forte hausse entre 2013 et 2018.

Les « **frais divers** » facturés par les hôpitaux aux membres de la MC s'élevaient à **17,9 millions d'euros** en 2018, ce qui correspond à 20 % des montants non remboursables faisant l'objet de cette étude. La masse totale des frais divers pour les membres de la MC reste très stable/diminue légèrement au fil du temps (en moyenne -0,7 % par an en 2009-2018). Ce type de coûts porte principalement sur les admissions classiques.

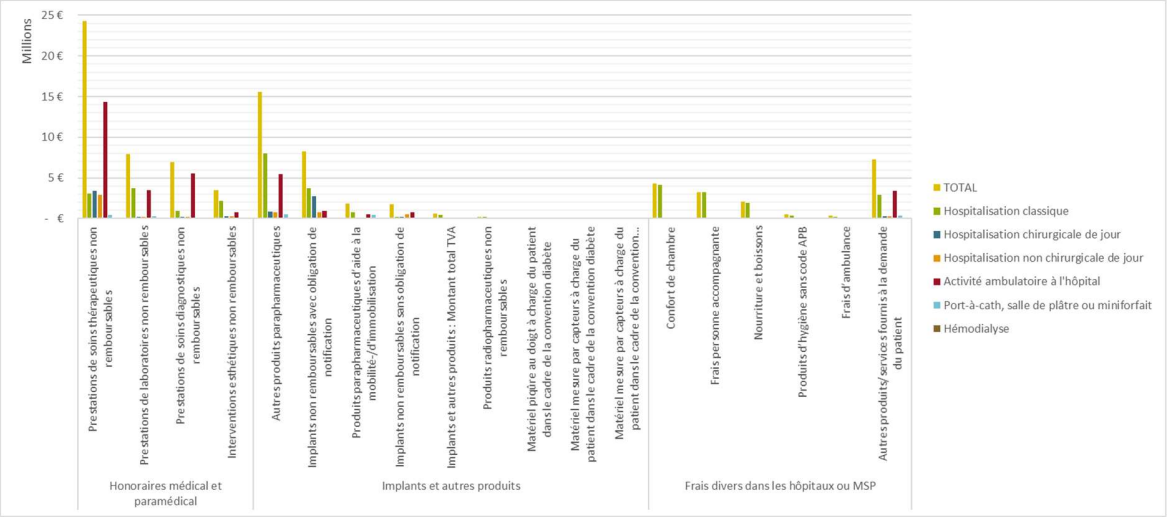
La figure 30 montre de manière plus détaillée la composition des montants non remboursables facturés (membres MC, 2018). Il est notamment frappant de constater ce qui suit :

- le niveau élevé du montant des prestations médicales thérapeutiques non remboursables (24,3 millions d'euros)
- le montant substantiel pour les examens cliniques de laboratoire non remboursables (7,9 millions d'euros)
- les prestations médicales diagnostiques non remboursables, d'un montant de 7,0 millions d'euros
- la prépondérance de l'activité hospitalière ambulatoire dans les honoraires non remboursables
- la facturation de 4,3 millions d'euros pour le confort de la chambre (presque uniquement pour les admissions classiques)

Ensuite, il y a lieu de remarquer également les montants considérables pour une série d'autres catégories (où il y a cependant une délivrance de produits/fournitures en contrepartie) :

- 15,6 millions d'euros pour les produits d'hygiène non remboursables avec code APB qui ne sont pas reconnus comme médicaments (il peut par exemple s'agir d'une lotion pour le corps, d'un savon, de bain mousse, de compléments alimentaires, …)
- 8,3 millions d'euros pour les implants non remboursables soumis au devoir de notification, largement facturés pour les admissions classiques et l'hospitalisation de jour chirurgicale

Figure 30. Détail des prestations, produits et services non remboursables facturés par les hôpitaux aux membres de la MC (2018).



Ci-après, nous nous concentrerons avant tout sur les honoraires non remboursables et le confort de la chambre. Les éléments restants (tels que les dispositifs médicaux, les implants, les cosmétiques, ...) devront, au même titre que les médicaments non remboursables, faire l'objet d'une étude séparée.

a. Honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables

En moyenne – par admission – les honoraires (para)médicaux non remboursables semblent être relativement limités : 12 euros par admission classique, 24 euros par hospitalisation de jour chirurgicale, 7 euros par hospitalisation de jour non chirurgicale et 2 euros par activité (ambulatoire) « résiduaire ». Les moyennes peuvent toutefois cacher des variations visibles, par exemple d'une discipline ou d'une intervention à l'autre. Afin de dresser un bilan de la situation,

nous avons essayé de reconstituer le contexte dans lequel les paiements non remboursables ont été attestés. La stratégie utilisée à cette fin (à savoir déterminer, pour chaque admission, la spécialité pour laquelle la majeure partie des dépenses de l'ASSI ont été réalisées) a produit les informations suivantes :

- Pour une admission classique, 87,5 % des honoraires non remboursables (c.-à-d. 31,6 des 36,1 millions d'euros) ont pu être associés à une spécialité. Cela n'a pas été possible pour les 4,5 millions restants, soit parce que la spécialité pour laquelle la majeure partie des dépenses de l'ASSI avaient été réalisées n'était pas couverte par les codes de compétence utilisés dans cette étude (« groupe résiduaire », cf. annexe 2), soit parce que tant la date de l'admission que de sortie étaient inconnues.
- Pour une hospitalisation de jour (à savoir hospitalisations de jour chirurgicales et non chirurgicales prises ensemble), 97,5 % des honoraires non remboursables (c.-à-d. 14,3 des 14,7 millions d'euros) ont été être attribués à une spécialité. Cela n'a pas fonctionné pour les 2,5 % restants, parce que la spécialité pour laquelle la majeure partie des dépenses de l'ASSI avaient été réalisées n'était pas couverte par les codes de compétence utilisés dans cette étude.
- **Pour l'activité résiduaire (ambulatoire), seuls 46,1 % des honoraires non remboursable ont été associés à une spécialité.** La raison principale pour laquelle il n'a pas été possible d'associer le montant restant d'honoraires (para)médicaux non remboursables était **qu'aucune autre prestation n'avait été facturée** le jour de la facturation du montant non remboursable (pour le patient concerné, dans l'hôpital concerné). Tel est le cas pour plus de 7 millions d'euros d'honoraires (para)médicaux non remboursables. Dans les cas où d'autres prestations ont effectivement été facturées (pour un patient donné, dans un hôpital donné, ledit jour), cela portait surtout sur des **médicaments** (associés à environ 3,9 millions d'euros d'honoraires (para)médicaux non remboursables) ou des **tests de laboratoire** (associés à env. 2,4 millions d'euros d'honoraires (para)médicaux non remboursables). Dans ce cas il n'était pas possible de déterminer une spécialité sur la base des codes de compétences utilisés dans cette étude.

Dans les paragraphes qui suivent, nous nous limitons (par la force des choses) aux montants que nous avons pu lier à une spécialité, pour des admissions classiques, hospitalisations de jour et activité (ambulatoire) « résiduaire » successivement. Nous insistons sur le fait que ce ne sont pas nécessairement les spécialités avec l'intervention de l'ASSI la plus élevée qui facturent également de manière effective les paiements non remboursables. Du reste, à ce jour aucune information n'est disponible pour déterminer qui atteste les montants non remboursables.

i. Admissions classiques

77,0 % de la masse totale des honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés pour des séjours hospitaliers dans des chambres doubles. Derrière ce chiffre se cachent en réalité de grandes différences : si dans certains hôpitaux la quasi totalité de la masse d'honoraires non remboursables est générée lors des admissions en chambres doubles ou communes, dans d'autres hôpitaux la majeure partie de la masse d'honoraires non remboursables provient principalement des admissions en chambres individuelles (figure 31). On relève également de grosses différences entre les hôpitaux concernant la systématique avec laquelle les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés lors des admissions classiques, et ce tant dans les chambres individuelles que dans les chambres doubles ou communes (figure 32). Dans l'ensemble des hôpitaux en admission classique, des honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés respectivement dans 21% et 20 % des admissions classiques en chambres individuelles et en chambres doubles ou communes (données MC, 2018). En 2009, ces chiffres étaient encore respectivement de 15 et 14 % .

Figure 31. Le pourcentage des honoraires non remboursables facturés endes admissions classiques en chambres communes dans le total tous types de chambre confondus (axe primaire) et la masse totale des honoraires non remboursables (tous types de chambres réunis ; diagramme, axe secondaire), par hôpital. Données des membres de la MC, 2018.

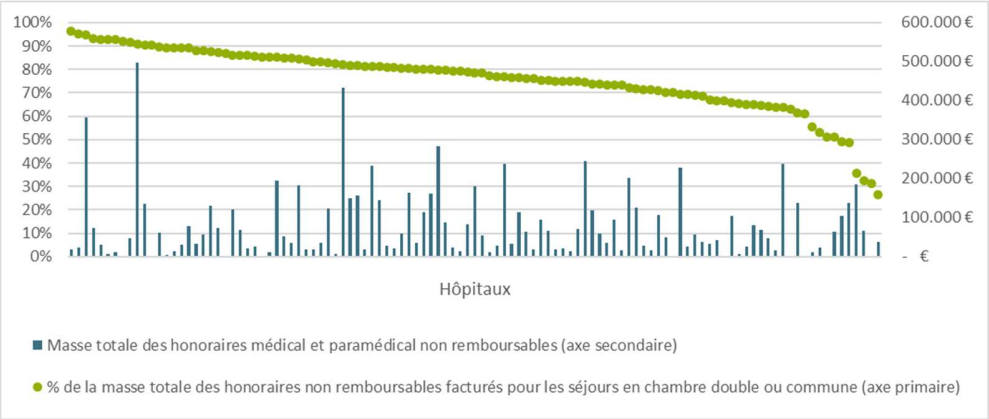
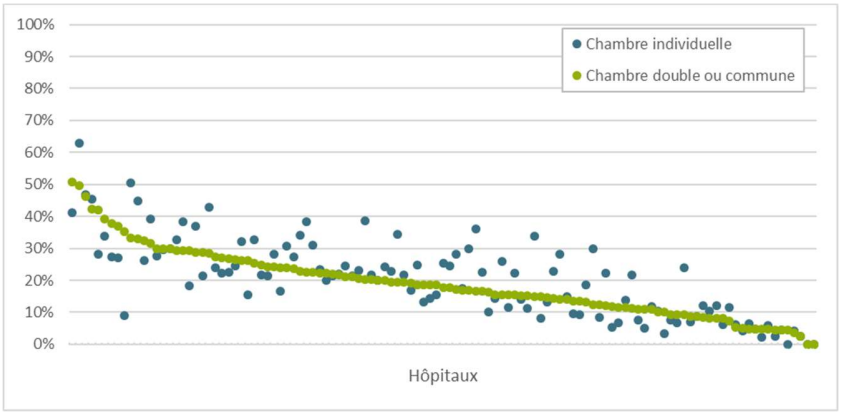
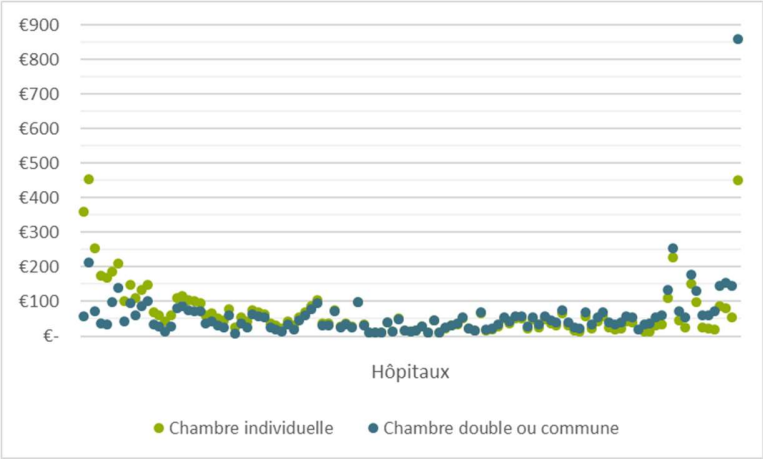


