



État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient

Données 2024

2025

Auteurs : Françoise De Wolf, Mieke Dolphens, Wies Kestens, Bernard Landtmeters, Jérôme Vrancken, Nathan Wittock



IMA • AIM
Agence Intermutualiste



Colophon

Sujet :	Dans cette édition du Baromètre hospitalier de l'AIM, nous analysons les tickets modérateurs et les suppléments facturés aux patients pour les séjours dans les hôpitaux généraux et universitaires en 2024.
Date de publication :	19 janvier 2026
Rédaction :	Erik Roelants
Références recommandées :	De Wolf, Françoise; Dolphens, Mieke; Kestens, Wies ; Landtme- ters, Bernard, Vrancken, Jérôme ; Wittock Nathan (2025), État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient (données 2024), Agence Intermutuelle IMA, Bruxelles.
Coordonnées :	ASBL AIM • Avenue du Boulevard 21 B7 • 1210 Bruxelles Tél. 02 891 72 11 • ima-aim@intermut.be • www.ima-aim.be BCE 0478.655.210 • RPM Bruxelles

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

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

Table des matières

Abstract	1
1. Introduction.....	3
1.1. Contexte	4
1.2. Objectif	4
2. Méthodologie.....	5
2.1. Données.....	5
2.2. Limites	7
3. Résultats	8
3.1. Données globales et évolutions	8
3.2. Facture patient par séjour individuel	12
4. Conclusion	18
4.1. Principaux constats.	18
4.2. Principaux résultats	18
4.3. Commentaires et recommandations	20
Bibliographie.....	22
Annexes	23
Annexe 1. Aspects méthodologiques	23
Annexe 2. Détail selon le type d'hospitalisation de jour.....	26
Annexe 3. Suppléments pour chambre particulière.....	29

Abstract

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

Dans les hôpitaux aigus et universitaires de Belgique, un total de 1,60 milliard d'euros de tickets modérateurs et de suppléments a été facturé aux patients lors d'hospitalisations classiques et d'hospitalisations de jour en 2024. Près de trois-quart de ce montant facturé aux patients, soit 1,22 milliard d'euros, concernaient des suppléments et des montants non remboursables¹ qui constituent des montants exclus des « filets de sécurité » du système de soins de santé belge, à savoir le MàF (maximum à facturer) et l'intervention majorée².

Plus de la moitié (57%) du montant à charge patient découle directement du choix d'une chambre particulière. Cette proportion est en augmentation.

Dès lors, le montant de la facture patient a continué **d'augmenter entre 2023 et 2024 en chambre individuelle**. Le risque financier auquel les patients sont susceptibles d'être confrontés reste préoccupant :

- Il subsiste un risque réel que les patients soient confrontés à des **factures très élevées**, surtout influencés par les **suppléments et les montants non remboursables**. En 2024, le montant facturé aux patients a dépassé 3 000 euros

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

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

pour près de 105.000 séjours (près de 100.000 classiques et plus de 5.000 hospitalisations de jour). Pour près de 7.500 séjours, la facture patient a dépassé 10 000 €. **Le coût supporté par le patient dépasse 1 000 € pour près de 80.000 hospitalisations de jour.** C'est 10% de plus qu'en 2023. Bien que les factures (extrêmement) élevées soient principalement liées à des séjours en chambre individuelle, **le coût pour le patient peut également être élevé en chambres commune**, par exemple en raison du coût des implants.

- Les patients sont confrontés à l'**incertitude** quant aux dépenses auxquelles ils devront faire face. Comme les rapports précédents l'ont mis en évidence, le coût supporté par le patient varie pour une même intervention, y compris en chambre commune entre mais aussi au sein des hôpitaux. Cela vaut également pour les interventions courantes : l'introduction d'un financement forfaitaire pour les séjours de soins à faible variabilité n'empêche pas des différences significatives dans la facturation au patient entre et au sein des hôpitaux, pour la même intervention dans le même type de chambre. De plus, pour les séjours en chambre particulière, le **pourcentage maximum de supplément d'honoraires facturable** - qui varie entre les hôpitaux de 100 % à 300 % - **ne constitue pas une information suffisamment claire sur les suppléments d'honoraires qui seront effectivement facturés au patient**, à la fois en termes de pourcentage et - plus important encore - en termes d'euros.



1. Introduction

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

1.1. Contexte

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

Le report des soins pour des raisons financières est un problème en Belgique, en particulier parmi les groupes aux revenus les plus faibles.

Avec une grande variabilité de la facture patient qui peut atteindre plusieurs milliers d'euros, et l'augmentation du nombre de factures très élevées, le risque de renoncement à des soins nécessaires constitue une réalité, d'autant plus que le patient risque d'être confronté à d'autres coûts (soins ambulatoires, etc...) qui dépassent le cadre de la présente analyse.

La croissance particulièrement marquée de la facture patient pour les séjours en chambre particulière résulte de l'augmentation des suppléments d'honoraires. Afin de freiner la croissance de ceux-ci et comme étape intermédiaire à un plafonnement légal des suppléments d'honoraires attestables, le gel du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires au niveau de l'hôpital est entré en vigueur en mai 2022³.

1.2. Objectif

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

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

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



2. Méthodologie

Source de données, analyse et limites des analyses

2.1. Données

Les données analysées couvrent toutes les données de facturation des admissions hospitalières dans les hôpitaux généraux (y compris universitaires) de 2018 à 2024, facturées aux organismes assureurs au cours des années civiles concernées ou des deux premiers trimestres de l'année suivante. Pour les analyses concernant les suppléments d'honoraires médicaux, les données historiques jusqu'à 2006 sont également utilisées.

Les montants sont exprimés en valeur nominale (prix courants). Leur évolution doit dès lors être mise en parallèle avec la croissance de l'indice santé : +3,3% de 2023 à 2024⁴.

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

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

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

- Les **tickets modérateurs** (tarifs déterminés par la réglementation AMI et généralement pris en compte dans certains mécanismes de protection financière tels que les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), le maximum à facturer (MàF) ;
- Les **suppléments sur honoraires remboursables** ;
- Les **prestations non remboursables**
Les suppléments d'honoraires et les prestations non remboursables sont moins réglementés que les tickets modérateurs, et sont exclus des mécanismes de protection financière tels que le MàF.

