

L'interdiction des suppléments d'honoraires en ambulatoire pour les bénéficiaires de l'intervention majorée

Effets sur les pratiques tarifaires des médecins et les coûts à charge des patient-es

Clara Noirhomme — Service d'études MC-CM

Remerciements à Hervé Avalosse et Benoît Rousseau

Résumé

Depuis le 1er janvier 2025, les médecins ne peuvent plus facturer de suppléments d'honoraires en ambulatoire aux bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) octroyée automatiquement. Cette réforme vise à améliorer l'accessibilité financière des soins pour les publics les plus vulnérabilisés. À partir des données de facturation de la Mutualité chrétienne, pondérées pour être représentatives de la population belge, cette étude analyse les effets de cette mesure sur les pratiques tarifaires des médecins et sur les coûts des soins à charge des patient-es. Les résultats montrent une forte diminution des suppléments chez les BIM concernés, mais également une augmentation chez les non-BIM, suggérant un effet de déplacement. Parallèlement, les prestations 'non remboursables' déclarées via les codes de transparence prennent une place croissante parmi les montants facturés aux patient-es. Au total, les montants facturés sous forme de suppléments ou de prestations non remboursables augmentent entre 2024 et 2025. Enfin, cette évolution se traduit par une hausse globale des coûts totaux restant à charge des patient-es (tickets modérateurs, suppléments et frais non remboursables), malgré la réduction de certains suppléments. L'analyse souligne ainsi les limites d'une protection ciblée sur les seuls BIM dans un contexte où les inégalités de santé sont marquées par un gradient socio-économique continu.

Mots-clés : Bénéficiaire de l'Intervention Majorée (BIM), suppléments d'honoraires, contributions personnelles, prestations non remboursées, accessibilité financière, étude quantitative

Table des matières

Introduction	40
1. Contexte	42
1.1. Le statut BIM et ses sources	42
1.2. L'interdiction de facturation des suppléments pour les BIM	43
1.3. Mise en œuvre et champ d'application	43
2. Méthodologie	44
2.1. Sources de données et champ de l'étude	44
2.2. Construction des indicateurs et variables d'analyse	44
2.3. Enregistrement des données de facturation	45
2.4. Limites	46
3. Résultats	46
3.1. Bénéficiaires du statut BIM et source du droit	46
3.2. Évolution de la facturation de frais additionnels sur la dernière décennie	48
3.3. Effet différencié de l'interdiction de facturation des suppléments selon le statut	50
3.4. Évolution des frais additionnels après prise en compte des codes de transparence	52
3.4.1. Part des prestations non remboursables dans les frais additionnels selon le statut BIM	53
3.4.2. Nature des codes utilisés	53
3.5. Frais additionnels selon le type de prestation	53
3.6. Frais additionnels selon la spécialité	54
3.7. Conséquences pour les patient-es	56
3.7.1. Évolution des contributions personnelles selon le statut BIM	56
3.7.2. Évolution des contributions personnelles selon le revenu	56
4. Discussion	59
4.1. Profils des BIM	59
4.2. Un effet de déplacement plutôt qu'une réduction globale	59
4.3. Les limites d'une protection ciblée et binaire	60
4.4. Des marges d'adaptation variables selon les spécialités	61
4.5. Implications pour l'extension de la mesure en 2026	62
5. Recommandations	62
Conclusion	64
Bibliographie	65
Annexes	66

Introduction

L'accessibilité financière des soins ambulatoires constitue un enjeu central des politiques de santé, en particulier pour les populations socio-économiquement vulnérabilisées. En Belgique, si des mécanismes comme l'« intervention majorée » limitent les tickets modérateurs, les suppléments d'honoraires restaient jusqu'à récemment peu encadrés en ambulatoire, laissant subsister des marges importantes de variation des coûts à charge des patient-es.

Dans ce contexte, la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé introduit une évolution importante visant à renforcer la protection des publics les plus fragilisés, en interdisant la facturation de suppléments d'honoraires par les médecins pour certaines catégories de bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Depuis le 1er janvier 2025, cette interdiction s'applique aux BIM, lorsque ce statut est octroyé au-

tomatiquement, avant une extension prévue en 2026 à l'ensemble des bénéficiaires du statut. Cette mesure marque une évolution notable du mode de régulation tarifaire, en déplaçant le centre de gravité d'un système fondé principalement sur le conventionnement des médecins vers une protection ciblée de certains groupes de patient-es.

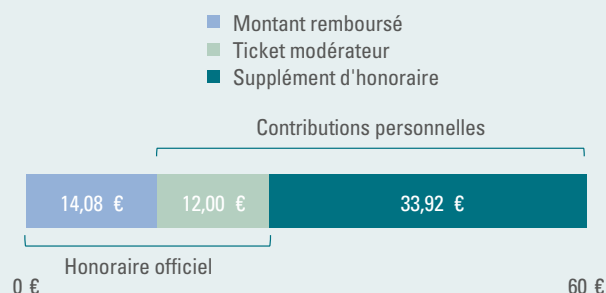
Si cette réforme vise explicitement à améliorer l'accessibilité financière des soins, il importe d'en évaluer l'application pour en observer les effets réels. Par ailleurs, l'introduction concomitante de nouveaux dispositifs de facturation des prestations non remboursables tels que les codes de transparence, renforce encore la nécessité d'analyser finement les mécanismes à l'œuvre et leurs interactions.

Cette étude vise à **analyser les effets de cette interdiction de facturation de suppléments d'honoraires sur les pratiques de facturation en soins ambulatoires des médecins**. Quatre questions de recherche principales structurent l'analyse. Premièrement, comment la réforme a-t-

✕ Les différentes composantes d'une facture ambulatoire

Le coût d'une prestation repose d'abord sur un honoraire officiel fixé dans la nomenclature des soins de santé, qui est composé du remboursement par l'assurance obligatoire (AO) et du ticket modérateur, qui est la partie de l'honoraire à charge des patient-es. Lorsque le-la prestataire est conventionné-e, il-elle s'engage à respecter cet honoraire et à ne pas facturer de suppléments. En revanche, les prestataires partiellement ou non conventionnés peuvent s'en écarter et facturer des suppléments d'honoraires. Le coût total d'une prestation se compose ainsi d'une part prise en charge par l'AO, correspondant au montant remboursé, et d'une part à charge du patient, les « contributions personnelles ». Ces dernières comprennent le ticket modérateur, fixé règlementairement, ainsi que, le cas échéant, des suppléments d'honoraires et des prestations non remboursables, librement déterminés par le prestataire. Parmi ces derniers figurent notamment certaines prestations entièrement hors nomenclature, qui ne donnent lieu à aucun remboursement et sont donc intégralement à charge du-de la patient-e.

L'exemple ci-dessous illustre la décomposition des coûts d'une consultation ambulatoire facturée 60 euros par un médecin spécialiste en 2025, en distinguant la part remboursée, le ticket modérateur et les suppléments d'honoraires.



Montant indicatif non-BIM, prestation 102012

elle affecté la répartition des suppléments d'honoraires entre les différentes catégories de patient-es, en particulier entre bénéficiaires et non-bénéficiaires de l'intervention majorée, ainsi qu'au sein même des bénéficiaires selon le mode d'octroi du droit ? Deuxièmement, comment ont évolué les différents frais additionnels à charge des patient-es, en distinguant les suppléments d'honoraires et les prestations non remboursables, notamment ceux liés aux codes de transparence ? Troisièmement, ces évolutions varient-elles selon les spécialités médicales et le type de prestations réalisées ? Enfin, quelles sont les conséquences pour les patient-es en termes de contributions personnelles et de charge financière des soins par rapport à leur revenu ?

Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questions, la présente étude mobilise des données de facturation de la Mutualité chrétienne (MC), permettant d'observer finement les montants effectivement à charge des patient-es pour des soins ambulatoires prestés par des médecins, et de les replacer ensuite dans l'ensemble des contributions personnelles pour les soins de santé, au-delà des seuls soins ambulatoires. Ces données sont en outre pondérées afin de produire des estimations représentatives au niveau de la population belge. L'analyse distingue explicitement

les BIM selon la source de leur droit (octroi automatique ou sur base d'une enquête sur les revenus), une dimension encore peu explorée dans la littérature. Elle intègre également l'analyse des montants déclarés via les codes de transparence, afin de mieux appréhender les formes de facturation situées en dehors des suppléments d'honoraires au sens strict.

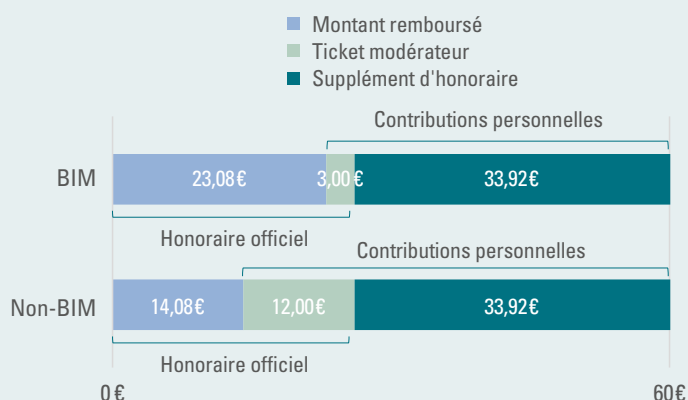
Les « frais additionnels à charge des patient-es » désignent ici l'ensemble des montants facturés en dehors des honoraires prévus par l'assurance obligatoire, incluant les suppléments d'honoraires ainsi que les prestations non remboursables, notamment ceux enregistrés via les codes de transparence. Cette définition exclut explicitement les tickets modérateurs, qui relèvent d'un autre mécanisme de contribution financière. Les contributions personnelles, quant à elles, désignent l'ensemble des montants à charge des patient-es après remboursement de l'assurance obligatoire. Elles incluent les tickets modérateurs ainsi que les frais additionnels.

L'étude est structurée comme suit. La section 1 présente le contexte institutionnel et les éléments de la réforme. La section 2 décrit les données et la méthodologie mobilisées. La section 3 expose successivement les résultats relatifs

✕ Principe de réduction du ticket modérateur dans le cadre du statut BIM

Pour une même prestation de soins, l'honoraire légal est identique quel que soit le statut du-de la patient-e. En revanche, sa décomposition entre la part remboursée par l'assurance obligatoire et le ticket modérateur (part à charge du-de la patient-e) varie selon que la personne bénéficie ou non du statut BIM. Le statut BIM donne droit à un taux de remboursement plus élevé et, par conséquent, à un ticket modérateur réduit. Dans l'exemple de la consultation chez un-e médecin spécialiste présenté dans la figure ci-dessous, le ticket modérateur passe ainsi de 12 euros pour un-e patient-e non-BIM à 3 euros pour un-e patient-e BIM.

Les éventuels suppléments d'honoraires ne sont toutefois pas concernés par ce mécanisme et restent entièrement à charge du-de la patient-e. C'est précisément cette composante de la facture qui est visée par la réforme analysée dans cette étude.



au profil des bénéficiaires, à l'évolution des suppléments et prestations non remboursables, aux effets différenciés de la réforme selon le statut BIM, aux interactions entre les différentes formes de frais additionnels, ainsi qu'aux variations selon les spécialités et les types de prestations. La section 4 en discute les implications, avant de formuler des recommandations en section 5.

1. Contexte

1.1. Le statut BIM et ses sources

Le statut BIM constitue un dispositif central de protection financière dans le système belge d'assurance obligatoire soins de santé. Il vise à améliorer l'accessibilité aux soins pour les personnes disposant de ressources limitées, principalement en réduisant le montant des tickets modérateurs grâce à un taux de remboursement plus élevé. Il s'accompagne également d'autres mécanismes, tels que l'application du tiers payant pour les consultations chez le ou la médecin généraliste, limitant l'avance de frais par les patient-es, ainsi qu'un plafond spécifique dans le cadre du maximum à facturer (MAF social), qui réduit le montant total des tickets modérateurs restant à charge des ménages (INAMI, 2026a).

Le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée peut être obtenu selon **deux modalités principales** (INAMI, 2026b) :

1. **Octroi sur la base d'une enquête sur les revenus (BIM 'revenus')** : le statut peut être obtenu à la suite d'une vérification des revenus par la mutualité. Il est accordé lorsque les ressources du ménage ne dépassent pas les plafonds définis, appréciés sur une base annuelle ou, dans certaines situations, sur une base mensuelle lorsque les revenus ont récemment diminué. Ce mode d'octroi implique des démarches de la part des personnes concernées.
2. **Octroi automatique (BIM 'droit social')** :
 - a. Le statut est **accordé automatiquement à certains bénéficiaires de droits sociaux**, notamment les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS), de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) ou encore d'allocations pour personnes en situation de handicap. Dans ces situations, le droit est octroyé sur base des informations transmises par les administrations compétentes, une enquête sur les revenus ayant déjà été réalisée dans le cadre de l'octroi de ces droits ;
 - b. Il peut également être **accordé sur la base d'une vérification automatisée des revenus** (depuis octobre 2024) pour les personnes isolées (avec ou sans enfant à charge) en chômage ou en incapacité de travail primaire depuis au moins trois mois ou en invalidité. Dans ces cas, les revenus sont vérifiés automatiquement sur base de données administratives, sans démarche de la part des personnes elles-mêmes. Lorsque les revenus sont inférieurs aux plafonds applicables, le statut est accordé.



Plafonds de revenus pour obtenir le statut BIM

Pour obtenir le statut BIM, le revenu annuel brut imposable doit être inférieur à 28.054,93 euros, soit environ 2.340 euros brut par mois pour une personne isolée, majoré d'environ 430 euros brut par mois par personne supplémentaire (montants au 1er janvier 2026). Dans certaines situations indiquant une baisse récente des revenus, une évaluation plus flexible est appliquée sur base des revenus mensuels, avec un plafond légèrement plus élevé (environ 2.390 euros brut par mois pour un isolé) (INAMI, 2026c).

À titre illustratif, le seuil de risque de pauvreté s'élève en 2026 à 3.287 euros nets pour un ménage de deux adultes avec deux enfants (STATBEL, 2026). Le plafond d'accès au statut BIM s'élève quant à lui à environ 3.600 euros brut par mois. Il convient de souligner que ces montants correspondent à des revenus bruts, et donc à des niveaux de revenus nets effectivement disponibles plus faibles. Dans ce contexte, les plafonds d'accès au statut BIM apparaissent proches de ces seuils, confirmant que le dispositif cible principalement des ménages aux ressources limitées.

1.2. L'interdiction de facturation des suppléments pour les BIM

L'interdiction de facturation de suppléments d'honoraires aux BIM s'inscrit dans le cadre de la **loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé**, dont l'article 22 introduit ce principe afin de renforcer l'accessibilité financière des soins ambulatoires.

Cette réforme intervient dans un contexte où, jusqu'alors, la sécurité tarifaire pour les soins ambulatoires¹ reposait principalement sur le **conventionnement des prestataires** (voir encadré *Les différentes composantes d'une facture ambulatoire*). Toutefois, bien que le taux de conventionnement des médecins apparaisse globalement élevé, il ne garantit pas nécessairement une protection tarifaire effective pour l'ensemble des patient-es.

En effet, comme le montre une analyse récente de l'Agence Intermutualiste, alors que les chiffres officiels indiquent qu'environ 90,7% des médecins généralistes et 75,3% des spécialistes sont totalement conventionnés, ces proportions sont plus faibles lorsqu'on se limite aux médecins effectivement actifs en soins ambulatoires (respectivement 87,6% et 58%). L'écart se creuse encore lorsque l'on considère le volume de consultations : seuls 48,6% des consultations de spécialistes sont effectuées par des médecins totalement conventionnés (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023). Cette situation masque par ailleurs d'importantes disparités entre spécialités. La part d'activité totalement conventionnée est particulièrement faible en dermatologie (15,7%), en ophtalmologie (18,7%) et en gynécologie (26,1%), tandis qu'elle est particulièrement élevée chez les généralistes (89,2%), les oncologues (91,9%) et les spécialistes en médecine interne (92,1%).