Figure 32. Les pourcentages spécifiques à l'hôpital des admissions classiques où, par type de chambre, des honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables sont facturés (données des membres MC, 2018).



Lorsque l'on tient compte uniquement des admissions classiques où les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés, on relève de grosses différences entre les hôpitaux concernant le montant (moyen) par admission. Dans la plupart des hôpitaux, les montants moyens des honoraires (para)médicaux non remboursables par admission sont similaires dans les deux types de chambres (individuelles et communes). Néanmoins, dans une série d'hôpitaux les montants moyens facturés (par séjour) sont clairement plus élevés ou nettement en dessous dans les chambres individuelles (figure 33).

Figure 33. Le montant moyen des honoraires (para)médicaux non remboursables facturés par admission classique, par hôpital et par type de chambre. Données des membres de la MC, admissions classiques 2018, séjours avec facturation des honoraires (para)médicaux non remboursables.



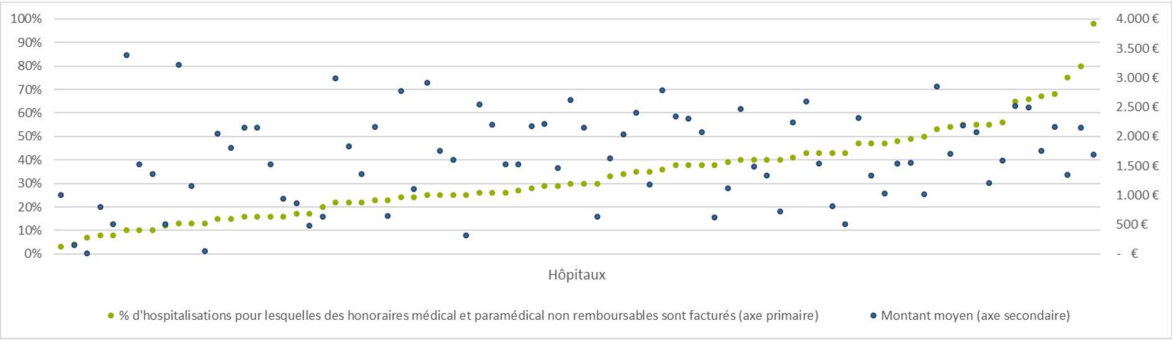
75 % du total des montants non remboursables facturés peuvent être associés à 10 spécialités avec l'intervention de l'ASSI la plus élevée par admission (tableau 6). **36 % du montant total des honoraires (para)médicaux** (c.-à-d. 3,1 des 8,7 millions d'euros) **peuvent être associés à des admissions pour lesquelles la majeure partie du coût de l'ASSI est imputable à un chirurgien plasticien.**

Tableau 6. Montants non remboursables : top 10 des spécialités, où la majorité du coût des interventions de l'ASSI relève des admissions classiques (données des membres MC, 2018) avec mise en évidence des chiffres et pourcentages les plus éloquents.

Spécialité	**Coûts divers dans les hôpitaux**	**Pharmacie, frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques, coûts des implants et dispositifs médicaux non implantables**	**Honoraires médicaux et paramédicaux**	**TOTAL**
Chirurgie plastique	54.983 € (1%) 0%	674.641 € (18%) 6%	3.111.958 € (81%) 36%	**3.841.581 €** (100%) 12%
Pédiatrie	2.780.126 € (79%) 25%	331.132 € (9%) 3%	410.613 € (12%) 5%	**3.521.870 €** (100%) 11%
Chirurgie	753.312 € (26%) 7%	1.772.066 € (62%) 15%	337.731 € (12%) 4%	**2.863.109 €** (100%) 9%
Gynécologie - obstétrique	1.060.695 € (40%) 10%	1.238.815 € (47%) 10%	349.448 € (13%) 4%	**2.648.957 €** (100%) 8%
Orthopédie	640.439 € (24%) 6%	1.861.948 € (71%) 16%	134.739 € (5%) 2%	**1.637.125 €** (100%) 8%
Imagerie médicale	889.128 € (40%) 8%	571.915 € (26%) 5%	741.060 € (34%) 9%	**2.202.103 €** (100%) 7%
Gériatrie	1.010.420 € (49%) 9%	550.192 € (27%) 5%	483.618 € (24%) 6%	**2.044.230 €** (100%) 6%
Neurochirurgie / neuropsychiatrie	171.449 € (9%) 2%	1.593.623 (88%) 13%	49.136 € (3%) 1%	**1.814.209 €** (100%) 6%
Cardiologie	448.027 € (38%) 4%	305.233 € (26%) 3%	435.497 € (37%) 5%	**1.188.758 €** (100%) 4%
Médecine physique et rééducation	654.111 € (61%) 6%	298.994 € (28%) 3%	119.235 € (11%) 1%	**1.072.340 €** (100%) 3%
…	…	…	…	…
TOTAL	11.109.745€ (35%) 100%	11.855.363 € (37%) 100%	8.684.286 € (27%) 100%	**31.649.444** (100%) 100%

La systématique avec laquelle les honoraires non remboursables sont facturés pour les admissions classiques où la chirurgie plastique concentre la majorité du coût pour l'ASSI diffère grandement d'un hôpital à l'autre (figure 34). Si cela advenait plutôt rarement dans certains hôpitaux (en 2018), il ressort des données de facturation des membres de la MC que c'était une pratique très courante dans d'autres hôpitaux (par ex. AZ Diest, AZ Vilvorde, AZ Delta Torhout, AZ Zeno, Centre Hospitalier Epicura (Baudour/Hornu/Frameries), AZ West Veurne, AZ Jan Palfijn, …). Les montants facturés (par admission) varient aussi considérablement d'un hôpital à l'autre. Les **montants moyens** par hôpital (par admission, lorsque des honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés vont de moins de **500 euros à – 3 500 euros**.

Figure 34. Le pourcentage des admissions classiques pour lesquelles la majorité du côut de l'intervention de l'ASSI réside dans la chirurgie plastique et où les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés par rapport à toutes les admissions classiques pour lesquelles la chirurgie plastique concentre la majorité du coût de l'intervention de l'ASSI (par hôpital) ; et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données des membres de la MC, 2018).



8 des 10 principaux hôpitaux qui facturent le plus systématiquement les honoraires (para)médicaux non remboursables pour les admissions classiques où la chirurgie plastique concentre la majorité du coût pour l'ASSI se trouvent en Flandre. Dans le top 10 des hôpitaux avec les montants moyens les plus élevés d'honoraires (para)médicaux non remboursables, 6 se trouvent en Wallonie et 4 en Flandre. Il convient de noter que les hôpitaux bruxellois figurent relativement souvent dans le top 10 des hôpitaux avec la fréquence de facturation la plus basse (n=3) et les montants moyens les plus bas (n=3). **La fréquence de facturation des honoraires non remboursables** (admissions classiques, chirurgie plastique représentant la majorité du coût pour l'ASSI) **paraît donc plus élevée dans les hôpitaux de Flandre. Le risque de faire face à des montants élevés semble se situer avant tout en Wallonie et en Flandre.**

Pour 2/3 des admissions classiques pour lesquelles la chirurgie plastique concentre la majorité du coût de l'intervention de l'ASSI et pour lesquelles des honoraires non remboursables sont facturés, au moins 1 des 3 numéros de code de la nomenclature suivants apparaît (base : données des membres de la MC, 2018) :

- 241286: exérèse de tablier graisseux étendu avec gêne fonctionnelle : (résection avec plastie cutanée et transposition du nombril (555 admissions)
- 251624: plastie de réduction d'un sein pour hypertrophie mammaire entraînant une gêne fonctionnelle (523 admissions)

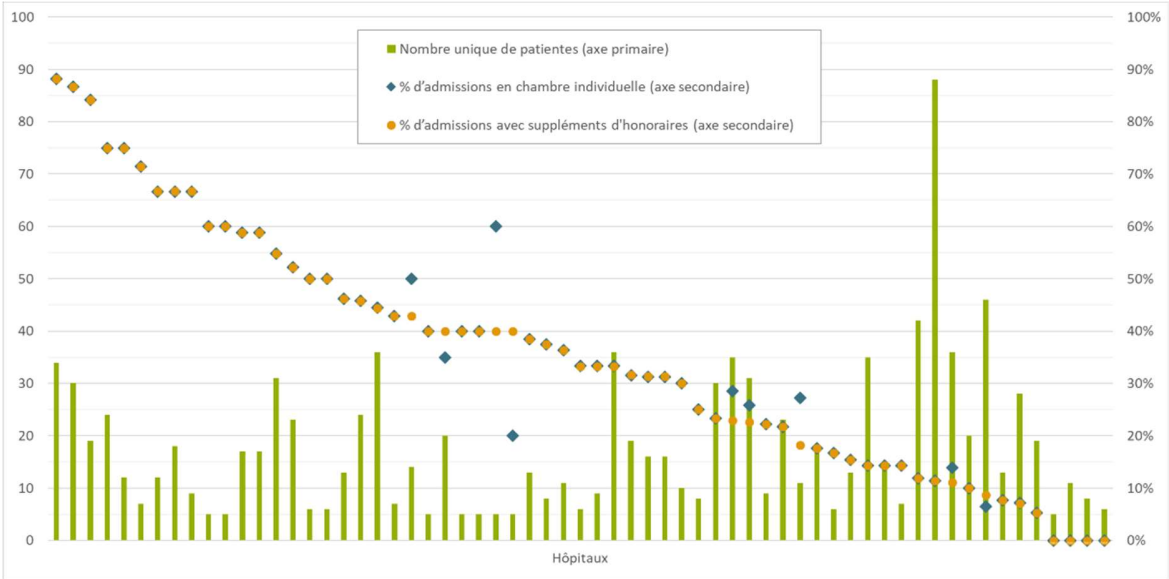
- 250224: Lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, en une seule intervention sur une surface égale ou supérieure à 100 cm² (105 admissions)

Ces codes du top 3 représentent une masse totale d'honoraires non remboursables de plus de 2,3 millions d'euros (membres de la MC, 2018).