⁴ L'indice santé base 2013 pour les années 2018 : 107,35 ; 2021 : 112,21 ; 2022 : 122,59, 2023 : 127,90, 2024 : 132,10 – calcul sur base des données Statbel : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/prix-la-consommation/indice-sante>

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

2.2. Limites

Les financements qui ne figurent pas sur la facture patient, parmi lesquels la partie fixe du budget des moyens financiers (BMF)⁶ qui est liquidée aux hôpitaux par le biais de douzièmes, ne sont pas intégrés dans l'analyse.

Les prestations ambulatoires et autres dépenses réalisées en-dehors des séjours hospitaliers (polyclinique, services d'urgences, ...), avant l'admission ou après la sortie (notamment les examens préopératoires, pharmacie, kinésithérapie, ...), ainsi que les frais qui ne figurent pas sur la facture hospitalier (notamment transports en ambulance), ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

Les données relatives aux séjours hospitaliers de personnes n'ayant pas droit aux remboursement AMI ne sont pas prises en compte dans l'analyse.

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

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



3. Résultats

Les résultats présentent :

3.1. Les données macro : les montants totaux facturés lors de séjours dans les hôpitaux généraux en 2024, qui ne sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, leur nature et leur évolution.

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

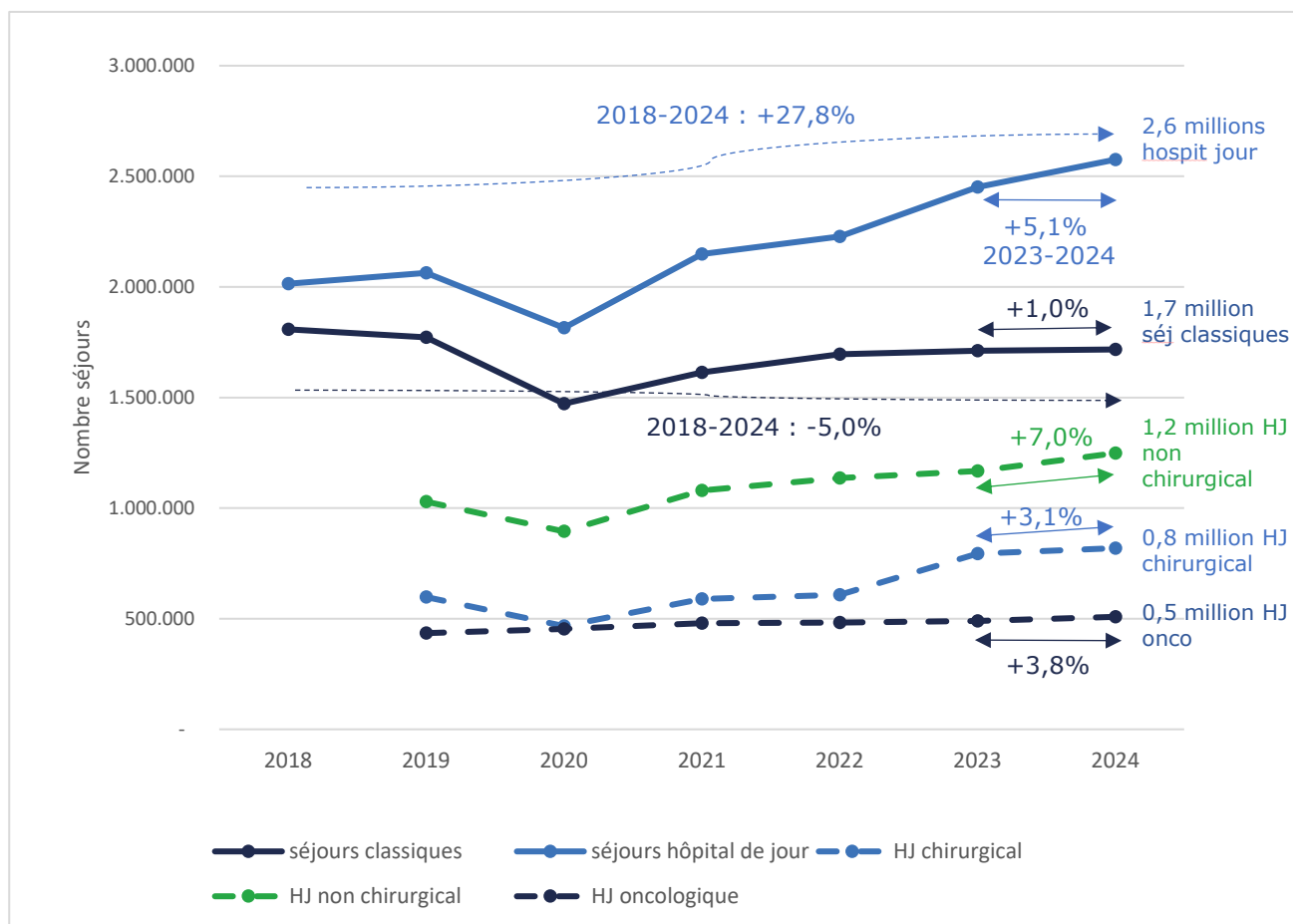
3.1. Données globales et évolutions

3.1.1. Contexte :

Evolution du nombre de séjours

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

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



- L'évolution de 2018 à 2024 est marquée par la croissance du nombre d'hospitalisations de jour.
- Sur le long terme, le nombre d'admissions classiques diminue, malgré une légère croissance suite à la forte diminution en 2020 liée aux mesures prises dans le cadre de la pandémie COVID19.
- La durée moyenne de séjour pour les séjours classiques diminue (cf. health.belgium.be)

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

En 2024, 1,6 milliards € a été facturé aux patients pour des séjours hospitaliers.