Cette limite apparaît également pour les bénéficiaires de l'intervention majorée : en 2022, 57% des consultations des patient-es BIM sont attestées par des médecins totalement conventionnés, contre 46% pour les patient-es non-BIM. Si cette proportion est plus élevée, elle implique néanmoins que 43% des consultations des BIM sont réalisées auprès de médecins partiellement ou non conventionnés, ce qui souligne les limites de leur protection tarifaire effective (De Wolf, Willaert, & Landtmeters, 2023).

Dans ce contexte, la question des **contributions personnelles à charge des patient-es**, et en particulier des sup-

pléments d'honoraires, constitue un enjeu central d'accessibilité financière. Le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur l'équité dans les soins de santé met en évidence le poids important de ces contributions pour les ménages les plus vulnérables, en soulignant notamment que les montants des tickets modérateurs et des suppléments peuvent représenter une charge financière significative, en particulier pour les bas revenus (Bouckaert, Maertens de Noordhout, & Van de Voorde, 2020).

Jusqu'à l'introduction de l'interdiction des suppléments pour les BIM, la protection tarifaire en ambulatoire reposait donc principalement sur le conventionnement : les prestataires conventionnés s'engagent à respecter les tarifs officiels de l'INAMI, tandis que les prestataires non conventionnés disposent d'une liberté tarifaire. Malgré l'existence de mécanismes de protection financière tels que l'intervention majorée (BIM) et le maximum à facturer (MAF), qui limitent les tickets modérateurs, **aucun encadrement généralisé des suppléments d'honoraires n'existait donc pour les soins ambulatoires**.

Dans ces conditions, le système assurait une protection partielle et inégale selon les parcours de soins, en particulier pour les patient-es en situation de vulnérabilité socio-économique. Dès lors, le législateur a souhaité garantir aux patient-es BIM un accès aux soins ambulatoires aux tarifs de l'assurance obligatoire, indépendamment du statut de conventionnement des médecins (AR du 17 mars 2024).

Cette mesure marque une évolution du modèle de régulation tarifaire, en passant d'un système reposant principalement sur le conventionnement des médecins à une protection ciblée de certains patient-es, indépendamment du statut de conventionnement des médecins.

1.3. Mise en œuvre et champ d'application

Cette disposition est mise en œuvre par l'**arrêté royal du 12 mars 2024**, qui en précise le champ d'application. Son entrée en vigueur est organisée en **deux phases** :

- 1er janvier 2025 : application aux bénéficiaires de l'intervention majorée, lorsque ce statut est attribué automatiquement ;

¹ En matière hospitalière, des mécanismes de régulation des suppléments d'honoraires existent déjà, notamment l'interdiction de facturer des suppléments en chambre commune ou double.

- 1er janvier 2026 : extension à l'ensemble des bénéficiaires BIM, y compris ceux et celles bénéficiant du statut après enquête sur leurs revenus.

L'interdiction vise uniquement les **suppléments d'honoraires liés à des prestations remboursées** et facturées par des médecins (généralistes ou spécialistes). Elle ne couvre donc pas l'ensemble des frais pouvant être facturés aux patient-es, notamment certains coûts spécifiques ou prestations non remboursables. Elle concerne exclusivement les **soins ambulatoires** et ne s'applique pas aux soins réalisés dans le cadre d'une hospitalisation classique, ni aux hospitalisations de jour (AR du 12 mars 2024).

Dans certains cas, des suppléments peuvent toutefois être facturés sans être couverts par l'interdiction. L'arrêté royal précise en effet que l'interdiction vise uniquement les honoraires liés à des prestations remboursées et ne remet pas en cause les dispositions des accords et conventions médico-mutualistes, qui peuvent autoriser certains suppléments, notamment pour des prestations spécifiques (par exemple liées à des dispositifs médicaux) ou à condition que le-la patient-e en soit informé-e au préalable.

2. Méthodologie

2.1. Sources de données et champ de l'étude

Cette étude repose sur les **données de facturation des prestations ambulatoires** des membres de la Mutualité chrétienne (MC), issues de l'assurance obligatoire soins de santé fédérale. L'analyse principale porte sur les prestations ambulatoires au sens strict dispensées par les médecins (consultations, visites et avis et actes techniques), à l'exclusion des prestations liées à une hospitalisation de jour. Ce périmètre correspond à celui de l'interdiction de facturation des suppléments d'honoraires en soins ambulatoires prévue dans la loi du 29 novembre 2022.

Les données analysées permettent également d'observer, au-delà de ces prestations ambulatoires, l'ensemble des montants effectivement à charge des patient-es. L'étude distingue dès lors deux niveaux d'analyse.

Le premier concerne les **frais additionnels** liés aux prestations ambulatoires des médecins, qui comprennent :

- Les **suppléments d'honoraires**, correspondant aux montants facturés au-delà de l'honoraire officiel pour des prestations remboursables ;
- Les **prestations non remboursables**, c'est-à-dire pour lesquelles aucune intervention de l'assurance obligatoire n'est prévue.

Le second concerne les **contributions personnelles**, qui correspondent à l'ensemble des montants restant à charge des patient-es observables dans les données mutualistes. Elles comprennent :

- Tous les tickets modérateurs nets après intervention du maximum à facturer (MAF) ;
- Tous les suppléments d'honoraires, tant en ambulatoire qu'en hospitalisation (classique ou de jour) ;
- Toutes les prestations non remboursables enregistrées dans les données mutualistes.

Les contributions personnelles permettent ainsi d'appréhender la charge financière globale supportée par les patient-es pour les soins et médicaments connus dans le cadre de l'exécution de l'assurance obligatoire.

En ce qui concerne **la période d'observation**, l'analyse principale compare le premier semestre 2024 (S1 2024) au premier semestre 2025 (S1 2025). Ce choix vise à garantir une comparabilité temporelle tout en assurant une complétude suffisante des données les plus récentes – les données du second semestre 2025 pouvant être encore partiellement manquantes au moment de l'extraction (juin 2026).

En complément, une analyse longitudinale de l'évolution des suppléments d'honoraires est réalisée sur une période plus longue, couvrant les années 2016 à 2025, afin de replacer les évolutions observées dans une dynamique de plus long terme. Enfin, les analyses portant sur les contributions personnelles reposent sur les données annuelles complètes pour les années 2024 et 2025. Ce choix est nécessaire afin de pouvoir calculer les tickets modérateurs nets après intervention du maximum à facturer (MAF), qui s'apprécie sur une base annuelle.

2.2. Construction des indicateurs et variables d'analyse

Afin de garantir la **représentativité des résultats par rapport à la population belge**, les données MC ont été pondérées à l'aide des fichiers de population de l'Agence Intermutualiste. La pondération corrige les différences de

structure entre la population MC et la population belge selon l'année, l'âge, le sexe, le statut BIM et la province de résidence, permettant d'extrapoler les résultats à l'ensemble de la population couverte par l'assurance obligatoire. Par souci de transparence, l'annexe 1 présente les dépenses observées au sein de la population des membres MC (montants bruts non pondérés), contrairement aux résultats présentés dans l'article, qui sont pondérés afin de produire des estimations pour l'ensemble de la population belge.

Les **variables socio-démographiques** mobilisées dans cette étude incluent l'âge, le sexe, le statut BIM et sa modalité d'octroi, ainsi qu'un statut socio-professionnel construit à partir du statut social de l'assurance maladie (titulaires) et de la distinction entre titulaires et personnes à charge². Les allocations et revenus de remplacement (allocations pour personnes âgées ou situation de handicap, revenu d'intégration sociale (RIS) ou revenu garanti pour personnes âgées (GRAPA), incapacité de travail³, chômage) ont également été pris en compte lorsqu'au moins un jour indemnisé est observé en 2024.

Afin de catégoriser les membres de la MC selon une **échelle de revenus**, et en l'absence de données individuelles précises sur les revenus dans les données mutualistes, les informations issues du MAF sont utilisées. Dans le cadre de son exécution, la tranche de revenus fiscaux dans laquelle le ménage se situe (appelé ici *revenu MAF*) est transmise à la mutualité lorsque le ménage atteint le plafond de tickets modérateurs le plus bas, soit un cumul annuel de 250 euros (réduit de 100 euros si au moins un membre du ménage bénéficie du statut 'affection chronique'), montant indexé à 254,99 euros en 2024 et à 260,10 euros en 2025 (INAMI, 2026d). Dans les analyses des contributions personnelles selon le niveau socio-économique, ces tranches de revenus sont utilisées comme proxy du revenu du ménage.

Les analyses des contributions personnelles selon le statut BIM et le revenu reposent sur des montants moyens standardisés (selon l'âge et le sexe, la population de référence étant la population belge de 2024). Cette standardisation vise à neutraliser les différences de structure démographique entre groupes et permet ainsi une comparaison directe des niveaux de contributions personnelles.

2.3. Enregistrement des données de facturation

L'interprétation des montants facturés nécessite de tenir compte des **modalités d'enregistrement des suppléments et des prestations non remboursables**, qui ont évolué au fil du temps. La législation impose en théorie la **déclaration des suppléments** tant pour la facturation électronique que pour les attestations papier (article 53, §1er de la loi relative à l'assurance soins de santé). En pratique, la **transmission est quasi exhaustive en facturation électronique**, tandis que les attestations papier peuvent présenter des mentions incomplètes ou des répartitions imprécises des suppléments entre les diverses prestations figurant sur l'attestation. Toutefois, la part des prestations facturées électroniquement étant devenue largement majoritaire chez les médecins au cours de la période étudiée⁴, l'analyse de l'évolution des suppléments moyens par patient-e ou par prestation facturés électroniquement permet de capter l'évolution réelle des suppléments, indépendamment de l'augmentation du volume de facturation électronique.

Concernant les **prestations non remboursables**, leur enregistrement est historiquement plus hétérogène en ambulatoire. De ce fait, **les suppléments observés avant 2025 agrègent à la fois des suppléments d'honoraires et des prestations non remboursables**. Par ailleurs, certaines prestations non remboursables n'étaient peut-être pas communiquées aux organismes assureurs, de sorte que leur enregistrement avant 2025 était probablement incomplet.

Le règlement du 7 août 2024 de l'INAMI introduit des **codes de transparence**, visant à améliorer la ventilation des coûts supplémentaires facturés aux patient-es lors de la facturation électronique. Ces codes, utilisables à partir d'octobre 2024, permettent de distinguer plus finement :

- Catégorie 1 : les **suppléments liés à des prestations remboursables** (effort intellectuel supplémentaire [384075], coûts directs [384090] ou indirects [384112], autres suppléments [384134]) ;

2 Les catégories socio-professionnelles actives (employé-e, ouvrier-e, fonctionnaire, indépendant-e) sont définies sur la base du statut social du titulaire. Elles peuvent inclure des personnes temporairement en incapacité de travail ou au chômage. Les personnes à charge sont présentées dans des catégories distinctes selon leur lien avec le titulaire (descendant, conjoint ou ascendant).

3 Qu'il s'agisse d'indemnités pour une incapacité de travail primaire (inférieure à un an) ou pour invalidité (incapacité supérieure à un an).

4 Depuis le 1er septembre 2025, la facturation électronique des prestations ambulatoires est devenue obligatoire pour l'ensemble des médecins, indépendamment de leur statut de conventionnement, sauf dans un nombre limité de situations (notamment en cas d'impossibilité technique, de force majeure ou pour certain-es praticien-nen bénéficiant d'une exemption liée à l'âge). Cette évolution contribue à améliorer l'exhaustivité de l'enregistrement des montants facturés dans les données.

- Catégorie 2 : les **prestations remboursables dont les conditions ne sont pas remplies** [384215] ;
- Catégorie 3 : les **prestations non remboursables hors nomenclature** [384230] ;
- Catégorie 4 : certains **coûts spécifiques**, tels que le matériel [384156], l'anesthésie [384171] ou le traitement administratif des prestations [384193].

2.4. Limites

Plusieurs limites doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

Premièrement, les données de facturation ne garantissent pas une exhaustivité parfaite des montants réellement facturés aux patient-es. Si la transmission des suppléments est quasi complète en facturation électronique, les attestations papier peuvent contenir des informations partielles ou imprécises, ce qui peut conduire à une sous-estimation des suppléments observés. Bien que la facturation électronique soit devenue largement majoritaire sur la période étudiée, ce biais ne peut être totalement exclu.

Deuxièmement, la distinction entre suppléments d'honoraires et prestations non remboursables est imparfaite, en particulier pour les périodes antérieures à 2025. En raison de modalités d'enregistrement hétérogènes, certaines prestations non remboursables ont pu être intégrées dans les données sous la forme de suppléments associés à des prestations remboursables. Dès lors, les suppléments observés avant l'introduction des codes de transparence peuvent refléter un agrégat de différents types de frais additionnels.

Troisièmement, le périmètre des données ne permet pas d'isoler parfaitement les montants relevant strictement du champ de l'interdiction des suppléments d'honoraires. Certains coûts spécifiques (par exemple, liés à du matériel, des dispositifs techniques ou à des exigences particulières) peuvent être enregistrés comme suppléments d'honoraires dans les données tout en restant autorisés par la réglementation. Les résultats doivent dès lors être interprétés à la lumière de ce périmètre partiellement hétérogène.

Enfin, les analyses reposent sur les montants observés dans les données mutualistes et ne couvrent pas l'ensemble des dépenses de santé potentiellement supportées par les patient-es en dehors du circuit de facturation de l'assurance obligatoire. De ce fait, les contributions personnelles estimées dans cette étude reflètent une approximation des coûts réels à charge des patient-es.

3. Résultats

3.1. Bénéficiaires du statut BIM et source du droit

Au cours des dernières années, la part des BIM parmi l'ensemble des personnes couvertes par l'AO a connu une augmentation notable : entre 2010 et 2024, elle est passée de 16,3% à 21,2% (Agence InterMutualiste, 2026), soit une hausse de près de 5 points de pourcentage. Cette évolution s'explique en partie par des changements institutionnels ayant facilité l'accès au statut, en particulier via le renforcement des mécanismes d'octroi automatique.

L'analyse de la **source du droit** permet de mieux caractériser le profil des bénéficiaires (voir Tableau 1). Une part importante d'entre eux accède au statut BIM sur la base d'un **droit social** ouvrant automatiquement l'accès à l'intervention majorée : cette proportion atteint 46,6% en 2026, contre 43,3% en 2016, soit une légère progression. Parmi ces bénéficiaires, on en observe 23,2% bénéficiant d'allocations d'aide aux personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap, 13,4% du RIS et 4,2% de la GRAPA.

Par ailleurs, l'introduction récente de l'octroi automatique sur base d'une incapacité de travail ou d'un chômage de longue durée chez les personnes isolées contribue de manière croissante à l'accès au statut BIM (4,2% en 2026).