Une des prestations au sujet de laquelle les membres nous adressent fréquemment des questions/plaintes en matière de facturation des honoraires (para)médicaux non remboursables est la **réduction mammaire en raison d'une gêne fonctionnelle** (251613-251624: « plastie de réduction d'un sein pour hypertrophie mammaire entraînant une gêne fonctionnelle »). En 2018, cette intervention a été effectuée chez 1 246 membres de la MC, le plus souvent en admission classique (n=1.200). Le coût total à charge des patientes pour ces admissions classiques s'élevait à 2 151 840 euros, dont 991 852 euros d'honoraires non remboursables et 875 090 euros de suppléments d'honoraires. Ces suppléments (qui ne sont pas facturés chez chaque patient) forment ensemble 86,8 % du coût total à charge du patient.

Le pourcentage de patientes qui – pour l'opération citée en admission classique – séjourne dans une chambre individuelle, diffère grandement d'un hôpital à l'autre (variation entre 0 % et- 88 % ; figure 35). Les 3 hôpitaux où le pourcentage des séjours en chambre individuelle est le plus élevé sont AZ Monica à Deurne/Anvers (88 %), Imeldaziekenhuis à Bonheiden (87 %) et CHIREC à Bruxelles (84 %). Si la patiente séjourne en chambre individuelle, la plupart des hôpitaux facturent aussi des suppléments d'honoraires de façon systématique.

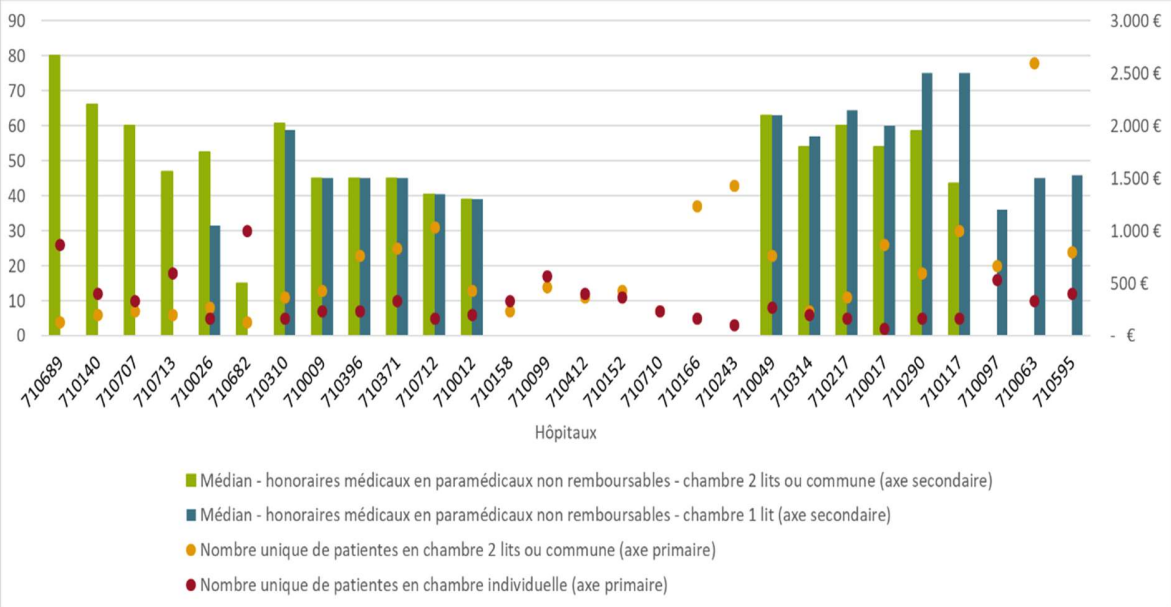
Figure 35. Le nombre de patients ayant subi une réduction mammaire en 2018 pour des raisons fonctionnelles (code 251613-251624) en hospitalisation classique (par hôpital), le pourcentage des interventions avec un séjour en chambre individuelle et le pourcentage des interventions avec facturation des suppléments d'honoraires (données des membres de la MC, 2018 ; seuls les hôpitaux comptant au moins 5 interventions auprès de membres de la MC sont affichés).



(Au moins) 7 hôpitaux n'ont pas facturé d'honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables lors de l'exécution de l'intervention concernée (données de facturation des membres MC, hospitalisation classique en 2018, figure 36) :

Hôpitaux GZA à Wilrijk/Anvers/Mortsel
AZ Klina à Brasschaat/Wuustwezel
Jessaziekenhuis à Hasselt
Centre Hospitalier Régional de la Citadelle à Liège/Herstal
Centre Hospitalier Chrétien à Liège
Centre Hospitalier Chrétien à Hermalle-Sous-Argenteau/Heusy
CHU UCL Namur

Figure 36. La contribution médiane spécifique par hôpital aux honoraires non remboursables, par type de chambre (chambre individuelle *vs* chambre double ou commune), pour les admissions classiques où la majorité des coûts de l'intervention de l'ASSI relève de la réduction mammaire pour des raisons fonctionnelles (code 251613-251624) (données membres MC, 2018).



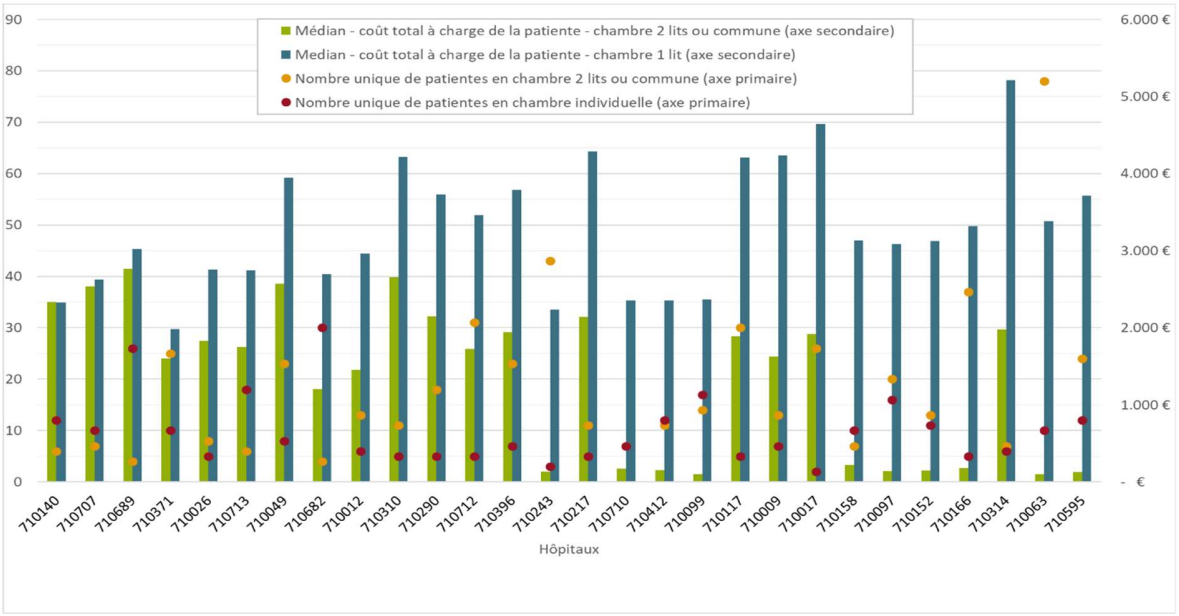
D'autres hôpitaux facturent effectivement des honoraires (para)médicaux non remboursables lors de l'intervention concernée. Le plus haut montant facturé sous cette forme d'honoraires chez un membre MC en 2018 s'élevait à **6 050 euros.** Ce montant n'inclut pas d'autres coûts éventuels à charge de la patiente. Le montant médian par hôpital se situe souvent entre 1 000 euros et 2 500 euros, par admission (figure 36). Néanmoins, on observe encore des différences de tarifs frappantes d'un hôpital à l'autre :

- Facturation des honoraires (para)médicaux non remboursables uniquement en cas de séjours en chambre double ou commune (par ex. Imelda ziekenhuis Bonheiden, AZ Monica à Deurne/Anvers, AZ Sint Lucas à Bruges, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, AZ Jan Palfijn à Gand)
- Facturation des honoraires (para)médicaux non remboursables uniquement en cas de séjours en chambres individuelles (par ex. AZ Nikolaas à Saint-Nicolas/Beveren/Temse, AZ Turnhout, Heilig Hart Ziekenhuis à Lierre)

- Montants facturés médians (quasi) égaux pour les deux types de chambres (par ex. AZ Sint-Jan Brugge-Oostende, AZ West à Veurne, Réseau Hospitalier d'Anvers, AZ Groeninge à Courtrai, Ziekenhuis Oost-Limburg à Genk/Lanaken, AZ Heilige Familie à Reet, …)
- …

Dans la plupart des hôpitaux, le coût total médian à charge de la patiente est nettement plus élevé en cas de séjour en chambre individuelle qu'en chambre commune. Dans certains hôpitaux, il est très prononcé, et le coût total moyen à charge du patient en chambre individuelle est 29,5 à 32,9 fois plus élevé qu'en chambre double ou commune (par ex. AZ Nikolaas et AZ Turnhout). Dans d'autres hôpitaux, nous avons constaté que le **coût médian total pour la patiente est (quasi) identique, indépendamment du type de chambre choisi** (figure 37)**.** L'AZ Sint Lucas à Brugge et le Centre Hospitalier Universitaire de Liège en sont l'illustration. Les deux derniers hôpitaux mentionnés facturent (pour l'intervention en question, chez les membres de la MC) des honoraires non remboursables uniquement en cas de séjours en chambres doubles ou communes. Les deux premiers hôpitaux mentionnés facturent uniquement en cas de séjour en chambre individuelle (cf. supra).

