



Institut des comptes nationaux

ANALYSE DES PRIX  
RAPPORT ANNUEL 2018  
DE L'INSTITUT DES COMPTES NATIONAUX

**Partie III. Analyse de l'évolution des coûts à la base de  
l'indice médical et de son impact sur l'assurance  
hospitalisation**

OBSERVATOIRE DES PRIX

SPF Économie, P.M.E., Classes moyennes et Energie  
Direction générale des Analyses économiques et de l'Économie internationale  
Rue du Progrès 50  
1210 Bruxelles  
<https://economie.fgov.be>

Editeur responsable : Pascal Vanderbecq  
Président a.i. du Comité de direction  
Rue du Progrès 50  
1210 Bruxelles

Version internet

**Pour de plus amples informations :**

SPF Économie, P.M.E., Classes moyennes et Energie  
Peter Van Herreweghe  
City Atrium  
Rue du Progrès 50  
1210 Bruxelles  
Tél.: +32 2 277 83 96  
Courriel : [Peter.Vanherreweghe@economie.fgov.be](mailto:Peter.Vanherreweghe@economie.fgov.be)

# Table des matières

OBSERVATOIRE DES PRIX.....	1
Table des matières.....	3
III. Analyse de l'évolution des coûts à la base de l'indice médical et de son impact sur l'assurance hospitalisation .....	4
Introduction.....	4
III.1. Indice médical .....	4
III.1.1. Historique de l'indice médical.....	4
III.1.2. Modalités de l'indice médical.....	6
III.1.3. Calcul de l'indice médical .....	7
III.1.4. Evolution de l'indice médical .....	7
Focus 1: Examen de l'indice médical actuel .....	12
III.2. Prix d'une hospitalisation .....	13
III.2.1. Méthodologie et sources.....	14
III.2.2. Aperçu du nombre d'hospitalisations en Belgique .....	14
III.2.3. Les différents composants d'une facture d'hôpital.....	15
III.2.4. Evolution du prix d'une facture d'hôpital.....	17
Focus 2 : Rentabilité des hôpitaux généraux.....	25
III.3. Assurances hospitalisation .....	25
III.3.1. Introduction .....	26
III.3.2. Qu'est-ce qu'une assurance hospitalisation ?.....	26
III.3.3. Couverture de l'assurance hospitalisation.....	26
III.3.4. Niveau de la prime d'assurance.....	27
III.3.5. Fournisseurs d'assurances hospitalisation et cadre légal .....	28
III.4. Conclusion.....	29

# III. Analyse de l'évolution des coûts à la base de l'indice médical et de son impact sur l'assurance hospitalisation

## Introduction

Depuis la publication de l'indice médical<sup>1</sup>, plusieurs dossiers de redressement ont été introduits auprès des contrôleurs prudentiels et approuvés par ces derniers. À la suite de ces dossiers, le ministre de l'Économie a demandé à l'Observatoire des prix de réaliser une analyse de l'indice médical et de l'évolution des frais qui y sont relatifs.

Le premier chapitre porte sur l'historique, les modalités et la méthode de calcul de l'indice médical. Son évolution pour les différents types de garantie (chambre particulière, chambre double ou commune, soins ambulatoires et soins dentaires) y est également abordée.

Le marché des assurances soins de santé complémentaires pour les soins dentaires et les soins ambulatoires est assez récent. Par conséquent, il s'agit pour l'instant d'un marché relativement petit par rapport à celui des assurances hospitalisation. C'est pourquoi l'étude se concentre ensuite sur l'évolution du prix d'une hospitalisation et sur le marché des assurances hospitalisation.

Le deuxième chapitre analyse le prix d'une hospitalisation. Ces coûts sont à la base de l'évolution de l'indice médical pour les types de garantie "chambre particulière" et "chambre double ou commune". Le prix moyen des hospitalisations d'un jour en chambre particulière et en chambre double ou commune sera brièvement examiné.

Le troisième chapitre traite des assurances hospitalisation. Il explique tout d'abord ce qu'est l'assurance hospitalisation. La couverture d'une telle assurance est analysée dans une deuxième partie tandis que le niveau de la prime d'assurance et les paramètres pris en compte sont abordés dans la troisième partie de ce chapitre. Sont finalement évoqués les fournisseurs d'assurances hospitalisation et le cadre juridique dans lequel ils opèrent.

Pour cette analyse, des statistiques et sources officielles ont été utilisées, notamment des informations détaillées issues de Statbel. Des analyses spécifiques provenant de sources du secteur, telles que les mutualités, ont également été consultées. Enfin, des discussions ont eu lieu avec les principales parties prenantes<sup>2</sup>.

## III.1. Indice médical

L'indice médical est calculé et publié par Statbel, la Direction générale Statistique du SPF Economie, et peut être utilisé pour indexer les contrats d'assurance soins de santé non liés à l'activité professionnelle (assurance hospitalisation, assurance soins dentaires et assurance soins ambulatoires). Ce chapitre présente l'historique de l'indice médical. Il aborde ensuite les modalités de cet indice, ainsi que la méthode de calcul. Enfin, l'indice médical et l'évolution des différents types de garanties sont analysés.

### III.1.1. Historique de l'indice médical

L'indice médical a été créé en 2010 afin de pouvoir indexer, entre autres, les primes des assurances soins de santé complémentaires, dont l'assurance hospitalisation, sur la base de l'évolution réelle des frais médicaux pour éviter de gros chocs de prix au consommateur.

L'assurance hospitalisation est une assurance soins de santé complémentaire qui rembourse tout ou une partie des frais d'hospitalisation qui ne sont pas couverts par l'assurance soins de santé obligatoire. Environ 75 % des Belges ont souscrit

---

<sup>1</sup> L'indice médical ne fait pas partie de l'IPCH. Seulement les contribution à l'assurance soins de santé obligatoire sont repris dans l'IPCH.

<sup>2</sup> Des contacts ont eu lieu avec Statbel, la Banque Nationale de Belgique (BNB), l'Office de contrôle des mutualités (OCM), l'Agence intermutualiste, l'INAMI et le secteur des assurances.

une telle assurance facultative<sup>3</sup>, qui peut être soit collective, entre autre via l'employeur, soit individuelle. Cette étude sur l'indice médical ne porte que sur l'assurance hospitalisation non liée à l'activité professionnelle ou individuelle, et donc pas sur celles souscrites collectivement par les employeurs pour les travailleurs.

La loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre remplacée par la loi du 4 avril 2014 (loi relative aux assurances) établit pour la première fois un certain nombre de dispositions relatives aux assurances, y compris les assurances soins de santé complémentaires. En 2007, cette loi de base de 1992 a été complétée par la loi du 20 juillet 2007: la loi Verwilghen. Cette loi établit diverses dispositions relatives aux assurance soins de santé individuelles et collectives<sup>4</sup>. Cette loi stipule qu'une assurance soins de santé complémentaire individuelle est conclue à vie. Cela signifie donc qu'en principe, une compagnie d'assurance ne peut pas résilier cette assurance, sauf en cas de fraude ou de non-paiement de la prime, et que seul le preneur d'assurance peut le faire. Il a également été prévu que les assureurs ne puissent relever les primes que sur la base de l'indice des prix à la consommation. Suite à la loi du 17 juin 2009, portant modification de la loi Verwilghen, les primes peuvent également être relevées sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques des coûts des services couverts par les contrats d'assurances soins de santé privés, si l'évolution de ces indices dépasse l'indice des prix à la consommation. Le but est de protéger le consommateur contre de trop fortes fluctuations des prix. Par ailleurs, les contrôleurs prudentiels, à savoir la Banque Nationale de Belgique (BNB) pour les assureurs privés ou l'Office de contrôle des mutualités (OCM) pour les sociétés mutualistes d'assurance (SMA) peuvent exiger qu'une entreprise d'assurance mette ses tarifs en équilibre. Les entreprises d'assurance peuvent informer les contrôleurs prudentiels que l'application d'un de leurs tarifs donne lieu ou risque de donner lieu à des pertes, ou alors les contrôleurs prudentiels peuvent le constater par eux-mêmes. Il s'agit là des dossiers de redressement.

Ces indices spécifiques ont été publiés pour la première fois en 2010 sur la base de l'arrêté royal (AR) du 1<sup>er</sup> février 2010 sous l'appellation "indice médical"<sup>5</sup>. Depuis le quatrième trimestre de 2012, cet indice n'est toutefois plus publié après que le Conseil d'État ait en partie abrogé l'AR du 1<sup>er</sup> février 2010. Ce n'est qu'en 2016 qu'un nouvel indice a été introduit par l'AR du 18 mars 2016 (Moniteur belge, 25 mars 2016)<sup>6</sup>. Cet AR se base sur la méthode de calcul de l'indice prévu dans l'AR initial de 2010, mais procède aux adaptations nécessaires pour répondre aux objections émises par le Conseil d'État dans son arrêt d'annulation. Plus concrètement, un paramètre de vieillissement a été introduit dans le calcul de l'indice médical afin que les assureurs puissent également revaloriser leurs provisions de vieillissement<sup>7</sup> en plus de leurs primes. Cet indice médical devrait permettre d'augmenter les primes des contrats individuels d'assurance hospitalisation sur la base de l'évolution réelle des frais médicaux.

Les assureurs peuvent appliquer l'indice médical à la prime et/ou aux franchises et/ou prestations des assurances soins de santé complémentaires non liées à l'activité professionnelle<sup>8</sup>. L'assurance soins de santé complémentaires non liée à

---

<sup>3</sup> P. Calcoen, "Private expenditure on health and voluntary private health insurance".

<sup>4</sup> Comme la possibilité de prolonger individuellement une assurance hospitalisation après un changement d'emploi ou la pension.

<sup>5</sup> Dans l'UE, l'assurance soins de santé complémentaire est en principe soumise aux règles du marché libre et de la concurrence. Exceptionnellement, des règles peuvent être imposées restreignant la libre concurrence lorsque l'assurance soins de santé privée fonctionne comme une alternative totale ou partielle à l'assurance soins de santé prévue par le régime légal de sécurité sociale. La Cour européenne de Justice a jugé en 2013 que les directives européennes sur les assurances n'empêchaient pas le gouvernement belge d'adopter des règles restreignant la concurrence sur le marché de l'assurance soins de santé complémentaire afin de protéger les consommateurs contre les augmentations imprévues des primes. La Cour constitutionnelle belge avait déjà défendu ce règlement auparavant, faisant valoir que l'assureur est libre de déterminer tous les éléments du contrat, y compris la prime au moment où le contrat est conclu.

<sup>6</sup> [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2016031801&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2016031801&table_name=loi).

<sup>7</sup> Une provision de vieillissement est liée au paiement d'une prime (constante) nivelée par l'assuré pour son assurance hospitalisation. Dans le cas d'une telle prime, l'assuré paie au début du contrat, lorsqu'il est assez jeune, une prime relativement élevée qui n'est plus augmentée ultérieurement, sauf par indexation. Une provision de vieillissement est ainsi créée pour l'assuré destinée à couvrir les frais d'hospitalisation éventuels à un âge plus avancé.

<sup>8</sup> Article 204 de la loi relative aux assurances.

l'activité professionnelle doit contenir une clause d'indexation qui mentionne l'indice appliqué au produit, qu'il s'agisse de l'indice médical lié à l'âge, de l'indice médical global ou de l'indice des prix à la consommation (IPC)<sup>9</sup>. Si le choix se porte sur l'indice médical, celui-ci doit toutefois être plus élevé que l'indice des prix à la consommation pour pouvoir être appliqué. L'indice médical est cependant un maximum. Cela signifie que l'assureur n'est pas tenu de l'appliquer dans son intégralité. Il peut choisir d'appliquer des augmentations moins importantes. Par ailleurs, l'indice médical est construit de manière telle (voir modalités de l'indice médical) qu'il ne peut jamais devenir négatif, même si l'évolution des coûts est négative.

### III.1.2. Modalités de l'indice médical

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, le SPF Economie calcule et publie l'indice médical actuel. Les modalités de calcul de cet indice sont reprises dans l'AR du 18 mars 2016, qui stipule que l'indice est calculé pour quatre types de garantie: chambre particulière, chambre double et commune, soins ambulatoires et soins dentaires.

L'assureur est tenu de rattacher ses produits d'assurance soins de santé complémentaire à un de ces quatre types de garantie. Étant donné que la plupart des produits d'assurance soins de santé couvrent plusieurs de ces garanties, l'AR stipule que la garantie qui pèse le plus dans la fixation de la prime annuelle détermine le rattachement du contrat d'assurance à cette garantie. Par exemple, une assurance hospitalisation peut couvrir les frais d'hospitalisation, quel que soit le type de chambre dans laquelle l'assuré séjourne (chambre particulière, chambre double ou commune) et les frais de soins ambulatoires liés à cette hospitalisation. Cette assurance hospitalisation peut donc être rattachée à trois types de garantie. L'assureur déterminera le type de garantie (chambre particulière, chambre double ou commune, soins ambulatoires) pour lequel les frais sont les plus élevés. L'assurance sera alors rattachée à ce type de garantie. Ce rattachement des postes d'assurance soins de santé complémentaire à un seul type de garantie entraîne à son tour une pollution de l'analyse (voir le point "Examen de l'indice médical actuel").

En outre, chaque assuré doit être affecté à une classe d'âge. Cinq classes d'âge sont déterminées dans l'AR :

- de 0 à 19 ans;
- de 20 à 34 ans;
- de 35 à 49 ans;
- de 50 à 64 ans;
- 65 ans et plus.

Un indice médical est donc publié pour ces classes d'âge pour les quatre types de garantie. Un indice médical global est également publié par type de garantie. Comme indiqué ci-dessus, l'assureur est tenu d'insérer une clause d'indexation dans le contrat qui indique si l'assureur applique l'indice médical global ou l'indice médical lié à l'âge.

Les assureurs sont tenus de communiquer chaque année (en avril) à leur autorité de contrôle compétente, l'Autorité des services et marchés financiers (FSMA)<sup>10</sup> pour les assureurs privés et l'Office de contrôle des mutualités (OCM) pour les sociétés mutualistes, et au SPF Economie, les données nécessaires relatives au calcul de l'indice médical. Il s'agit plus particulièrement de la charge brute des sinistres<sup>11</sup>, d'une part, et du nombre d'assurés, d'autre part, par type de garantie

---

<sup>9</sup> Souvent, la clause d'indexation prévoit l'application de l'IPC à moins que l'indice médical ne soit supérieur, auquel cas cet indice sera appliqué.

<sup>10</sup> FSMA est l'abréviation de Financial Services and Markets Authority. L'Autorité belge des services et marchés financiers veille notamment au traitement honnête et équitable du consommateur financier et favorise la prestation adéquate de services financiers aux professionnels et la transparence des marchés financiers.