Tableau 1 : Structure de la population des bénéficiaires de l'intervention majorée selon la source du droit (Source : Données MC non pondérées)

Sources du droit		2016	2024	2025	2026
Enquête sur les revenus	Période de référence 1 mois	40,3%	38,2%	37,1%	36,3%
	Période de référence 1 an	16,4%	17,1%	17,0%	17,1%
	Ensemble =	56,7%	55,4%	54,0%	53,4%
Ouverture automatique	Allocation d'aide aux personnes âgées ⁵ ou Allocations pour personnes en situation de handicap	24,1%	24,6%	23,9%	23,2%
	Revenu d'intégration sociale (RIS)	10,8%	13,4%	13,2%	13,4%
	Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)	6,8%	4,9%	4,5%	4,2%
	Enfant en situation de handicap	1,5%	1,7%	1,7%	1,7%
	Mineur étranger non accompagné (MENA), Orphelin	0,06%	0,04%	0,03%	0,03%
	Incapacité primaire ou chômage > 3 mois ou invalidité	/	/	2,6%	4,2%
	Ensemble =	43,3%	44,6%	46,0%	46,6%
Total		100%	100%	100%	100%

Globalement, ces évolutions soulignent un renforcement du rôle des mécanismes automatiques dans l'accès au statut BIM, parallèlement à un recul relatif du système basé sur l'enquête sur les revenus (53,4% en 2026 contre 56,7% en 2016).

L'examen du pourcentage de bénéficiaires du BIM selon les caractéristiques socio-démographiques confirme cette concentration (voir Tableau 2) : le statut BIM est quasi universel parmi les bénéficiaires d'une allocation pour personnes âgées ou en situation de handicap (100%) et très largement répandu parmi ceux du RIS ou de la GRAPA (95%), principalement **via le canal du droit social**. À l'inverse, parmi les bénéficiaires dont le droit repose sur une **enquête sur les revenus**, la population apparaît plus diversifiée, incluant notamment des personnes en incapacité de travail ou en chômage, mais aussi certains travailleur-euses disposant de revenus modestes.

Plus généralement, la proportion de bénéficiaires BIM est plus élevée chez les femmes (23% contre 18% des hommes), les personnes âgées de 65 ans et plus (27%), les jeunes de moins de 25 ans (23%), ainsi que parmi les personnes en incapacité de travail (32%) ou au chômage (25%).

Selon le statut socio-professionnel, la présence du BIM est nettement plus marquée parmi les populations plus davantage vulnérabilisées sur le marché du travail. Ainsi 20% des ouvrier-es bénéficient du statut BIM. À l'inverse, le statut BIM est nettement moins fréquent parmi les employé-es (8%) et les indépendant-es (5%), ces derniers ne représentant qu'une part très marginale de l'ensemble des bénéficiaires du BIM (1,5%).

5 L'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) en Wallonie et à Bruxelles ou le 'budget de soins' pour personnes âgées nécessitant des soins en Flandre. NB : Pour l'APA germanophone, il n'y a plus d'ouverture automatique. Une personne bénéficiaire de l'APA germanophone peut introduire sa demande auprès de la mutualité (octroi sur base d'une enquête sur les revenus, période de référence 1 mois).

Tableau 2 : Répartition de la population en fonction des caractéristiques socio-démographiques et du statut BIM en 2024 - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

		BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	Belgique
Belgique		1.130.751 (10%)	1.233.103 (11%)	9.130.802 (79%)	11.494.656 (100%)
Âge	0-24	354.645 (11%)	374.837 (12%)	2.437.030 (77%)	3.166.512 (100%)
	25-44	221.186 (8%)	235.410 (8%)	2.456.077 (84%)	2.912.673 (100%)
	45-64	241.219 (8%)	280.380 (9%)	2.436.291 (82%)	2.957.890 (100%)
	65+	313.701 (13%)	342.476 (14%)	1.801.404 (73%)	2.457.581 (100%)
Sexe	Femmes	619.346 (11%)	701.934 (12%)	4.527.911 (77%)	5.849.191 (100%)
	Hommes	511.406 (9%)	531.169 (9%)	4.602.891 (82%)	5.645.466 (100%)
Statut socio-professionnel	Employé-e actif-ve	62.142 (3%)	115.497 (5%)	2.158.900 (92%)	2.336.539 (100%)
	Fonctionnaire actif-ve	3.434 (1%)	1.102 (0%)	312.105 (99%)	316.641 (100%)
	Ouvrier-e actif-ve	152.068 (8%)	239.763 (12%)	1.580.355 (80%)	1.972.186 (100%)
	Indépendant-e actif-ve ou conjoint-e aidant-e	12.091 (2%)	21.175 (3%)	646.707 (95%)	679.973 (100%)
	Pensionné-e, veuf-ve et orphelin-e	251.184 (11%)	304.822 (13%)	1.813.713 (77%)	2.369.719 (100%)
	Personne à charge (descendant)	322.131 (11%)	356.986 (12%)	2.184.148 (76%)	2.863.265 (100%)
	Personne à charge (conjoint)	77.535 (17%)	99.094 (22%)	275.650 (61%)	452.279 (100%)
	Personne à charge (ascendant)	3.044 (37%)	1.062 (13%)	4.190 (51%)	8.296 (100%)
	Personne en situation de handicap	100.620 (99%)	332 (0%)	543 (1%)	101.495 (100%)
	Autres	146.501 (37%)	93.271 (24%)	154.242 (39%)	394.014 (100%)
Revenu de remplacement	Incapacité de travail	112.074 (12%)	188.404 (20%)	639.024 (68%)	939.502 (100%)
	Chômage	59.064 (8%)	135.937 (18%)	579.396 (75%)	774.397 (100%)
	RIS/GRAPA	241.475 (91%)	10.165 (4%)	13.917 (5%)	265.557 (100%)
	Allocations pour personnes âgées / en situation de handicap	499.280 (99%)	3.192 (1%)	2.127 (0%)	504.599 (100%)

3.2. Évolution de la facturation de frais additionnels sur la dernière décennie

Entre 2016 et 2025, les suppléments et prestations non remboursables facturés à l'ensemble de la population présentent une évolution nettement à la hausse, passant d'en-

viron 239 à 427 millions d'euros pour les seuls suppléments⁶ (hors prestations non remboursables identifiées via codes de transparence), soit une augmentation de l'ordre de 79% sur la période. Lorsque les prestations non remboursables facturées via les codes de transparence sont prises en compte, ce montant atteint 540 millions d'euros en 2025, une augmentation de 126% par rapport à 2016. Cette dyna-

⁶ Rappel méthodologique : avant 2025, les « suppléments » incluent également certaines prestations non remboursables qui ne peuvent pas être identifiées séparément dans les données. À partir de 2025, les prestations non remboursables peuvent être partiellement isolées via les codes de transparence.

mique s'accompagne d'un basculement progressif vers les circuits de facturation électronique, dont le poids devient largement majoritaire en fin de période (voir Figure 1).

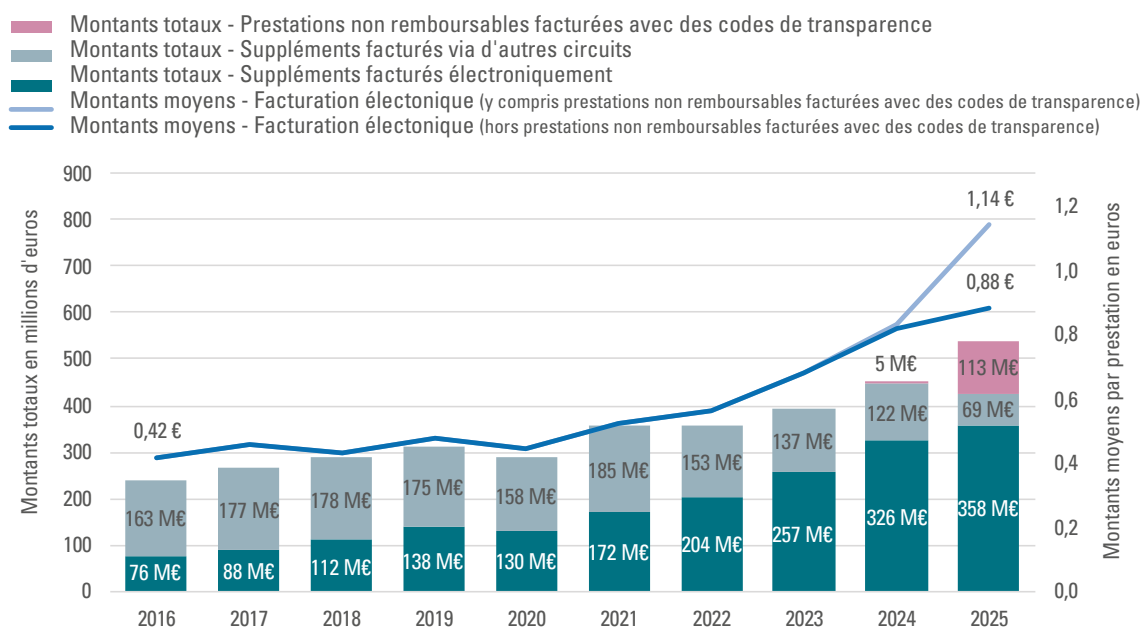
Cette tendance doit toutefois être interprétée avec prudence, dans la mesure où **l'enregistrement des suppléments dans les données administratives s'est amélioré au fil du temps**. En outre, la distinction entre suppléments et prestations non remboursables n'est possible qu'à partir de 2025, ce qui crée une rupture de comparabilité en fin de période. Une partie de l'augmentation observée reflète ainsi le meilleur enregistrement des montants facturés.

Afin de mieux appréhender cette évolution, l'indicateur de **montants totaux** – qui reflète l'évolution globale des suppléments en combinant effets de volume et de tarification – est présenté conjointement avec un indicateur de **montant moyen par prestation attestée électroniquement**, moins sensible aux évolutions de l'enregistrement (voir Figure 1) car il permet de neutraliser l'effet de l'augmentation du volume de prestations au fil du temps et de s'appuyer sur un circuit de facturation où l'enregistrement des suppléments est historiquement plus complet.

Ainsi, le montant moyen de frais additionnels par prestation attestée électroniquement évolue de manière marquée. En se limitant aux suppléments (et en incluant les prestations pour lesquelles les suppléments sont nuls), il passe de 0,42 euro en 2016 à 0,88 euro en 2025. Lorsqu'on inclut les prestations non remboursables identifiées par les codes de transparence, il atteint 1,14 euro en 2025. L'écart observé en 2025 entre les deux mesures souligne le poids croissant des prestations non remboursables dans les frais additionnels facturés aux patient-es.

La comparaison de ces deux indicateurs suggère **une augmentation effective des frais additionnels facturés par prestation**, au-delà des seuls effets d'amélioration de l'enregistrement ou d'évolution des volumes. En effet, la hausse des montants moyens par prestation attestée électroniquement, particulièrement marquée sur la seconde moitié de la période, indique que les frais additionnels facturés ont augmenté en moyenne, et pas uniquement en raison de leur meilleur enregistrement dans les données.

Figure 1 : Évolution des montants totaux de frais additionnels et du montant moyen facturé par prestation attestée électroniquement entre 2016 et 2025 par des médecins - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)



Enfin, les résultats pour 2025 doivent être interprétés avec prudence en raison du caractère potentiellement incomplet des données. C'est pourquoi la suite de l'analyse se concentre sur des périodes récentes comparables : les premiers semestres de 2024 et 2025.

3.3. Effet différencié de l'interdiction de facturation des suppléments selon le statut

La figure 2 présente l'évolution du volume total de frais additionnels facturés en ambulatoire par des médecins entre le premier semestre 2024 (S1 2024) et le premier semestre 2025 (S1 2025), selon le statut BIM, le circuit de facturation et le type de frais additionnels, à l'échelle de la Belgique.

Pour les **BIM 'droit social'**, directement concernés par l'interdiction de facturation des suppléments d'honoraires en 2025, les résultats montrent une **diminution très importante des suppléments facturés** (tous circuits de facturation confondus) : ils passent de 13,4 millions au S1 2024 à 5,5 millions d'euros au S1 2025, soit une baisse de 59%. Cette diminution est particulièrement prononcée pour les suppléments facturés via les circuits électroniques, qui chutent de 10,1 à 3,7 millions d'euros (-64%, voir Tableau 3). À l'inverse, la réduction est plus modérée dans les autres circuits de facturation (-46%), alors que la facturation de suppléments d'honoraires est pourtant interdite pour ce public en 2025.

Pour les **BIM 'revenus'**, qui ne sont pas encore concernés par l'interdiction en 2025, on observe également une diminution des suppléments, bien que **plus modérée**. Le volume total de suppléments facturés passe de 15,9 à 13,8 millions d'euros (-13%). Cette baisse est essentiellement imputable à la diminution des suppléments facturés via des circuits non électroniques (-40%, voir Tableau 3).

Figure 2 : Évolution du volume total de frais additionnels entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

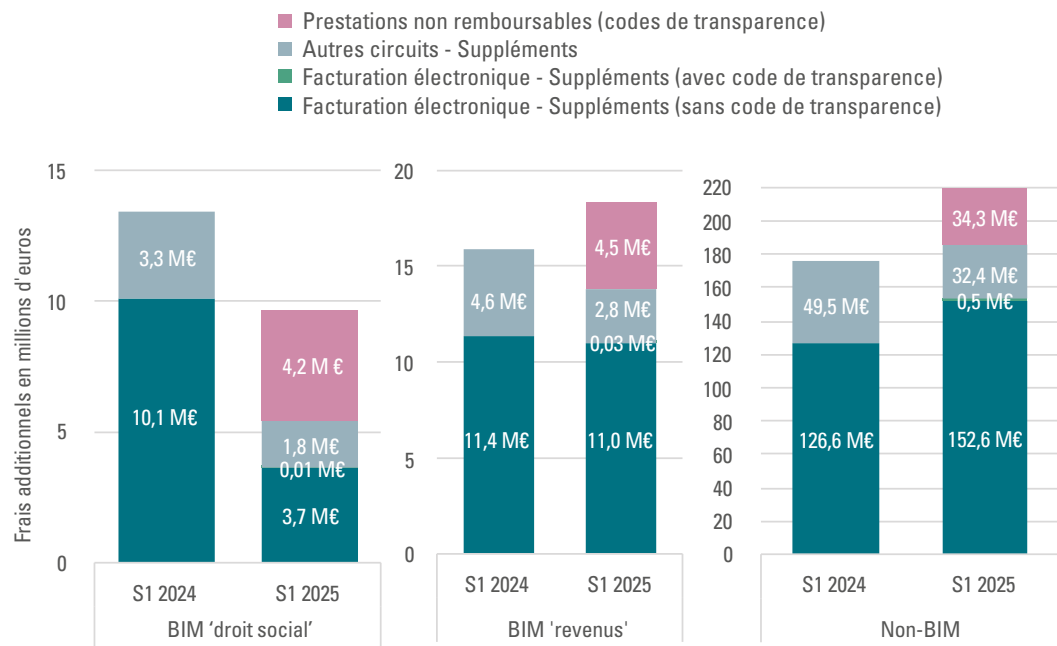


Tableau 3 : Évolution du volume total de frais additionnels entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

Statut	Circuit de facturation et type de frais additionnels	En millions d'euros		Répartition des montants 2025	Évolution 2024-2025
		S1 2024	S1 2025		
BIM 'droit social'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	10,1	3,7	38%	-64%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	3,3	1,8	19%	-46%
	Tous les suppléments	13,4	5,5	56%	-59%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	4,2	44%	
	Tous les frais additionnels	13,4	9,7	100%	-28%
BIM 'revenus'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	11,4	11,0	60%	-3%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	4,6	2,8	15%	-40%
	Tous les suppléments	15,9	13,8	75%	-13%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		4,5	25%	
	Tous les frais additionnels	15,9	18,3	100%	15%
Non-BIM	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	126,6	152,6	69%	21%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,5	0%	
	Autres circuits - Suppléments	49,5	32,4	15%	-35%
	Tous les suppléments	176,0	185,4	84%	5%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		34,3	16%	
	Tous les frais additionnels	176,0	219,7	100%	25%
TOTAL	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	148,0	167,2	68%	13%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,5	0%	
	Autres circuits - Suppléments	57,3	36,9	15%	-36%
	Tous les suppléments	205,3	204,7	83%	0%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	43,0	17%	
	Tous les frais additionnels	205,3	247,7	100%	21%

À l'inverse, pour les **personnes ne bénéficiant pas du statut BIM**, on observe une **augmentation du volume de suppléments facturés**, qui passe de 176,0 à 185,4 millions d'euros (+5%). Cette hausse est principalement portée par la facturation électronique, où les suppléments augmentent de 21%.