Figure 37. Le coût total médian spécifique à l'hôpital à charge du patient (comprenant les suppléments et les montants non remboursables) par type de chambre (chambre individuelle *vs* chambre double ou commune), pour les admissions classiques en cas de réduction mammaire pour raisons fonctionnelles (code 251613-251624, membres de la MC, 2018).



Ce faisant, nous démontrons que même un **patient** qui séjourne en **chambre double ou commune n'a pas toujours la garantie** qu'**aucun supplément** ne sera comptabilisé. Ce qui signifie que, suite à une combinaison possible de divers types de suppléments, **l'accessibilité financière n'est pas toujours garantie** même pour un patient séjournant en chambre double ou commune. Il convient de remarquer par ailleurs les **énormes différences de prix** d'un hôpital à l'autre **pour les admissions avec séjour en chambre double ou commune** : hôpital avec le coût médian total les plus élevé : 3 023 euros, hôpitauxl avec le coût médian total les plus bas : 103 euros, facteur de différence 29,3 pour une même intervention avec séjour en chambre individuelle).

Nous irons même plus loin : pour une facture d'un montant total identique, il n'est pas exclu que les dépenses nettes à la charge du patient après intervention de son assurance hospitalisation soient (fortement) plus élevées lors d'une admission en chambre commune que lors d'une admission en chambre individuelle. En effet, la plupart des assurances hospitalisation couvrent (une partie des) suppléments d'honoraires facturés par admissions en chambre individuelle, mais n'interviennent généralement pas pour les suppléments sous forme « d'honoraires non remboursables ».

ii. Hospitalisation de jour

95,7 % de la masse totale des honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés en cas d'hospitalisations de jours en chambres doubles ou communes.

Pour les hospitalisations de jour chirurgicales et non chirurgicales (prises ensemble), 74 % du montant total des paiements non remboursables peuvent être associés à 3 spécialités suivant l'intervention de l'ASSI la plus élevée par admission (tableau 7). **60 % du montant total des honoraires (para)médicaux** (c.-à-d. 4,6 des 7,5 millions d'euros) **peuvent être associés à des hospitalisations de jour pour lesquelles la majeure partie du coût de l'ASSI est réalisée paour un stomatologue.** Sur ces 4,6 millions d'euros, 51 % et 49 % ont respectivement trait à l'hospitalisation de jour chirurgicale et non chirurgicale.

Tableau 7. Montants non remboursables ; top 3 des spécialités, où la majorité du le coût de l'ASSI relève de l'hospitalisation de jour (chirurgicale pu non) (données des membres MC, 2018) avec mise en évidence des chiffres et pourcentages les plus éloquents.

Spécialité	Coûts divers dans les hôpitaux	Pharmacie, frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques, coûts des implants et dispositifs médicaux non implantables	Honoraires médicaux et paramédicaux	TOTAL
Stomatologie	248.285 € (4%) 33%	1.578.885 € (25%) 26 %	4.551.473 € **(71%)** 60%	**6.378.643 €** (100%) 45%
Ophtalmologie	24.789 € (1%) 3%	2.455.852 € (79%) 41%	630.529 € (20%) 8%	**3.111.170 €** (100%) 22%
Chirurgie plastique	15.752 € (1%) 2%	240.981 € (22%) 4%	850.674 € (77%) 11%	**1.107.406 €** (100%) 8%
…	…	…	…	…
TOTAL	746.734 € (5%) 100%	6.038.956 € (42%) 100%	7.525.282 € (53%) 100%	**14.311.022 €** (100%) 100%

En cas d'hospitalisations de jour pour lesquelles la stomatologie concentre la majorité du coût de l'ASSI, on observe de grandes différences d'un hôpital à l'autre tant pour ce qui est de la systématique avec laquelle les honoraires non remboursables sont facturés que pour ce qui est des montants facturés (figures 38 et 39, respectivement hospitalisations de jour chirurgicales et non chirurgicales). Si la facturation d'honoraires (para)médicaux non remboursables paraît très courante dans certains hôpitaux, c'est moins le cas dans d'autres. **Les montants, par admission peuvent facilement s'élever à quelques centaines d'euros** ; dans certains hôpitaux, les moyennes pour hospitalisations de jour non chirurgicales - dans le cas où des honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés - peuvent atteindre (plus de) 1 000 euros, par ex. à AZ Oudenaarde, au CH de Mouscron et aux Hôpitaux Iris Sud – Iris Ziekenhuizen Zuid.

Figure 38. Le pourcentage des hospitalisations de jour chirurgicales pour lesquelles la majorité l'intervention de l'ASSI relève de la stomatologie et où des honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés par rapport à toutes les hospitalisations de jour chirurgicales dont la majorité de l'intervention de l'ASSI relève de la stomatologie (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables attestés (données des membres de la MC, 2018).

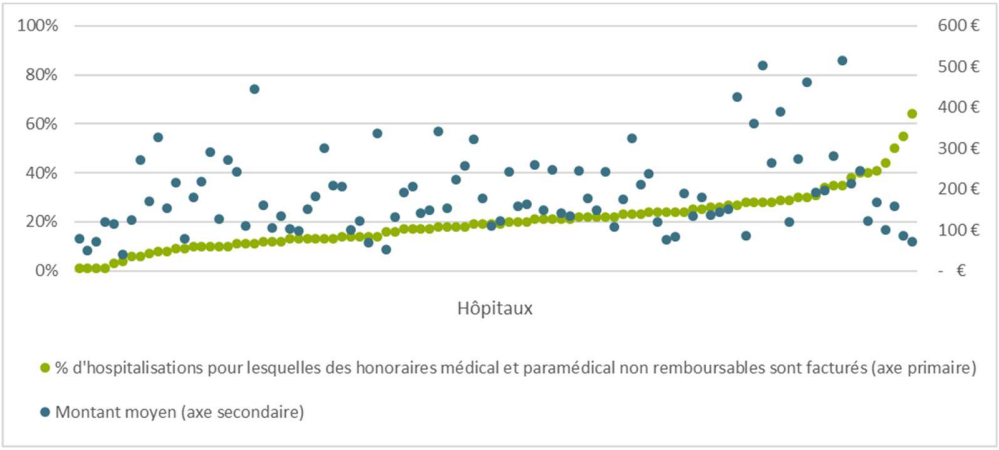
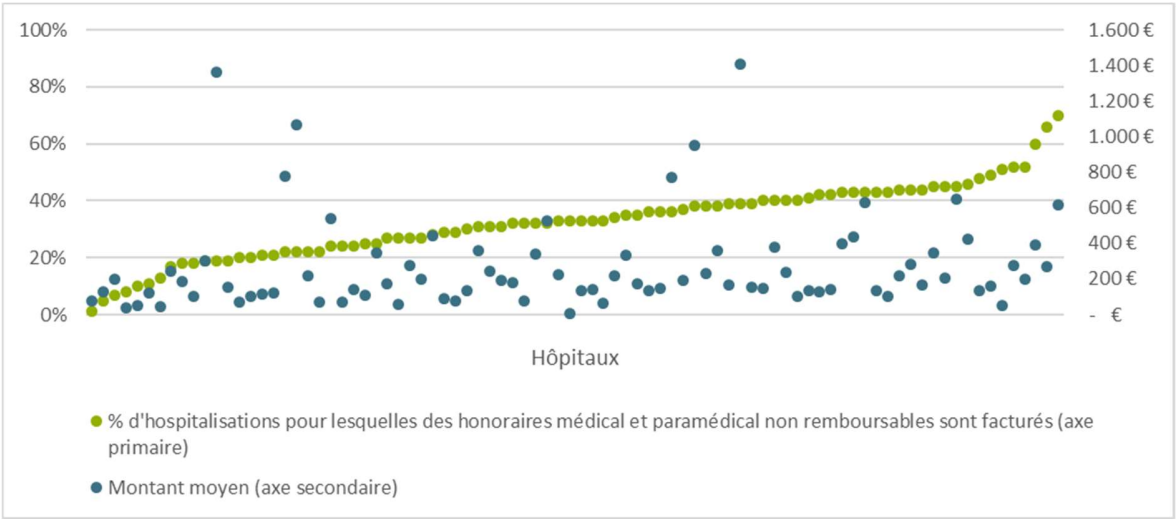


Figure 39. Le pourcentage des hospitalisations de jour non chirurgicales pour lesquelles le centre de gravité de l'intervention de l'ASSI relève de la stomatologie et les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés par rapport à toutes les hospitalisations de jour non chirurgicales dont le centre de gravité de l'intervention de l'ASSI relève de la stomatologie (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données des membres de la MC, 2018).



La fréquence de la facturation des honoraires (para)médicaux non remboursables (hospitalisations de jour, majorité du coût de l'ASSI en stomatologie) paraît être la plus élevée en Flandre : sur les 10 principaux hôpitaux qui facturent le plus systématiquement les honoraires (para)médicaux non remboursables, 7 se trouvent en Flandre (tant pour les hospitalisations de jour chirurgicales que non chirurgicales). Sur la base du top 10 des montants moyens les plus élevés, le risque de montants élevés semble surtout se situer en Wallonie et en Flandre.