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

3.1.3. Montants totaux – niveau macro

Tableau 1. Evolution des montants totaux facturés à l'AMI⁷ et au patient, par type de séjour, tous types de chambres confondus, 2018-2023-2024

	(millions euros)			(%)	
	2018	2023	2024	2024/2023	2024/2018
Tous séjours					
Intervention AMI^(*)	5.758,5	7.204,1	7.610,8	5,6%	32,2%
Tickets modérateurs	438,9	448,5	455,2	1,5%	3,7%
Suppléments d'honoraires	563,0	696,6	760,0	9,1%	35,0%
Non remboursables	346,8	364,7	382,4	4,8%	10,3%
Total patient	1.348,7	1.509,8	1.597,7	5,8%	18,5%
Séjours classiques					
Intervention AMI^(*)	3.963,1	4.225,0	4.381,9	3,7%	10,6%
Tickets modérateurs	372,5	368,5	371,6	0,8%	-0,2%
Suppléments d'honoraires	476,0	571,2	622,4	9,0%	30,8%
Non remboursables	293,3	286,3	300,3	4,9%	2,4%
Total patient	1.141,8	1.226,1	1.294,3	5,6%	13,4%
Hospitalisations de jour					
Intervention AMI^(*)	1.795,4	2.979,1	3.228,9	8,4%	79,8%
Tickets modérateurs	66,4	79,95	83,6	4,6%	26,0%
Suppléments d'honoraires	87,0	125,4	137,6	9,8%	58,2%
Non remboursables	53,5	78,4	82,1	4,7%	53,4%
Total patient	206,9	283,7	303,4	6,9%	46,6%

(*) Le montant de l'intervention AMI ne tient pas compte des montants qui ne sont pas facturés tels que les douzièmes du BMF.

Détail hospitalisation de jour : annexe 2

Le montant facturé aux patients est monté de 1.509,8 millions d'euros en 2023 à 1.597,7 millions d'euros en 2024, une augmentation de 5,8%.

81% de la facture patient totale provient des séjours classiques (1.294,3 millions € /1.597,7 millions €).

Les suppléments d'honoraires et prestations non remboursables représentent près de trois-quarts des montants à charge patient mais ne sont pas pris en compte dans

⁷ À l'exclusion de la partie du BMF liquidée en douzièmes.

les mécanismes de protection financière des patients (MàF, intervention majorée). Cette proportion augmente chaque année (67% en 2018, 70% en 2023, 72% en 2024).

La forte croissance de l'intervention AMI en hospitalisation de jour s'explique en partie par l'élargissement de l'hôpital de jour.

3.1.4. Répartition selon la catégorie de dépenses

Tableau 2. Montants totaux facturés au patient par type de séjour et par catégorie de dépenses, 2024

Millions euros	2023				2024				2023-2024
	TM	Suppl hono	Non rembours	Total patient	TM	Suppl hono	Non rembours	Total patient	Total patient
Tous séjours									
Séjour	167,9		0,0	167,9	169,5		0,0	169,5	0,9%
Honoraires	106,3	696,6	58,4	861,4	107,5	760,0	57,6	925,1	7,4%
Pharma	12,1		84,7	96,8	11,9		88,0	99,9	3,2%
Matériel	162,2		26,7	188,9	166,3		28,0	194,3	2,9%
Chambre	0,0		132,8	132,8	0,0		144,2	144,2	8,6%
Autres	0,0		62,1	62,1	0,0		65,1	65,1	4,8%
Séjours classiques									
Séjour	167,9		0,0	167,9	169,5		0,0	169,5	0,9%
Honoraires	84,7	571,2	32,9	688,9	84,8	622,4	32,5	739,7	7,4%
Pharma	5,3		63,8	69,1	4,9		65,3	70,3	1,7%
Matériel	110,6		13,8	124,4	112,4		13,7	126,2	1,4%
Chambre	0,0		122,4	122,4	0,0		132,9	132,9	8,6%
Autres	0,0		53,4	53,4	0,0		55,8	55,8	4,4%
Hôpital de jour									
Séjour	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Honoraires	21,6	125,4	25,5	172,5	22,7	137,6	25,1	185,4	7,5%
Pharma	6,9		20,9	27,8	7,0		22,6	29,6	6,7%
Matériel	51,5		12,9	64,4	53,9		14,2	68,1	5,7%
Chambre	0,0		10,4	10,4	0,0		11,3	11,3	8,8%
Autres	0,0		8,6	8,6	0,0		9,2	9,2	7,3%

Détail hospitalisation de jour : annexe 2

Plus de la moitié (57%) du montant à charge patient découle directement du choix d'une chambre particulière (suppléments d'honoraires + suppléments chambre particulière). Etant donné que ce sont les postes de dépense qui augmentent le plus, cette proportion augmente (53% en 2018, 55% en 2023, 57% en 2024), alors que la proportion de séjours en chambre particulière n'augmente pas (cf. [Atlas AIM](#)).

En 2024, les patients ont payé **925,1 millions d’euros d’honoraires** lors des séjours hospitaliers, **c’est**

- **58% du montant total à leur charge** (1,6 milliard)
- **7,4% de plus qu’en 2023**

817,6 millions (88%) de ce montant concerne des suppléments d’honoraires et des honoraires non remboursables. Les 107,5 millions d’euros restants sont des tickets modérateurs

Pour plus d’infos concernant les suppléments sur les honoraires médicaux remboursables, voir: Monitoring suppléments d’honoraires lors d’un séjour hospitalier

Les dépenses pour suppléments de chambre (uniquement pour chambre particulière) ont augmenté de 8,6% en 2024, notamment suite à une augmentation de 6,7% du tarif moyen de la chambre particulière (cf. Annexe 3).

3.2. Facture patient par séjour individuel

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

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

La facture patient dépasse par exemple 1.065 euros pour 5% des séjours classiques en chambre commune ; et 216 euros pour 5% des hospitalisation de jour en chambre commune.

Tableau 3. Nombre de séjours selon le montant de la facture patient

Montant facture patient	Nombre séjours classiques			Montant facture patient	Nombre séjours one day		
	2018	2023	2024		2018	2023	2024
<100 €	469.399	416.849	418.886	<100 €	1.538.038	1.956.017	2.063.252
100 € - 250 €	505.612	471.729	463.358	100 € - 250 €	239.436	288.956	298.240
250 € - 500 €	291.132	304.826	309.068	250 € - 500 €	59.226	72.414	72.685
500 € - 1.000 €	203.323	195.729	194.644	500 € - 1.000 €	51.184	62.766	60.608
1.000 € - 3.000 €	238.031	233.486	231.727	1.000 € - 3.000 €	40.963	67.051	75.472
3.000 € - 5.000 €	47.120	58.269	63.871	3.000 € - 5.000 €	1.685	3.139	3.880
5.000 € - 10.000 €	19.492	24.723	28.491	5.000 € - 10.000 €	411	935	1.146
10.000 € - 30.000 €	4.353	5.939	7.134	> 10.000 €	19	63	114
> 30.000 €	99	145	179				

Le nombre de séjours avec facture très élevé continue d'augmenter : plus de 3.000 € pour près de 100.000 séjours classiques et plus de 5.000 séjours one day en 2024, soit une augmentation de respectivement 40% et 140% par rapport à 2018. La facture patient atteint minimum 1.000 euros pour plus de 80.000 séjours en hospitalisation de jour en 2024.