Cette augmentation ne peut toutefois pas être expliquée par une intensification du recours à la facturation électronique. En effet, les données indiquent également une hausse du montant moyen de supplément par prestation attestée électroniquement pour les non-BIM (de 0,88 à 1,05 euro en moyenne, soit +19%, voir Annexe 2). Cela traduit donc une augmentation des montants facturés à prestation donnée, et non seulement un effet de volume.

Au total, ces évolutions différenciées se traduisent par une **quasi-stabilité du montant total de suppléments facturés**, qui passent de 205,3 à 204,7 millions d'euros. Autrement dit, la diminution substantielle des suppléments facturés aux patient-es protégé-es est compensée par une augmentation pour les patient-es non protégé-es, ce qui se traduit par une **absence de diminution globale des revenus liés aux suppléments pour les médecins**.

Lorsqu'on rapporte ces montants au nombre de patient-es concerné-es (voir Annexe 2), les suppléments moyens facturés évoluent comme suit :

- Pour les BIM 'droit social' : une diminution de 13,1 à 5,3 euros (-59%) ;
- Pour les BIM 'revenus' : une diminution de 14,4 à 12,3 euros (-15%) ;
- Pour les non-BIM : une augmentation de 20,8 à 22 euros (+6%) ;
- Pour l'ensemble des patient-es : une diminution de 19,4 à 19,3 euros (0%).

Du côté des médecins, le montant moyen de suppléments facturés diminue légèrement, passant de 5.385 à 5.286 euros par médecin et par semestre. Cette quasi-stabilité masque toutefois des différences importantes selon la discipline. Les médecins généralistes enregistrent une hausse de 4% des suppléments facturés, mais pour des montants relativement modestes, avec une moyenne de 1.170 euros par médecin au premier semestre 2025. Les médecins spécialistes, quant à eux et elles, connaissent une légère diminution des suppléments moyens (-3%), mais facturent des montants nettement plus élevés, atteignant en moyenne 7.773 euros par médecin (voir Annexe 3).

Ces résultats portent toutefois uniquement sur les suppléments d'honoraires. Ils ne tiennent pas compte des prestations non remboursables enregistrées via les nouveaux codes de transparence, dont l'intégration modifie sensiblement les constats observés.

3.4. Évolution des frais additionnels après prise en compte des codes de transparence

L'intégration des codes de transparence dans l'analyse nuance fortement le constat de diminution des suppléments. En effet, lorsque l'on considère l'ensemble des frais additionnels à charge des patient-es – c'est-à-dire les suppléments et les prestations non remboursables enregistrés via les codes de transparence – la baisse observée est nettement moins marquée, voire inversée selon les groupes.

Chez les BIM 'droit social', on observe qu'aux 5,5 millions d'euros de suppléments facturés s'ajoutent 4,2 millions de prestations non remboursables, portant la facture à 9,7 millions au total, soit une baisse des frais additionnels facturés aux patient-es limitée à -28% par rapport à 2024 (voir Tableau 3).

Un phénomène similaire est observé chez les BIM 'revenus' : alors que les suppléments diminuent lorsqu'ils sont considérés isolément, l'ajout des prestations non remboursables conduit à une augmentation globale des frais à charge des patient-es (+15%, contre -13% si on ne considère que les suppléments).

Chez les personnes non-BIM, la dynamique est également à la hausse : les frais additionnels augmentent de 25% (contre 5% si on ne considère que les suppléments). Au total, pour l'ensemble des patient-es, on observe ainsi une augmentation de 21% des frais additionnels enregistrés à charge des patient-es entre le S1 2024 et le S1 2025.

Cette évolution se reflète également du côté des médecins. Alors que le montant moyen de suppléments facturés par médecin diminue légèrement entre le S1 2024 et le S1 2025 (-2%), **le montant moyen de l'ensemble des frais additionnels augmente de 19%, passant de 5.385 à 6.395 euros par médecin** (voir Annexe 2). Cette hausse s'observe tant chez les médecins généralistes (+17%) que chez les spécialistes (+18%, voir Annexe 3).

3.4.1. Part des prestations non remboursables dans les frais additionnels selon le statut BIM

L'un des résultats les plus marquants concerne la répartition des frais additionnels facturés aux patient-es selon le statut BIM (voir Tableau 3). Les prestations non remboursables facturées via des codes de transparence représentent une part nettement plus importante des frais additionnels là où l'interdiction des suppléments s'applique :

- Chez les BIM 'droit social', les prestations non remboursables représentent 44% des frais additionnels ;
- Chez les BIM 'revenus', cette part s'élève à 25% ;
- Chez les non-BIM, elle est limitée à 16%.

Autrement dit, **plus les suppléments sont restreints, plus le recours aux codes de transparence pour déclarer des prestations non remboursables occupe une place importante dans les frais additionnels facturés aux patient-es**, ce qui constitue un signal particulièrement interpellant du point de vue de l'accessibilité financière.

3.4.2. Nature des codes utilisés

L'analyse détaillée des codes de transparence (voir Tableau 4 et Annexe 4) montre que les codes utilisés pour renseigner explicitement des suppléments (catégorie 1) représentent une part marginale des montants (1%). À l'inverse, 99% des montants correspondent à des prestations non remboursables (catégories 2, 3 et 4).

Au sein de ces catégories, la catégorie 3 (« prestations hors nomenclature ») est largement dominante, représentant environ les **deux tiers des montants observés**. Cette catégorie se caractérise par une définition particulièrement large : elle regroupe des prestations effectuées par un-e dispensateur-ric(e) de soins qui ne correspondent à aucun code de nomenclature et ne donnent lieu à aucune intervention de l'assurance obligatoire, même partielle. Cette définition, particulièrement englobante, n'apporte que peu

d'information sur la nature effective des prestations facturées, ce qui limite les possibilités d'analyse détaillée.

3.5. Frais additionnels selon le type de prestation

L'évolution des frais additionnels entre le premier semestre 2024 et le premier semestre 2025 met en évidence des dynamiques contrastées selon le statut BIM et le type de prestation (voir Tableau 5).

- Chez les **BIM 'droit social'**, la diminution des suppléments est particulièrement marquée pour les consultations, visites et avis de médecins (-65%), alors qu'elle est plus modérée pour les autres prestations (-50%). Cette baisse différenciée modifie sensiblement la structure des frais additionnels facturés aux patient-es : la part des suppléments facturés lors des consultations passe de 59% à 28%, au profit des prestations non remboursables.
- Pour les **BIM 'revenus'**, la tendance est différente. La diminution des suppléments est moins marquée pour les consultations (-10%) que pour les autres prestations (-19%). La structure des dépenses évolue également, avec une diminution du poids relatif des suppléments facturés lors de consultations (de 63% à 49%).
- Chez les **non-BIM**, l'augmentation des suppléments est principalement portée par les consultations, qui progressent de 11%, tandis que les suppléments facturés lors d'autres prestations diminuent légèrement (-2%).

Au total, tous statuts confondus, les suppléments facturés pour les consultations augmentent de 4%, alors que les suppléments facturés pour d'autres types de prestations diminuent (-7%). Cette évolution globale est donc largement tirée par les patient-es non-BIM. Il convient toutefois de nuancer cette tendance : au niveau des médecins, l'augmentation moyenne des suppléments facturés pour

Tableau 4 : Volume total de frais additionnels facturés avec des codes de transparence au premier semestre de 2025 selon le statut BIM - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	Tou-tes les patient-es
	En euros			
Catégorie 1	6.663	30.588	485.751	523.003
Catégorie 2	1.089.070	1.124.348	8.092.985	10.306.402
Catégorie 3	2.771.186	2.991.311	22.638.110	28.400.608
Catégorie 4	355.311	390.730	3.575.721	4.321.761
Tous les codes de transparence	4.222.230	4.536.977	34.792.567	43.551.774

Tableau 5 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 selon le statut BIM et le type de prestation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

Statut	Type de prestation	S1 2024	S1 2025	Répartition des montants 2024	Répartition des montants 2025	Évolution 2024-2025
		En millions d'euros				
BIM 'droit social'	Consultations, visites et avis	7,9	2,8	59%	28%	-65%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	5,5	2,7	41%	28%	-50%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		4,2	0%	44%	
	Tous les frais additionnels	13,4	9,7	100%	100%	-28%
BIM 'revenus'	Consultations, visites et avis	10,0	9,0	63%	49%	-10%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	5,9	4,8	37%	26%	-19%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		4,5	0%	25%	
	Tous les frais additionnels	15,9	18,3	100%	100%	15%
Non-BIM	Consultations, visites et avis	105,0	116,0	60%	53%	11%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	71,0	69,4	40%	32%	-2%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		34,3	0%	16%	
	Tous les frais additionnels	176,0	219,7	100%	100%	25%
Total	Consultations, visites et avis	122,9	127,8	60%	52%	4%
	Autres prestations (actes techniques, etc.)	82,4	76,9	40%	31%	-7%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		43,0	0%	17%	
	Tous les frais additionnels	205,3	247,7	100%	100%	21%

des consultations reste limitée à +2% (passant de 3.642 à 3.708 euros par médecin).

3.6. Frais additionnels selon la spécialité

L'analyse par spécialité met en évidence des évolutions contrastées, tant en ce qui concerne les suppléments que l'ensemble des frais additionnels à charge des patient-es, avec trois configurations principales qui se dégagent (voir Tableau 6).

Premièrement, certaines spécialités se caractérisent par une **diminution des suppléments accompagnée d'un important recours aux prestations non remboursables**, qui compense, voire dépasse, la baisse des suppléments initiale. En ophtalmologie, par exemple, les suppléments diminuent fortement entre le S1 2024 et 2025 (-28%), tan-

dis que les frais additionnels totaux augmentent de 21%. Une dynamique comparable est observée dans d'autres disciplines telles que la biologie clinique (-14% pour les suppléments, mais +43% au total) et la médecine physique (-6% pour les consultations et -35% pour les autres prestations, mais +14% au total).

Deuxièmement, **plusieurs spécialités enregistrent une augmentation des suppléments**, notamment la dermatologie (+26% pour les consultations, +46% pour les autres prestations), la gynécologie (+13% et +20%) et l'ORL (+11% et +14%). Dans ces disciplines, la progression est encore plus marquée lorsque l'on tient compte des prestations non remboursables (+41% en dermatologie, +24% en gynécologie et +16% en ORL), reflétant un renforcement global de la charge financière enregistrée pour les patient-es.

Tableau 6 : Évolution des suppléments et des prestations non remboursables facturées en ambulatoire par spécialité entre les premiers semestres (S1) de 2024 et de 2025 - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	Suppléments en millions d'euros									
	Consultations, visites et avis			Autres prestations			Prestations non remboursables en millions d'euros	Tous les frais additionnels en millions d'euros		
	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
Médecins généralistes	16,2	16,8	4%	0,2	0,3	25%	2,2	16,4	19,2	18%
Médecins spécialistes	106,8	111,0	4%	82,2	76,6	-7%	40,8	189,0	228,5	21%
Ophthalmologie	15,3	10,9	-29%	14,4	10,4	-28%	14,7	29,8	36,0	21%
Gynécologie obstétrique	17,6	19,9	13%	4,7	5,6	20%	2,2	22,3	27,7	24%
Dermatologie	15,5	19,5	26%	2,1	3,0	46%	2,2	17,5	24,6	41%
Radiodiagnostic	0,0	0,0	99%	21,7	23,4	8%	1,5	21,7	25,0	15%
Biologie clinique	0,0	0,0	-98%	16,7	14,4	-14%	9,6	16,7	24,0	43%
Orthopédie	19,2	20,0	5%	1,7	1,3	-24%	1,9	20,9	23,3	11%
Cardiologie	4,9	5,1	5%	2,9	2,7	-7%	0,5	7,7	8,3	7%
Stomatologie	2,2	2,1	-4%	3,3	3,4	2%	1,3	5,5	6,8	24%
Urologie	4,6	5,1	12%	1,1	1,2	3%	0,2	5,7	6,5	14%
Médecine physique	3,1	2,9	-6%	2,0	1,3	-35%	1,6	5,1	5,8	14%
ORL	4,0	4,5	11%	0,8	0,9	14%	0,2	4,8	5,6	16%
Chirurgie	4,0	4,3	6%	0,8	0,9	15%	0,3	4,8	5,5	14%
Anatomie pathologique	0,0	0,0	173%	4,6	4,7	2%	0,6	4,6	5,3	15%
Pédiatrie	2,7	3,0	12%	0,2	0,1	-34%	0,3	2,9	3,5	20%
Chirurgie plastique	2,3	2,3	2%	0,9	0,7	-24%	0,4	3,2	3,4	6%
Gastro-entérologie	2,1	2,0	-2%	0,7	0,5	-20%	0,4	2,7	2,9	8%
Psychiatrie	2,5	2,7	8%	0,1	0,0	-30%	0,1	2,6	2,8	11%
Neurochirurgie	2,2	2,1	-7%	0,0	0,0	-32%	0,1	2,3	2,1	-5%
Anesthésie-réanimation	1,0	0,9	-8%	0,4	0,3	-25%	0,5	1,3	1,6	26%
Rhumatologie	0,9	0,9	0%	0,3	0,1	-62%	0,4	1,3	1,5	17%
Neurologie	0,9	0,9	0%	0,2	0,3	8%	0,2	1,2	1,4	16%
Pneumologie	0,5	0,4	-2%	0,5	0,3	-37%	0,6	0,9	1,3	45%
Médecine nucléaire	0,1	0,1	36%	0,4	0,1	-72%	0,6	0,5	0,8	75%
Radiothérapie	0,1	0,1	-31%	1,3	0,7	-44%	0,0	1,4	0,8	-43%
Médecine interne	0,4	0,4	-4%	0,3	0,1	-52%	0,3	0,7	0,8	15%
Endocrinologie	0,4	0,3	-3%	0,1	0,1	-34%	0,0	0,5	0,4	0%
Oncologie médicale	0,2	0,2	-15%	0,0	0,0	-89%	0,0	0,2	0,2	-15%
Neuropsychiatrie	0,1	0,1	-25%	0,0	0,0	35%	0,0	0,1	0,1	-22%

Champ : spécialités avec suppléments > 0,1 million d'euros

Troisièmement, certaines disciplines présentent des **évolutions plus limitées** ou restent relativement stables, comme la cardiologie (stabilité des suppléments) ou l'oncologie (légère diminution tant des suppléments que des frais additionnels, dans un contexte où les suppléments en ambulatoire sont marginaux).

La médecine générale occupe une position intermédiaire : les suppléments y augmentent légèrement (de 16,4 à 17,1 millions, soit +4%), mais les frais additionnels progressent davantage (+18%), sous l'effet de la facturation de prestations non remboursables.

L'analyse des montants moyens par prestation confirme cette forte hétérogénéité entre spécialités (voir Annexe 5). Au premier semestre de 2025, les suppléments moyens pour les consultations atteignent 14 euros en dermatologie, 12,3 euros en orthopédie et 10,3 euros en gynécologie, contre 0,4 euro en médecine générale, reflétant des logiques de tarification très différenciées selon les disciplines.