<sup>11</sup> La charge brute est le montant total des factures des sinistres qui sont lié à un produit d'assurance qui est, lui-même, rattaché à un certain type de garantie, déduction faite de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire. Ce que l'assurance rembourse réellement, ce qu'on appelle la charge nette, n'est pas pris en compte.

et par classe d'âge. Les données relatives à la charge brute des sinistres concernent les factures reçues par la compagnie d'assurance avant avril de l'année au cours de laquelle les données sont communiquées et qui concernent les sinistres qui se sont produits entre le 1<sup>er</sup> octobre de la deuxième année précédant la notification et le 30 septembre de l'année précédant cette notification. Le contrôleur compétent vérifie si les données rapportées ont été certifiées sans réserve par un réviseur agréé. La FSMA, en concertation avec l'OCM, vérifie si les données reçues concernent au moins trois compagnies d'assurance représentant au moins 75 % de l'encaissement du marché belge des contrats d'assurance soins de santé. Le cas échéant, le SPF Économie calcule pour chaque type de garantie l'indice médical pour chaque classe d'âge et l'index global et les publie au Moniteur belge ainsi que sur le site web de Statbel le premier jour ouvrable du mois de juillet.

### **III.1.3. Calcul de l'indice médical**

Comme indiqué ci-dessus, l'indice médical des quatre types de garantie est calculé pour les cinq classes d'âge et de manière globale (24 indices au total). La méthode de calcul est reprise dans l'AR du 18 mars 2016 concernant la détermination des indices spécifiques.

Tout d'abord, un indice de base est calculé pour chacune des classes d'âge par type de garantie, à partir de l'évolution de la charge brute des sinistres par assuré pour tous les assureurs. Par charge brute des sinistres, il faut entendre le montant total des factures des sinistres, déduction faite de l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire. Pour l'indice médical global qui est indépendant des classes d'âge, une moyenne de ces indices liés à l'âge est calculée et pondérée selon le nombre d'assurés par classe d'âge.

La deuxième étape consiste à calculer les indices spécifiques à partir des indices de base. L'évolution annuelle des indices spécifiques est égale à l'évolution annuelle des indices de base multipliée par un facteur de 1,5. Ce facteur permet aux assureurs de revaloriser leurs provisions de vieillissement. Par ailleurs, on introduit de cette manière une certaine solidarité entre les différentes classes d'âge.

L'évolution annuelle des indices spécifiques ne peut dépasser l'évolution annuelle des indices de base de plus de 2 points de pourcentage. Concrètement, cela signifie que si l'indice de base s'élève à 100 pour l'année  $j$  et à 102 pour l'année  $j+1$ , l'évolution de l'indice de base est de 2 % ( $102/100$ ) au cours de l'année  $j+1$ . L'évolution de l'indice spécifique est alors calculée en multipliant l'évolution de l'indice de base (2 %) par le facteur d'1,5. L'évolution de l'indice spécifique s'établit alors à 3 % ( $2*1,5$ ) au cours de l'année  $j+1$ . Ce faisant, la valeur de l'indice spécifique s'élève à 100 au cours de l'année  $j$  (à savoir la même valeur de départ que l'indice de base) et à 103 ( $100*1,03$ ) au cours de l'année  $j+1$ .

A supposer que l'évolution de l'indice de base soit non pas de 2 %, mais de 5 %, l'évolution de l'indice spécifique est alors limitée à 7 %, à savoir  $5*1,5 = 7,5$  %, ce pourcentage étant toutefois lissé à 7 % dès lors que l'augmentation ne peut dépasser 2 points de pourcentage.

En contrepartie de ce lissage, la validité du dernier indice spécifique publié est prolongée si l'évolution de l'indice de base, et donc également de l'indice spécifique, est négative. Lorsque l'évolution d'un indice spécifique pour une classe d'âge au sein d'une garantie donnée est négative, mais que les évolutions des indices spécifiques pour les autres classes d'âge au sein de la même garantie sont positives, la validité du dernier indice spécifique publié est prolongée uniquement pour la classe d'âge pour laquelle l'évolution de l'indice spécifique est négative. Cela signifie donc que l'indice médical n'est jamais revu à la baisse, même si l'évolution des coûts est négative.

### **III.1.4. Evolution de l'indice médical**

#### **III.1.4.1. Type de garantie "chambre particulière"**

Le tableau 1 présente l'indice médical officiel pour le type de garantie "chambre particulière" et ce pour les cinq classes d'âge, ainsi que l'indice médical global pour ce type de garantie pour la période 2015-2018. L'évolution annuelle est également reprise dans ce tableau.

L'indice médical global a augmenté de 10,4 % entre 2015 et 2018 (taux de croissance annuel moyen<sup>12</sup> (TCAM) de 3,3 %, +8,9 entre 2015 et 2017). Cette augmentation était plus prononcée en 2017 et 2016 (4,4 % et 4,3 % respectivement). En 2018, la hausse s'est limitée à 1,4 %. Au cours de la période sous revue, l'indice médical a le plus augmenté pour la classe d'âge des 0 à 19 ans (+15,2 %). Les frais médicaux pour cette classe d'âge ont le plus augmenté en 2018 (+6,9 %), alors que cette année-là, la hausse était restée plutôt limitée pour les autres classes d'âge. L'indice médical des 20 à 34 ans a connu la plus faible augmentation (+4,5 %) au cours de la période sous revue. La plus grande augmentation s'est produite en 2017 (+4,2 %).

**Tableau 1. Indice médical pour le type de garantie "chambre particulière"**

Type de garantie chambre une personne	Indice médical				Taux de variation à 1 an d'écart		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 ans	100,00	102,23	107,76	115,21	2,23%	5,41%	6,91%
20-34 ans	100,00	100,34	104,51	104,51	0,34%	4,16%	0,00%
35-49 ans	100,00	106,08	111,05	111,53	6,08%	4,69%	0,43%
50-64 ans	100,00	106,33	111,09	113,31	6,33%	4,48%	2,00%
65 ans et plus	100,00	106,45	109,17	109,17	6,45%	2,56%	0,00%
<b>Global</b>	100,00	104,32	108,85	110,36	4,32%	4,35%	1,38%

Source : Statbel.

Le nombre d'assurés avec une assurance hospitalisation de type "chambre particulière" a augmenté de 6,7 % entre 2015 et 2018 pour atteindre 2,8 millions d'assurés. La hausse concerne toutes les classes d'âge, bien qu'elle soit plus importante pour les 65 ans et plus et les 50 à 64 ans (17,4 % et 7,6 % respectivement). Toutefois, la charge brute des sinistres a de plus en plus augmenté au cours de la période sous revue, ce qui a entraîné une augmentation de la charge brute des sinistres par assuré au cours de cette période. Ces évolutions sont à la base de l'indice médical et expliquent également la hausse de ce dernier.

La plus forte augmentation de la charge brute des sinistres concerne les 65 ans et plus (+23,4 % entre 2015 et 2018). Toutefois, le nombre d'assurés dans cette classe d'âge est également celui qui a le plus augmenté au cours de la période sous revue.

La diagramme en boîte du graphique 1 montre la répartition de la charge brute des sinistres par assuré des différents assureurs en 2018 pour les diverses classes d'âge, et ce pour le type de garantie "chambre particulière".

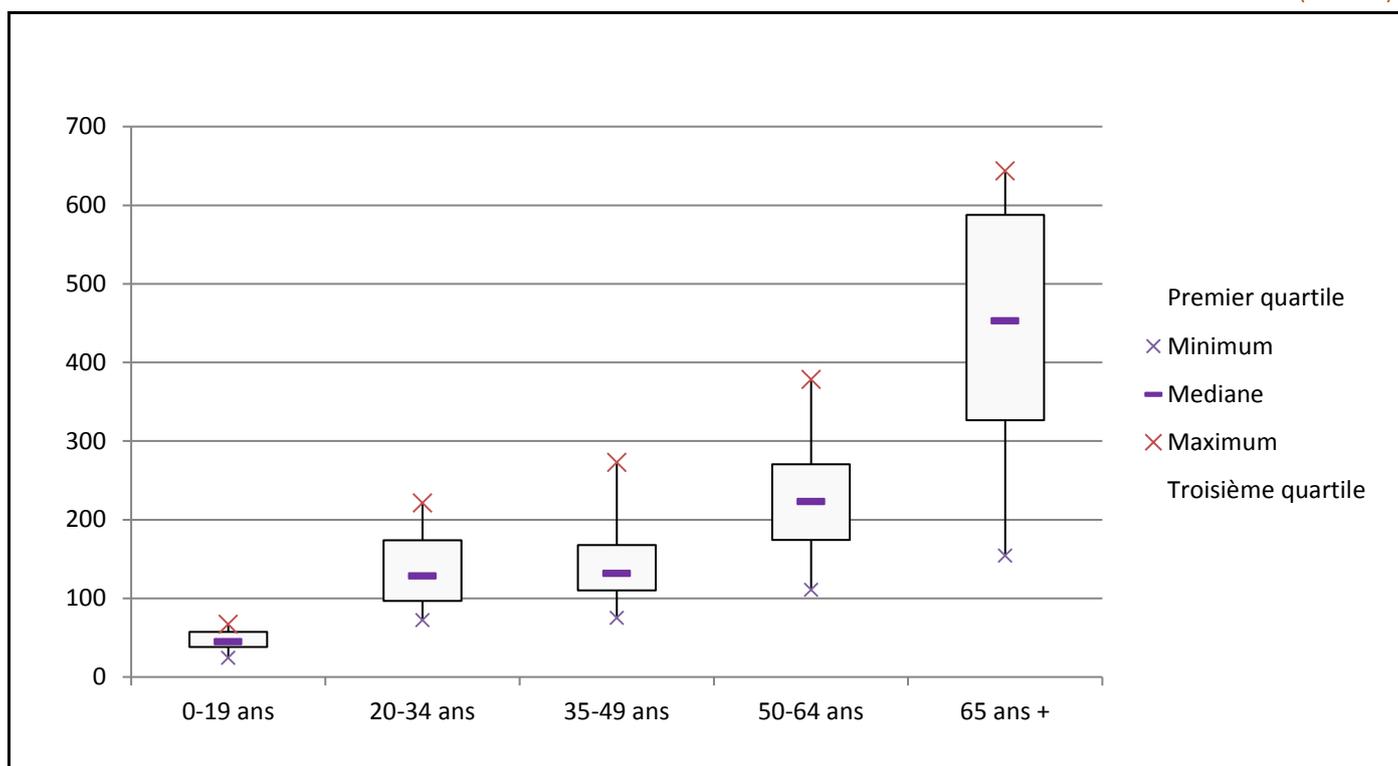
L'indice médical a enregistré la plus forte hausse dans la classe d'âge des 0 à 19 ans. Il s'agit également de la classe d'âge pour laquelle la charge brute moyenne des sinistres par assuré est la plus faible. En 2018, la charge brute des sinistres par assuré des différents assureurs variait entre 24,30 euros et 67,11 euros. Cette faible charge brute des sinistres par assuré a pour conséquence qu'une légère augmentation en termes absolus entraîne une augmentation significative en pourcentage.

La classe d'âge des 65 ans et plus a par contre enregistré l'écart le plus important. En 2018, la charge brute des sinistres par assuré oscillait entre 154,53 euros et 643,5 euros, la moitié des assureurs ayant enregistré une charge brute des sinistres par assuré entre 326,39 euros et 587,67 euros.

<sup>12</sup> Le taux de croissance annuel moyen est obtenu en comparant les indices de 2018 à ceux de 2015. Comme d'habitude, la croissance moyenne a été calculée sous forme de moyenne géométrique.

**Graphique 1. Répartition de la charge brute des sinistres par assuré par classe d'âge pour le type de garantie "chambre particulière" en 2018**

(En euros)



Sources : Compagnies d'assurance à titre individuel.

### III.1.4.2. Type de garantie "chambre double ou commune"

Le tableau ci-dessous présente l'évolution de l'indice médical pour le type de garantie "chambre double ou commune" et ce tant globalement que pour les différentes classes d'âge. En 2018, l'indice médical global pour une chambre double ou commune s'élevait à 105,36 (+3,5 % entre 2015 et 2017). L'augmentation pour ce type de garantie est donc beaucoup moins prononcée que celle pour le type de garantie "chambre particulière" (l'indice médical global s'élevait en 2018 à 110,36 pour ce type de garantie). Seule la classe d'âge des 65 ans et plus enregistrait une hausse de l'indice médical pour une chambre double ou commune plus significative que pour une chambre particulière (111,98 pour une chambre double ou commune contre 109,17 pour une chambre particulière).

La plus forte hausse de l'indice médical global pour ce type de garantie s'est produite entre 2016 et 2017 (+3,2 %). En 2018, l'indice médical global a augmenté de 1,8 %. La plus forte hausse au cours de la période sous revue concernait les 65 ans et plus (+12 %). L'indice y a surtout fortement augmenté en 2017 (+6,7 %). En 2018, l'augmentation s'élevait à 1,1 % pour les 65 ans et plus. L'indice médical a ensuite le plus augmenté pour la classe d'âge des 0 à 19 ans (+7,9 %). Cette hausse est presque entièrement due à la hausse de 2018 (+7,7 %).