Dans certains cas, le montant de la facture patient peut atteindre des montants extrêmement élevés. Son montant peut constituer un réel frein à l'accessibilité, **y compris en chambre commune**.

De multiples facteurs expliquent les différences de montant de la facture patient.

3.2.1. La facture patient et ses déterminants

Les principaux déterminants du montant de la facture patient sont :

- La **catégorie de chambre** : en cas de choix d'une chambre particulière, des suppléments de chambre et ainsi que des suppléments d'honoraires peuvent être facturés au patient
- Le **type de séjour** : classique / de jour
- **L'intervention / la pathologie** : les baromètres précédents montraient les dépenses moyennes pour certaines interventions et la variation entre et dans un même hôpital. Ces chiffres sont aussi disponibles dans l'Atlas IMA⁸.

⁸ <https://atlas.ima-aim.be> > Accessibilité financière > Coût patient séjour hospitalier

- **L'hôpital** : le montant de la facture patient varie selon l'hôpital, en particulier pour les séjours en chambre particulière
- Le **statut social du patient** (BIM / non BIM) : les BIM bénéficient de réduction des tickets modérateurs pour la plupart des prestations remboursables, mais pas pour les implants, ni pour les prestations non remboursables.
- **Autres** : éléments liés au patient (polypathologies, complications, ...), ou aux choix individuels des patients (suppléments de confort), ...

3.2.2. Variation du montant de la facture patient selon la catégorie de chambre et le type de séjour

Tableau 4 : Distribution et évolution du montant de la facture patient selon le type de séjour et la catégorie de chambre

Catégorie de chambre	Moyenne (euros)				Distribution 2024 (en euros)				
	2019	2023	2024	2024/2023	P5	P25	P50	P75	P95
Hospitalisation classique									
Commune	286 €	321 €	323 €	0,6%	21 €	87 €	181 €	366 €	1.065 €
Individuelle	2.119 €	2.619 €	2.778 €	6,1%	405 €	1.291 €	2.137 €	3.388 €	7.314 €
Hôpital de jour									
Commune	55 €	60 €	61 €	1,0%	1 €	7 €	20 €	48 €	216 €
Individuelle	722 €	826 €	917 €	11,0%	12 €	248 €	777 €	1.321 €	2.376 €

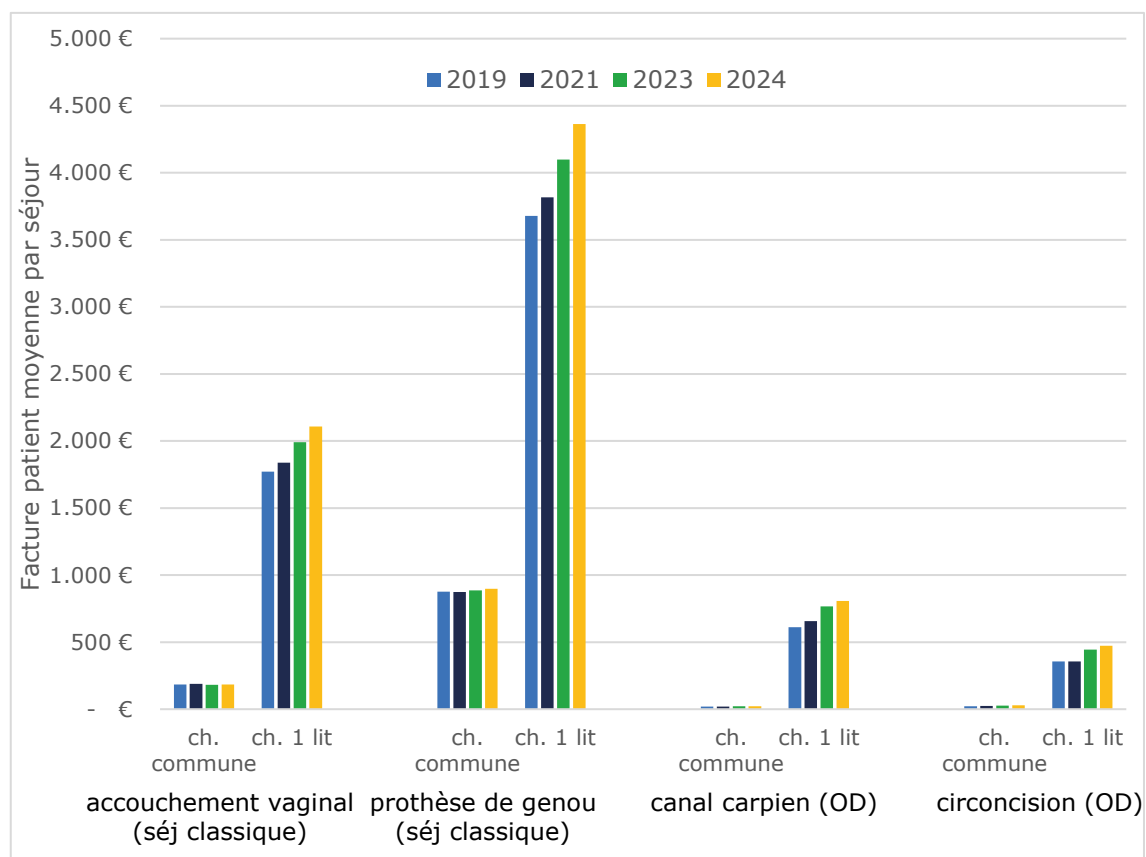
Détail hospitalisation de jour : annexe 2

En hospitalisation classique, le montant de la facture patient est en moyenne près de 8 fois plus élevée en chambre particulière qu'en chambre commune