En ce qui concerne les montants moyens facturés par médecin (voir Annexe 3), les écarts sont particulièrement marqués entre les différentes spécialités : les suppléments moyens atteignent 27.695 euros par médecin en dermatologie au premier semestre 2025, contre 1.917 euros en pédiatrie. Les évolutions sont également contrastées, allant d'une hausse de 25% en dermatologie et de 13% en gynécologie à une diminution de 53% en médecine nucléaire.

Enfin, l'analyse selon le statut BIM met en évidence une dynamique largement transversale aux spécialités (voir Annexe 6). Les suppléments diminuent nettement pour les BIM, en particulier les BIM 'droit social', directement protégés par l'interdiction des suppléments d'honoraires, tandis qu'ils augmentent pour les patient-es non-BIM. Chez les médecins généralistes, les suppléments facturés aux BIM diminuent de 47%, mais la baisse n'est plus que de 34% lorsque les prestations non remboursables sont prises en compte. Chez les spécialistes, la diminution atteint 67% pour les consultations, 50% pour les autres prestations et seulement 27% lorsqu'on considère l'ensemble des frais additionnels. Une partie de la réduction des suppléments est donc compensée par une augmentation d'autres types de frais.

3.7. Conséquences pour les patient-es

Afin d'appréhender les conséquences des évolutions observées en matière de suppléments, cette section replace les montants facturés en ambulatoire dans l'ensemble des **contributions personnelles supportées par les patient-es** – incluant les tickets modérateurs nets (après intervention du MAF), les suppléments (ambulatoires et hospitaliers), ainsi que les prestations non remboursables – c'est-à-dire tous les soins et médicaments connus dans le cadre de l'exécution de l'AO. Cette approche permet d'évaluer l'évolution de la **charge financière globale des soins**, en lien avec le statut socio-économique.

Les résultats présentés sont des **montants moyens standardisés** selon l'âge et le sexe (population de référence : population belge 2024), qui permettent d'observer les différences entre les catégories de revenus et selon le statut BIM en gommant les différences d'âge et de sexe entre les différentes catégories, et estimés à l'échelle de la population belge.

3.7.1. Évolution des contributions personnelles selon le statut BIM

Entre 2024 et 2025, les contributions personnelles moyennes augmentent de manière importante, passant de 389 euros à 456 euros par individu (+17%, voir Figure 3). Cette hausse reflète une progression conjointe de plusieurs composantes de ces contributions personnelles. Les tickets modérateurs nets⁷ augmentent modérément (+7%), traduisant une pression accrue liée aux soins remboursés. Les suppléments facturés en ambulatoire restent globalement stables (ils passent de 35 à 36 euros en moyenne, soit +3%), mais cette apparente stabilité masque une transformation plus profonde de la structure des coûts. En effet, deux postes connaissent une progression particulièrement marquée : les autres suppléments et prestations non remboursables (facturés lors d'hospitalisations ou en ambulatoire par d'autres prestataires que des médecins), qui augmentent fortement (+25%) et les prestations non remboursables facturées en ambulatoire par les médecins nouvellement introduites dans la facturation via les codes de transparence.

7 Les montants présentés doivent être interprétés avec prudence, dans la mesure où le mécanisme du MAF fonctionne de manière rétroactive. Une partie des tickets modérateurs observés en 2025 pourrait faire l'objet de remboursements ultérieurs. Par ailleurs, certaines prestations pourraient également ne pas avoir encore été facturées.

L'analyse selon le statut BIM met en évidence des écarts persistants en matière de charge financière (voir Figure 3). Les BIM présentent des contributions personnelles globalement plus faibles (300 euros vs. 507 euros pour les non-BIM en 2025), mais l'évolution entre 2024 et 2025 révèle plusieurs tendances notables :

- Une **augmentation des tickets modérateurs nets moyens** comparable à celle observée chez les non-BIM (+8% contre +7%) ;
- Une **diminution des suppléments d'honoraires moyens (ambulatoire)** chez les BIM (-27%), reflet de l'interdiction partielle (concerne les BIM 'droit social' en 2025, mais pas encore les BIM 'revenus'), contrastant avec leur augmentation chez les non-BIM (+9%);
- Des **montants moyens de prestations non remboursables quasiment identiques** dans les deux groupes (10 euros chez les BIM contre 11 euros chez les non-BIM), qui représentent toutefois une part plus importante des contributions personnelles totales des BIM, compte tenu du niveau globalement plus faible de celles-ci ;
- Une **augmentation des autres suppléments moyens**

dans les deux groupes, avec une progression particulièrement marquée chez les non-BIM (+27% contre +15% chez les BIM) ;

- Dans l'ensemble, les contributions personnelles moyennes des BIM augmentent ainsi de 11% entre 2024 et 2025 (de 269 à 300 euros) et celles des non-BIM de 19% (de 427 à 507 euros).

3.7.2. Évolution des contributions personnelles selon le revenu

L'analyse par catégories de revenus (tranches de revenus connues dans le cadre de l'exécution du MAF) met en évidence un **gradient social structurant au sein des contributions personnelles**. En niveau, les dépenses restent plus élevées dans les catégories de revenus supérieurs, notamment en raison de montants plus importants de suppléments et d'autres frais additionnels. Toutefois, les évolutions entre 2024 et 2025 montrent que la hausse des contributions personnelles concerne l'ensemble de la distribution des revenus.

Figure 3 : Contributions personnelles moyennes standardisées (âge et sexe) en 2024 et 2025, selon le statut BIM - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)

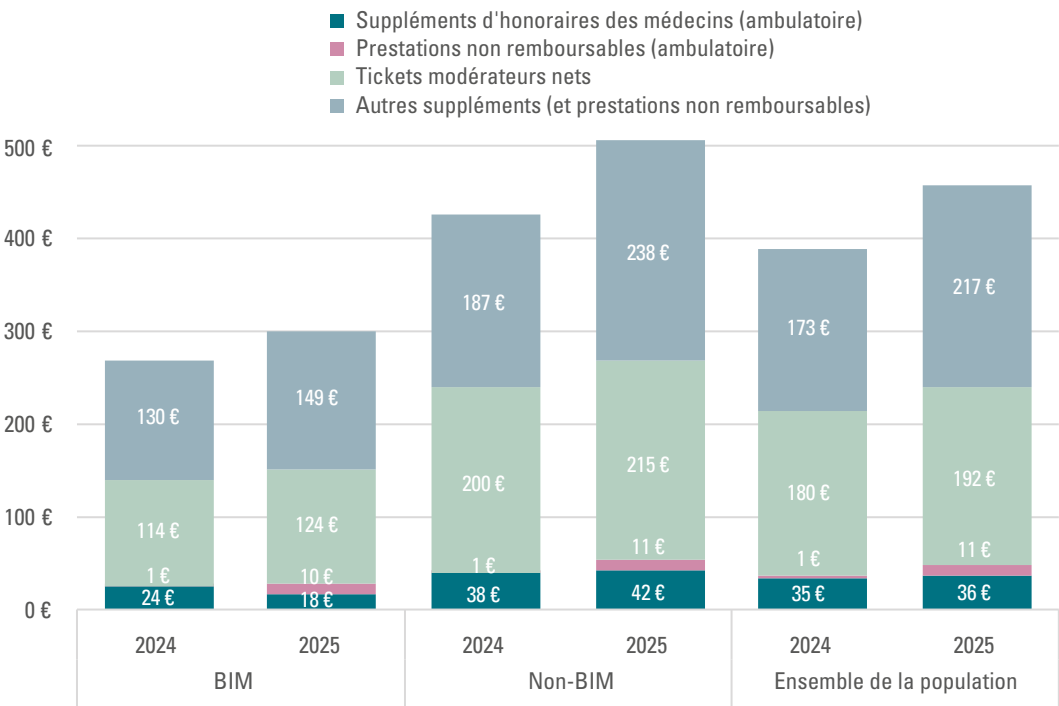


Figure 4 : Contributions personnelles moyennes standardisées (âge et sexe) en 2024 et 2025, selon la tranche de revenu MAF - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)

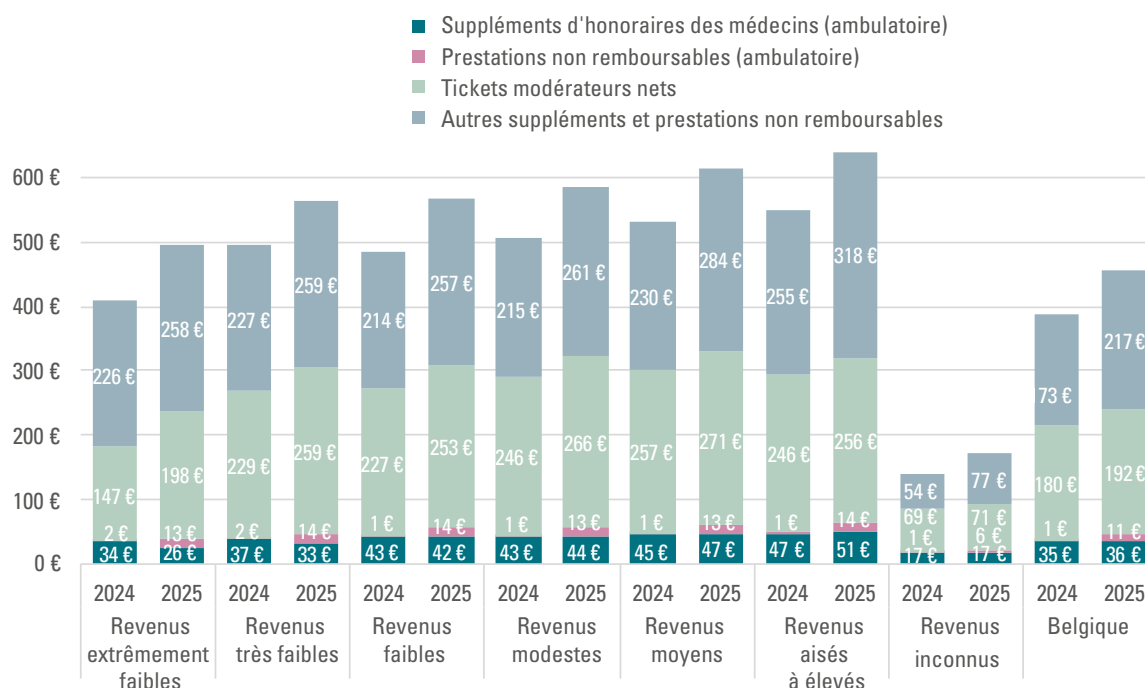
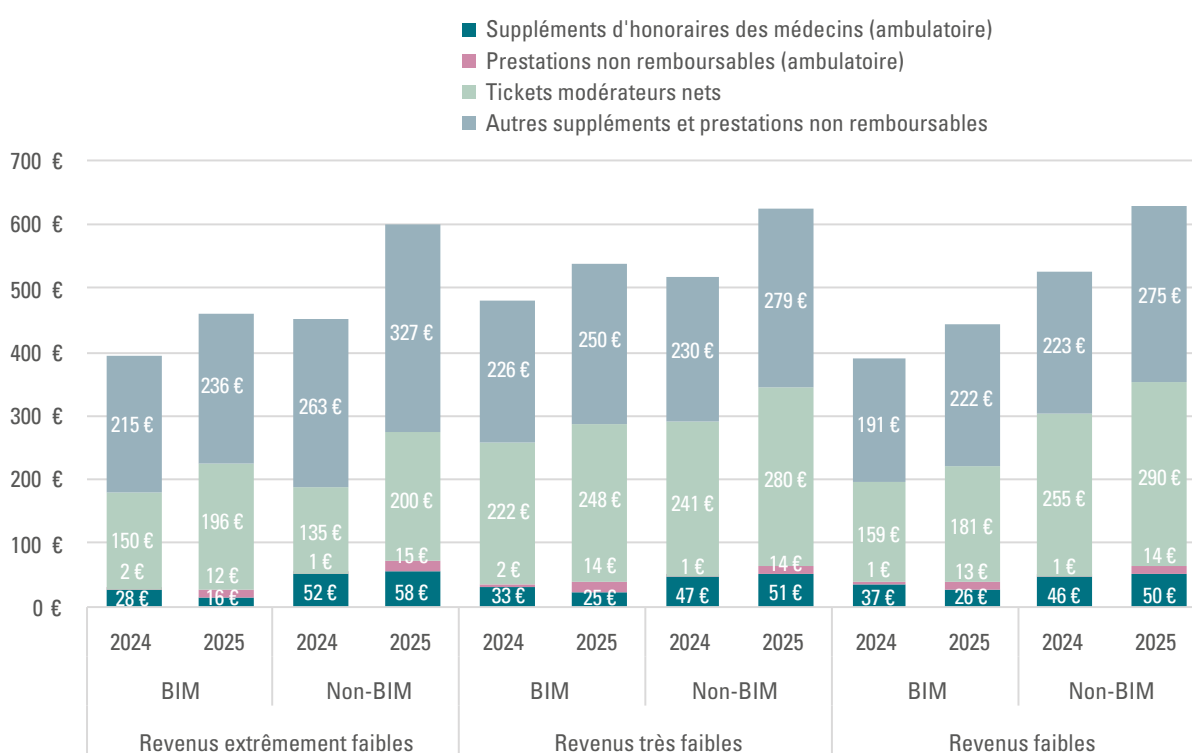


Figure 5 : Contributions personnelles moyennes standardisées (âge et sexe) en 2024 et 2025, selon le statut BIM et la tranche de revenu MAF - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)



Plusieurs constats émergent (voir Figure 4) :

- Une augmentation généralisée des tickets modérateurs, y compris dans les catégories où le revenu est le plus faible ;
- Une hausse importante et transversale des autres suppléments et des prestations non remboursables, dans toutes les catégories de revenus.

Ces résultats suggèrent que la transformation des pratiques de facturation dépasse les seuls publics les plus aisés et affecte, à des degrés divers, l'ensemble des patient-es.

Le croisement du statut BIM et des catégories de revenus permet d'identifier des situations particulièrement sensibles. Au sein des catégories de revenus les plus faibles, les personnes non-BIM présentent des niveaux de contributions personnelles sensiblement plus élevés et ce dans toutes leurs composantes (voir Figure 5).

Par ailleurs, même parmi les BIM, **la diminution des suppléments ambulatoires est partiellement compensée par l'augmentation d'autres postes, ce qui limite l'effet protecteur attendu de l'interdiction des suppléments d'honoraires.**

4. Discussion

4.1. Profils des BIM

Les résultats montrent que **le statut BIM est concentré sur des publics en situation de vulnérabilité socio-économique**. Près de la moitié des personnes BIM se voient octroyer ce statut automatiquement au regard de critères objectifs (allocations pour personnes en situation de handicap, RIS ou GRAPA, personnes en incapacité de travail ou au chômage, etc.). L'autre moitié des personnes BIM se voient octroyer ce statut après une enquête détaillée de leurs revenus. Dans les deux cas, l'octroi du statut repose sur une vérification effective de la situation socio-économique, ce qui confirme le rôle central des mécanismes d'octroi dans le ciblage des populations les plus fragilisées. À titre d'illustration, les indépendant-es ne représentent que 1,5% de l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM. Cette distribution nuance certaines perceptions selon lesquelles le statut bénéficierait largement à des populations disposant de ressources élevées.

Ces éléments sont centraux pour l'interprétation des résultats qui suivent : dans la mesure où le dispositif cible effectivement les populations les plus vulnérabilisées, les effets observés de la réforme concernent en priorité ces dernières et doivent être analysés sous l'angle de leur impact sur les inégalités d'accès aux soins.