Pour 4/5 des hospitalisations de jour (chirurgicales ou non chirurgicales) pour lesquelles la stomatologie concentre la majorité l'intervention de l'ASSI et pour lesquelles des honoraires non remboursables sont facturés, au moins 1 des 3 numéros de code de la nomenclature suivants apparaît (base : données des membres de la MC, 2018) :

- 310914: Traitement d'ostéite inflammatoire au niveau du maxillaire par curetage, en un ou plusieurs temps (9.014 hospitalisations)
- 312410: Ostéotomie autour d'une dent incluse par résection osseuse péricoronaire et, le cas échéant, lorsqu'une section dentaire est effectuée (6.618 hospitalisations)
- 311334: Intervention chirurgicale pour kystes paradentaires (1.744 hospitalisations)

Ces codes du top 3 représentent à eux trois une masse totale d'honoraires non remboursables de 2,6 millions d'euros (membres de la MC, 2018).

iii. **Groupe résiduaire (activité ambulante,** cathéter à chambre et hémodialyse compris)

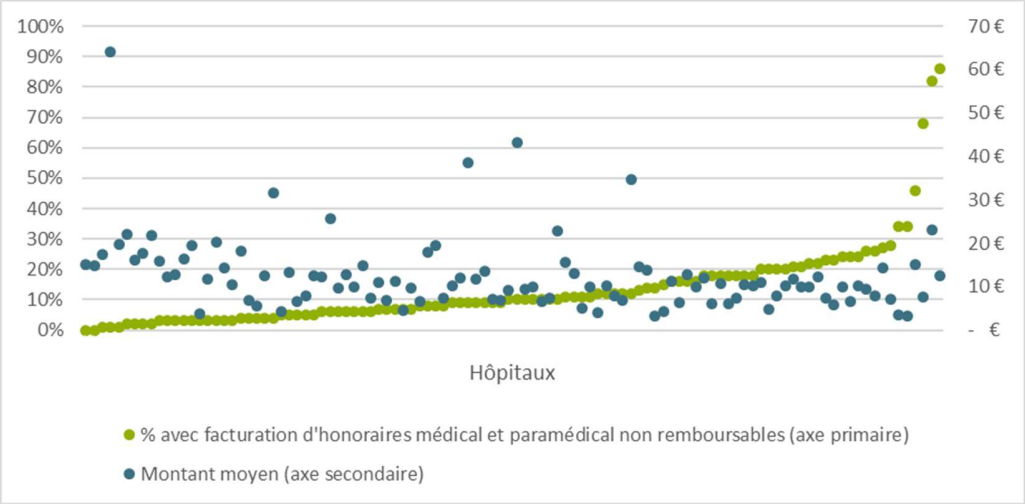
Moins de la moitié des montants non remboursables pouvaient être associés à une spécialité (cf. supra). Pour le montant fortement réduit où une association était effectivement possible (17,8 millions d'euros), 76 % peuvent être associés aux 8 spécialités avec l'intervention de l'ASSI la plus élevée par admission (tableau 8). Pour les **honoraires (para)médicaux non remboursables, 27 %** (c.-à-d. 2,8 millions d'euros) **peuvent être associés à l'imagerie médicale** sur la base de l'intervention de l'ASSI la plus élevée et **16 %** (soit 1,6 million d'euros) **à l'ophtalmologie.**

Tableau 8. Montants non remboursables : top 8 des spécialités, où la majorité du le coût de l'ASSI relève d'une activité hospitalière autre que les admissions (activité ambulatoire, données des membres MC, 2018) avec le marquagemise en évidence des chiffres et pourcentages les plus éloquents.

Spécialité	Coûts divers dans les hôpitaux	Pharmacie, frais pharmaceutiques et parapharmaceutiques, coûts des implants et dispositifs médicaux non implantables	Honoraires médicaux et paramédicaux	TOTAL
Imagerie médicale	788.915 € (16%) 36%	1.346.468 € (28%) 24%	2.757.046 € (56%) 27%	**4.892.429 €** (100%) 27%
Ophtalmologie	79.210 € (4%) 4%	384.319 € (19%) 7%	1.612.719 € (78%) 16%	**2.076.248 €** (100%) 12%
Stomatologie	51.939 € (4%) 2%	476.798€ (34%) 9%	882.462 € (63%) 9%	**1.408.199 €** (100%) 8%
Gynécologie/obstétrique	112.715 € (9%) 5%	279.462 € (22%) 5%	893.599 € (69%) 9%	**1.285.775 €** (100%) 7%
Orthopédie	181.816 € (14%) 8%	762.289 € (60%) 14%	316.400 € (25%) 3%	**1.260.504 €** (100%) 7%
Médecine physique et rééducation	100.745 (8%) 5%	213.421 (18%) 4%	881.934 (74%) 9%	**1.196.101** (100%) 7%
Médecine aiguë et soins d'urgence	176.391 (25%) 8%	386.779 (56%) 7%	133.275 (19%) 1%	**696.445** (100%) 4%
Médecine interne	118.343 (18%) 5%	192.038 (29%) 3%	354.787 (53%) 4%	**665.168** (100%) 4%
…	…	…	…	…
TOTAL	2.197.688 € (12%) 100%	5.525.071 € (31%) 100%	10.094.129 € (57%) 100%	**17.816.887** (100%) 100%

Pour les interventions où l'imagerie médicale concentre la majorité du coût de l'ASSI, la figure 40 montre à quel point la systématique diffère entre hôpitaux facturant les honoraires non remboursables. Si, dans certains hôpitaux, les honoraires non remboursables sont facturés de manière relativement exceptionnelle, cela paraît être une pratique courante dans d'autres hôpitaux (par ex. AZ Glorieux Renaix, Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Alost et Clinique Saint-Pierre Ottignies). Indépendamment de la fréquence de cette facturation, on constate également que les montants moyens par hôpital peuvent varier selon l'hôpital, RZ Heilig Hart Louvain, AZ St-Jan Bruges-Ostende et CHU UCL Namur affichant des moyennes particulièrement élevées.

Figure 40. Le pourcentage de l'activité hospitalière autre que l'hospitalisation dont la majorité de l'intervention de l'ASSI réside dans l'imagerie médicale et où les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés au vu de toute l'activité non hospitalière dont la majorité de l'intervention de l'ASSI relève de l'imagerie médicale (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données membres MC, 2018).



Sur les 10 principaux hôpitaux qui facturent le plus systématiquement les honoraires (para)médicaux non remboursables pour l'activité ambulatoire où l'imagerie médicale concentre la majorité du coût pour l'ASSI, 7 se trouvent en Flandre et 2 à Bruxelles. Dans le top 10 des hôpitaux avec les montants moyens les plus élevés d'honoraires (para)médicaux non remboursables, 6 hôpitaux se trouvent en Flandre et 3 en Wallonie. **C'est donc avant tout en Flandre que le patient** (activité ambulatoire, imagerie médicale constituant la majorité du coût de l'ASSI) **semble courir un risque de facturation d'honoraires (para)médicaux non remboursables, ceux-ci pouvant être par ailleurs élevés.**

Pour 94% de l'activité ambulatoire pour laquelle l'imagerie médicale concentre la majorité du coût de l'intervention de l'ASSI et où des honoraires non remboursables sont facturés, au moins 1 des 3 numéros de code de la nomenclature suivants apparaît (base : données des membres de la MC, 2018) :

- 461016: Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations d'imagerie médicale exécutées en ambulatoire dont au moins une des prestations suivantes de l'article 17, § 1er : 458570, 458592, 458673, 459675, 459690, 458732, 458813, 458835, 458850, 458872, 458894, 459550, 457855, 457870, 457892, 459572, 459594, 459616, 459631,459896, 459874, 459911, 459351, 459373, 458953 2) 453316 à

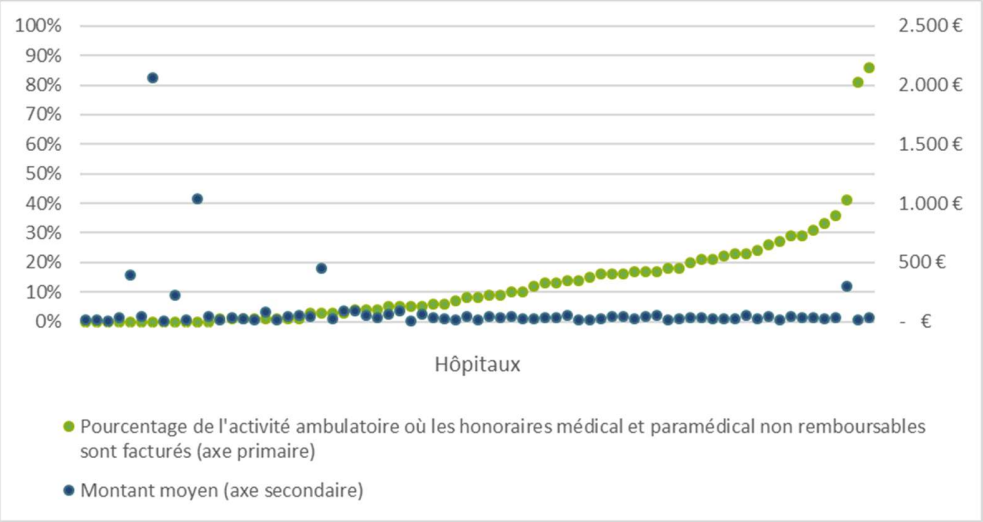
453530 3) 453154 à 453294 4) 454016 à 454075 5) 459395 à 459535 6) 459852, 459933, 459955, 457914, 457936, 457951, 458474, 458496 (n=48.282)

- 460795: Honoraires de consultance du médecin accrédité spécialiste en radiodiagnostic, applicables aux mêmes prestations et dans les mêmes conditions que celles prévues pour la prestation n° 460670 du présent article (n=87.914)
- 460972: Honoraires forfaitaires par prescription et par jour pour toutes les prestations techniques d'imagerie médicale de l'article 17 §1er , exécutées en ambulatoire excepté lorsqu'il est exécuté au moins une des prestations reprises sous les n°s 460994 ou 461016 (n=39.805)

Ces codes du top 3 représentent une masse totale d'honoraires non remboursables de plus de 2,4 millions d'euros (membres de la MC, 2018).

On relève une variation similaire entre hôpitaux pour l'activité ambulatoire facturée par l'hôpital où l'ophtalmologie concentre la majorité du coût de l'ASSI (figure 41). Les hôpitaux avec des résultats particulièrement élevés en termes de fréquence de facturation des honoraires non remboursables sont le St.-Andriesziekenhuis à Tielt et AZ Zeno à Knokke-Heist. Parmi les hôpitaux avec des valeurs moyennes élevées (chiffres MC, 2018) figurent notamment CHU de Liège Sart-Tilman, Vivalia Institut Famenne-Ardenne-Condroz, AZ Vesalius Tongres/Bilzen et ZOL Genk/Lanaken.

Figure 41. Le pourcentage de l'activité hospitalière autre que l'hospitalisation dont la majorité du coût de l'intervention de l'ASSI réside dans l'ophtalmologie et où les honoraires (para)médicaux non remboursables sont facturés au vu de toute l'activité non hospitalière dont la majorité du coût de l'intervention de l'ASSI relèveevant de l'ophtalmologie (par hôpital) et la contribution moyenne des honoraires (para)médicaux non remboursables (données membres MC, 2018).