**Tableau 2. Évolution de l'indice médical pour le type de garantie "chambre double ou commune"**

Type de garantie chambre double ou commune	Indice médical				Taux de variation à 1 an d'écart		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 ans	100,00	100,15	100,15	107,85	0,15%	0,00%	7,69%
20-34 ans	100,00	100,00	102,17	102,17	0,00%	2,17%	0,00%
35-49 ans	100,00	100,00	100,00	102,05	0,00%	0,00%	2,05%
50-64 ans	100,00	102,79	106,25	106,94	2,79%	3,37%	0,65%
65 ans et plus	100,00	103,83	110,78	111,98	3,83%	6,69%	1,09%
Global	100,00	100,37	103,53	105,36	0,37%	3,16%	1,76%

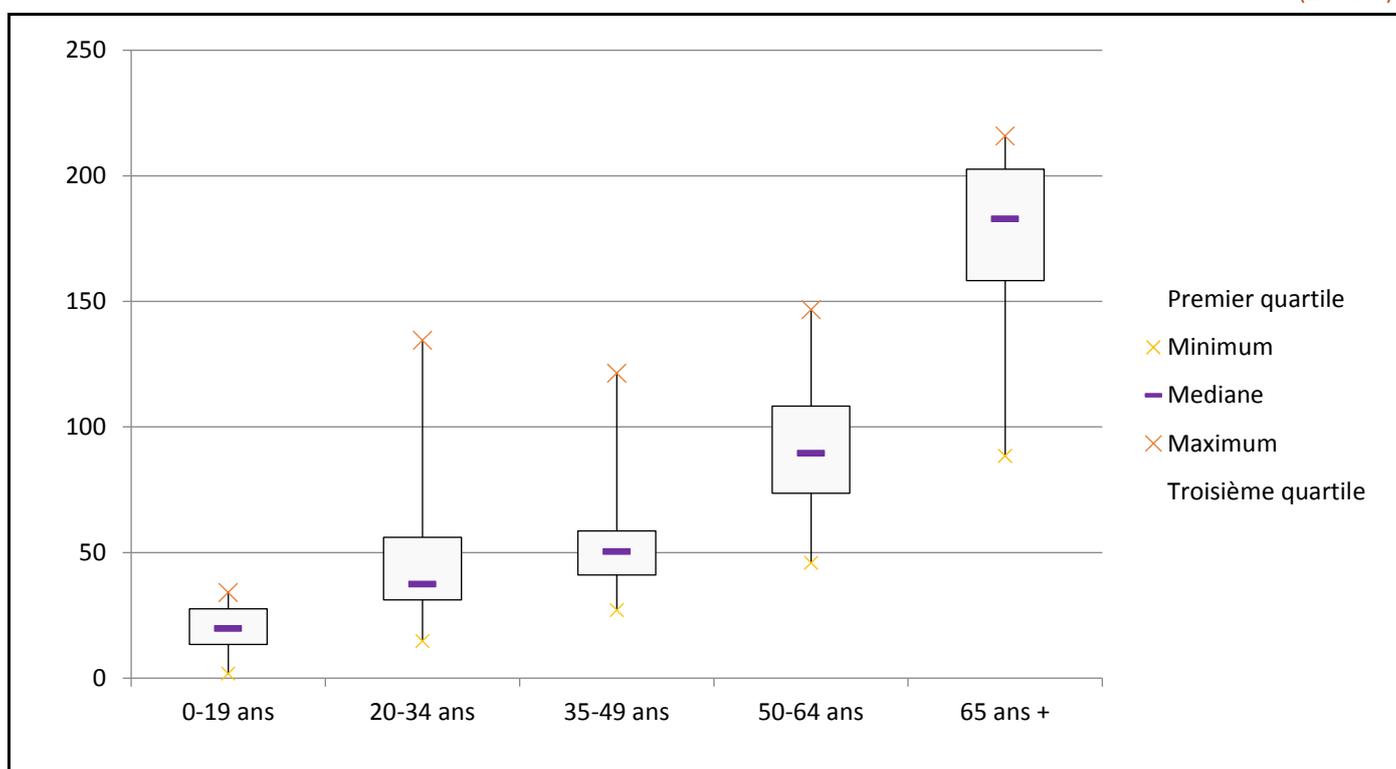
Source : Statbel.

Le nombre d'assurés a augmenté dans toutes les classes d'âge au cours de la période sous revue. Globalement, le nombre d'assurés ayant une assurance hospitalisation de type "chambre double ou commune" a augmenté de 10,2 % entre 2015 et 2018 à 1,8 million d'assurés. L'augmentation de la charge brute des sinistres au cours de la même période est presque deux fois plus élevée, avec 19,4 %. Tant le nombre d'assurés que la charge brute des sinistres ont le plus augmenté dans la classe d'âge des 65 ans et plus, à savoir de 21,1 % et 30,9 % respectivement. La charge brute des sinistres pour cette classe d'âge augmente chaque année de manière plus significative que le nombre d'assurés, ce qui entraîne une hausse de l'indice médical.

Le graphique 2 présente la répartition de la charge brute des sinistres par assuré en 2018 pour les différents assureurs. Pour ce type de garantie également, la charge brute des sinistres par assuré est la plus faible pour la classe d'âge des 0 à 19 ans. La moitié des assureurs enregistrent en 2018 une charge brute des sinistres par assuré entre 13,42 euros et 27,54 euros pour cette classe d'âge. La classe d'âge des 65 ans et plus enregistre également pour ce type de garantie une charge brute des sinistres par assuré plus élevée que les autres classes d'âge: la moitié des assureurs enregistrent une charge brute moyenne des sinistres par assuré qui varie entre 158,33 euros et 202,64 euros.

**Graphique 2. Répartition de la charge brute des sinistres par assuré par classe d'âge pour le type de garantie "chambre double ou commune" en 2018**

(En euros)



Sources : Compagnies d'assurance à titre individuelle.

### III.1.4.3. Type de garantie "soins ambulatoires"

L'indice médical des soins ambulatoires est resté stable pendant deux années consécutives<sup>13</sup> (voir tableau 3). Toutefois, il a fortement augmenté en 2018, tant globalement que pour les différentes classes d'âge. L'indice global des soins ambulatoires s'élevait à 111,52 en 2018. La plus forte hausse de l'indice médical, à savoir 19,2 %, s'est produite dans la classe d'âge des 0 à 19 ans. La classe d'âge des 65 ans et plus a connu la plus faible augmentation de l'indice médical de toutes les classes d'âge, bien que cette hausse soit tout de même considérable (+7,9 %).

**Tableau 3. Evolution de l'indice médical pour le type de garantie "soins ambulatoires"**

Type de garantie soins ambulatoires	Indice médical				Taux de variation à 1 an d'écart		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 ans	100,00	100,00	100,00	119,22	0,00%	0,00%	19,22%
20-34 ans	100,00	100,00	100,00	113,94	0,00%	0,00%	13,94%
35-49 ans	100,00	100,00	100,00	109,70	0,00%	0,00%	9,70%
50-64 ans	100,00	100,00	100,00	105,58	0,00%	0,00%	5,58%
65 ans et plus	100,00	100,00	100,00	107,93	0,00%	0,00%	7,93%
Global	100,00	100,00	100,00	111,52	0,00%	0,00%	11,52%

Source : Statbel.

### III.1.4.4. Type de garantie "soins dentaires"

L'indice médical pour le type de garantie "soins dentaires" est resté stable en 2016 (voir tableau 4)<sup>14</sup>. L'indice médical global de ce type de garantie a augmenté de 10,7 % en 2017 et de 15,7 % en 2018. Chez les 0 à 19 ans, l'indice médical a presque augmenté de moitié au cours de la période considérée (+43,9 %), avec une hausse de 16,8 % en 2017 et de 23,3 % en 2018. L'indice médical de la classe d'âge des 20 à 34 ans s'élevait à 109,22 en 2017 et à 127,9 en 2018, ce qui revient à une hausse de 17,1 %. L'indice médical des soins dentaires pour la classe d'âge des 35 à 49 ans a augmenté de 6,2 % en 2017 et de 13,5 % en 2018. Pour la classe d'âge des 50 à 64 ans, la hausse s'élevait, pour 2017 et 2018, à 9,9 % et 9,5 %, respectivement. L'indice médical des soins dentaires pour les 65 ans et plus est resté stable pendant la période sous revue<sup>15</sup>.

**Tableau 4. Evolution de l'indice médical pour le type de garantie "soins dentaires"**

Type de garantie soins dentaires	Indice médical				Taux de variation à 1 an d'écart		
	2015	2016	2017	2018	2016	2017	2018
0-19 ans	100,00	100,00	116,77	143,92	0,00%	16,77%	23,25%
20-34 ans	100,00	100,00	109,22	127,92	0,00%	9,22%	17,12%
35-49 ans	100,00	100,00	106,19	120,48	0,00%	6,19%	13,46%
50-64 ans	100,00	100,00	109,89	120,32	0,00%	9,89%	9,49%
65 ans et plus	100,00	100,00	100,00	100,00	0,00%	0,00%	0,00%
Global	100,00	100,00	110,65	127,97	0,00%	10,65%	15,65%

Source : Statbel.

Comme pour les deux autres types de garantie, la charge brute des sinistres pour les types de garantie soins ambulatoires et soins dentaires correspond à la facture du patient dont on soustrait l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire. L'étude cherche ensuite une explication à la hausse de l'indice médical. Différentes études ont déjà analysé le

<sup>13</sup> Le marché des assurances soins ambulatoires est un marché émergent, ce qui a entraîné des problèmes pour l'indice médical en 2016 et 2017 en raison de chiffres non fiables.

<sup>14</sup> L'indice de base des différentes classes d'âge et l'indice de base global de base ont affiché une évolution négative pour ce type de garantie en 2016.

<sup>15</sup> L'indice de base de cette classe d'âge a affiché une évolution négative.

coût d'une facture d'hôpital. On ne dispose toutefois que de peu voire d'aucune statistique publique sur la facture moyenne du patient pour les soins ambulatoires et les soins dentaires. De plus, les modalités d'une facture d'hôpital sont entièrement déterminées, ce qui est moins le cas de la facture du patient pour les soins ambulatoires et les soins dentaires.

Par ailleurs, le marché des assurances soins de santé complémentaires pour les soins ambulatoires et les soins dentaires est relativement récent et les compagnies d'assurance ne se sont, de ce fait, pas encore constituées en une clientèle stable. La couverture de ces produits varie aussi fortement. Par conséquent, la charge brute des sinistres rapportée par les compagnies présente de fortes fluctuations. Étant donné que ce marché est pour l'instant assez restreint comparé aux assurances hospitalisation et en raison du manque de statistiques disponibles relatives à la facture du patient, l'étude se concentre par la suite sur l'évolution du prix d'une hospitalisation et sur le marché des assurances hospitalisation.

---

### Focus 1: Examen de l'indice médical actuel

Depuis l'entrée en vigueur de l'indice médical en 2010, plusieurs dossiers de redressement ont déjà été introduits auprès des contrôleurs prudentiels. Tant des assureurs privés que des sociétés mutualistes ont déjà introduit des dossiers de redressement et obtenu une approbation. On peut en déduire que, pour certains assureurs, l'adaptation de la prime sur la base de l'indice médical n'est pas suffisante pour couvrir l'évolution réelle des coûts. Il y a lieu de remarquer à cet égard qu'aucun indice médical n'a été publié entre le troisième trimestre de 2012 et 2015. Les compagnies d'assurance ne pouvaient utiliser que l'indice des prix à la consommation pour augmenter les primes. Les compagnies d'assurance individuelles peuvent de ce fait avoir accumulé un arriéré qui n'est pas compensé par le nouvel indice médical<sup>16</sup>. Sans l'approbation de ces dossiers de redressement, il y aurait un risque que les assureurs ne puissent à l'avenir plus répondre à leurs obligations légales.

Un groupe de travail dans lequel siégeaient des représentants d'Assuralia, de Mutassur, de Statbel et de l'Observatoire des Prix, a établi une liste des différents facteurs qui peuvent expliquer pourquoi l'indice médical est inadéquat pour certains assureurs.

Comme déjà mentionné, l'indice médical est une moyenne. Cela signifie donc que l'indice médical équivalent des compagnies d'assurance individuelles va évoluer plus rapidement ou plus lentement. Les analyses ont montré de très grandes différences entre les évolutions individuelles des indices des différents assureurs. Si la moyenne de la charge brute des sinistres par assuré d'une compagnie d'assurance évolue systématiquement plus vite que l'indice médical, alors l'équilibre entre les primes perçues et la charge des sinistres de cette compagnie peut être perturbé. D'autre part, certaines compagnies peuvent se constituer une réserve.

Il a aussi été constaté que, si la charge brute des sinistres par assuré diffère entre les assureurs, une différence d'évolution du nombre d'assurés peut avoir un impact indésirable sur l'évolution de l'indice médical. Le tableau 5 en donne un exemple fictif. Il se base sur un exemple simple où deux assureurs connaissent chacun une évolution différente du nombre d'assurés combinée à une différence de charge brute des sinistres par assuré. Entre la période 1 (t1) et la période 2 (t2), le nombre d'assurés est multiplié par 2 chez l'assureur 1 et par 5 chez l'assureur 2. La charge brute des sinistres par assuré reste constante, à 5 pour l'assureur 1 et à 300 pour l'assureur 2. En principe, l'indice médical calculé sur la base des chiffres de ces deux assureurs devrait rester constant. À cause de la forte différence d'évolution du nombre d'assurés et de la charge brute des sinistres par assuré, l'indice de base (et donc aussi l'indice médical) augmente toutefois de 41,5 %, ce qui ne correspond pas à la réalité. Il s'agit bien évidemment d'un exemple extrême. Dans cet exemple, l'indice de base augmente mais l'inverse peut également se produire.

---

<sup>16</sup> On constate justement au chapitre 2.4.2. que la facture d'hôpital pour une chambre particulière pendant la période 2012-2014 a fortement augmenté alors que, pendant cette période, les compagnies d'assurance ne pouvaient pas avoir recours aux indices spécifiques qui suivent l'évolution des coûts médicaux.

**Tableau 5. Exemple fictif de l'impact de la différence de charge brute des sinistres par assuré**

Exemple fictive	Assureur 1		Assureur 2		Total	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Nombre d'assurés	10	20	10	50	20	70
Charge brute des sinistres	50	100	3000	15000	3050	15100
Charge brute des sinistres / assuré	5	5	300	300	152,5	215,7
Indice de base	100	100	100	100	100	141,5

Les grandes différences constatées entre les différents assureurs pourraient être liées au fait que les compagnies d'assurance doivent rattacher leurs produits d'assurance soins de santé au type de garantie qui pèse le plus dans le calcul de la prime annuelle. Les factures liées à ces produits peuvent toutefois porter sur différents types de garanties. Ainsi, les assurés ayant un certain produit d'assurance soins de santé peuvent par exemple choisir entre une chambre particulière et une chambre double et commune. La facture peut donc porter sur les deux types de chambres. Pour la calcul de l'indice médical, le produit est toutefois attribué à un type de garantie. La charge brute des sinistres de ce type de garantie peut donc contenir des factures de différents types de garantie. L'évolution de l'indice médical par type de garantie ne reflète dès lors pas l'évolution exacte des coûts sous-jacents de ce type de garantie.

Les types de garantie "soins ambulatoires" et "soins dentaires" concernent des produits relativement récents d'assurance soins de santé. Dans la plupart des compagnies d'assurance, le nombre d'assurés est dès lors encore en plein développement. Les assurés qui s'affilient doivent souvent accomplir un stage d'attente. Ces stages d'attente ainsi que la différence d'évolution du nombre d'assurés et la différence de produits d'assurance dans les différentes compagnies d'assurance biaisent l'indice médical pour les types de garantie "soins ambulatoires" et "soins dentaires".

Les éléments précédents ont été examinés, mais n'ont pas donné d'explication convaincante des grandes différences d'évolution de la charge brute moyenne des sinistres par assuré entre les compagnies d'assurance. D'autres facteurs semblent également jouer un rôle. La région dans laquelle les assureurs sont actifs peut par exemple avoir une influence. La politique en matière de suppléments et leur évolution diffèrent fortement selon la région, comme le montre le chapitre '2.4.2. Coût moyen d'une hospitalisation en chambre particulière'. Les hôpitaux visités peuvent aussi avoir une influence sur la charge brute des sinistres par assuré des différentes compagnies d'assurance. Chaque hôpital a en effet sa propre politique en ce qui concerne la facturation de suppléments et la modification de ceux-ci. Les produits des assureurs peuvent aussi fortement varier entre eux, au niveau par exemple du type de couverture, de la franchise facturée, etc.