4.2. Un effet de déplacement plutôt qu'une réduction globale

Le principal enseignement de cette étude est que l'interdiction ciblée des suppléments ne s'accompagne pas d'une diminution globale des frais additionnels à charge des patient-es. Les résultats suggèrent que deux mécanismes d'adaptation distincts contribuent à ce résultat.

Le premier mécanisme est un **effet de déplacement des suppléments entre patient-es**. La réduction importante observée chez les BIM 'droit social' est, en effet, largement compensée par une augmentation chez les patient-es non protégé-es par la mesure en 2025. Ce résultat est compatible avec l'hypothèse que les médecins adaptent leurs pratiques tarifaires en fonction du statut du/de la patient-e lorsque celui-ci est observable, notamment via la facturation électronique.

Par ailleurs, les suppléments ne disparaissent pas totalement pour les BIM 'droit social', concernés par l'interdiction. Cela peut s'expliquer par l'absence de consultation du statut BIM en temps réel, notamment pour la facturation papier. La diminution observée chez les BIM 'revenus', pourtant non concernés par la mesure en 2025, va dans ce sens : elle suggère que les prestataires ne disposent pas toujours d'une information immédiate sur le type de statut du/de la patient-e. Pour les suppléments qui subsisteraient pour les BIM 'droit social' en facturation électronique, il semblerait qu'il s'agisse d'une **application encore incomplète de la mesure**, surtout en ce qui concerne les consultations (pour les autres prestations, elles pourraient contenir des exceptions).

Le second mécanisme pouvant contribuer à ce résultat est une **recomposition des frais additionnels, marquée par une place croissante des prestations non remboursables**. Si les suppléments diminuent pour les BIM concernés par la mesure, cette baisse est en partie compensée par une augmentation de la part des prestations non remboursables dans les frais additionnels qui leur sont facturées. L'analyse réalisée suggère que cet effet puisse être dû à plusieurs mécanismes potentiellement concomitants : un meilleur enregistrement des prestations non remboursables, une requalification de certains montants (prestations non remboursables autrefois enregistrés en tant que suppléments) ou une substitution partielle des suppléments par des prestations non remboursables.

À cet égard, il convient de noter que, parmi les codes de transparence, la catégorie 3 (« prestations hors nomenclature ») est largement dominante. Celle-ci offre une **souplesse importante dans l'utilisation du code**, permettant d'y rattacher des prestations très diverses situées en dehors du champ de la nomenclature officielle des soins de santé, ce qui peut faciliter le recours à ce type de facturation, sans pour autant apporter de la transparence pour les patient-es quant à la nature de ces prestations.

Pris ensemble, ces éléments suggèrent que le recours accru aux codes de transparence ne correspond pas uniquement à un changement dans les modalités d'enregistrement, mais reflète l'existence de **mécanismes d'adaptation à la nouvelle réglementation**, permettant de maintenir des niveaux élevés de facturation à charge des patient-es tout en respectant formellement le cadre légal.

Ces deux mécanismes convergent vers un même constat : la réforme n'entraîne pas une réduction structurelle des frais supportés par les patient-es, mais une reconfiguration

de leur composition. Ces résultats mettent en évidence les limites d'une régulation centrée uniquement sur les suppléments d'honoraires, dans un contexte où les frais additionnels peuvent être enregistrés de différentes manières, et où la protection d'une catégorie de patient-es peut se faire au détriment d'autres.

4.3. Les limites d'une protection ciblée et binaire

Plus largement, les résultats soulignent les limites d'une approche strictement ciblée de la protection financière. La logique binaire introduite par la réforme – distinguer des patient-es protégé-es et non protégé-es – s'accompagne d'effets de déplacement au détriment des seconds. L'augmentation des suppléments chez les non-BIM, mais aussi dans une moindre mesure chez les BIM 'revenus', suggère un **risque d'accentuation des inégalités entre groupes sociaux proches du point de vue de leur situation socio-économique**.

Or, de nombreux travaux montrent que **les inégalités de santé et d'accès aux soins suivent un gradient socio-économique continu**, et non une logique de seuil. En effet, chaque position socio-économique inférieure est associée à un état de santé plus dégradé, à un recours aux soins de moins en moins en adéquation avec les besoins, et à des contributions personnelles plus élevées en proportion du revenu disponible (Noirhomme, 2026).

Cette dynamique de déplacement est donc d'autant plus problématique que le statut BIM ne couvre pas l'ensemble du gradient social. Il en résulte l'existence de zones intermédiaires où certains ménages, bien que relativement précarisés, ne remplissent pas les conditions d'accès au statut BIM et restent dès lors insuffisamment protégés face à l'évolution des pratiques de facturation. Dans un système reposant largement sur un critère binaire d'accès à la protection renforcée, ces ménages sont davantage exposés à une augmentation de leurs dépenses de santé, avec un risque accru de report ou de renoncement aux soins. Cette situation est potentiellement renforcée par le non-recours au statut BIM parmi certaines personnes éligibles (Noirhomme, 2026; Avalosse, Vandeleene, & De Spiegeleer, 2023).

Du point de vue des patient-es, les résultats mettent en évidence que les évolutions observées dans les pratiques de facturation ne se traduisent pas par une diminution des contributions personnelles des patient-es, mais plu-

tôt par une reconfiguration de leur composition. Ainsi, si certaines formes de suppléments reculent, leur poids est en partie compensé par d'autres types de coûts, notamment non remboursables, ce qui conduit à une **hausse globale de la charge financière des soins**. Cette dynamique concerne l'ensemble de la population, tout en soulevant des enjeux particuliers pour les groupes les plus vulnérabilisés, en particulier les personnes à faibles revenus ne bénéficiant pas des mécanismes de protection existants, qui présentent des niveaux de contributions personnelles sensiblement plus élevés. Cette situation met donc en évidence l'existence de **failles dans la protection financière**, où certains ménages cumulent faibles ressources et exposition importante aux contributions personnelles.

Ainsi, si les dispositifs de protection associés au statut BIM semblent limiter certains types de suppléments, ils n'empêchent pas une **augmentation globale des contributions personnelles**, liée à d'autres formes de facturation.

4.4. Des marges d'adaptation variables selon les spécialités

Les différences observées entre spécialités suggèrent des **dynamiques contrastées face à l'interdiction des suppléments d'honoraires**, que plusieurs facteurs peuvent contribuer à éclairer.

Les disciplines se distinguent d'abord par des pratiques de facturation historiquement différenciées, avec par exemple, des suppléments par consultation beaucoup plus bas chez les généralistes que les spécialistes, ainsi que par des **niveaux d'honoraires très variables** dans la nomenclature. Dans les disciplines où les honoraires officiels sont plus faibles⁸, les suppléments représentent vraisemblablement une part plus importante des revenus, ce qui peut accentuer l'exposition à la réforme. Les marges d'adaptation peuvent également différer selon le poids relatif de l'activité ambulatoire dans la spécialité. Les disciplines dont l'activité repose davantage sur les consultations et actes ambulatoires, comme l'ophtalmologie ou la dermatologie, sont davantage concernées par l'interdiction introduite en 2025 que des spécialités dont l'activité est principalement réalisée dans d'autres contextes de soins (telles que l'anesthésie-réanimation, l'oncologie, etc.).

Ces ajustements prennent des formes distinctes selon les spécialités. Dans certaines disciplines, comme l'ophtalmologie, la diminution des suppléments s'accompagne d'un recours important aux prestations non remboursables et, au final, d'une augmentation des frais additionnels totaux supportés par les patient-es. Cette évolution suggère un mécanisme de **substitution entre différentes formes de facturation** restant à charge, pouvant prendre la forme d'une requalification des montants autrefois enregistrés en suppléments en prestations non remboursables, et conduisant à neutraliser, voire à dépasser, les effets attendus de la restriction des suppléments d'honoraires. Dans d'autres, comme la dermatologie ou la gynécologie, les suppléments ne diminuent pas, mais augmentent, principalement pour les patient-es non-BIM, traduisant un **déplacement de la charge financière vers les groupes non protégés** par la mesure.

Les résultats illustrent que les deux mécanismes d'adaptation identifiés ne s'excluent pas mutuellement, mais se combinent différemment selon les spécialités, en fonction de leur structure tarifaire et de leur pratique. Ils plaident pour une attention particulière aux dynamiques propres à chaque discipline, au-delà d'une analyse agrégée.

Par ailleurs, des modifications récentes des honoraires officiels, qui interviennent en parallèle de la réforme étudiée, pourraient également influencer les évolutions futures. Les nouveaux honoraires fixés en 2026 se caractérisent par une évolution différenciée selon le statut d'accréditation : les honoraires des consultations diminuent de 3 euros pour les médecins non accrédité-es, tandis qu'ils augmentent légèrement pour les médecins accrédité-es.

Dans un système où les suppléments correspondent à la différence entre le tarif librement fixé par le-la prestataire et l'honoraire officiel, une diminution de ce dernier entraîne mécaniquement, à tarif inchangé, une augmentation du supplément. À titre illustratif, pour une consultation facturée 60 euros, le supplément passerait ainsi de 33,92 euros à 36,92 euros, soit une augmentation mécanique de 3 euros (+8,8%), à comportement inchangé du-de la prestataire.

Ce mécanisme n'est pas directement observé dans les données analysées ici, qui portent sur l'année 2025, mais il constitue un élément important à prendre en compte pour l'interprétation des évolutions futures. Il suggère que, dès

8 Les honoraires officiels des consultations varient sensiblement selon les spécialités et le statut d'accréditation. En 2026, la majorité des disciplines se situent à 23,08 euros pour les médecins non accrédités (et 33,74 euros pour les médecins accrédité-es), tandis que certaines disciplines présentent des niveaux plus élevés, allant jusqu'à 67,79 euros pour certaines spécialités comme l'oncologie (et 79,22 euros pour les oncologues accrédité-es).

2026, une partie des variations des suppléments pourrait résulter d'effets mécaniques liés aux ajustements des honoraires, indépendamment de toute modification des pratiques.

Dans ce contexte, la réduction des honoraires appliquée uniquement aux médecins non accrédité-es interroge également quant à son efficacité incitative : dans un système où les suppléments sont (partiellement) autorisés, cette diminution peut être compensée par une augmentation mécanique des suppléments à tarif inchangé, de sorte qu'elle ne modifie pas nécessairement le revenu perçu par le-la prestataire, mais se traduit plutôt par un report de la charge financière vers les patient-es, en particulier ceux et celles qui ne bénéficient pas des mécanismes de protection.

4.5. Implications pour l'extension de la mesure en 2026

Tous les éléments discutés apportent des enseignements importants dans la perspective de l'extension de la mesure à l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM à partir de 2026.

D'une part, le mécanisme de déplacement observé suggère qu'une extension de la mesure pourrait **accentuer la pression sur les patient-es non-BIM**, qui pourraient supporter une part encore plus importante des suppléments. Ce risque mérite une attention particulière dans la mesure où la catégorie des non-BIM recouvre des situations socio-économiques très diverses. En raison du caractère binaire de l'accès au statut BIM, cette catégorie comprend non seulement des ménages aux revenus relativement élevés, mais aussi des ménages modestes situés à proximité du seuil d'éligibilité, ainsi que certaines personnes potentiellement éligibles qui ne bénéficient pas effectivement du statut en raison de phénomènes de non-recours. Pour ces groupes, qui présentent souvent des besoins de santé plus importants, une augmentation des contributions personnelles pourrait renforcer les risques de report ou de renoncement aux soins et, plus largement, contribuer au maintien des inégalités sociales de santé.

Ces dynamiques peuvent également soulever des enjeux liés à l'acceptabilité du système entre les personnes bénéficiant des mécanismes de protection renforcée et celles qui, malgré des ressources limitées, n'y ont pas accès. Dans un contexte où la protection est ciblée sur une partie de la population, une augmentation de la charge finan-

cière pour les patient-es non protégé-es peut être perçue comme inéquitable et contribuer à fragiliser l'adhésion aux mécanismes de solidarité qui sous-tendent le système de santé.

D'autre part, la **recomposition des frais additionnels** observée en 2025, marquée par une part croissante des prestations non remboursables, pourrait également se poursuivre. À cet égard, les « codes de transparence » apparaissent à l'heure actuelle comme un outil imparfaitement transparent : leur contenu hétérogène rend difficile l'interprétation précise des montants facturés, tout en offrant une marge de flexibilité dans leur utilisation.

Ces éléments suggèrent que, sans adaptation du cadre réglementaire, l'extension de la mesure pourrait renforcer certaines dynamiques déjà observées, limitant son efficacité quant au renforcement de l'accessibilité financière des soins.

5. Recommandations

Les résultats de cette étude mettent en évidence des déplacements des suppléments qui limitent l'impact de l'interdiction des suppléments d'honoraires sur l'accessibilité financière des soins. Afin de renforcer l'efficacité de la mesure et que les futures réformes prennent en compte ces mécanismes d'adaptation, plusieurs pistes d'action peuvent être envisagées.

(1) Encadrer plus strictement les prestations non remboursables et codes de transparence

Le recours aux prestations non remboursables, via les codes de transparence, constitue l'une des principales évolutions observées. Dans ce contexte, une première priorité consiste à renforcer l'encadrement de ces prestations et à améliorer leur transparence. Cela pourrait passer par :

- Une clarification du périmètre des prestations pouvant être facturées en dehors de la nomenclature, en particulier pour les catégories de codes de transparence les plus larges telles que les « prestations non remboursables hors nomenclature » ;
- Un encadrement plus strict de certains codes de transparence, notamment ceux liés aux prestations hors nomenclature, par une définition plus précise de leur contenu ;

- Une harmonisation et une systématisation de leur utilisation, afin de faciliter le suivi des pratiques.

L'objectif est de garantir que l'interdiction des suppléments d'honoraires ne puisse être contournée par une simple requalification des montants facturés, tout en améliorant la transparence pour les patient-es.

Dans la perspective de l'extension de l'interdiction des suppléments à l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM en 2026, cet encadrement apparaît d'autant plus crucial. En l'absence d'adaptation du cadre réglementaire, les prestations non remboursables pourraient constituer une source de plus en plus importante de frais additionnels, limitant l'effet attendu de la mesure sur l'accessibilité financière des soins.

(2) Renforcer les mécanismes de suivi et de contrôle ciblés

Les résultats montrent que les pratiques de facturation s'adaptent rapidement aux évolutions réglementaires. Dans ce contexte, l'effectivité de l'interdiction dépend non seulement de l'existence de règles, mais également de la capacité à détecter, suivre et traiter les situations potentiellement non conformes. Cela implique notamment :

- Un suivi régulier des évolutions des suppléments et des prestations non remboursables, différencié par spécialité, afin de tenir compte de l'hétérogénéité des pratiques de facturation ;
- Des analyses différenciées selon le statut social des patient-es, afin d'identifier d'éventuels déplacements des frais additionnels entre groupes de patient-es ou une augmentation des prestations non remboursables ;
- La mise en place de contrôles ciblés sur certaines pratiques de facturation atypiques (par exemple : recours élevé aux codes de transparence, profils de facturation divergents par rapport aux pratiques observées dans la spécialité concernée).

Le renforcement du monitoring devrait s'accompagner d'une réflexion sur les leviers d'action disponibles après détection. À l'heure actuelle, les organismes assureurs peuvent contribuer à l'identification de situations potentiellement contraires à l'interdiction des suppléments d'honoraires, mais disposent de possibilités limitées pour intervenir. En particulier, il n'existe pas de base légale leur permettant de refuser le remboursement d'une prestation au motif qu'un supplément aurait été facturé de manière irrégulière. Une telle pratique risquerait par ailleurs de pé-

naliser davantage le-la patient-e, qui supporterait à la fois le supplément indu et la perte du remboursement auquel il-elle a droit. Les mutualités ne disposent pas non plus de moyens directs pour sanctionner les prestataires concernés. Une clarification du cadre légal et des mécanismes de suivi pourrait dès lors contribuer à améliorer l'effectivité de la mesure, notamment en renforçant les possibilités de signalement, de suivi et de correction des situations problématiques.