Sur les 10 principaux hôpitaux qui facturent le plus systématiquement les honoraires (para)médicaux non remboursables pour l'activité ambulatoire où l'ophtalmologie concentre la majorité du coût pour l'ASSI, 6 se trouvent en Flandre et 2 à Bruxelles. Dans le top 10 des hôpitaux avec les montants moyens les plus élevés d'honoraires (para)médicaux non remboursables, 6 hôpitaux se trouvent en Flandre et 4 en Wallonie.

Pour 95% de l'activité ambulatoire pour laquelle l'ophtalmologie constitue le centre de gravitéconcentre la majorité du coût de l'intervention de l'ASSI et où des honoraires non remboursables sont facturés, au moins 1 des 3 numéros de code de la nomenclature suivants apparaît (base : données des membres de la MC, 2018) :

- 249233: Biomicroscopie binoculaire du segment antérieur avec protocole ou iconographie (n = 49.039)

- 248975: Ophtalmoscopie binoculaire indirecte avec ou sans indentation sclérale (n = 39.633)
- 102535: Consultation au cabinet par un médecin spécialiste accrédité autre que ceux cités aux nos 101290, 102292, 102336, 102373, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102756, 102874, 102911 et 103471 (n = 26.208)

Ces codes du top 3 représentent à eux trois une masse totale d'honoraires non remboursables de presque 1,5 millions d'euros (membres de la MC, 2018).

VISION MC :

La MC juge inacceptable que les **honoraires médicaux et paramédicaux non remboursables** puissent être facturés sans aucune transparence ou justification :

- qui est l'attestateur ?
- quels éléments les honoraires demandés couvrent-ils ?
- comment les honoraires se distinguent-ils des prestations existantes dans le circuit de remboursement « classique » ?
- comment le prix a-t-il été défini ?
- qui est le destinataire + quelle est la destination de ces honoraires ?
- disposons-nous de preuves scientifiques soutenant la valeur (ajoutée) de la prestation ?
- dans quelles circonstances les honoraires non remboursables sont-ils ou non facturés ?
- …

À court terme nous exigeons une transparence à ce sujet, y compris dans le circuit de facturation. Et ce pas uniquement concernant les activités d'hospitalisation, mais (certainement) aussi pour ce qui est des activités ambulatoires.

Les **informations** sur les honoraires non remboursables doivent être stockées de manière transparente et compréhensible/facilement accessibles **sur le site de l'hôpital à l'intention du patient** (« qui peut facturer quoi et à quelles conditions et coûts ? ») ; ces informations peuvent être reprises dans le dialogue sur le prix et la qualité entre le demandeur et le prestataire de soins.

Une réglementation simple et claire s'impose en matière d'honoraires non remboursables.

Nous devons essentiellement nous demander si les « honoraires non remboursables » ont une raison d'être. La MC estime que, dans le modèle d'organisation et de financement actuel – **dans une mesure limitée et avec des conditions préalables** des « honoraires non remboursables » peuvent avoir leur place. Pour pouvoir facturer des honoraires non remboursables dans un contexte hospitalier, il faut néanmoins et notamment satisfaire aux critères suivants :

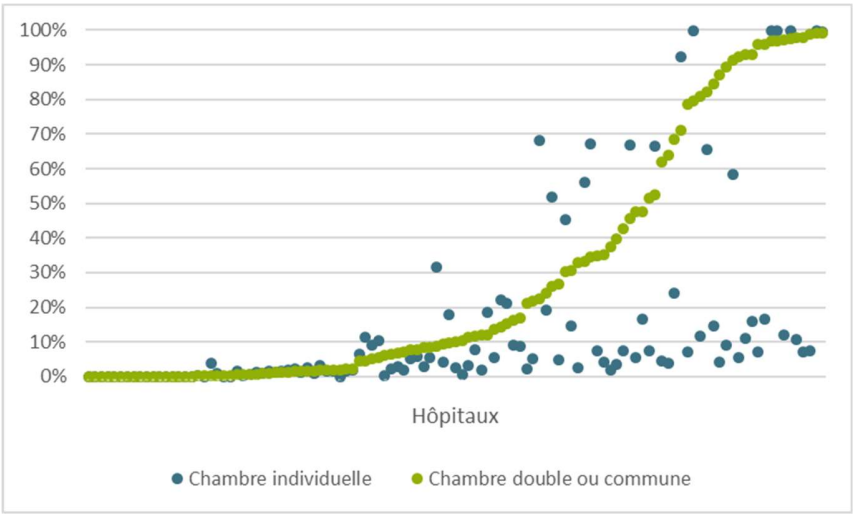
- Cadre uniforme et national au sein duquel les honoraires non remboursables peuvent être facturés : les honoraires non remboursables peuvent être facturés **uniquement moyennant approbation** de la demande motivée **par le Conseil d'administration au niveau du réseau hospitalier**.
  - ➔ certains hôpitaux individuels en Belgique appliquent déjà à ce jour des procédures claires en ce sens.
- Les honoraires non remboursables peuvent uniquement être facturés lorsque le **patient a été informé correctement à l'avance** de l'utilité/la valeur ajoutée éventuelle de la prestation non remboursable, des risques et inconvénients éventuels, du prix, etc.
- La possibilité de facturer une prestation donnée sous forme « d'honoraires non remboursables » est **par définition limitée dans le temps** : soit la prestation est reprise dans la nomenclature en se fondant sur une médecine basée sur des données probantes, soit la prestation non remboursable (par exemple par manque de preuves scientifiques) est supprimée et ne peut dès lors plus être facturée.
- Une liste d'honoraires non remboursables pouvant être attestés doit être **transparente et consultable par tout citoyen**. De la même manière, il faut mettre à disposition une liste des honoraires non remboursables qui - après évaluation - ne sont pas transférés vers la nomenclature et qui sont donc supprimés.
- **Possibilité de sanctions** en cas de non-respect de la réglementation.

b. **Confort de la chambre (admission à l'hôpital)**

En 2018, les membres de la MC ont payé **4,3 millions d'euros** pour le « confort de chambre », dont 94,6 % (4,1 millions d'euros) pour les **admissions classiques**. Sur ces 4,1 millions d'euros, 86,8 % avaient trait aux séjours en **chambres doubles ou communes** (où les suppléments de chambre sont interdits par la loi). Les 13,2 % restants avaient trait à des chambres individuelles (pour lesquelles les suppléments de chambre peuvent déjà être facturés).

En règle générale, par « confort de chambre » (également appelé « forfaits hébergement » ou « suppléments de confort ») on désigne une compensation (spécifique à l'hôpital) que le patient paie pour les services supplémentaires qu'il/elle demande (par exemple, l'utilisation de la télé, d'un frigo, du téléphone, du WiFi etc., dans la chambre). Dans la pratique, on constate que certains hôpitaux associent ce code de manière forfaitaire et automatique au choix de la chambre (figure 42). Lorsque tel est le cas pour les admissions en chambre commune, le forfait hébergement constitue de facto un **supplément de chambre dissimulé.**

Figure 42. Le pourcentage d'admissions classiques où le « confort de la chambre » (code 0960492-0960503) est facturé, par type de chambre et par hôpital (données des membres de la MC, 2018).



Dans les données de facturation de nos membres (admissions classiques 2018), on constate **que 5 hôpitaux** facturent le « confort de chambre » **dans 100 %** des séjours classiques en **chambre individuelle** et dans **plus de 95 %** des séjours classiques en chambre double ou commune :

- AZ Heilige Famillie à Reet
- AZ Sint-Jozef à Malle
- Hôpital Imelda à Bonheiden
- AZ Maria Middelares à Gand
- Clinique St-Luc à Bouge

En 2018, AZ Jan Palfijn à Gand, Sint-Jozefkliniek à Bornem/Willebroek, Onze Lieve Vrouw Ziekenhuis à Alost/Asse/Ninove, AZ Vesalius à Tongres/Bilzen, CHU UCL Namur et AZ Zint-Dimpna à Geel ont également facturé le « confort de la chambre » dans plus de 95 % des admissions classiques en chambre double ou commune.

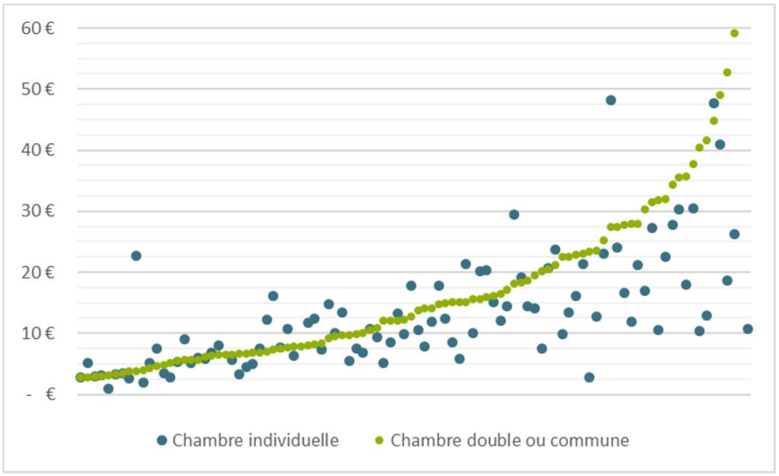
Nous sommes heureux de constater qu'il y a des hôpitaux qui - de leur propre initiative - ont récemment cessé de facturer les frais de confort dans les chambres doubles ou communes, comme par ex. AZ St.-Dimpna à Geel.[36]

En 2018, AZ Herentals et UZ Gand ont également facturé de manière quasi systématique le « confort de chambre » pour les admissions classiques en chambre individuelle.

Les montants moyens pour le « confort de chambre » facturés **par admission classique** (pour les admissions où ce code est facturé) varient d'un hôpital à l'autre. C'est également le cas pour les valeurs P-95, qui **peuvent atteindre quelques centaines d'euros**. Cela semble surtout le cas pour (certains) hôpitaux spécialisés[37] (par ex. P95 dans le Centre Neurologique et de Réadaptation Fonctionelle de Fraiture-en-Condroz : 480 euros ; P95 dans le Revalidatie & MS centrum Overpelt : 414 euros), qui se distinguent généralement par des séjours (plus) longs. Néanmoins, le coût du « confort de chambre » peut également être élevé dans les hôpitaux généraux : à l'AZ Glorieux à Renaix, le P95 pour les patients hospitalisés qui paient le « confort de chambre » s'élève par exemple à 306 euros ; dans l'hôpital concerné les frais d'hébergement (télévision, Internet, frigo) s'élèvent à **10 euros par jour**. Contrairement aux suppléments de chambre, les assurances hospitalisation n'interviennent généralement pas dans le « confort de chambre » ou les « forfaits hébergement ».