## III.2. Prix d'une hospitalisation

Ce chapitre tente d'analyser l'évolution du coût d'une hospitalisation. En effet, ces coûts sont, entre autres, à la base de l'indice médical pour les types de garantie "chambre particulière" et "chambre double ou commune". Il n'est toutefois pas possible d'établir un parallèle entre les deux évolutions. L'indice médical est calculé comme étant le rapport entre la charge brute des sinistres et le nombre d'assurés, la charge brute des sinistres contenant, outre les factures de l'hôpital, les frais ambulatoires avant et après l'hospitalisation et les coûts des maladies graves pour lesquelles une hospitalisation n'est pas toujours nécessaire. Le prix d'une hospitalisation est quant à lui calculé comme une moyenne par patient (et non par assuré). Le laps de temps diffère également. L'indice médical tient compte de la période octobre A-2 – septembre A-1, par rapport à la période janvier A – décembre A pour le prix d'une hospitalisation. Par ailleurs, les incohérences jouent également un rôle dans le calcul de l'indice médical, par exemple le problème de pollution de l'analyse, où différentes factures se mélangent au sein d'un type de garantie. Pour plus d'informations, voir le focus 1 "Examen de l'indice actuel". Enfin, l'indice médical se base sur des données relatives aux assurances hospitalisation non liées à l'activité professionnelle (contrats individuels), alors que les données analysées dans ce chapitre sont basées sur des données concernant toutes les hospitalisations (avec et sans assurance hospitalisation).

Étant donné que le montant d'une facture d'hôpital dépend tout d'abord du choix de la chambre du patient, cette étude abordera également la législation relative à la facturation des suppléments.

### III.2.1. Méthodologie et sources

En 2016, l'Agence inter mutualiste (AIM) a publié une étude sur les suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation. L'étude se base sur l'ensemble des prestations de santé remboursées par l'assurance soins de santé obligatoire en Belgique. Elle présente principalement des informations sur l'année 2015 en ce qui concerne les données des hôpitaux et sur l'année 2014 en ce qui concerne les données des patients<sup>17</sup>. Un certain nombre de données sur les suppléments d'honoraires sont comparées aux données de 2006.

Les mutualités chrétiennes et socialistes publient chaque année un baromètre de la facture d'hôpital. Ces baromètres sont basés sur les factures de leurs membres. Sur la base de ces factures, l'évolution des différents coûts d'une facture d'hôpital, dont les suppléments d'honoraires et de chambre, est analysée. Ces baromètres sont publiés depuis 2004 et 2002, respectivement. Un historique est donc disponible. Contrairement à l'étude de l'AIM, ces statistiques se basent sur les factures des membres. Ces informations ne sont donc pas exhaustives. La mutualité chrétienne (MC) est principalement active en Flandre, alors que la majorité des membres des mutualités socialistes proviennent de Wallonie.

Le dernier baromètre hospitalier disponible de la MC est le quatorzième baromètre hospitalier de 2018<sup>18</sup>. Cependant, ce dernier baromètre de la MC est conçu différemment des baromètres précédents, qui ne présentent pas le même niveau de détail en ce qui concerne les différentes composantes d'une facture d'hôpital. Dans la mesure du possible, cette analyse utilise les données les plus récentes. Ce baromètre se base sur des données d'environ 1,5 million d'hospitalisations des membres de la MC. De même, le dernier baromètre hospitalier disponible des mutualités socialistes date de 2018 et analyse les données de 2017<sup>19</sup>. Ce baromètre se base sur les données de facturation de 529.345 séjours hospitaliers des membres des mutualités socialistes en 2017. Pour une analyse de l'évolution des différents coûts d'une facture d'hôpital, les baromètres précédents sont utilisés en plus des baromètres hospitaliers les plus récents.

### III.2.2. Aperçu du nombre d'hospitalisations en Belgique

Selon l'étude de l'AIM, il y a eu en Belgique 1.796.026 séjours hospitaliers classiques en 2014. 21 % d'entre eux concernaient des séjours en chambre particulière. La majorité des hospitalisations concernent toujours une chambre double ou commune. Différentes sources confirment que la part d'hospitalisations en chambre particulière augmente. Selon le baromètre hospitalier de la MC, cette part s'élevait en 2016 déjà à 23 %.

Outre les hospitalisations classiques, il y a également les hospitalisations de jour. Selon la MC, la part d'hospitalisations de jour augmente plus rapidement que le nombre d'hospitalisations classiques. En 2016, le nombre d'hospitalisations de jour s'établissait à 1,7 million et le nombre d'hospitalisations classiques à 1,9 million. La part d'hospitalisations de jour en chambre particulière est beaucoup plus petite, à savoir 4,7 % en 2016.

En 2016, la durée moyenne d'une hospitalisation classique était de 7,6 jours selon le baromètre de la MC. En 2012, ce nombre était encore de 8,1 jours. Le nombre de jours par hospitalisation a diminué au cours des dernières années, tant pour les hospitalisations en chambre particulière que pour celles en chambre double ou commune, et ce pour les différents services des hôpitaux.

---

<sup>17</sup> L'étude contient une analyse sur la politique en matière de suppléments au niveau du prestataire selon le statut de conventionnement et la spécialité, d'une part, et au niveau de l'hôpital, d'autre part. Ces analyses sont basées sur des données de 2015. Une deuxième partie contient également une analyse de l'impact financier de la politique en matière de suppléments pour les patients. Cette analyse se base sur des données de 2014. Voir lien: <https://aim-ima.be/Supplements-d-honoraires-dans-les>

<sup>18</sup> [https://www.mc.be/media/barometre-hospitalier-mc-2018\\_tcm49-55448.pdf](https://www.mc.be/media/barometre-hospitalier-mc-2018_tcm49-55448.pdf).

<sup>19</sup> <https://www.bondmoyson.be/SiteCollectionDocuments/Pers%20en%20studiedienst/300/Ziekenhuisbarometer%202018%2026112018.pdf>.

### III.2.3. Les différents composants d'une facture d'hôpital

La charge brute des sinistres pour le calcul de l'indice médical pour les types de garantie "chambre particulière" et "chambre double ou commune" se compose de la facture d'hôpital déduction faite de l'intervention de l'INAMI. Cela signifie donc que cette charge brute des sinistres contient tous les coûts facturés par l'hôpital aux patients, indépendamment des montants remboursés par l'assurance hospitalisation.

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2016, les hôpitaux sont tenus d'utiliser un modèle de facture fixe<sup>20</sup>.

La facture contient huit grandes rubriques :

#### **Frais de séjour**

Les frais de séjour comprennent les coûts relatifs au séjour, tels que l'utilisation de la chambre et du lit, les repas et les soins infirmiers. Il s'agit du prix de la journée d'hospitalisation. Le patient n'en paie qu'une petite quote-part personnelle. L'assurance soins de santé obligatoire supporte une grande partie de ce coût via la mutuelle. Le montant à la charge du patient est fixé par l'INAMI et déterminé par le statut du patient.

Si le patient a choisi une chambre particulière, l'hôpital peut facturer des suppléments de chambre. Ces suppléments de chambre sont un montant fixe par journée d'hospitalisation qui figure dans les déclarations d'admission des hôpitaux. Il n'existe aucun montant maximal légal en ce qui concerne ces suppléments de chambre. Ceux-ci sont par contre interdits pour les chambres doubles ou communes.

#### **Encadré: Législation relative aux suppléments lors d'une hospitalisation classique<sup>21</sup>**

Dans le cas d'une hospitalisation classique, les hôpitaux peuvent facturer deux types de suppléments: les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires. La facturation de ces suppléments n'est possible que lorsque le patient a choisi une chambre particulière. Dans certains cas spécifiques, il n'est pas autorisé de facturer les suppléments d'une chambre particulière, par exemple si l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen exigent une chambre particulière.

#### **Suppléments de chambre**

Un supplément de chambre est un montant que l'hôpital peut vous facturer en plus du prix de la journée d'hospitalisation et qui n'est pas remboursé par la mutualité. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les hôpitaux ne peuvent plus facturer de supplément de chambre pour une hospitalisation en chambre double ou commune. Ils peuvent toutefois toujours facturer un supplément de chambre pour une chambre particulière. Il s'agit d'un montant fixe par journée d'hospitalisation que les hôpitaux peuvent fixer librement, qui doit figurer dans la déclaration d'admission. Sur la base des informations de Statbel, ces suppléments varient généralement entre 30 euros et 50 euros par jour avec un maximum de 190 euros par jour d'hospitalisation.

#### **Suppléments d'honoraires**

Un supplément d'honoraires est un montant que le médecin peut facturer en plus du tarif de base (honoraire) pour une prestation. Tant les médecins conventionnés que les médecins non conventionnés peuvent facturer des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation en chambre particulière. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, il est interdit de facturer des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation classique en chambre double ou commune. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, il est interdit de facturer des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation de jour dans une chambre double ou

<sup>20</sup> <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablisements-services/hopitaux/Pages/circulaires-hopital-general.aspx>.

<sup>21</sup> Pour les soins ambulatoires en hôpital, un patient peut choisir un médecin conventionné ou non conventionné. Un médecin conventionné accepte l'accord tarifaire conclu avec les mutualités et facture les tarifs officiels sans supplément. Les médecins non conventionnés fixent eux-mêmes leurs honoraires et peuvent donc facturer des suppléments en plus du tarif officiel.

commune. Pour ce qui est des soins ambulatoires en dehors de l'hôpital, les médecins non conventionnés peuvent facturer des suppléments d'honoraires, contrairement aux médecins conventionnés qui facturent les tarifs fixés. Un médecin est tenu d'afficher son statut de conventionnement, mais pas le montant des suppléments d'honoraires facturés.

Les suppléments d'honoraires sont généralement exprimés en pourcentage. Un supplément d'honoraires de 100 % signifie qu'en plus du tarif de base, un montant identique à celui-ci est facturé. L'assurance soins de santé obligatoire de la mutualité ne rembourse rien de ces suppléments d'honoraires. Le pourcentage maximum des suppléments d'honoraires facturés peut être librement déterminé, mais doit être repris dans la déclaration d'admission de l'hôpital. Dans la pratique, les pourcentages maximums des suppléments d'honoraires varient entre 100 % et 300 %. Il convient de noter que les médecins spécialistes ne facturent pas toujours ces pourcentages maximums, mais un pourcentage plus faible.

### **Montants forfaitaires facturés**

Un hôpital peut facturer des montants forfaitaires par hospitalisation, que le patient ait ou non bénéficié de ces services. Ces forfaits sont facturés à tous afin de répartir les frais et donc de les limiter.

Quatre forfaits peuvent être facturés: la biologie clinique, l'imagerie médicale, les prestations techniques et le service de garde médicale et les médicaments<sup>22</sup>. Le forfait des médicaments concerne les médicaments remboursables.

### **Frais pharmaceutiques**

Contrairement au forfait, cette rubrique contient les médicaments non remboursables que le patient a effectivement pris, ainsi que les produits de parapharmacie, les implants et les prothèses.

### **Honoraires du prestataire**

Après le prix de la journée d'hospitalisation et le prix des médicaments viennent les prestations du médecin. Pour certains honoraires, il n'existe pas de ticket modérateur. Le patient ne paie donc rien. Mais pour la plupart des honoraires, vous devez payer une quote-part personnelle (ticket modérateur).

Si vous avez choisi une chambre particulière, des suppléments d'honoraires peuvent également être facturés (voir l'encadré: "Législation relative aux suppléments lors d'une hospitalisation classique"). Dans le cadre d'une hospitalisation, tant les médecins conventionnés que non conventionnés peuvent facturer des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation en chambre particulière.

### **Autres fournitures**

Cette rubrique contient les coûts des produits tels que le sang, les dérivés du sang, le plâtre, les radio-isotopes, le lait maternel et les bains désinfectants. Ils sont partiellement ou entièrement à la charge du patient.

### **Transport de malades**

Cette rubrique reprend les montants des transports urgents et non urgents vers l'hôpital. Les montants du transport urgent sont fixés par la loi.

### **Frais divers**

Tous les frais non médicaux sont repris dans cette rubrique. Il s'agit notamment de l'usage du téléphone et de la location d'un frigo ou d'une télévision. Les « frais d'hôtel » d'une personne accompagnante entrent également dans cette catégorie. Les hôpitaux doivent mettre à disposition la liste des tarifs de ces divers services.

---

<sup>22</sup> Le forfait de la biologie clinique s'élève à 7,44 euros, celui de l'imagerie médicale à 6,20 euros et celui des prestations techniques et du service de garde médicale à 16,40 euros, par admission. Le forfait des médicaments s'élève à 0,62 euros par jour d'hospitalisation. Ces tarifs n'ont pas changé au cours de la période sous revue.

## **TVA**

Certains médecins sont assujettis à la TVA. Lorsqu'il pratiquent des interventions esthétiques non remboursables par l'assurance soins de santé, par exemple, ils doivent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 facturer la TVA.

### **III.2.4. Evolution du prix d'une facture d'hôpital**

Le chapitre précédent a présenté un aperçu des différentes rubriques d'une facture d'hôpital. À l'aide de l'étude de l'AIM (données de 2014 pour les patients et de 2015 pour les hôpitaux), des baromètres hospitaliers des mutualités chrétiennes et socialistes (données de 2012 à 2017)<sup>23</sup> et des tarifs officiels de l'INAMI, le présent chapitre tente d'illustrer l'importance des différents composants de la facture totale de l'hôpital et de son évolution. Le texte utilise dans la mesure du possible la période 2012-2017 afin de pouvoir analyser l'effet de la suppression des suppléments d'honoraires dans les chambres doubles ou communes.

L'analyse fondée sur les baromètres hospitaliers de la MC répartit les différents coûts dans les groupes suivants: "honoraires" (contenant tous les tickets modérateurs sur les honoraires), "suppléments d'honoraires", "prix de la journée d'hospitalisation (ticket modérateur)", "suppléments de chambre", "frais pharmaceutiques" (médicaments non remboursables, ticket modérateur sur le matériel et matériel non remboursable) et "divers" (y compris notamment les suppléments divers et les montants forfaitaires facturés). Les baromètres hospitaliers des mutualités socialistes ne présentent toutefois pas le même niveau de détail, mais contiennent des informations sur les différences régionales dans une facture d'hôpital, ce qui n'est pas le cas des baromètres hospitaliers de la MC.