(3) Prendre en compte le gradient socio-économique au-delà du statut BIM

La réforme repose sur une logique binaire de protection, qui contraste avec la réalité d'un gradient socio-économique continu. Les résultats suggèrent que cette approche peut entraîner un report de la charge financière vers des patient-es situé-es juste au-dessus des seuils d'accès au statut BIM. Dans cette perspective, plusieurs pistes peuvent être explorées :

- Le développement de mécanismes de protection progressive, évitant les effets de seuil ;
- Une meilleure articulation entre les dispositifs existants (BIM, MAF, autres protections financières).

Ces évolutions permettraient de mieux couvrir les populations intermédiaires et de limiter les effets de déplacement observés.

(4) Intégrer systématiquement l'impact pour les patient-es dans l'évaluation des politiques

Enfin, les résultats soulignent l'importance d'évaluer les réformes non seulement à partir des volumes de facturation, mais aussi au regard de l'impact concret sur les patient-es. À cet égard, il est recommandé de :

- Produire régulièrement des indicateurs mesurant les contributions personnelles et le fardeau financier, en lien avec les revenus ;
- Suivre l'évolution du non-recours aux soins et report de soins pour raisons financières ;
- Analyser la répartition des contributions personnelles entre groupes de population.

Une telle approche permettrait de mieux appréhender les effets réels des politiques sur l'équité et l'accessibilité des soins.

Conclusion

Cette étude met en évidence que l'interdiction ciblée des suppléments d'honoraires en soins ambulatoires s'accompagne d'importantes adaptations des pratiques de facturation. Si la mesure entraîne une diminution significative des suppléments pour les bénéficiaires concerné-es par cette dernière, elle ne se traduit pas par une réduction globale des frais additionnels à charge des patient-es, en raison à la fois d'un déplacement vers les patient-es non protégé-es par la mesure et d'une recomposition des frais additionnels, marquée par une place croissante des prestations non remboursables. Par ailleurs, on observe que les contributions personnelles globales – tous soins confondus et pas uniquement en ambulatoire – ne diminuent pour aucune catégorie de patient-es entre 2024 et 2025.

Ces dynamiques soulignent les limites d'une régulation centrée sur un seul levier, en l'occurrence les suppléments d'honoraires, ainsi que celles d'une protection financière strictement ciblée, dans un contexte marqué par un gradient socio-économique continu. La distinction binaire entre les personnes bénéficiant du statut BIM et celles qui n'en bénéficient pas ne rend en effet qu'imparfaitement compte de la diversité des situations financières. Parmi les personnes n'ayant pas le statut BIM, on retrouve en effet aussi bien des ménages aisés que des ménages aux revenus modestes ou intermédiaires, dont certains se situent à proximité du seuil d'accès au statut BIM. On y retrouve également des personnes qui, bien que potentiellement éligibles au statut BIM, n'en bénéficient pas en raison de phénomènes de non-recours liés notamment à la méconnaissance des droits ou à la complexité des démarches administratives.

Les résultats interrogent l'utilité concrète des nouveaux codes de facturation introduits pour distinguer les suppléments interdits des autres frais additionnels. Si ces codes améliorent potentiellement le suivi administratif et l'évaluation des politiques publiques, ils n'apportent pas davantage de visibilité aux patient-es quant au coût réel des soins qui leur sera facturé. Ces dernier-es continuent, dans de nombreux cas, à ne pas pouvoir anticiper clairement le coût total des soins avant la prestation, en particulier lorsqu'ils-elles consultent des prestataires non conventionné-es.

Dans cette perspective, les résultats suggèrent que les politiques visant à améliorer l'accessibilité financière des soins doivent tenir compte non seulement des montants facturés, mais aussi des effets d'adaptation des pratiques. Une approche plus globale concernant les contributions person-

nelles, intégrant l'ensemble des frais additionnels susceptibles d'être supportés par les patient-es, apparaît nécessaire pour apprécier pleinement l'impact des réformes.

Plusieurs pistes de recherche complémentaires peuvent être envisagées. L'analyse des effets de l'extension de la mesure à l'ensemble des bénéficiaires du statut BIM à partir de 2026 constituera un enjeu important. Par ailleurs, certains effets potentiels – notamment par rapport à l'accès aux soins, la sélection des patient-es ou le refus de prise en charge de patient-es en raison du statut BIM – n'ont pas pu être documentés dans le cadre de cette étude et mériteraient une attention spécifique.

Enfin, plus largement, il nous faudra nous pencher sur la contradiction structurelle au sein du système de soins qui est mise en évidence dans cette étude : alors que certains dispositifs ont été conçus pour protéger financièrement les patient-es les plus vulnérabilisés, leur portée se trouve limitée par l'existence de mécanismes laissant aux prestataires une large liberté dans la fixation des tarifs. Cette coexistence entre instruments de solidarité collective et liberté tarifaire réduit l'effectivité de la protection financière offerte par le système et tend à fragiliser ses objectifs d'équité. Les résultats suggèrent ainsi que les mesures protectrices des plus vulnérables risquent de demeurer partiellement inefficaces tant que subsistent, en parallèle, des mécanismes susceptibles de générer ces mêmes inégalités.

Cela nous invite à interroger les limites de l'action solidaire lorsqu'elle intervient dans un environnement structuré par des mécanismes de marché. Cette question dépasse en effet le seul champ des soins de santé et renvoie à un débat fondamental sur la capacité des dispositifs de solidarité à corriger les inégalités produites par les marchés. Lorsque les mécanismes de redistribution et de correction interviennent principalement a posteriori, sans agir sur les facteurs qui génèrent les écarts de prix ou d'accès, leur efficacité risque d'être partiellement neutralisée. Dans ce contexte, la solidarité peut être amenée à compenser en permanence les effets d'un système dont certaines règles contribuent simultanément à produire les inégalités qu'elle cherche à réduire. Les résultats de cette étude suggèrent ainsi qu'au-delà du niveau et du ciblage des protections accordées aux populations vulnérabilisées, la question centrale réside également dans la compatibilité entre les objectifs de solidarité collective et les mécanismes institutionnels qui organisent le fonctionnement du marché des soins. Une protection effective suppose en effet non seulement des dispositifs correcteurs robustes, mais aussi un cadre suffisamment redistributif pour éviter que les inégalités ne soient continuellement reproduites en amont.



Bibliographie

Agence InterMutualiste. (2026). *Atlas AIM*. Récupéré sur <https://atlas.ima-aim.be/>

Arrêté royal du 12 mars 2024 portant exécution du Chapitre 2 de la loi du 29 novembre 2022 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, relatif à l'application de l'interdiction des suppléments d'honoraires pour les soins de santé effectués par des médecins aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (2024). *Moniteur belge*, 35197.

Avalosse, H., Vandeleene, G., & De Spiegeleer, T. (2023). Davantage de personnes avec le statut bénéficiaire de l'intervention majorée: Interprétation des grandes tendances des dernières années en Belgique. *Santé & Société*, 5, 6-33.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., & Van de Voorde, C. (2020). *Health System Performance Assessment: how equitable is the Belgian health system? Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE)*. Health Services Research (HSR). Brussels: KCE Reports 334.

De Wolf, F., Willaert, D., & Landtmeters, B. (2023). *Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement du médecin prestataire - Actualisation données 2022*. Bruxelles: AIM Agence Intermutualiste.

INAMI. (2026a). *Facilités financières pour payer vos soins de santé*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres>.

INAMI. (2026b). *Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree>.

INAMI. (2026c). *Intervention majorée : plafonds des revenus*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/intervention-majoree-plafonds-des-revenus>.

INAMI. (2026d). *Le maximum à facturer (MàF) limite vos dépenses de soins de santé*. Récupéré sur <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/maximum-a-factorer-maf>.

MC. (2026). *L'intervention majorée et le statut BIM*. Récupéré sur <https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/statut-bim-intervention-majoree>.

Noirhomme, C. (2026). Comprendre les inégalités face aux soins de santé. *Santé & Société*, 18, 4-47.

Règlement du 7 août 2024 du Service public fédéral Sécurité sociale, établissant les pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre aux organismes assureurs par les médecins. *Moniteur belge*, 18 septembre 2024, 108464-108466

STATBEL. (2026). *Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale*. Récupéré sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/menages/pauvrete-et-conditions-de-vie/risque-de-pauvrete-ou-dexclusion-sociale>.

Annexes

Annexe 1 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre le SI 2024 et le SI 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation – Données observées pour les membres de la MC (Source : Données MC brutes)

Statut	Circuit de facturation et type de frais additionnels	En millions d'euros		Répartition montants 2025	Évolution 2024-2025
			SI 2025		
BIM 'droit social'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	3,8	1,4	39%	-65%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	1,2	0,6	18%	-51%
	Tous les suppléments	5,1	2,0	57%	-61%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	1,5	43%	
	Tous les frais additionnels	5,1	3,5	100%	-32%
BIM 'revenus'	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	4,4	4,3	62%	-2%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,0	0%	
	Autres circuits - Suppléments	1,7	0,9	14%	-45%
	Tous les suppléments	6,1	5,2	76%	-14%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	1,7	24%	
	Tous les frais additionnels	6,1	6,9	100%	14%
Non-BIM	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	55,0	67,5	71%	23%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,2	0%	
	Autres circuits - Suppléments	20,4	12,8	13%	-37%
	Tous les suppléments	75,5	80,5	84%	7%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)		15,0	16%	
	Tous les frais additionnels	75,5	95,5	100%	27%
TOTAL	Facturation électronique - Suppléments (sans codes transparence)	63,3	73,1	69%	16%
	Facturation électronique - Suppléments (avec codes transparence)	/	0,2	0%	
	Autres circuits - Suppléments	23,4	14,3	14%	-39%
	Tous les suppléments	86,6	87,7	83%	1%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	18,2	17%	
	Tous les frais additionnels	86,6	105,9	100%	22%

Annexe 2 : Évolution des frais additionnels moyens facturés entre le S1 2024 et le S1 2025 selon le statut BIM et le circuit de facturation - Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

		Montant moyen / patient-e en euros			Montant moyen / prestation en euros			Montant moyen / médecin en euros		
		S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
BIM 'droit social'	Facturation électronique - Suppléments*	10,5	3,8	-64%	0,39	0,14	-64%	312	110	-65%
	Autres circuits - Suppléments	4,5	2,4	-47%	1,67	0,90	-46%	131	85	-35%
	Tous les suppléments	13,1	5,3	-59%	0,48	0,20	-58%	379	152	-60%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	25,4		/	13,14		/	852	
	Tous les frais additionnels	13,1	9,4	-28%	0,48	0,35	-27%	379	269	-29%
BIM 'revenus'	Facturation électronique - Suppléments*	11,0	10,6	-4%	0,50	0,48	-4%	352	330	-6%
	Autres circuits - Suppléments	5,6	3,3	-41%	2,37	1,58	-33%	177	136	-23%
	Tous les suppléments	14,4	12,3	-15%	0,65	0,56	-14%	452	385	-15%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	26,6		/	14,10		/	938	
	Tous les frais additionnels	14,4	16,3	13%	0,65	0,73	12%	452	510	13%
Non-BIM	Facturation électronique - Suppléments*	16,4	20,0	21%	0,88	1,05	19%	3.692	4.311	17%
	Autres circuits - Suppléments	7,9	5,1	-36%	3,61	2,70	-25%	1.854	1.289	-30%
	Tous les suppléments	20,8	22,0	6%	1,12	1,17	4%	4.666	4.832	4%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	30,6		/	16,58		/	4.719	
	Tous les frais additionnels	20,8	26,1	25%	1,12	1,37	22%	4.666	5.723	23%
TOTAL	Facturation électronique - Suppléments*	15,3	17,3	13%	0,77	0,86	12%	4.285	4.691	9%
	Autres circuits - Suppléments	7,3	4,6	-37%	3,26	2,34	-28%	1.799	1.308	-27%
	Tous les suppléments	19,4	19,3	0%	0,98	0,97	-1%	5.385	5.286	-2%
	Prestations non remboursables (codes de transparence)	/	29,5		/	15,88		/	5.485	
	Tous les frais additionnels	19,4	23,4	21%	0,98	1,16	18%	5.385	6.395	19%

*y compris suppléments enregistrés avec codes de transparence (code de transparence de catégorie 1)

Note : le calcul des moyennes se fait en utilisant le nombre de personnes ayant bénéficié des prestations concernées, du nombre de prestations totales (y compris celles où les frais additionnels sont nuls) et du nombre de médecins ayant presté les prestations concernées.

Annexe 3 : Évolution des frais additionnels moyens facturés par médecin entre le S1 2024 et le S1 2025 selon la spécialité médicale – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	Suppléments en euros			Tous les frais additionnels en euros		
	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
Médecins généralistes	1.125	1.170	4%	1.125	1.319	17%
Médecins spécialistes	8.011	7.773	-3%	8.011	9.461	18%
Ophtalmologie	26.036	18.252	-30%	26.036	30.810	18%
Gynécologie obstétrique	14.114	15.962	13%	14.114	17.322	23%
Dermatologie	22.128	27.695	25%	22.128	30.345	37%
Radiodiagnostic	13.528	14.484	7%	13.528	15.430	14%
Biologie clinique	36.920	33.501	-9%	36.920	55.328	50%
Orthopédie	17.453	17.635	1%	17.453	19.228	10%
Cardiologie	6.439	6.359	-1%	6.439	6.775	5%
Stomatologie	16.197	16.044	-1%	16.197	19.896	23%
Urologie	12.610	13.593	8%	12.610	14.043	11%
Médecine physique	9.454	7.712	-18%	9.454	10.636	13%
ORL	7.246	7.790	8%	7.246	8.141	12%
Chirurgie	3.906	4.193	7%	3.906	4.436	14%
Anatomie pathologique	13.798	13.735	0%	13.798	15.468	12%
Pédiatrie	1.789	1.917	7%	1.789	2.106	18%
Chirurgie plastique	11.271	10.671	-5%	11.271	11.982	6%
Gastro-entérologie	3.473	3.163	-9%	3.473	3.652	5%
Psychiatrie	1.274	1.328	4%	1.274	1.374	8%
Neurochirurgie	10.098	9.327	-8%	10.098	9.581	-5%
Anesthésie-réanimation	645	544	-16%	645	779	21%
Rhumatologie	4.911	3.961	-19%	4.911	5.594	14%
Neurologie	1.704	1.695	-1%	1.704	1.925	13%
Pneumologie	1.477	1.154	-22%	1.477	2.089	42%
Médecine nucléaire	1.925	906	-53%	1.925	3.341	74%
Radiothérapie	7.115	4.181	-41%	7.115	4.210	-41%
Médecine interne	632	459	-27%	632	692	10%
Endocrinologie	1.109	998	-10%	1.109	1.104	0%
Oncologie médicale	620	489	-21%	620	492	-21%
Neuropsychiatrie	3.177	2.756	-13%	3.177	2.761	-13%

Annexe 4 : Frais additionnels moyens facturés avec des codes de transparence au SI 2025 selon le statut BIM - Estimation pour la Belgique
(Source : Données MC pondérées)

	Montant moyen / patient-e en euros			Montant moyen / prestation en euros			Montant moyen / médecin en euros		
	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM	BIM 'droit social'	BIM 'revenus'	Non-BIM
Catégorie 1	13	28	31	9	19	21	159	413	2.808
Catégorie 2	15	16	18	9	9	11	829	858	3.743
Catégorie 3	26	27	30	16	17	19	678	754	3.771
Catégorie 4	32	35	43	18	19	23	563	658	3.544