Le coût additionnel pour le « confort de chambre » peut donc être relativement **élevé en cas de séjour en chambre double ou commune également** (figure 43). Les montants moyens les plus élevés par séjour (top 3) se trouvent à AZ Glorieux (Renaix) et dans 2 hôpitaux spécialisés : Revalidatie & MS centrum Overpelt et Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège.

Figure 43. Le montant moyen pour le « confort de chambre », par hôpital et par admission classique dans une chambre double ou commune, où ce « confort de chambre » est facturé.



[36] HO. AZ Sint-Dimpna cesse de facturer le coût de la télévision : « Interdit par la loi ». GVA. 08-05-2019. Disponible sur https://www.gva.be/cnt/dmf20190507_04381685/az-sint-dimpna-stopt-met-aanrekenen-kost-voor-televisie-bij-wet-verboden.

[37] Les hôpitaux spécialisés sont des hôpitaux offrant des soins spécialisés, isolés ou chroniques (soins spécialisés) où une affection précise, sans être aiguë, est traitée. (Définition reprise dans https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/normes-0)

Vision MC :

La MC estime que le patient (après avoir été informé dans un langage clair au sujet des services qui peuvent lui être offerts, ainsi que sur leur prix) **doit pouvoir décider librement et explicitement** s'il/elle souhaite ou non profiter de ces services. Si le patient choisit certains services, il doit s'agir d'un choix actif (et donc **non d'une option de opt-out**).

La MC estime qu'il devrait y avoir une réglementation plus claire - et un meilleur suivi - en termes de facturation des services liés au confort d'une chambre d'hôpital. Il importe notamment de combattre le contournement de l'interdiction des suppléments de chambre dans les chambres doubles et communes.

Dans les **chambres individuelles** où des suppléments de chambre peuvent également être facturés, la facturation d'un **montant forfaitaire lié au confort des chambres (notamment via les codes 960492-960503) doit être interdite.**

Nous demandons **une révision et une mise à jour des normes d'aménagement standards pour les chambres d'hôpital** (cf. supra, tous les types de chambres)**.**

D. Transparence financière à l'égard du patient : estimations des coûts

Il existe différentes dispositions légales concernant l'obligation des prestataires de soins et des établissements de soins d'informer leurs patients, non seulement sur les aspects médicaux, mais aussi sur le coût escompté.[38]

Les groupes de discussion organisés par la MC dans le cadre de l'action Droits du patient en 2018 nous montrent cependant que, dans la pratique, les patients reçoivent rarement spontanément et préalablement des informations financières, même concernant une hospitalisation planifiée.[39] Des informations financières claires et compréhensibles sont nécessaires avant l'admission proprement dite : les informations données au moment de l'hospitalisation - le jour de l'admission - sont souvent moins bien comprises (les patients sont parfois inquiets / nerveux au sujet de la procédure à venir et sont surtout concernés par leur santé), le coût n'est pas clairement indiqué en euros et le patient n'a aucune idée du véritable impact financier du choix de la chambre. Par ailleurs, les possibilités d'obtenir des informations supplémentaires sont également limitées à ce moment-là.

[38] Loi relative aux droits du patient, Directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers et Code de droit économique.

[39] Mullié, K., Verleyen, A., Verhaegen, P., et al. (2018). Action Droits du patient 2018 : Les patients parviennent-ils à obtenir des informations financières lors d'une hospitalisation ? MC-Informations, 273, 41-46.

Le devoir légal d'information s'applique également aux interventions autres que les hospitalisations planifiées.

Vision MC :

La MC, soutenue par les autres organismes assureurs de Belgique, insiste afin que les patients reçoivent, avant leur admission, une estimation claire des coûts. Nous demandons à ce que chaque hôpital **rende disponible en ligne au moins une estimation des coûts pour une liste limitative des interventions les plus courantes, au plus tard le 01-06-2020.** Cela doit advenir en se basant sur les **données de facturation** de l'hôpital et à l'aide d'un **modèle standard clair et compréhensible.** De telles estimations de coûts standards, qui doivent au minimum être disponibles sur le site web de l'hôpital, constituent selon nous un outil utile pour faciliter le dialogue entre le bénéficiaire et le prestataire de soins.

Nous sommes heureux que ce point ait déjà été longuement discuté lors des réunions du groupe de travail « suppléments d'honoraires » dans le cadre de la mise en œuvre de l'accord national médico-mutualiste du 19-12-2017.* Nous **espérons cependant une exécution rapide,** car ce serait certainement un pas en avant dans la transparence financière vis-à-vis du patient.

La liste des **interventions et traitements** ci-dessous a fait l'objet d'une discussion lors des réunions des groupes de travail de haut niveau mentionnés, au même titre qu'un modèle standard de l'estimation des coûts conçu en commun :

1. Appendectomie
2. Hernie inguinale ou hernie fémorale (d'un seul côté) et hernie ombilicale
3. Ablation de vésicule biliaire (avec ou sans imagerie)
4. Scopie du Colon
5. Accouchement sans anesthésie péridurale
6. Accouchement avec infiltration anesthésie locale
7. Accouchement avec césarienne
8. Hystérectomie
9. Chirurgie de la cataracte avec implant
10. Placement de drain(s) transtympanique(s) uni ou bilatéral/aux sans facturation d'anesthésie
11. Placement de drain(s) transtympanique(s) uni ou bilatéral/aux avec facturation d'anesthésie
12. Adénoïdectomie et/ou amygdalectomie jusqu'à 18 ans
13. Prothèse de hanche
14. Prothèse du genou
15. Opération du ménisque
16. Dégagement du canal carpien sans facturation de l'anesthésie
17. Dégagement du canal carpien avec facturation de l'anesthésie
18. Extraction de 2 dents de sagesse
19. Extraction de 4 dents de sagesse
20. Circoncision
21. Résection endoscopique de la prostate

À la suite de l'action Droits du patient, la MC a analysé, entre octobre 2017 et janvier 2018, la transparence financière sur les sites web des hôpitaux pour les hospitalisations prévues. Il est apparu que, pendant ladite période, toutes les estimations de coûts spécifiques à certaines interventions pouvaient être trouvées sur 36 sites web (soit plus de 35 % des sites web des hôpitaux).**

* Le groupe de travail - composé de représentants des hôpitaux, médecins et organismes assureurs - s'est réuni sous la co-présidence de l'administrateur général de l'INAMI et le directeur général Soins de santé du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. La cellule politique du Ministre a également pris part aux discussions ; Accord national des médecins – mutualités, 19-12-2017, p. 15 point 4.3.1.1., disponible sur https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/accord-medico-mutualiste.aspx

** Les patients trop peu informés du coût d'une hospitalisation. Communiqué de presse de la MC du 17 avril 2018, disponible sur https://www.cm.be/professioneel/pers/ persberichten-2018/patient-weet-nog-te-weinig-wat-hij-zal-betalen-in-ziekenhuis

E. (Plus de) qualité, (moins de) gaspillage

La qualité des soins est une question particulièrement complexe, qui englobe plusieurs dimensions : des soins sûrs (« éviter que les choses soient faites moins bien ou mal »), efficients (« éviter que les choses ne soient trop faites ou fassent double emploi »), efficaces (« respecter les protocoles et l'EBM »), dispensés en temps opportun (« toujours agir au bon moment : 24/7/365 »), égalité (« tous les patients sont égaux ») et patient au centre.[40] Plusieurs dispositions légales stipulent que les prestataires de soins de santé ne peuvent fournir des services inutiles ou inutilement coûteux, que les patients ont droit à des soins de qualité et que les données scientifiques pertinentes doivent être prises en compte (article 73 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, la loi relative aux droits du patient, article 4 de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé).

Aussi le code de déontologie médicale, art. 41, est clair en ce qui concerne la responsabilité du médecin en matière de soins (in)adéquats :[41] « Le médecin utilise de façon responsable les ressources mises à disposition par la société. Il ne pratique pas d'examens, traitements et prestations inutilement onéreux ou superflus, même à la demande du patient. »

Dans les paragraphes qui suivent, nous montrons, sur la base d'une série d'exemples concrets, que des indications concrètes existent à l'appui de l'utilisation impropre de soins hautement spécialisés et/ou (trop) onéreux en Belgique. Nous citons également quelques exemples extrêmement suggestifs concernant les soins inadéquats et/ou la surconsommation de soins dans notre pays.

Les exemples ne sont donnés qu'à titre d'illustration et non à des fins de stigmatisation. On constate une grande variabilité entre médecins et hôpitaux concernant la pratique, et il en résulte que toutes les (associations de) médecins et hôpitaux ne peuvent pas être traitées de la même manière. Certaines constatations demeurent toutefois frappantes,

[40] Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.

[41] Code de déontologie médicale, disponible sur https://www.ordomedic.be/fr/code-2018/contenu/

voire stupéfiantes. Ce que nous voulons, c'est stimuler le débat social. Sommes-nous sur la bonne voie ? Quelles solutions s'offrent à nous ? Comment pouvons-nous intégrer ces solutions dans la pratique ?

Les témoignages comme ceux figurant ci-dessous, de la part de patients et de professionnels de la santé avec une expérience pratique éprouvée, doivent être pris très au sérieux :

- "Nombre de jeunes médecins me racontent que pendant des années ils ont essayé de travailler en se basant sur les preuves et de dispenser des soins de qualité, mais que la pression subie au sein de l'association pour faire des examens superflus est trop élevée. En tant que jeune médecin, il est difficile de dire : désolé, je ne veux pas y prendre part, je vais développer mon travail sur la base de principes scientifiques. Car il devient alors difficile de trouver un emploi. »

  (témoin dans Galle C, Vandekerckhove S, Christiaens E. Le pouvoir des associations. De Morgen, 04-12-2018. P. 6).

- Concernant les obligations de prestations, comme on les appelle, que (certains) médecins se voient proposer : « Il s'agissait d'un contrat où l'on s'engage à effectuer un nombre donné de prestations d'un certain type, comme par exemple les prothèses du genou. L'association a des listes de toutes les interventions et de la quantité de travail attendue des membres de la société pour réaliser les recettes visées par celle-ci. Ce sont surtout les prestations techniques, telles que les opérations et examens complémentaires, qui génèrent beaucoup d'argent. Si l'on ne satisfait pas à l'obligation, cela signifie que l'on effectue moins d'opérations et d'examens que ceux attendus, et l'on subit alors une pression pour atteindre malgré tout le chiffre visé. »

  (témoin dans Galle C, Vandekerckhove S, Christiaens E. Le pouvoir des associations. De Morgen, 04-12-2018. P. 6).