#### **III.2.4.1. Coût moyen par hospitalisation à la charge du patient hospitalisé**

Selon le baromètre hospitalier de la MC, en 2016, un patient payait en moyenne 562 euros pour une hospitalisation (tous types de chambre). Les montants remboursés par l'assurance soins de santé obligatoire ne sont donc plus compris dans cette somme. 63 % du montant à la charge du patient sont des suppléments contre 37 % pour les tickets modérateurs.

Selon le baromètre hospitalier des mutualités socialistes, la facture moyenne d'un patient s'élevait en 2017 en Belgique à 499 euros. Selon ces données, le patient payait en moyenne 470 euros en Flandre, 500 euros en Wallonie et pas moins de 585 euros à Bruxelles. Tout comme l'indique le baromètre hospitalier de la MC, les suppléments dans une facture belge comptent pour 63 %, contre 37 % pour le ticket modérateur. À Bruxelles, les suppléments sont plus importants (68 %), contre 60 % en Flandre et 63 % en Wallonie.

Étant donné que la facture d'hôpital varie fortement en fonction du choix de la chambre, l'analyse ci-dessous est divisée selon les types de chambre.

Il convient de signaler que les chiffres présentés sont des moyennes pour tout le secteur. Par ailleurs, l'évolution des coûts est influencée par un composant prix, un composant volume (on a déjà constaté dans l'analyse une diminution du nombre moyen de jours d'hospitalisation) et un composant qualité (par exemple l'utilisation de médicaments innovants et des nouvelles thérapies entraîne également une hausse du prix moyen). Cependant, il n'est pas possible d'établir une distinction entre ces différents composants dans les statistiques utilisées.

#### **III.2.4.2. Coût moyen par hospitalisation en chambre particulière**

Selon l'étude de l'AIM, une hospitalisation en chambre particulière coûtait en moyenne 1.655 euros en 2014 (à titre de comparaison: ce coût était de 1.461 euros en 2014 selon le baromètre hospitalier de la mutualité chrétienne, mais ce dernier se base uniquement sur les factures des membres de la MC)<sup>24</sup>. Aucun baromètre hospitalier des mutualités so-

---

<sup>23</sup> Les données de 2014 sont manquantes dans les baromètres hospitaliers des mutualités socialistes.

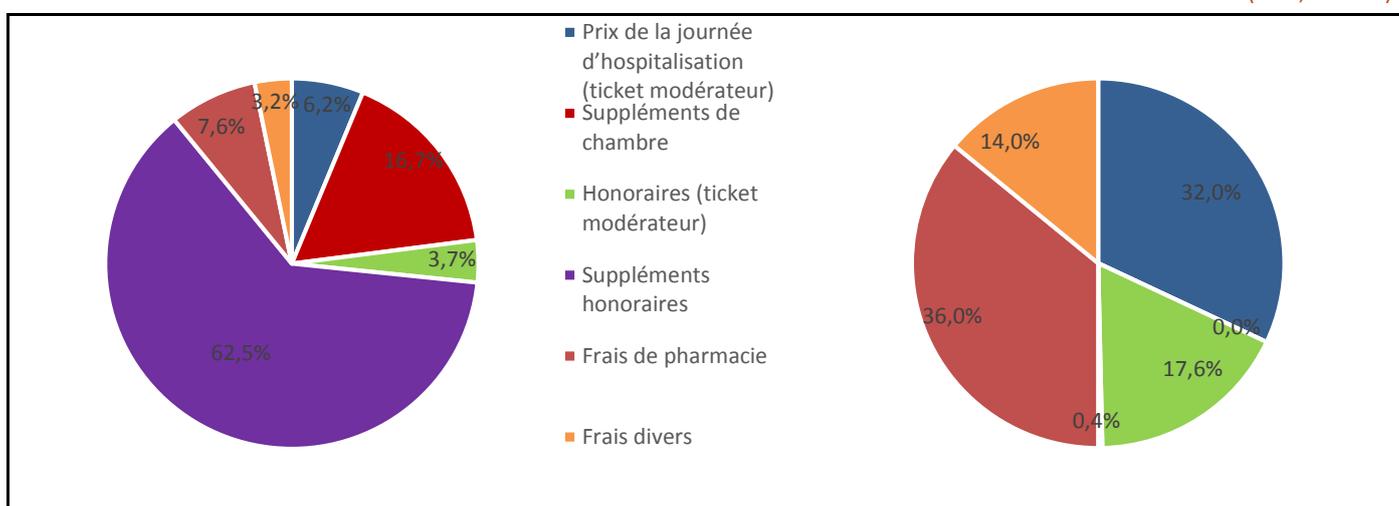
<sup>24</sup> Les membres de la mutualité chrétienne proviennent principalement de Flandre. La plupart des membres des mutualités socialistes proviennent de Wallonie.

cialistes contenant des données relatives à 2014 n'est disponible. En 2017, un patient payait déjà en moyenne 1.553 euros pour une hospitalisation en chambre particulière selon le baromètre de la MC et 1.798 euros selon le baromètre hospitalier des mutualités socialistes.

Il ressort du graphique 3, qui montre les parts des composants de la facture totale sur la base du 13<sup>e</sup> baromètre hospitalier de la MC, qu'en 2016, 62,5 % d'une facture d'hôpital pour une hospitalisation en chambre particulière sont déterminés par les suppléments d'honoraires. Les suppléments de chambre comptaient pour quelque 16,7 % de la facture totale. Cela signifie qu'en 2016, ces deux suppléments représentaient 79,2 % de la facture totale. Les frais pharmaceutiques (médicaments non remboursables, ticket modérateur sur le matériel et matériel non remboursable) représentaient 7,6 % de la facture totale. Le ticket modérateur du prix de la journée d'hospitalisation représentait 6,2 % de la facture totale, suivi par le ticket modérateur sur les honoraires, qui comptait pour 3,7 % de la facture totale. Les 3,2 % restants étaient attribués aux frais divers, tels que les suppléments divers et les montants forfaitaires facturés.

**Graphique 3. Part des différents composants d'une facture d'hôpital pour une hospitalisation en chambre particulière (gauche) et en chambre double ou commune (droite)**

(En %, en 2016)

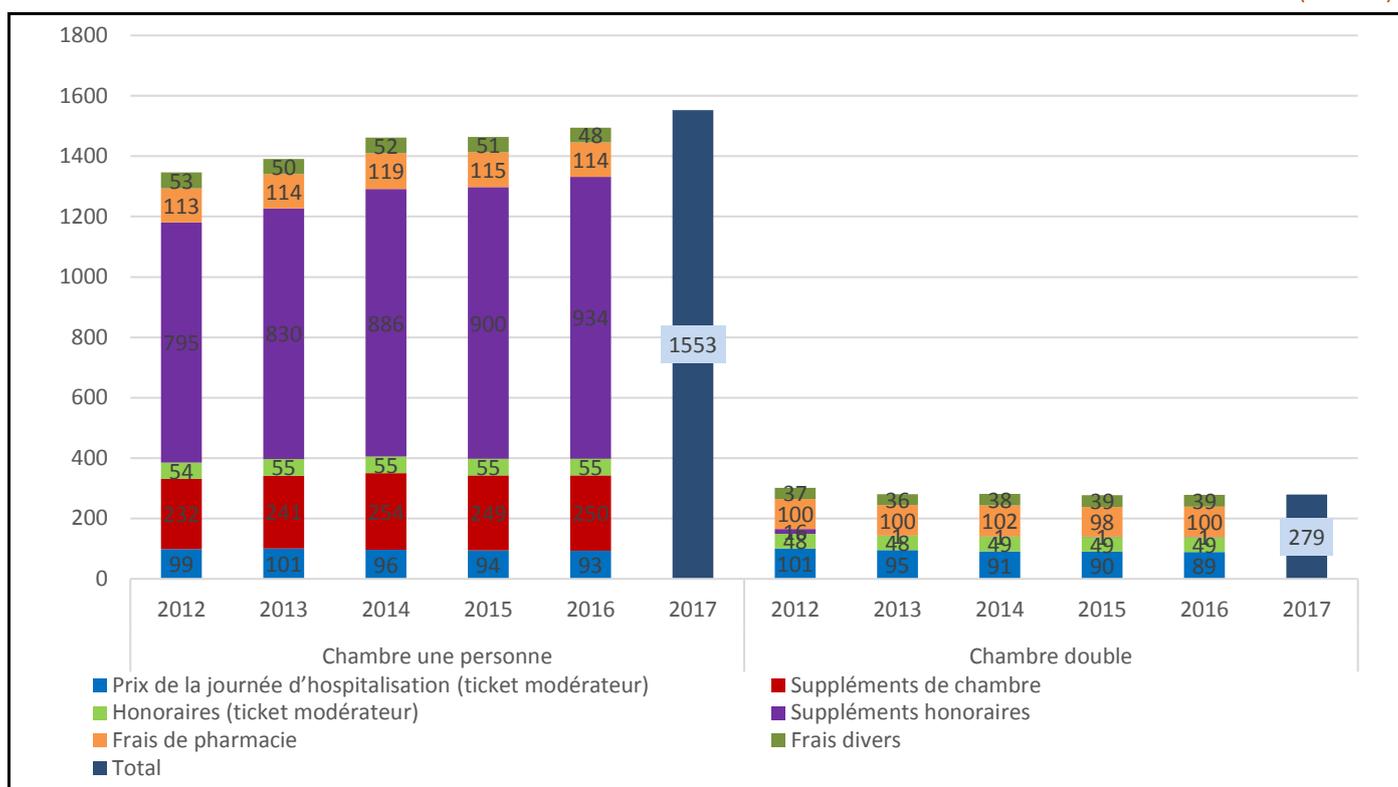


Source : Baromètre hospitalier de la mutualité chrétienne.

Le graphique 4 montre l'évolution de la facture hospitalière moyenne et des composants sous-jacents en chambre particulière et en chambre double ou commune entre 2012 et 2017 selon les baromètres hospitaliers de la MC. En 2016, un patient payait en moyenne 1.494 euros pour une hospitalisation en chambre particulière. En 2017, ce montant a grimpé à 1.553 euros. Cette facture a augmenté de 15,3 % entre 2012 et 2017 (TCAM de 2,9 %, +6,1 % entre 2015 et 2017). Le plus forte hausse est survenue en 2014, à savoir 5,1 %. En 2017, ce montant a augmenté de 3,9 %. Les suppléments d'honoraires s'élevaient à 934 euros en 2016. 250 euros étaient attribués aux suppléments de chambre. L'évolution de ces coûts, ainsi que des autres coûts, sera abordée dans les chapitres suivants.

**Graphique 4. Évolution de la facture d'hôpital et des composants sous-jacents pour une hospitalisation classique en chambre particulière et en chambre double ou commune<sup>25</sup>**

(En euros)



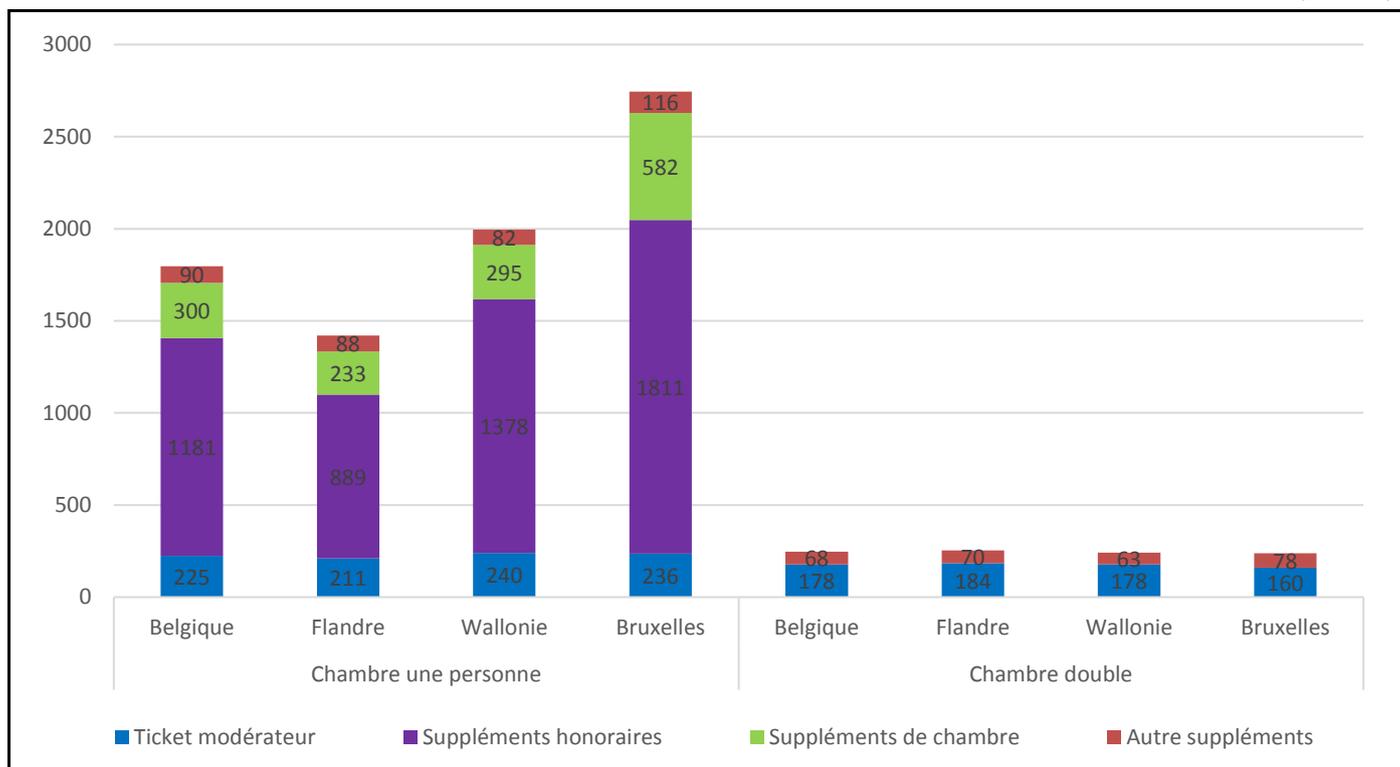
Sources : Baromètres hospitaliers de la mutualité chrétienne.