La facture patient augmente plus rapidement en chambre particulière qu'en chambre commune

3.2.3. Différences selon le type d'intervention

Graphique 2

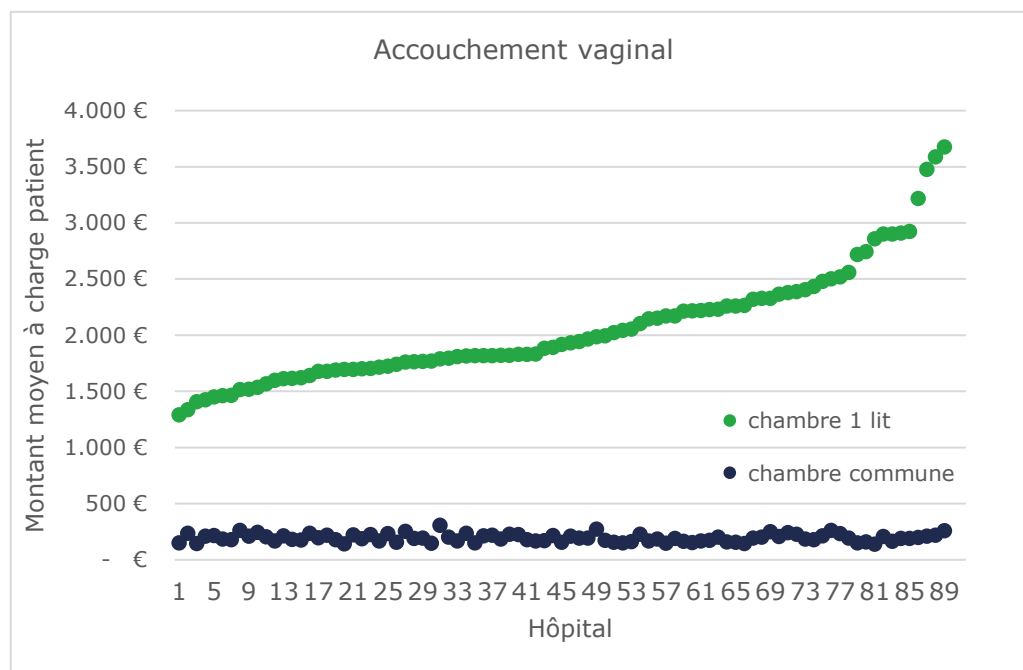


Atlas AIM

3.2.4. Différences entre hôpitaux

Le montant moyen de la facture patient varie fortement selon l'hôpital.

Graphique 3 : Comparaison entre hôpitaux de la facture moyenne pour accouchement vaginal, par catégorie de chambre



Source : [Atlas AIM](#)

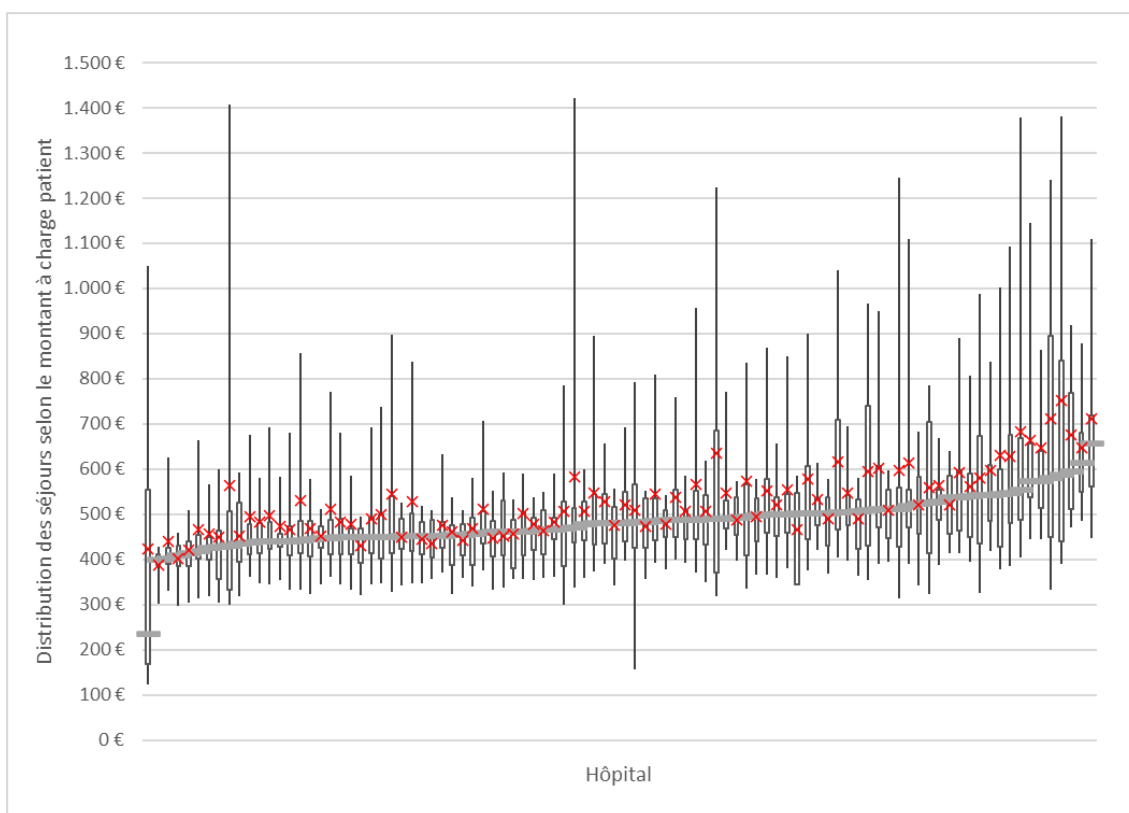
Détail par hôpital : [Atlas AIM](#)

Pour un accouchement relevant d'un séjour à basse variabilité, la facture moyenne par hôpital va de 137 € à 305 € (soit plus du double) en chambre commune, et de 1.291 € à 3.675 € (soit trois fois plus) en chambre particulière.

3.2.5. Autres facteurs

La distribution du montant de la facture patient pour un séjour en chambre commune, dans un même hôpital, met en évidence de grandes variations, y compris pour une même pathologie relevant des séjours à faible variabilité.