- Réaction d'un médecin après avoir été notifié du nombre d'arthroscopies du genou (trop) élevé en Belgique : « Un grand nombre d'études intéressantes démontrent que le système dans lequel nous travaillons exerce effectivement un impact. Dire que le gouvernement doit résoudre ce problème n'est qu'une simplification. À moins que nous options pour un financement des soins de santé radicalement différent. » Par cela, il faut entendre également la pression qu'exerce l'hôpital pour effectuer un nombre minimum d'opérations afin de garantir la rentabilité. Par ailleurs, le nombre de médecins dans le pays joue également un rôle.

  (P.S. Endoscopies arthrose du genou dégénérative souvent superflue. De Specialist, 24-09-2019. Disponible sur https://www.despecialist.eu/nl/nieuws/beroepsnieuws/kijkoperatie-degeneratieve-knieartrose-vaak-overbodig.html)

- "Ce fut là ma plus grosse déception lorsque j'ai commencé à travailler dans les hôpitaux : le patient est considéré comme une vache à lait. J'observe souvent une surconsommation. Exemple : une personne âgée entrant à l'hôpital et qui reçoit une infinité de prestations sans raison apparente : CT-scan, analyse de sang complexe, examen pulmonaire, etc. Indépendamment de ce qui est nécessaire. C'est tout simplement la norme. Une liste avec des cases à cocher. Notre leçon sur les conséquences thérapeutiques nous enseigne que l'on effectue un test afin de déterminer, sur la base des résultats, le traitement le plus adapté. Mais pour les personnes âgées, 80 % de ces examens n'ont aucune conséquence thérapeutique. Le but est purement de faire un bénéfice. »

  (témoin dans Galle C, Vandekerckhove S, Christiaens E. Le pouvoir des associations. De Morgen, 04-12-2018. P. 6).

Un des éléments qui revient toujours, depuis des années, est le besoin d'une réforme en profondeur du mode de financement de nos soins de santé. **Nous devons en finir avec la médecine à la prestation et nous orienter vers un financement adéquat qui donne la priorité à la qualité et à la santé. Le poids des paiements par examen ou intervention doit baisser de manière drastique, au bénéfice d'un système de soins efficace et bien huilé qui**

permette aux prestataires de fournir des prestations de haut niveau, fruit d'une collaboration positive. Des analyses et idées préliminaires très intéressantes à ce sujet sont déjà disponibles et incluent notamment :

- ➔ Le « modèle cappuccino » de Lieven Annemans (ou ses variantes) comme nouvelle méthode de rémunération des médecins. Il s'agit d'une accumulation de différentes couches de financement, avec d'abord une rémunération fixe, puis une rémunération forfaitaire (par exemple pour des services ou pour certaines missions ou cycles de soins) et enfin une « crème fraîche bonus » (par exemple Pay for Quality).
- ➔ Réforme du financement des hôpitaux : Eijkenaar F, Schut E. (2015). Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg? Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Erasmus University Rotterdam.

Nous constatons en outre que les informations fournies au patient ne sont pas toujours correctes.

- *« À l'hôpital, on m'a expliqué que la mutualité ne prévoit pas de remboursement lorsqu'on rentre déjà chez soi le jour de l'intervention. C'est pourquoi je suis resté une nuit. »*

  (Témoignage de patient ; angioplastie et pose d'un stent via le pouls, c.-à-d. une intervention au cœur)

  Les informations fournies sont de fait erronées. En outre, il est des exemples à l'étranger (tels que les Pays-Bas) où le patient a pu rentrer chez lui le jour même après un traitement par angioplastie et stent.

Afin de rendre transparents les coûts et la qualité par pathologie, pour le bénéfice du patient, nous insistons afin que les mutualités puissent disposer des **données diagnostiques structurées**.

Nous avons examiné les exemples suivants, dont les résultats seront communiqués ultérieurement.

- Exemple 1 : Usage impropre des soins néonatals (onéreux) hautement spécialisés
- Exemple 2 : Pourcentage des naissances faites par césarienne
- Exemple 3 : Utilisation de techniques d'imagerie médicale (inadéquates)
- Exemple 4 : Endoscopies arthrose du genou dégénérative (méniscectomie arthroscopique)
- Exemple 5 : Ablation de la vésicule biliaire (cholécystectomie)

F. Transparence

Bien qu'il y ait en Belgique une évolution, certes encore prudente, mais néanmoins perceptible en ce qui concerne la publication d'informations sur la qualité et la sécurité des soins hospitaliers, notre pays est en retard par rapport à de nombreux autres pays à cet égard. En tant que mutualité santé de l'avenir, nous considérons que nous avons un rôle clair à jouer dans le **suivi et la transparence de la qualité des soins dans ses différentes dimensions.** Ceci dans une bonne relation avec d'autres initiatives qui suivent déjà des aspects spécifiques de la qualité des soins aujourd'hui. Afin de rendre transparents les coûts et la qualité par pathologie, pour le bénéfice du patient, nous insistons afin que toutes les données nécessaires pour y parvenir de manière adéquate et nuancée soient accessibles (et notamment les **données diagnostiques structurées, Robson**).

Nous demandons une **transparence complète en matière de sources de financement,** comprenant, sans toutefois s'y limiter, la transparence quant au destinataire et à la destination des différents types **d'honoraires et suppléments** (notamment les rétrocessions). Les résultats du nouveau volet relatif aux montants non remboursables indiquent une

nouvelle fois le besoin urgent de transparence concernant les coûts à charge du patient, y compris pour les prestations ambulatoires et extramuros (qui est l'attestateur ? Quels éléments le montant facturé couvre-t-il ? Comment le prix a-t-il été défini ? Qui est le destinataire ? Quelle est la destination ? Quel est le lieu exact de la prestation ? …). Pour pouvoir créer un nouveau système de financement des hôpitaux qui garantisse la viabilité financière des hôpitaux et l'accessibilité (financière) à des soins de qualité pour chaque patient, la transparence est de mise concernant les **coûts que comportent les soins hospitaliers par rapport au financement qu'un hôpital reçoit**.

Nous demandons par ailleurs de mettre à disposition les données concernant 2 sujets spécifiques : **hospitalisation sociale** et **coûts globaux *vs* revenus de centre de frais de pharmacie (de 2010 à -aujourd'hui)**. Nous sommes conscients du fait qu'à ce jour, la pharmacie d'hôpital constitue un relais important pour maintenir la santé financière des hôpitaux. Dans ce contexte, la transparence peut contribuer à concevoir ensemble un nouveau mode de financement des hôpitaux.

a. Hospitalisation sociale

Lorsqu'il est question « d'hospitalisation sociale », l'attention se concentre généralement sur les hospitalisations (parfois très longues) de (jeunes) enfants issus de milieux socialement vulnérables en raison du manque de places dans des institutions appropriées.[42] Mais le problème de l'hospitalisation sociale est plus vaste (hospitalisation en compagnie d'un partenaire malade, accueil insuffisant à la maison, négligence (propre), personnes qui séjournent plus longtemps dans l'hôpital en attendant d'être placées dans une autre institution de soins, etc.). Les études concernant l'étendue et les spécificités de cette problématique ne nous sont pas encore connues.

Afin de pouvoir identifier avec précision l'étendue et les spécificités de l'hospitalisation sociale, la MC demande à accéder aux codes ICD-10 qui s'appliquent dans ce contexte (soit comme diagnostic principal, soit comme diagnostic secondaire) :

- Z76.2 : « Encounter for health supervision and care of other healthy infant and child » (utilisé pour une surveillance médicale et des soins médicaux d'autres nourrissons et enfants en bonne santé)
- Z76.3 : « Healthy person accompanying sick person » (utilisé pour une personne en bonne santé accompagnant un sujet malade)
- Z74.2 : « Need for assistance at home and no other household member able to render care » (utilisé pour un patient malade chronique hospitalisé, car son prestataire de soins ne peut plus dispenser les soins nécessaires ; les pathologies chroniques sont encodées en diagnostic relié)

Lorsqu'elle aura accès à ces données, la MC s'engage, en étroite consultation avec entre autres les hôpitaux, à effectuer une analyse approfondie de manière discrète et correcte (nombre d'admissions, répartition du nombre d'admissions sur une année civile, durée des hospitalisations, besoins en soins et bien-être, spécificités régionales possibles pour certains aspects, répartition des coûts à supporter par l'ASSI, etc.) **avec des conseils connexes sur les mesures correctives appropriées, possibles et surtout humaines** (dans le cadre ou non des hôpitaux aigus).

b. Frais globaux *vs* revenus de centre de frais de pharmacie (2010 à -aujourd'hui)

L'évolution du chiffre d'affaires des produits pharmaceutiques dans le contexte hospitalier est marquante : +10,7 % en 2018 par rapport à 2017, +11,1 % en 2017 par rapport à 2016. En 2018, les produits pharmaceutiques formaient 17,9 % du chiffre d'affaires des hôpitaux (2,9 des 15,5 milliards du chiffre d'affaires). Ils ont contribué sensiblement,

[42] Par ex. Parlement de la communauté française. Bulletin des questions et des réponses. 29-01-2016. Question 114, p.78. Disponible sur http://archive.pfwb.be/10000000203209f ; Les enfants dont personne ne veut. De Standaard. 16 juin 2018 ; Extensive care. De Standaard. 16 juin 2018.

parallèlement à (l'augmentation des) honoraires des médecins, à la hausse du chiffre d'affaires du secteur des hôpitaux (2018 par rapport à 2017). Dans la plus récente analyse sectorielle des hôpitaux généraux et universitaires en Belgique, un des arrêts énonce ce qui suit : « Il est à nouveau surprenant de constater comment les bénéfices auprès de services médico-techniques et dans la pharmacie contribuent à la santé financière de l'hôpital. »[43]

Depuis le 1er juillet 2013, la réglementation européenne relative aux marchés publics s'applique pour les hôpitaux belges et dès lors également aux achats de la pharmacie. Parallèlement, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a pris une série d'initiatives au cours des deux dernières années visant à « assouplir » une partie des réductions possibles. **La MC souhaite examiner** si – et, le cas échéant, déterminer – **l'impact** de la **politique fédérale** sur la viabilité de la pharmacie dans un contexte hospitalier. C'est pourquoi nous demandons **d'accéder aux données hospitalières (année 2010 jusqu'à aujourd'hui), notamment celles relatives aux coûts globaux *en comparaison avec* les recettes du centre de frais de pharmacie**.

[43] https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2018/Communique_Belfius_MAHA_10_08_2018.pdf et https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2019/Communique-de-presse-Etude-MAHA-09102019.pdf