Le graphique 5 montre le prix moyen par région d'une hospitalisation en chambre particulière ou en chambre double ou commune selon les données du baromètre hospitalier 2018 des mutualités socialistes. Selon ces données, en 2017, la facture d'un patient pour une hospitalisation en chambre particulière s'élevait en moyenne à 1.798 euros en Belgique. Cela représente une hausse de 34,6 % par rapport à 2012 (+5,7 % par rapport à 2015). En 2017, cette facture était déterminée à hauteur de 66 % par les suppléments d'honoraires, suivis par les suppléments de chambre (17 %). La part du ticket modérateur s'élevait à 13 %. Ce baromètre calcule également la facture moyenne pour les trois régions. En 2017, un patient payait en moyenne 2.747 euros pour une hospitalisation en Région bruxelloise, contre 1.426 euros en Région flamande. En Wallonie, le prix moyen d'une hospitalisation en chambre particulière s'élevait à 2.000 euros. Ces factures ont augmenté de 15,2 %, 29,6 % et 34,2 %, respectivement, par rapport à 2012. Les suppléments d'honoraires s'élevaient à 1.811 euros à Bruxelles, soit une part de 66 %. En Wallonie, les suppléments d'honoraires représentaient 69 % de la facture totale, soit 1.378 euros. En Flandre, les suppléments d'honoraires sont les plus faibles, avec 889 euros ou 62 % de la facture totale. Les suppléments de chambre sont le deuxième poste le plus important dans une facture pour une chambre particulière. À Bruxelles, les suppléments de chambre s'élevaient en 2017 à 582 euros en moyenne, soit 21 % de la facture totale. En Wallonie et en Flandre, ils s'élevaient à 295 euros et 233 euros, respectivement, soit 15 % et 16 %, respectivement, de la facture totale.

<sup>25</sup> Contrairement aux années précédentes, le 14<sup>e</sup> baromètre hospitalier de la MC ne présente plus le même degré de détail.

**Graphique 5. Facture moyenne d'une hospitalisation classique en chambre particulière et en chambre double ou commune en 2017**

(En euros)



Source : Baromètre hospitalier 2018 des mutualités socialistes.

**Les suppléments d'honoraires (62,5 % de la facture en chambre particulière en 2016 selon le baromètre hospitalier de la MC)**

Comme déjà mentionné auparavant, les suppléments d'honoraires sont le principal poste de coûts sur la facture du patient pour une hospitalisation en chambre particulière. Les suppléments d'honoraires s'élevaient en 2016, selon le baromètre hospitalier de la MC, en moyenne à 934 euros pour une hospitalisation en chambre particulière, contre 1.107 euros selon le baromètre hospitalier des mutualités socialistes. Selon le baromètre hospitalier des mutualités socialistes ce montant est grimpé à 1.181 euros en 2017.

Entre 2012 et 2016, ces suppléments ont selon le baromètre hospitalier de la MC augmenté de plus de 17,5 % (TCAM 4,1 %). Ils ont surtout fortement augmenté en 2014 et 2013, à savoir de respectivement 6,7 % et 4,4 %. Depuis 2013, on ne peut plus facturer de suppléments d'honoraires dans les chambres doubles ou communes. Cela a engendré un glissement et donc une hausse accrue de ces suppléments en chambre particulière. Toutefois, en 2016, ceux-ci ont encore augmenté de 3,8 %.

Sur la base des données des mutualités socialistes, il s'avère que les suppléments d'honoraires facturés sont nettement plus élevés à Bruxelles que dans les autres régions. Ainsi, le supplément moyen s'élevait à 1.811 euros en 2017 dans un hôpital bruxellois contre 889 euros en Flandre et 1.378 euros en Wallonie. Par rapport à 2013 (les données pour 2012 manquent), ces suppléments d'honoraires ont augmenté de respectivement 20,2 %, 42 % et 34,8 %. La moyenne des suppléments d'honoraires facturés était en 2017 deux fois plus élevée dans un hôpital bruxellois qu'en Flandre.

Le baromètre hospitalier des mutualités socialistes fournit aussi des informations sur les suppléments d'honoraires réellement facturés<sup>26</sup>. En 2017, la moyenne des suppléments d'honoraires représentait en Belgique 150 % du tarif conventionné, soit 3 points de pourcentage de plus qu'en 2016. En 2012, les suppléments d'honoraires réellement facturés s'élevaient encore à 132 % du tarif conventionné. En Flandre, le supplément d'honoraires moyen s'élevait en 2017 à 118 % du tarif conventionné, soit 4 points de pourcentage de plus qu'en 2016 et 13 points de pourcentage de plus qu'en 2012. En Wallonie et à Bruxelles, le pourcentage de supplément d'honoraire facturé est nettement supérieur. En Wallonie, les hôpitaux ont facturé en 2017 en moyenne 176 % du tarif conventionné comme suppléments d'honoraires, soit 4 points de pourcentage de plus qu'en 2016 et 28 points de pourcentage de plus qu'en 2012. A Bruxelles, en 2017, les hôpitaux ont facturé plus du double du tarif conventionné comme suppléments d'honoraires, à savoir 209 %. La hausse par rapport aux années précédentes est assez limitée dans cette région, soit respectivement 3 points de pourcentage et 4 points de pourcentage de plus qu'en 2016 et 2012.

### **Suppléments de chambre (16,7 % de la facture en chambre particulière en 2016 selon le baromètre hospitalier de la MC)**

Après les suppléments d'honoraires, les suppléments de chambre sont le deuxième principal poste de coûts sur la facture du patient pour une hospitalisation en chambre particulière. Les données du baromètre hospitalier de la MC montrent que les suppléments de chambre s'élevaient en 2016 à 250 euros en moyenne pour une séjour hospitalier en chambre particulière. Entre 2012 et 2016, ces suppléments ont augmenté de 7,8 % (TCAM de 1,9 %). Tout comme les suppléments d'honoraires, les suppléments de chambre ont surtout progressé en 2014 et 2013 (respectivement +5,4 % et +3,9 %).

Selon les mutualités socialistes, les suppléments de chambre s'élevaient à 300 euros en moyenne en 2017. Les hôpitaux bruxellois ont facturé en moyenne 582 euros de suppléments de chambre en 2017. Les hôpitaux wallons et flamands facturent nettement moins de suppléments de chambre (respectivement 295 euros et 233 euros en moyenne pour une hospitalisation en chambre particulière en 2017).

Nos propres calculs sur la base des données de Statbel montrent que les hôpitaux belges ont facturé en moyenne un supplément de chambre de 56,54 euros par jour d'hospitalisation en 2018 (voir tableau 6). Les hôpitaux bruxellois ont facturé en moyenne 127,75 euros par jour d'hospitalisation, contre 58,16 euros pour les hôpitaux wallons et 47,88 euros pour les hôpitaux flamands. Avec 190 euros par jour d'hospitalisation, un hôpital bruxellois facture le supplément de chambre le plus élevé. Deux hôpitaux flamands affichent, avec 32,64 euros par jour d'hospitalisation, le plus faible supplément de chambre. Entre 2012 et 2018, les suppléments de chambre ont augmenté en moyenne de 23,4 % en Belgique, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 3,6 %<sup>27</sup>. Dans les hôpitaux flamands, ils ont progressé de 27,2 % en moyenne, ce qui correspond à une croissance annuelle moyenne de 4,1 %. Dans les hôpitaux bruxellois, les suppléments de chambre ont augmenté de 26,9 % (TCAM de 4,1 %), contre 19,1 % dans les hôpitaux wallons (TCAM de 3,0 %). En Flandre, les suppléments de chambre ont surtout augmenté en 2014 et 2018, de 7,6 % et 6,7 % respectivement. Pendant les mêmes années, les hôpitaux bruxellois ont fortement relevé les suppléments de chambre: 15,2 % en 2014 et 8,5 % en 2018. Dans les hôpitaux wallons, les suppléments de chambre ont surtout grimpé en 2016, soit de 6,1 %.

---

<sup>26</sup> Une déclaration d'admission reprend le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires qu'un hôpital peut facturer. Un hôpital ne facture toutefois pas toujours ce pourcentage maximum. Les suppléments d'honoraires réellement facturés indiquent ce que les hôpitaux facturent en moyenne comme suppléments d'honoraires.

<sup>27</sup> Entre 2012 et 2016, le TCAM était de 3,5 %. La hausse plus limitée selon le baromètre hospitalier de la MC est donc la conséquence de la baisse du nombre de jours d'hospitalisation.

**Tableau 6. Moyenne des suppléments de chambre par jour d'hospitalisation**

(En euros, sauf mention contraire)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution cumulé 2012-2018 (en %)	TCAM 2012 – 2018 (en %)
<b>Belgique</b>	45,81	46,51	49,79	50,71	52,49	53,89	56,54	23,4	3,6
<b>Bruxelles</b>	100,64	102,25	117,75	117,75	117,75	117,75	127,75	26,9	4,1
<b>Flandre</b>	37,64	38,53	41,45	42,32	43,07	44,87	47,88	27,2	4,1
<b>Wallonie</b>	48,82	49,17	51,42	52,5	55,71	56,8	58,16	19,1	3

Source : propres calculs sur la base des données de Statbel.

**Frais pharmaceutiques (7,6 % de la facture en chambre particulière en 2016 selon le baromètre hospitalier de la MC)**

Les frais pharmaceutiques comprennent le ticket modérateur pour le matériel<sup>28</sup>, les coûts pour le matériel non remboursable et les médicaments non remboursables.

Selon le baromètre de la MC, les tickets modérateurs sur le matériel et le matériel non remboursable s'élevaient en moyenne à 72 euros et 6 euros par hospitalisation en 2016. Entre 2012 et 2016, les deux catégories ont été légèrement modifiées. Le ticket modérateur sur le matériel a légèrement augmenté (70 euros en 2012), tandis que le matériel non remboursable a diminué (9 euros en 2012). Comme indiqué plus tôt, les médicaments non remboursables sont entièrement facturés au patient et ce coût est repris sous les frais pharmaceutiques. En 2016, il s'élevait en moyenne à 36 euros pour une hospitalisation en chambre particulière. Il s'agit d'une légère augmentation par rapport à 2012, lorsqu'il s'élevait à 34 euros. Les légères modifications des catégories sous-jacentes ont eu pour conséquence que les frais pharmaceutiques n'ont pratiquement pas changé, passant de 113 euros en 2012 à 114 euros en 2016.

Les baromètres hospitaliers des mutualités socialistes ne fournissent pas de données détaillées pour ces postes de coûts.

**Le prix de la journée d'hospitalisation (6,2 % de la facture en chambre particulière en 2016 selon le baromètre hospitalier de la MC)**

Le prix de la journée d'hospitalisation s'est établi en 2018 à 43,20 euros pour le premier jour et à 15,93 euros à partir du deuxième jour d'hospitalisation. Ces tarifs s'appliquent aux personnes sans intervention majorée. Les deux tarifs sont relevés de 0,30 euros si l'indice pivot a été dépassé l'année précédente. En 2012, ces deux tarifs s'élevaient à 41,98 euros et 14,71 euros, respectivement. Depuis lors, l'indice pivot a été dépassé quatre fois, deux fois en 2012, en 2016 et en 2017. Ces tarifs ont augmenté de 2,9 % et 8,3 % respectivement entre 2012 et 2018.

**Tableau 7. Aperçu des tarifs de la journée d'hospitalisation**

(En euros, sauf mention contraire)

	01/2012	01/2013	01/2014	01/2015	01/2016	01/2017	02/2017	01/2018	Evolution cumulé 2012-2018 (en %)	TCAM 2012 – 2018 (en %)
<b>Premier jour</b>	41,98	42,58	42,58	42,58	42,58	42,58	42,89	43,2	2,9 %	0,5
<b>A partir du deuxième jour</b>	14,71	15,31	15,31	15,31	15,31	15,31	15,62	15,93	8,3 %	1,3

Source : INAMI.

Selon les données du baromètre de la MC, le ticket modérateur sur le prix de la journée d'hospitalisation dans la facture totale du patient pour un séjour en chambre particulière a diminué de 99 euros en 2012 à 92 euros en 2016. Cette diminution est entièrement due à la diminution de la durée d'hospitalisation, étant donné que les tarifs établis pour le prix de la journée d'hospitalisation ont augmenté au cours de cette période.

<sup>28</sup> Les implants comme les prothèses de la hanche ou du genou, les stents et les pacemakers font partie du matériel. Le matériel médical comme les mini-caméras pour les laparoscopies, les cathéters et les agrafes chirurgicales entre dans ces catégories.

### III.2.4.3. Coût moyen par hospitalisation en chambre double ou commune

Selon le baromètre hospitalier de la MC, un séjour hospitalier en chambre double ou commune ne coûtait en 2016 au patient qu'un cinquième du montant d'un séjour hospitalier en chambre particulière, comme le montre le graphique 4. Il ressort du baromètre hospitalier 2018 des mutualités socialistes qu'un séjour en chambre double ou commune coûte un sixième du prix d'un séjour en chambre particulière. En Flandre, la facture d'une hospitalisation en chambre double s'élève à un cinquième d'une facture en chambre particulière, contre même pas un dixième à Bruxelles et 12 % en Wallonie.

En 2014, la facture moyenne pour un séjour hospitalier en chambre double ou commune s'élevait à 270 euros en moyenne, selon l'étude de l'AIM. Le baromètre de la MC obtient une facture moyenne de 281 euros. Comme le montre le graphique 3, il ressort des données de la MC que les frais pharmaceutiques tels que les médicaments non remboursables et le ticket modérateur sur le matériel sont les coûts les plus importants lors d'un séjour en chambre double ou commune (36 %). Le ticket modérateur sur le prix de la journée d'hospitalisation s'élevait à 89 euros en moyenne, ce qui correspond à 32 % de la facture totale. Le ticket modérateur sur les honoraires s'élevaient en moyenne à 17,6 % de la facture totale. Les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés pour ce type de chambre. En 2012, les hôpitaux étaient encore autorisés à facturer les suppléments d'honoraires en chambre double. Selon les données de la MC, ces suppléments s'élevaient à 16 euros en moyenne par hospitalisation en 2012, ce qui revenait à 5,3 % de la facture totale.

Entre 2012 et 2017, la facture moyenne d'un séjour hospitalier en chambre double ou commune a baissé de 7,9 % selon le baromètre hospitalier de la MC (de 302 euros en 2012 à 279 euros en 2017, taux de croissance annuel moyen de -1,6 %, +0,7 % entre 2015 et 2017) (voir le graphique 4), et ce principalement en raison de la suppression des suppléments d'honoraires en chambre double ou commune en 2013 et d'une baisse du ticket modérateur sur le prix de la journée d'hospitalisation (à la suite d'une baisse du nombre de jours d'hospitalisation). Selon les mutualités socialistes, les différences régionales sont beaucoup moins prononcées pour une hospitalisation en chambre particulière.

Dans leurs baromètres hospitaliers, les mutualités socialistes limitent les données relatives à la facture moyenne d'une hospitalisation en chambre double ou commune à la subdivision ticket modérateur (dont le prix de la journée d'hospitalisation et le ticket modérateur sur les honoraires) et autres suppléments (dont les frais pharmaceutiques ainsi que les suppléments divers comme le téléphone et la télévision). La subdivision s'élevait en 2017 à 72 % pour les tickets modérateurs et à 28 % pour les autres suppléments.