Graphique 4 : Distribution au sein de chaque hôpital du montant de la facture patient pour une prothèse de hanche lors d'un séjour classique en chambre commune



Le montant médian de la facture patient pour une prothèse de hanche relevant des séjours à basse variabilité, en hospitalisation classique, varie selon l'hôpital de 236 € à 656 € Mais ce montant peut grimper au-delà de 1.400 euros, notamment en cas de longue durée de séjour ou si du matériel non remboursable coûteux est utilisé...



4. Conclusion

4.1. Principaux constats.

L'analyse des montants facturés en 2024 aux patients en cas d'admission classique ou d'hospitalisation de jour, permet de tirer les conclusions suivantes.

- Le **montant facturé au patient varie énormément** d'un séjour à l'autre. Il peut atteindre des montants très élevés. Le **risque d'être confronté à des factures très élevées** ne cesse d'augmenter.
- En moyenne, les montants facturés au patient par admission ont augmenté pour les séjours en chambre particulière.

4.2. Principaux résultats

L'accessibilité financière des soins hospitaliers sous pression

Globalement, **les patients ont payé pour leurs séjours à l'hôpital :**

- **un total 1,60 milliard d'euros** qui se compose de
 - 455 millions de tickets modérateurs
 - 1,15 milliard d'euros de suppléments et montants non remboursables (72% du total), dont 760 millions de suppléments sur les honoraires médicaux remboursables.

Près de trois-quarts (72%) de ce montant, **à savoir les suppléments et les montants non remboursables**, sont **exclus de tous les mécanismes de protections financières** de l'assurance maladie obligatoire⁹. Cette proportion ne cesse d'augmenter (67% en 2018 à 72% en 2024).

Plus de la moitié du montant à charge patient est directement lié au choix d'une chambre particulière (suppléments d'honoraires et tarif chambre particulière).

La masse totale des suppléments d'honoraires ainsi que des suppléments de chambre ont fortement augmenté en 2024 par rapport à 2023.

L'évolution des autres montants non remboursables mérite également une attention particulière.

Les tickets modérateurs, qui sont pris en compte dans les différents mécanismes de protection financière, s'élèvent à 455 millions d'euros.

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

Le montant facturé aux patients a dépassé 3 000 euros pour près de 100.000 séjours classiques et plus de 5.100 hospitalisations de jour en 2024.

- **Cette facture dépasse 1 000 euros pour 1 séjour sur 10.**
- Dans les chambres communes, le montant facturé au patient peut également être élevé, y compris en hospitalisation de jour, par exemple en raison du coût des implants¹⁰.

Suppléments d'honoraires élevés

- Les **suppléments d'honoraires sur les honoraires médicaux remboursables (760 millions d'euros) représentent près de la moitié (48 %) du montant total facturé au patient.**

⁹ Parmi les mécanismes de protection financière, notons l'intervention majorée (statut BIM) et le maximum à facturer (MàF).

¹⁰ Plus d'explications https://ima-aim.be/IMG/pdf/barometre_hospitalier_aim_2020_-_fr.pdf, p.33

4.3. Commentaires et recommandations

Nécessité d'une information adaptée au patient

- Avant son admission, le patient dispose de peu d'informations sur le coût de son séjour hospitalier. De plus, le montant de sa facture peut fortement varier, sans limite, pour des motifs indépendants de sa volonté. Ainsi, le patient n'a donc aucune sécurité tarifaire, et signe donc un chèque en blanc lors de son admission à l'hôpital. **Il est nécessaire d'avoir plus de transparence dans les montants absolus.**
- **Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables ne renseigne pas suffisamment sur les suppléments d'honoraires facturés au patient** car
 - les patients ne connaissent pas à l'avance le montant sur base duquel ces suppléments d'honoraires seront calculés.
 - le montant des suppléments (d'honoraires) n'est pas plafonné
 - Certains hôpitaux introduisent des exceptions diverses concernant l'application du pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturable (pour certaines disciplines, certaines prestations, exception avec consentement...)
 - Les informations communiquées aux organismes assureurs concernant le taux maximum du supplément d'honoraires facturable ne sont pas toujours identiques aux informations figurant sur les sites web des hôpitaux/les déclarations d'admission, et sont susceptibles d'être modifiées à n'importe quel moment dans certaines limites.
- Les patients devraient être légalement informés à l'avance par les prestataires de soins de santé des implications financières de leur séjour à l'hôpital. Même si certains hôpitaux fournissent un montant indicatif pour certaines interventions sur leur site web, les informations sont parfois insuffisantes, non actualisées, voire inexistantes. Fournir une estimation **du coût des interventions de routine par l'hôpital avant l'admission** permettrait aux patients d'être mieux informés du montant à prévoir. La différenciation par type de chambre et par statut social est essentielle.

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

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

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

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

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

Nécessité d'une transparence élargie

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

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

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

Bibliographie

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

Annexes

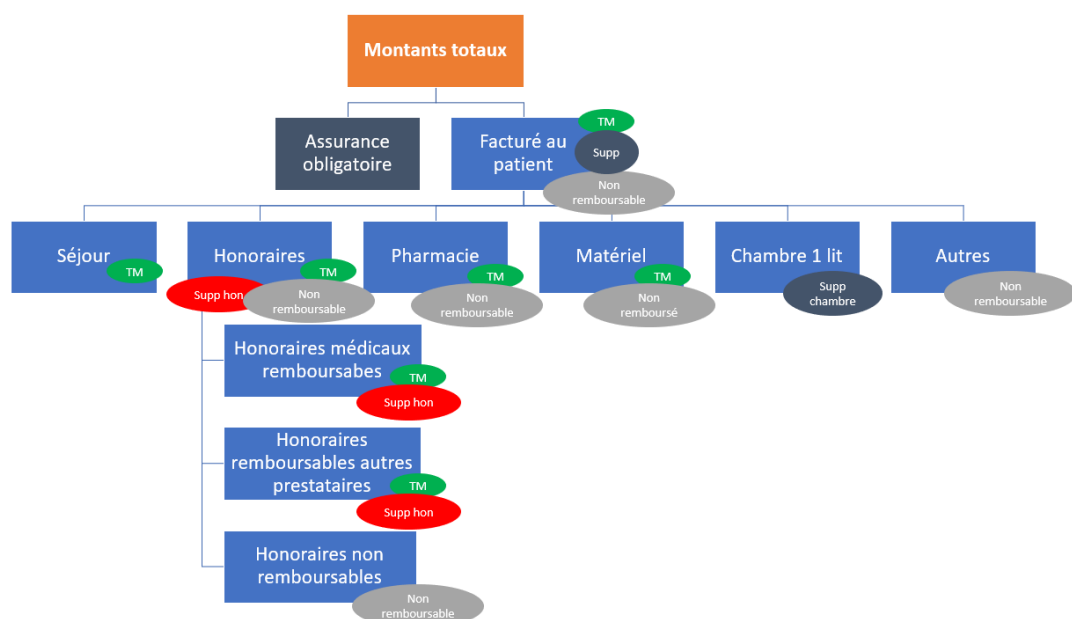
Annexe 1. Aspects méthodologiques

A. Tickets modérateurs / prestations non remboursables

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

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

B. Structure des différentes catégories de dépenses



Le **séjour** comprend le montant par admission et le montant par journée¹¹ pour les séjours classiques et l'hôpital de jour chirurgical, ainsi que les forfaits pour l'hospitalisation de jour non chirurgicale (forfaits 1 à 7, douleur chronique) et les forfaits pour l'hospitalisation de jour oncologique. Ces montants sont principalement destinés à contribuer à la couverture des frais d'hôtellerie et de soins. Les douzièmes versés mensuellement aux hôpitaux entre autres pour financer les soins hospitaliers pour les hospitalisations classiques et hospitalisations de jour chirurgicales ne sont pas inclus dans les chiffres. Pour les frais d'hébergement, seules les admissions classiques font l'objet de tickets modérateurs à charge patient. Ceux-ci varient en fonction du statut social du patient et de la durée du séjour.

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

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

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

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

La catégorie « **autres** » comprend principalement d'autres frais divers pour le patient pendant l'hospitalisation, tels que le confort de la chambre, la nourriture et les boissons ou encore un lit pour une personne accompagnante. En outre, les produits

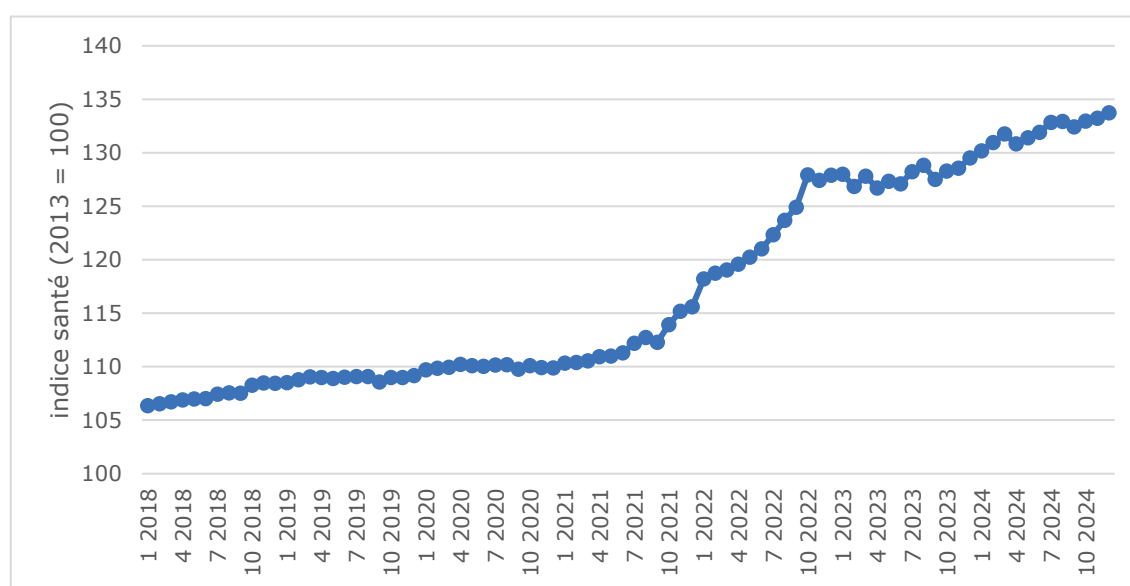
¹¹ Les douzièmes du BFM n'ont pas été inclus dans les analyses.

d'hygiène non remboursables, par exemple, entrent également dans cette catégorie. Ils sont intégralement à charge patient.

C. Evolution de l'indice des prix

Dans les analyses, les montants sont exprimés en prix courants. Il convient de mettre en parallèle leur évolution avec l'évolution de l'indice santé et de tenir compte du fait que l'indexation se répercute selon des modalités et des délais qui diffèrent d'un secteur à l'autre.

Graphique 5 : Evolution indice santé



Source : [Statbel](#)

Annexe 2. Détail selon le type d'hospitalisation de jour

Tableau 5. Evolution des montants totaux facturés à l'AMI¹² et au patient, par type de séjour, tous types de chambres confondus, 2018-2023-2024

	(millions euros)			(%)	
	2021	2023	2024	2024/2023	2024/2021
Hôpital jour chirurgical					
Intervention AMI(*)	486,9	718,3	769,6	7,1%	58,1%
Tickets modérateurs	37,1	49,4	51,3	3,8%	38,3%
Suppléments d'honoraires	49,4	72,7	79,5	9,4%	60,8%
Non remboursables	33,7	47,9	50,3	5,0%	49,3%
Total patient	120,2	169,9	181,1	6,5%	50,6%
Hôpital jour non chirurgical					
Intervention AMI(*)	727,4	830,6	917,5	10,5%	26,1%
Tickets modérateurs	28,0	24,0	25,8	7,5%	-7,7%
Suppléments d'honoraires	51,7	50,8	56,2	10,6%	8,7%
Non remboursables	28,0	27,5	28,7	4,7%	2,7%
Total patient	107,7	102,3	110,8	8,3%	2,9%
Hôpital jour oncologique					
Intervention AMI(*)	1.169,4	1.430,2	1.541,8	7,8%	31,8%
Tickets modérateurs	6,8	6,5	6,5	0,1%	-4,4%
Suppléments d'honoraires	1,2	1,9	1,9	0,1%	56,2%
Non remboursables	2,8	3,1	3,1	0,0%	11,6%
Total patient	10,8	11,5	11,5	0,1%	6,7%

¹² À l'exclusion de la partie du BMF liquidée en douzièmes.

Tableau 6. Montants totaux facturés au patient par type de séjour et par catégorie de dépenses, 2024

Millions euros	2023				2024				2023-2024
	TM	Suppl hono	Non rembours	Total patient	TM	Suppl hono	Non rembours	Total patient	Total patient
Hôpital de jour chirurgical									
Séjour	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Honoraires	5,8	72,7	14,3	92,7	6,0	79,5	13,9	99,4	7,3%
Pharma	2,6		13,9	16,4	2,6		14,7	17,2	5,0%
Matériel	41,1		10,0	51,0	42,7		11,0	53,7	5,2%
Chambre	0,0		4,7	4,7	0,0		5,1	5,1	8,8%
Autres	0,0		5,1	5,1	0,0		5,5	5,5	8,8%
Hôpital de jour non chirurgical									
Séjour	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Honoraires	11,8	50,8	10,9	73,5	12,8	56,2	10,7	79,6	8,3%
Pharma	2,2		6,0	8,2	2,4		6,5	8,9	8,4%
Matériel	10,0		2,9	12,9	10,7		3,2	13,9	8,1%
Chambre	0,0		4,5	4,5	0,0		4,9	4,9	10,4%
Autres	0,0		3,2	3,2	0,0		3,4	3,4	5,9%
Hôpital de jour oncologique									
Séjour	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	-
Honoraires	4,0	1,9	0,4	6,3	4,0	1,9	0,5	6,4	1,6%
Pharma	2,0		1,1	3,1	2,1		1,4	3,5	12,7%
Matériel	0,5		0,0	0,5	0,5		0,0	0,5	-2,3%
Chambre	0,0		1,2	1,2	0,0		1,3	1,3	3,4%
Autres	0,0		0,3	0,3	0,0		0,3	0,3	-0,8%

Tableau 7 : Distribution et évolution du montant de la facture patient selon le type de séjour et la catégorie de chambre

Catégorie de chambre	Moyenne (euros)				Distribution 2024 (en euros)				
	2019	2023	2024	2024/2023	P5	P25	P50	P75	P95
Hôpital de jour chirurgical									
Commune	€ 106	€ 116	€ 119	2,3%	€ 2	€ 19	€ 48	€ 193	€ 326
Individuelle	€ 939	€ 1.111	€ 1.200	8,0%	€ 91	€ 617	€ 1.025	€ 1.615	€ 2.741
Hôpital de jour non chirurgical									
Commune	€ 42	€ 41	€ 42	0,7%	€ 1	€ 6	€ 16	€ 39	€ 119
Individuelle	€ 715	€ 844	€ 941	11,5%	€ 37	€ 397	€ 844	€ 1.291	€ 2.195
Hôpital de jour oncologique									
Commune	€ 18	€ 17	€ 18	2,6%	€ 1	€ 7	€ 12	€ 22	€ 40
Individuelle	€ 136	€ 117	€ 125	7,5%	€ 6	€ 17	€ 108	€ 205	€ 315

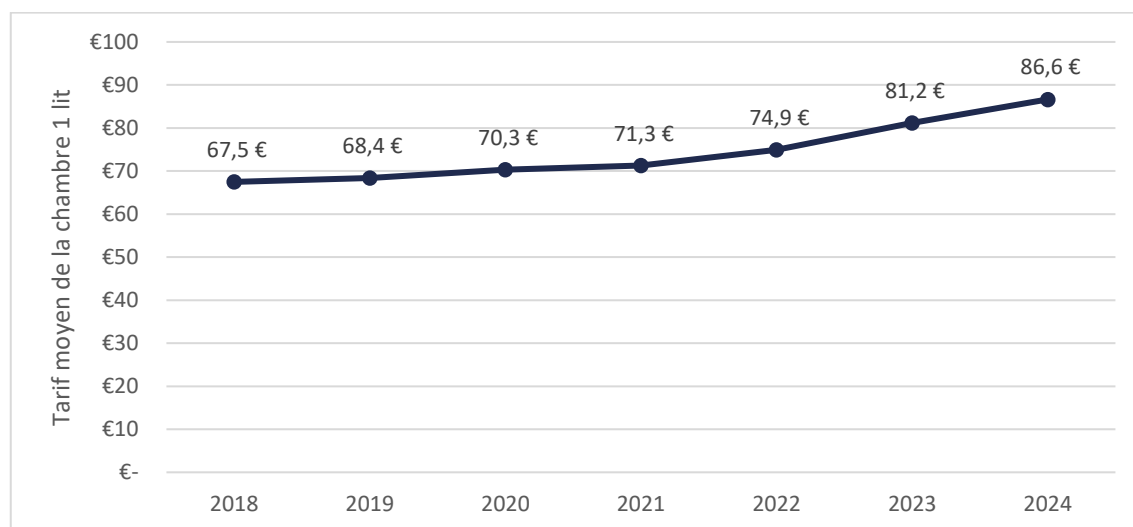
Annexe 3. Suppléments pour chambre particulière

Lorsque le patient choisit de séjourner en chambre particulière, l'hôpital peut facturer un montant au patient, dépendant du tarif fixé pour la chambre et de la durée de séjour.

La croissance des dépenses pour chambre particulière résulte de l'évolution :

- ✓ du **nombre de journées** avec facturation de chambre particulière
- ✓ du **tarif moyen** des chambres particulières (+ 6,7% de 2023 à 2024)

Graphique 6 : Evolution du tarif moyen¹³ de la chambre particulière (pour séjour classique)



Le tarif moyen de la chambre particulière dépend :

- du tarif des chambres particulières :
 - Le tarif des chambres 1 lit standard de 49 € à 199 € par jour pour séjour classique
 - La suite de luxe peut grimper à 360 euros par jour
- de la proportion de journées dans les différentes catégories de chambre particulière

¹³ Le tarif moyen de la chambre particulière est le rapport entre le montant total des suppléments de chambre et le nombre de journées pour lesquelles un supplément de chambre est facturé.