Annexe 5 : Évolution des frais additionnels moyens facturés par prestation entre le S1 2024 et le S1 2025 selon la spécialité médicale – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

	Suppléments moyens en euros						Prestations non remboursables en euros	Frais additionnels moyens en euros		
	Consultations, visites et avis			Autres prestations						
	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025		S1 2025	S1 2024	S1 2025
Médecins généralistes	0,4	0,4	8%	0,1	0,1	-18%	22,3	0,4	0,4	17%
Médecins spécialistes	6,1	6,4	5%	0,6	0,5	-7%	15,6	1,2	1,4	17%
Ophtalmologie	6,8	4,8	-29%	2,7	1,9	-30%	18,6	3,9	4,2	7%
Gynécologie obstétrique	8,9	10,3	16%	2,3	2,8	24%	24,0	5,5	6,9	26%
Dermatologie	11,0	14,0	27%	2,5	3,8	51%	18,5	7,9	10,7	36%
Radiodiagnostic	1,2	2,3	91%	1,7	1,8	8%	19,7	1,7	1,9	15%
Biologie clinique	0,6	0,0	-98%	0,2	0,2	-14%	8,5	0,2	0,3	45%
Orthopédie	11,9	12,3	3%	5,0	4,2	-16%	23,1	10,7	11,5	8%
Cardiologie	4,8	5,0	3%	1,3	1,2	-8%	14,5	2,4	2,5	4%
Stomatologie	9,4	9,2	-2%	4,9	3,6	-26%	247,9	6,1	5,9	-3%
Urologie	8,4	9,4	11%	2,4	2,5	4%	11,1	5,7	6,3	11%
Médecine physique	5,8	5,5	-5%	1,2	0,8	-34%	34,6	2,3	2,6	14%
ORL	4,3	4,8	12%	0,4	0,5	15%	15,9	1,6	1,9	16%
Chirurgie	5,9	6,3	7%	1,5	1,9	28%	21,9	4,0	4,7	18%
Anatomie pathologique	11,3	19,7	75%	1,9	2,2	14%	33,6	1,9	2,4	27%
Pédiatrie	2,2	2,6	19%	0,5	0,4	-33%	24,4	1,8	2,2	25%
Chirurgie plastique	14,0	14,3	2%	24,5	22,7	-7%	130,5	15,9	17,2	8%
Gastro-entérologie	3,5	3,4	-3%	2,0	1,8	-13%	17,1	3,0	3,2	8%
Psychiatrie	2,5	2,8	12%	0,2	0,3	74%	33,6	1,9	2,6	34%
Neurochirurgie	12,3	11,7	-5%	0,9	0,7	-30%	20,8	11,5	11,0	-4%
Anesthésie-réanimation	2,8	2,6	-6%	0,9	0,7	-20%	48,4	1,8	2,3	30%
Rhumatologie	3,1	3,1	-1%	2,8	1,0	-65%	31,6	3,0	3,3	10%
Neurologie	1,8	1,8	0%	0,1	0,1	-8%	27,5	0,5	0,5	6%
Pneumologie	0,9	0,9	-3%	0,0	0,0	0%	10,3	0,0	0,0	33%
Médecine nucléaire	0,9	1,1	30%	0,5	0,1	-72%	32,3	0,5	0,9	71%
Radiothérapie	1,4	1,0	-31%	2,4	1,4	-42%	23,5	2,3	1,3	-41%
Médecine interne	0,8	0,8	-5%	0,2	0,1	-47%	23,4	0,3	0,4	21%
Endocrinologie	0,7	0,7	-5%	2,8	2,0	-27%	37,5	0,9	0,9	-1%
Oncologie médicale	1,2	1,0	-13%	0,0	0,0	-100%	12,1	0,6	0,6	-7%
Neuropsychiatrie	5,9	5,3	-9%	1,1	2,7	157%	11,1	4,8	4,9	3%

Annexe 6 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre le S1 2024 et le S1 2025 selon la spécialité médicale et le statut BIM – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

		Suppléments en millions d'euros						Prestations			
		Consultations, visites et avis			Autres prestations			non remboursables en millions d'euros	Tous les frais additionnels en millions d'euros		
		S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025	S1 2025	S1 2024	S1 2025	Évolution 2024-2025
Médecins généralistes	BIM 'droit social'	0,80	0,42	-47%	0,02	0,01	-45%	0,11	0,81	0,54	-34%
	BIM 'revenu'	1,06	1,03	-3%	0,02	0,01	-7%	0,13	1,07	1,18	10%
	Non-BIM	14,30	15,35	7%	0,18	0,24	33%	1,95	14,48	17,53	21%
Médecins spécialistes	BIM 'droit social'	7,13	2,33	-67%	5,45	2,71	-50%	4,11	12,57	9,14	-27%
	BIM 'revenu'	8,98	8,01	-11%	5,89	4,75	-19%	4,37	14,87	17,14	15%
	Non-BIM	90,66	100,67	11%	70,86	69,14	-2%	32,36	161,53	202,18	25%
Ophtalmologie	BIM 'droit social'	1,27	0,34	-73%	0,97	0,19	-80%	1,23	2,23	1,77	-21%
	BIM 'revenu'	1,73	1,01	-42%	1,28	0,78	-39%	1,55	3,01	3,34	11%
	Non-BIM	12,35	9,58	-22%	12,17	9,39	-23%	11,87	24,52	30,85	26%
Gynécologie obstétrique	BIM 'droit social'	0,86	0,27	-68%	0,19	0,09	-53%	0,12	1,05	0,48	-54%
	BIM 'revenu'	1,16	1,19	2%	0,23	0,30	31%	0,16	1,39	1,65	19%
	Non-BIM	15,55	18,45	19%	4,29	5,24	22%	1,89	19,85	25,58	29%
Dermatologie	BIM 'droit social'	0,66	0,19	-71%	0,11	0,04	-60%	0,14	0,77	0,38	-51%
	BIM 'revenu'	1,00	1,17	16%	0,16	0,20	29%	0,16	1,16	1,53	32%
	Non-BIM	13,79	18,13	31%	1,78	2,75	55%	1,85	15,57	22,73	46%
Radiodiagnostic	BIM 'droit social'	0,00	0,00	-68%	0,93	0,29	-69%	0,18	0,93	0,47	-49%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00	96%	1,12	0,85	-24%	0,19	1,12	1,04	-7%
	Non-BIM	0,01	0,02	114%	19,65	22,27	13%	1,16	19,66	23,45	19%
Biologie clinique	BIM 'droit social'	0,00	0,00	-100%	1,67	1,24	-26%	1,29	1,67	2,53	52%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00		1,52	1,29	-15%	1,15	1,52	2,44	60%
	Non-BIM	0,00	0,00	-98%	13,53	11,88	-12%	7,11	13,54	18,99	40%
Orthopédie	BIM 'droit social'	1,41	0,49	-65%	0,15	0,08	-47%	0,20	1,56	0,77	-51%
	BIM 'revenu'	1,66	1,52	-8%	0,17	0,12	-29%	0,22	1,83	1,86	2%
	Non-BIM	16,09	18,01	12%	1,40	1,11	-20%	1,51	17,48	20,64	18%
Cardiologie	BIM 'droit social'	0,35	0,08	-79%	0,20	0,06	-72%	0,05	0,56	0,18	-67%
	BIM 'revenu'	0,44	0,37	-16%	0,24	0,21	-13%	0,06	0,68	0,64	-6%
	Non-BIM	4,08	4,66	14%	2,43	2,40	-1%	0,40	6,51	7,46	15%
Stomatologie	BIM 'droit social'	0,10	0,05	-48%	0,17	0,18	8%	0,05	0,27	0,29	7%
	BIM 'revenu'	0,17	0,17	-1%	0,20	0,20	1%	0,07	0,36	0,44	20%
	Non-BIM	1,92	1,89	-1%	2,94	3,00	2%	1,19	4,86	6,08	25%
Urologie	BIM 'droit social'	0,35	0,10	-71%	0,08	0,03	-67%	0,05	0,43	0,18	-59%
	BIM 'revenu'	0,38	0,38	1%	0,08	0,08	-1%	0,02	0,46	0,49	5%
	Non-BIM	3,86	4,65	20%	0,96	1,05	10%	0,14	4,82	5,84	21%
Médecine physique	BIM 'droit social'	0,26	0,09	-65%	0,15	0,07	-56%	0,14	0,41	0,30	-27%
	BIM 'revenu'	0,27	0,21	-21%	0,15	0,10	-34%	0,16	0,42	0,47	12%
	Non-BIM	2,55	2,59	2%	1,72	1,15	-33%	1,31	4,27	5,06	18%
ORL	BIM 'droit social'	0,24	0,08	-66%	0,06	0,02	-59%	0,04	0,30	0,14	-52%
	BIM 'revenu'	0,30	0,29	-4%	0,06	0,07	16%	0,03	0,36	0,39	7%
	Non-BIM	3,49	4,09	17%	0,67	0,80	20%	0,18	4,16	5,07	22%
Chirurgie	BIM 'droit social'	0,34	0,14	-60%	0,04	0,02	-45%	0,03	0,38	0,19	-50%
	BIM 'revenu'	0,39	0,40	0%	0,04	0,06	43%	0,02	0,44	0,48	10%
	Non-BIM	3,27	3,72	14%	0,71	0,83	17%	0,25	3,98	4,79	21%

Annexe 6 : Évolution du volume total de frais additionnels facturés entre le SI 2024 et le SI 2025 selon la spécialité médicale et le statut BIM – Estimation pour la Belgique (Source : Données MC pondérées)

Anatomie pathologique	BIM 'droit social'	0,00	0,00	5%	0,20	0,18	-10%	0,04	0,20	0,22	11%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00	288%	0,21	0,24	13%	0,06	0,21	0,30	41%
	Non-BIM	0,00	0,01	174%	4,19	4,26	2%	0,49	4,19	4,77	14%
Pédiatrie	BIM 'droit social'	0,11	0,07	-33%	0,02	0,02	-36%	0,05	0,13	0,14	7%
	BIM 'revenu'	0,13	0,14	8%	0,02	0,01	-34%	0,04	0,15	0,20	31%
	Non-BIM	2,47	2,83	15%	0,16	0,11	-33%	0,22	2,63	3,16	20%
Chirurgie plastique	BIM 'droit social'	0,15	0,06	-58%	0,05	0,03	-47%	0,02	0,21	0,12	-44%
	BIM 'revenu'	0,19	0,17	-12%	0,05	0,03	-25%	0,04	0,23	0,24	1%
	Non-BIM	1,96	2,11	8%	0,77	0,60	-22%	0,31	2,72	3,01	11%
Gastro-entérologie	BIM 'droit social'	0,13	0,05	-64%	0,04	0,02	-59%	0,05	0,17	0,11	-37%
	BIM 'revenu'	0,15	0,14	-7%	0,05	0,03	-28%	0,06	0,20	0,23	17%
	Non-BIM	1,77	1,82	3%	0,57	0,48	-16%	0,29	2,34	2,59	11%
Psychiatrie	BIM 'droit social'	0,18	0,08	-55%	0,01	0,01	5%	0,03	0,19	0,12	-36%
	BIM 'revenu'	0,34	0,30	-11%	0,01	0,01	-52%	0,01	0,35	0,32	-8%
	Non-BIM	1,97	2,31	17%	0,04	0,03	-35%	0,05	2,01	2,39	19%
Neurochirurgie	BIM 'droit social'	0,24	0,09	-64%	0,00	0,00	-36%	0,01	0,25	0,10	-59%
	BIM 'revenu'	0,25	0,21	-18%	0,00	0,00	16%	0,01	0,25	0,22	-15%
	Non-BIM	1,74	1,78	2%	0,01	0,00	-42%	0,04	1,75	1,82	4%
Anesthésie-réanimation	BIM 'droit social'	0,10	0,03	-71%	0,05	0,03	-48%	0,09	0,15	0,15	-2%
	BIM 'revenu'	0,09	0,07	-28%	0,03	0,03	0%	0,08	0,13	0,18	42%
	Non-BIM	0,76	0,79	3%	0,27	0,20	-24%	0,33	1,03	1,32	28%
Rhumatologie	BIM 'droit social'	0,09	0,03	-67%	0,04	0,01	-83%	0,05	0,13	0,09	-32%
	BIM 'revenu'	0,09	0,09	-1%	0,03	0,01	-59%	0,06	0,12	0,16	31%
	Non-BIM	0,75	0,81	8%	0,27	0,11	-60%	0,33	1,03	1,25	22%
Neurologie	BIM 'droit social'	0,14	0,03	-79%	0,04	0,03	-40%	0,04	0,19	0,10	-47%
	BIM 'revenu'	0,09	0,08	-15%	0,03	0,03	-17%	0,02	0,13	0,13	4%
	Non-BIM	0,69	0,82	18%	0,17	0,21	25%	0,10	0,86	1,14	31%
Pneumologie	BIM 'droit social'	0,03	0,01	-71%	0,05	0,02	-71%	0,07	0,08	0,10	18%
	BIM 'revenu'	0,03	0,02	-10%	0,05	0,03	-37%	0,08	0,08	0,14	74%
	Non-BIM	0,40	0,41	3%	0,35	0,24	-33%	0,44	0,75	1,09	45%
Médecine nucléaire	BIM 'droit social'	0,00	0,00	-55%	0,05	0,01	-80%	0,08	0,05	0,09	66%
	BIM 'revenu'	0,00	0,00	56%	0,05	0,01	-83%	0,07	0,06	0,09	50%
	Non-BIM	0,08	0,11	38%	0,28	0,09	-69%	0,45	0,36	0,65	80%
Radiothérapie	BIM 'droit social'	0,01	0,00	-46%	0,09	0,00	-98%	0,00	0,10	0,01	-94%
	BIM 'revenu'	0,01	0,00	-52%	0,05	0,00	-94%	0,00	0,05	0,01	-85%
	Non-BIM	0,10	0,07	-28%	1,18	0,73	-38%	0,00	1,28	0,81	-37%
Médecine interne	BIM 'droit social'	0,03	0,01	-49%	0,02	0,02	-36%	0,02	0,05	0,05	1%
	BIM 'revenu'	0,04	0,03	-18%	0,02	0,01	-40%	0,02	0,06	0,06	8%
	Non-BIM	0,36	0,36	0%	0,23	0,10	-55%	0,23	0,59	0,69	17%
Endocrinologie	BIM 'droit social'	0,03	0,01	-64%	0,02	0,01	-30%	0,01	0,06	0,03	-38%
	BIM 'revenu'	0,03	0,03	-9%	0,01	0,01	10%	0,01	0,04	0,05	8%
	Non-BIM	0,29	0,30	5%	0,06	0,04	-42%	0,03	0,35	0,37	5%
Oncologie	BIM 'droit social'	0,02	0,01	-68%	0,00	0,00	-100%	0,00	0,02	0,01	-68%
	BIM 'revenu'	0,02	0,01	-47%	0,00	0,00		0,00	0,02	0,01	-46%
	Non-BIM	0,16	0,16	-4%	0,00	0,00	-90%	0,00	0,17	0,16	-5%
Neuro-psychiatrie	BIM 'droit social'	0,01	0,00	-69%	0,00	0,00		0,00	0,01	0,00	-65%
	BIM 'revenu'	0,01	0,01	-30%	0,00	0,00	-32%	0,00	0,01	0,01	-30%
	Non-BIM	0,10	0,08	-18%	0,01	0,01	36%	0,00	0,10	0,09	-15%