#### **Frais pharmaceutiques**

Les frais pharmaceutiques moyens facturés pour une hospitalisation en chambre double ou commune ont peu évolué entre 2012 et 2016 et s'élevaient pendant ces deux années à 100 euros, selon les baromètres hospitaliers de la MC.

Le ticket modérateur sur le matériel a légèrement augmenté de 62 euros à 64 euros alors que les coûts du matériel non remboursable ont diminué de moitié pour passer de 8 euros en 2012 à 4 euros en 2016. Les médicaments non remboursables sont passés de 30 euros en 2012 à 32 euros en 2016.

#### **Prix de la journée d'hospitalisation**

Le ticket modérateur sur le prix de la journée d'hospitalisation en chambre double ou commune facturé est le même que celui d'une chambre particulière et a déjà été abordé dans ce chapitre.

En 2016, un patient payait en moyenne, par hospitalisation, 89 euros pour le prix de la journée d'hospitalisation, selon les baromètres hospitaliers de la MC. Cela correspond à une durée d'hospitalisation moyenne de quatre jours. Par rapport à 2012, ce coût a diminué de 11,9 %. Cette année-là, un patient payait encore 101 euros pour le prix de la journée d'hospitalisation en chambre double ou commune, ce qui correspond à une durée d'hospitalisation de cinq jours. La diminution de ce coût est donc entièrement due à une baisse du nombre de jours d'hospitalisation.

### Ticket modérateur sur les honoraires

Selon le baromètre de la MC, les tickets modérateurs sur les honoraires s'élevaient à 49 euros en moyenne en 2016 pour une hospitalisation en chambre double ou commune. Ces tarifs sont également restés plus ou moins stables entre 2012 et 2016 selon cette source (48 euros en 2012). Le montant du ticket modérateur sur les honoraires est fixé légalement dans l'accord tarifaire conclu entre les médecins et les mutuelles. Tant les médecins conventionnés que non conventionnés doivent s'en tenir à ces tarifs si le patient choisit une hospitalisation en chambre double ou commune.

#### III.2.4.4. Coût moyen d'une hospitalisation de jour

Comme indiqué précédemment, le nombre d'hospitalisations de jour a augmenté de 13 % entre 2012 et 2016. Ces hospitalisations de jour remplacent en partie les hospitalisations classiques. Le baromètre hospitalier de la MC contient des informations sur la facture moyenne d'une hospitalisation tant en chambre particulière qu'en chambre double ou commune pour la période 2013-2016, comme le montre le graphique 6. En 2016, les hôpitaux belges facturaient en moyenne 815 euros pour une hospitalisation de jour en chambre particulière. Cela représente une hausse de 23,5 % (TCAM de 7,3 %) par rapport à 2013, lorsqu'une hospitalisation de jour en chambre particulière coûtait en moyenne 660 euros. Cette augmentation est d'abord due à une hausse des frais pharmaceutiques (+28,0 %), suivie d'une hausse des suppléments d'honoraires (+23,8 %). Les suppléments d'honoraires représentaient également 78,4 % de la facture totale en 2016.

La facture moyenne d'une hospitalisation de jour en chambre double ou commune s'élevait à 115 euros en moyenne en 2016. Cela représentait une baisse de 8,0 % par rapport à 2013. Les frais pharmaceutiques sont les coûts les plus importants de cette facture et s'élevaient à 84 euros en moyenne en 2016. La baisse de la facture d'une hospitalisation de jour en chambre double ou commune est due à la baisse des suppléments d'honoraires. En 2013, avant l'interdiction des suppléments d'honoraires pour une hospitalisation de jour en chambre double ou commune (depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015), 24 euros de suppléments d'honoraires étaient encore facturés en moyenne.

**Graphique 6. Facture moyenne d'une hospitalisation de jour en chambre particulière et en chambre double ou commune**

(En euros)



Sources : Baromètres hospitaliers de la mutualité chrétienne.

---

## Focus 2 : Rentabilité des hôpitaux généraux

Selon une étude de Piet Calcoen<sup>29</sup>, les médecins de la plupart des hôpitaux belges doivent verser un certain pourcentage de leurs suppléments d'honoraires à l'hôpital pour l'aider à financer ses frais généraux. La rentabilité des hôpitaux en Belgique est examinée dans ce contexte. L'analyse se base sur une étude de Belfius Banque & Assurances qui, en 2018, dans la continuité des années précédentes, a réalisé une analyse financière des hôpitaux généraux en Belgique (étude MAHA<sup>30</sup> 2018).

L'ensemble de la population des 92 hôpitaux généraux, 67 % privés et 33 % publics, répartis en Flandre (57 %), en Wallonie (33 %) et à Bruxelles (10 %), a été analysé sur la base des comptes annuels 2017. Les hôpitaux universitaires ne sont pas inclus dans l'étude. Selon cette analyse, la situation commerciale des hôpitaux généraux est préoccupante. Bien que leur chiffre d'affaires ait augmenté de 2,7 % en 2017 pour atteindre 14,5 milliards d'euros, le résultat courant<sup>31</sup> a baissé de 70 % à 28,7 millions d'euros (soit 0,2 % du chiffre d'affaires contre 0,7 % en 2016 et 1,0 % en 2014) comparé à 2016, ce qui, selon Belfius, souligne la vulnérabilité financière des hôpitaux. 39 hôpitaux généraux sur 92 (42 %) ont subi une perte courante en 2017 (les données par région ne sont pas disponibles) contre 30 (soit 33 %) en 2016. Si l'on tient compte des produits et charges exceptionnels, le résultat, en l'occurrence le résultat de l'exercice, s'améliore pour atteindre 130 millions d'euros, ce qui représente, tout de même, une réduction de moitié par rapport à 2016 (résultat de l'exercice de 254 millions d'euros). Aucun chiffre n'est disponible sur le nombre d'hôpitaux généraux déficitaires en 2017 au niveau du résultat de l'exercice. En ce qui concerne la structure financière, selon Belfius, les hôpitaux généraux ont une structure saine, tant en termes de solvabilité (le ratio des fonds propres par rapport au total du bilan atteint 22,8 %) qu'en termes de liquidité (l'actif circulant par rapport au passif circulant est de 1,5), à cette nuance près qu'il existe de grandes différences entre les hôpitaux.

---

## III.3. Assurances hospitalisation

Comme mentionné précédemment, l'indice médical peut être utilisé pour indexer la prime, la franchise et les prestations des contrats d'assurance soins de santé complémentaire individuels ou ceux non liés à l'activité professionnelle. L'assurance soins de santé complémentaire comprend l'assurance hospitalisation, l'assurance soins ambulatoires et l'assurance soins dentaires. La plupart des contrats d'assurance maladie complémentaire conclus concernent l'assurance hospitalisation. Dans ce chapitre, nous n'abordons que ce dernier type d'assurance soins de santé et mettons l'accent sur les contrats individuels (non-lié à l'activité professionnelle). L'assurance soins de santé complémentaire pour soins ambulatoires et dentaires n'est donc pas abordée ici étant donné qu'il s'agit de produits plutôt récents et représentant donc un marché relativement restreint.

La section suivante explique, sans vouloir être exhaustive, ce qu'est une assurance hospitalisation, quelles sont les couvertures offertes par ces assurances et quels sont les paramètres qui déterminent le niveau de la prime d'assurance. L'offre et le cadre juridique du produit sont également analysés. D'autres angles étaient bien sûr possibles mais pas toujours réalisables dans le cadre de cette analyse. Par exemple, les assurances hospitalisation ne sont pas comparées quant à leur prix ou leur qualité. De plus, cette analyse n'examine pas l'offre du produit dans les pays voisins.

---

<sup>29</sup> Private Expenditure on Health and Voluntary Private Health Insurance, Piet Calcoen, Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, 2018, p. 69.

<sup>30</sup> Model for Automatic Hospital Analysis, [https://www.belfius.be/public-social/FR/Media/Communiqu%C3%A9%20Belfius\\_MAHA\\_10%2008%202018\\_tcm\\_30-162659.pdf](https://www.belfius.be/public-social/FR/Media/Communiqu%C3%A9%20Belfius_MAHA_10%2008%202018_tcm_30-162659.pdf).

<sup>31</sup> Le résultat courant est défini comme le chiffre d'affaires moins le résultat d'exploitation et le résultat financier, c'est-à-dire le résultat du secteur avant produits et charges exceptionnels et avant impôts.

### III.3.1. Introduction

L'assurance obligatoire soins de santé, que toute personne en Belgique est tenue de contracter par l'intermédiaire d'une mutuelle ou de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)<sup>32</sup>, ne couvre qu'une partie des frais d'hôpital en cas d'hospitalisation. En principe, le solde non couvert de la facture est à la charge du patient, sauf s'il a souscrit une assurance complémentaire de soins de santé. Une telle assurance est un complément à l'assurance obligatoire soins de santé mais n'est pas une obligation légale. L'assurance hospitalisation est une assurance soins de santé complémentaire qui peut soulager le bénéficiaire des frais non couverts d'une facture d'hôpital. En 2017, 9,6 millions de personnes en Belgique disposaient d'une assurance soins de santé<sup>33</sup>, dont 58 % via des assureurs privés et 42 % via des assureurs liés à des mutuelles (ce que l'on appelle les sociétés mutualistes d'assurance ou SMA). 58 % des assurés étaient couverts par un contrat individuel contre 42 % par un contrat collectif.

### III.3.2. Qu'est-ce qu'une assurance hospitalisation ?

Une assurance hospitalisation est une assurance complémentaire soins de santé qui, selon la couverture, couvre la totalité ou une partie des frais d'hospitalisation qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et qui sont donc en principe à la charge du patient<sup>34</sup>. L'assurance hospitalisation peut être souscrite à titre individuel (auprès d'un assureur privé ou auprès d'une société mutualiste d'assurance (SMA) d'une mutuelle dont l'on est membre) ou à titre collectif. Dans ce dernier cas, un seul organisme, généralement un employeur, négocie une police collective à laquelle un groupe de personnes peut souscrire et dans laquelle la prime d'assurance à payer est supportée totalement ou en partie par l'organisme qui souscrit la police collective.

Le remboursement des frais d'hospitalisation peut soit couvrir les frais, soit être forfaitaire. La formule qui couvre les coûts prévoit le remboursement en fonction du montant de la facture de l'hôpital, compte tenu notamment et dans la mesure du contrat, d'un plafond d'intervention (par exemple 200 % des honoraires de base) et d'une franchise. Dans le cadre de la formule forfaitaire, l'assuré recevra une somme fixe et forfaitaire par jour d'admission, quel que soit le montant de la facture de l'hôpital. Certaines assurances hospitalisation appliquent le régime du tiers payant, en vertu duquel le prestataire de soins facture les frais directement à l'assureur sans que le patient ne doive avancer lui-même l'argent et le récupérer ensuite auprès de l'assureur. Avec d'autres assurances hospitalisation, le prestataire de soins facture directement au patient, qui doit d'abord payer la facture avant de pouvoir obtenir le remboursement auprès de l'assureur.

### III.3.3. Couverture de l'assurance hospitalisation

La couverture offerte par une assurance hospitalisation dépend des garanties souscrites. Ces garanties peuvent fournir une couverture "de base" ou une "couverture étendue". Les garanties portent notamment sur le type de chambre choisi (chambre particulière, double ou commune), les frais ambulatoires avant et après l'hospitalisation (souvent un mois avant et trois mois après l'hospitalisation), le régime pour les maladies graves, l'assistance lors d'un séjour à l'étranger, les frais ambulanciers et les autres couvertures<sup>35</sup>. La couverture peut inclure des exclusions générales applicables à toutes les personnes assurées : participation à une guerre ou à une insurrection, soins à la suite d'un acte intentionnel

---

<sup>32</sup> La Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie - Invalidité est une institution publique de sécurité sociale. Elle assume toutes les prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, tout comme les mutuelles, mais dans le cadre d'un statut public, et sans offrir des services ou avantages supplémentaires.

<sup>33</sup> Source: Assuralia, OCM. Cependant, on ne peut exclure que le double comptage soit possible dans certaines situations. Par exemple, dans une famille avec enfants dans laquelle les deux partenaires bénéficient d'une assurance soins de santé gratuite pour toute la famille.

<sup>34</sup> L'intervention d'une assurance hospitalisation ne se limite pas à l'hospitalisation lors de laquelle le patient passe la nuit à l'hôpital. Cette assurance peut également s'appliquer à l'hospitalisation de jour.

<sup>35</sup> La liste n'est pas exhaustive.

ou volontaire de l'assuré (par exemple une tentative de suicide), chirurgie esthétique non liée à une maladie ou un accident, pratique de sports aériens. Les admissions psychiatriques ne sont pas exclues de l'assurance hospitalisation, mais, dans de nombreux cas, l'intervention est limitée dans le temps, souvent à un maximum de deux ans.

### III.3.4. Niveau de la prime d'assurance

Le niveau du montant de la prime à payer pour un contrat individuel d'assurance hospitalisation peut varier considérablement et dépend, entre autres, des garanties souscrites dans le contrat (notamment le type de chambre), de l'âge de l'assuré, du lieu de résidence de l'assuré (éventuellement la situation de l'hôpital), d'une période de stage, de la franchise du contrat et du plafond<sup>36</sup> des frais d'hospitalisation<sup>37</sup>. Les primes des contrats individuels sont en moyenne plus élevées que celles des contrats collectifs. Les contrats collectifs sont négociés pour un grand nombre de personnes qui généralement paient la même prime. En raison de cette plus grande population d'assurés, la prime est en moyenne moins élevée que pour les contrats individuels. Cette prime plus faible est également liée au profil de risque moins élevé des contrats collectifs : les personnes assurées dans le cadre d'un contrat collectif appartiennent généralement à un groupe moins risqué (les personnes de plus de 65 ans, par exemple, ne sont souvent pas incluses dans les polices collectives souscrites par les employeurs pour leurs employés parce qu'elles ne sont généralement plus actives).

En plus de la prime liée à l'âge, les assureurs utilisent une prime nivelée pour déterminer la prime d'un contrat individuel d'assurance hospitalisation. Dans le cas d'une prime liée à l'âge, la prime est augmentée annuellement ou périodiquement. Par exemple, une personne de 40 ans paie une prime plus élevée qu'une de 25 ans (pour les mêmes garanties). Dans le cas d'une prime nivelée, l'assuré paie une prime relativement élevée au début du contrat, par exemple quand il est jeune, mais qui n'est plus augmentée ultérieurement, sauf par indexation. Une provision de vieillissement est ainsi créée pour l'assuré destinée à couvrir les frais d'hospitalisation éventuels à un âge plus avancé. L'augmentation rapide des frais d'hospitalisation dans les chambres particulières a mis ce modèle sous pression (la suppression des suppléments d'honoraires dans les chambres doubles ou commune a notamment conduit à un changement, voir « Encadré : Législation relative aux suppléments lors d'une hospitalisation classique » dans chapitre 2.3. « Les différents composants d'une facture d'hôpital »). Une augmentation pareille ne pouvait pas être évaluée lors de l'analyse des tarifs et, en outre, l'indexation basée sur l'indice médical est insuffisante pour plusieurs assureurs<sup>38</sup>. Comme mentionné au chapitre 1.1. 'Historique de l'indice médical', la prime, la franchise ou les prestations des contrats d'assurance soins de santé individuels ne peuvent être majorées annuellement que par indexation à moins que la BNB ou l'OCM, en tant qu'autorités de contrôle, imposent ou approuvent une augmentation. Avant l'entrée en vigueur de la loi Verwilghen en 2007, il était possible d'intégrer l'augmentation des coûts dans les tarifs grâce à la liberté tarifaire qui existait à l'époque.

Dans ce contexte, le secteur de l'assurance est constamment à la recherche d'alternatives pour les nouveaux contrats qui prennent davantage en compte cette évolution. Par exemple, une compagnie d'assurance a récemment lancé une assurance hospitalisation destinée à maintenir la facture d'hospitalisation sous contrôle et à limiter le montant des sinistres à payer. Elle accorde un remboursement illimité des frais d'hospitalisation, mais uniquement en cas d'admission (hospitalisation) dans un hôpital partenaire. Outre l'introduction de seuils (franchises), d'autres instruments destinés à maintenir les factures d'hospitalisation sous contrôle consistent à rendre la prime à payer partiellement dépendante de la localisation de l'hôpital (l'hospitalisation dans une grande ville coûte plus cher que l'admission dans une zone plus rurale) ou d'un plafond de supplément d'honoraires. Tous ces outils devraient entraîner une croissance plus maîtrisée des factures d'hospitalisation.

---

<sup>36</sup> La franchise concerne le montant des frais hospitaliers toujours pris en charge par l'assuré, tandis que le plafond correspond au montant maximal des frais hospitaliers pour lesquels l'assureur intervient. Ce plafond peut porter sur la dépense totale ou une dépense spécifique (par exemple, les honoraires des médecins).

<sup>37</sup> La liste n'est pas exhaustive.

<sup>38</sup> Une partie du transfert des suppléments d'honoraires des chambres doubles vers les chambres particulières a eu lieu entre 2012 et 2016 simples (faisant suite à l'interdiction des suppléments d'honoraires dans les chambres doubles à partir de 2013). Pendant cette période, aucun indice médical n'a été publié.

### III.3.5. Fournisseurs d'assurances hospitalisation et cadre légal

Les assurances hospitalisation sont proposées par les assureurs privés et les sociétés mutualistes d'assurance. En 2018, plus au moins vingt-quatre compagnies d'assurance étaient actives sur le segment de l'assurance hospitalisation, réparties entre quinze acteurs privés et neuf sociétés mutualistes d'assurance, ce qui génère une forte concurrence. Ces assureurs proposent chacun au moins un produit d'assurance hospitalisation. Les sociétés mutualistes d'assurance ne proposent que des contrats individuels. Au sein du groupe des compagnies d'assurance privées, la grande majorité offre des contrats individuels et collectifs. Les autres compagnies, quant à elles, proposent exclusivement soit des contrats individuels, soit des contrats collectifs. Parmi les contrats individuels d'assurance hospitalisation, les sociétés mutualistes d'assurance représentaient environ 72 % du nombre d'assurés<sup>39</sup> en 2018, contre 28 % pour les compagnies d'assurance privées.

Sur la base du nombre d'assurés<sup>40</sup>, les trois plus grandes compagnies d'assurance détenaient une part de marché commune supérieure à 57 %.

Pour les assurances hospitalisation (et les autres assurances complémentaires soins de santé), les assureurs privés et les sociétés mutualistes d'assurance sont soumis à la loi du 4 avril 2014 (loi relative aux assurances), loi qui reprend la loi du 20 juillet 2007 (mieux connue sous le nom de "loi Verwilghen"). En outre, les assureurs privés et les sociétés mutualistes d'assurance sont également soumis à la directive Solvabilité II, la directive européenne du 25 novembre 2009, transposée en droit belge par la loi du 13 mars 2016 (loi relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance), qui réglemente l'accès aux activités d'assurance et de réassurance et leur exercice.

La loi Verwilghen est entrée en vigueur après qu'il eut été établi que, dans certains cas, la législation de base initiale n'offrait pas à l'assuré une protection suffisante, notamment en ce qui concerne l'accessibilité, la durée, la continuité et les modalités de résiliation du contrat. Cette loi stipule notamment que, en principe, les assurances individuelles d'hospitalisation sont souscrites à vie. Cela implique, contrairement au preneur d'assurance, que l'assureur ne peut résilier une assurance hospitalisation individuelle, sauf en cas de fraude ou de non-paiement de la prime. Il existe également un régime spécifique pour les malades chroniques et les personnes handicapées de moins de 65 ans qui obtiennent le droit de souscrire une assurance hospitalisation individuelle. En revanche, les assureurs peuvent exclure les frais d'hospitalisation directement liés à une maladie chronique ou à une invalidité, à condition que cela soit explicitement indiqué dans le contrat. Pour les contrats d'assurance liés à l'activité professionnelle, il existe, entre autres, une disposition prévoyant la poursuite individuelle de l'assurance par les personnes en cas de perte d'une assurance liées à l'activité professionnelle, lors de la retraite ou d'un changement d'emploi, par exemple.

Solvabilité II vise à protéger les assurés et les bénéficiaires de polices d'assurance, notamment en veillant à ce que les compagnies d'assurance disposent de réserves financières suffisantes pour faire face aux problèmes. Les principes de cette directive sont l'introduction d'exigences de fonds propres fondées sur le risque et la valorisation du bilan selon sa valeur de marché. Solvabilité II aide les compagnies d'assurance et les autorités de contrôle à signaler les risques plus tôt et à prendre des mesures si nécessaire. En outre, Solvabilité II renforce la gestion des risques des compagnies d'assurance et assure une plus grande harmonisation au niveau européen. Cela favorise des conditions de concurrence équitables pour les compagnies d'assurance en Europe et constitue un pas vers un marché plus européen.

Les sociétés mutualistes d'assurance sont également soumises à la loi sur les mutualités, à savoir la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, ainsi qu'aux lois du 26 avril 2010 et du 2 juin 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance soins de santé complémentaire (I et II), qui mettent fin depuis 2012 aux différences réglementaires existant entre, d'une part, les assurances soins de santé proposées par les mutualités et, d'autre part, les assurances analogues proposées par les compagnies d'assurance privées.

Les sociétés mutualistes d'assurance diffèrent des assureurs privés à plusieurs égards. Les sociétés mutualistes d'assurance ne sont pas des entreprises commerciales (comme les assureurs privés) car la loi sur les mutualités les oblige à

---

<sup>39</sup> Source: Données des compagnies d'assurance à titre individuel, fournies dans le cadre du calcul de l'indice médical.

<sup>40</sup> Source: Données des compagnies d'assurance à titre individuel, fournies dans le cadre du calcul de l'indice médical.

exercer leurs activités sans but lucratif. Selon la même loi sur les mutualités, elles ne peuvent offrir des services qu'à leurs propres membres, ce qui les empêche pratiquement d'offrir une assurance complémentaire soins de santé collective.

### III.4. Conclusion

Depuis 2016, les compagnies d'assurances peuvent adapter leurs primes, franchises et/ou prestations des assurances soins de santé non liées à l'activité professionnelle (contrats individuels) sur la base de l'indice médical, en plus de l'indice des prix à la consommation. L'indice médical est calculé pour quatre types de garantie: chambre particulière, chambre double et commune, soins ambulatoires et soins dentaires. Pour chaque type de garantie, un indice médical global est calculé, de même qu'un indice médical pour cinq groupes d'âge.

Un indice de base est d'abord calculé pour chaque catégorie d'âge, c'est-à-dire la charge brute des sinistres par assuré pour tous les assureurs. L'indice de base global est calculé comme une moyenne de ces indices liés à l'âge, pondérée selon le nombre d'assurés par classe d'âge. Les indices spécifiques sont ensuite calculés en multipliant l'indice de base par un facteur de 1,5 afin de revaloriser les provisions de vieillissement. L'évolution annuelle de ces indices spécifiques est lissée à maximum 2 points de pourcentage au-dessus de l'évolution des indices de base.

Entre 2015 et 2018, l'indice médical global pour le type de garantie "chambre particulière" a augmenté de 10,4 %. Le taux de croissance annuel moyen était donc de 3,3 %, alors que l'indice santé n'a augmenté que de 1,9 % par an en moyenne durant cette période. Pour le type de garantie "chambre double ou commune", l'indice médical global a augmenté au total de 5,4 % entre 2015 et 2018. L'indice médical pour les soins ambulatoires n'a été adapté qu'en 2018. L'indice global pour ce type de garantie a augmenté de 11,5 % par rapport à 2017. L'indice médical pour le type de garantie "soins dentaires" a été fortement relevé en 2017 et 2018, de respectivement 10,7 % et 15,7 % sur base annuelle pour l'indice global.

Pour certains assureurs, l'adaptation de la prime sur la base de l'indice médical n'est pas suffisante pour couvrir l'évolution réelle des coûts. L'indice médical est donc calculé comme une moyenne, et l'évolution réelle des coûts des différents assureurs peut s'éloigner de celle-ci. Non seulement la structure des différents produits d'assurance est très hétérogène, mais les caractéristiques du marché diffèrent également d'une région à l'autre. Il existe également des assureurs pour lesquels l'indice médical est suffisant, auquel cas l'indice ne sera probablement pas appliqué intégralement.

Étant donné que le marché des assurances pour les soins dentaires et les soins ambulatoires est assez récent, la suite de l'étude s'est concentrée sur le marché des assurances hospitalisation. L'évolution des coûts d'une hospitalisation sont à la base de l'évolution de la charge brute des sinistres utilisée pour le calcul de l'indice médical pour les types de garantie "chambre particulière" et "chambre double ou commune".

Selon les baromètres hospitaliers de la MC, basés principalement sur des membres flamands, la facture moyenne d'une hospitalisation en chambre particulière a augmenté de 15,3 % (TCAM 2,9 %) entre 2012 et 2017 pour s'établir à 1.533 euros en moyenne en 2017. Selon les baromètres hospitaliers des mutualités socialistes, basés principalement sur des membres wallons, l'augmentation de la facture serait même encore plus importante. Par ailleurs, cette facture est la plus élevée dans les hôpitaux bruxellois (2.747 euros), et était inférieure de 27,1 % en Wallonie et de 48,0 % en Flandre (respectivement 2.000 euros et 1.426 euros).

Les suppléments d'honoraires représentent près de deux tiers de la facture totale en chambre particulière. Les suppléments de chambre constituent également une part importante de la facture du patient pour une hospitalisation en chambre particulière (environ 16 %). Ces deux suppléments représentent donc ensemble environ 80 % d'une facture d'hospitalisation en chambre particulière.

Les suppléments d'honoraires ont augmenté de manière plus sensible que la facture moyenne globale en chambre particulière. Il existe de grandes différences régionales en ce qui concerne la facturation des suppléments d'honoraires. Les hôpitaux bruxellois facturent en moyenne plus du double des hôpitaux flamands et près d'un tiers de plus que les hôpitaux wallons. L'augmentation des suppléments de chambre est restée dans l'ensemble limitée. Selon les calculs basés sur les données de Statbel, un supplément de chambre s'élevait en moyenne à 56,54 euros par hospitalisation en 2018, mais il existe de grandes différences régionales. Ainsi, ce sont les hôpitaux bruxellois qui facturent en moyenne le plus.

Une facture d'hospitalisation en chambre double ou commune ne s'élevait qu'à un cinquième d'une facture en chambre particulière selon les données de la MC et à un sixième selon les données des mutualités socialistes. En 2017, les membres de la MC payaient en moyenne 279 euros contre 246 euros pour les membres des mutualités socialistes. Ces factures ont diminué depuis 2012. Cette baisse est due au fait qu'en 2012, des suppléments d'honoraires pouvaient encore être facturés pour une hospitalisation en chambre double, ce qui n'a plus été autorisé à partir de 2013. Les frais de séjour ont également diminué entre 2012 et 2016 en raison d'une diminution de la durée d'hospitalisation.

Sur une même période, l'indice médical pour le type de garantie "chambre particulière" a évolué de la même manière que les frais de soins de santé sous-jacents. Ce lien est moins évident pour le type de garantie "chambre double ou commune". Le fait que l'indice médical et le prix d'une chambre d'hôpital n'évoluent pas de la même manière est dû à plusieurs facteurs. La facture d'une chambre d'hôpital est exprimée par hospitalisation, alors que l'indice médical est calculé en fonction du nombre d'assurés. Par ailleurs, les incohérences dans le calcul de l'indice médical jouent également un rôle.

Tout comme les assurances soins ambulatoires et soins dentaires, l'assurance hospitalisation est une assurance soins de santé complémentaire à l'assurance soins de santé obligatoire. En Belgique, il y avait 9,6 millions de personnes ont souscrit une assurance soins de santé complémentaire en 2017, dont la grande majorité était une assurance hospitalisation. 58 % des contrats ont été souscrits auprès d'un assureur privé et 42 % auprès de sociétés mutualistes. 58 % des contrats étaient des contrats individuels contre 42 % de contrats collectifs. En ce qui concerne les contrats individuels, les sociétés mutualistes représentent environ 72 % du nombre d'assurés. En 2018, vingt-quatre fournisseurs d'assurances hospitalisation étaient actifs en Belgique, dont quinze assureurs privés et neuf sociétés mutualistes, ce qui génère une forte concurrence. Ces assureurs proposent chacun au moins un produit d'assurance hospitalisation.

## Liste des abréviations

A	Année
AIM	Agence InterMutualiste
AR	Arrêté Royal
Assuralia	Union professionnelle des entreprises d'assurances
BNB	Banque Nationale de Belgique
CAAMI	Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité
Febelfin	Fédération belge du secteur financier
FSMA	Financial Services and Markets Authority
INAMI	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
IPC	Indice des prix à la consommation
IPCH	Indice des prix à la consommation harmonisé
MAHA	Model for Automatic Hospital Analysis
MC	Mutualité Chrétienne
Mutassur	Association professionnelle des assureurs mutualistes et de leurs intermédiaires d'assurance
OCM	Office de Contrôle des Mutualités
SMA	Société Mutualiste d'Assurance
SPF Économie	Service Public Fédéral Économie, P.M.E., Classes moyennes et Energie
Statbel	Office belge de statistique
t1	période 1
t2	période 2
TCAM	Taux de croissance annuel moyen
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée