

Coûts à charge des patient-es pour les admissions dans les hôpitaux généraux

Résumé des résultats du suivi par l'Agence intermutualiste - Analyses 2024 concernant les admissions à l'hôpital en 2022 et 2023

Mieke Dolphens — Service d'études MC

Résumé

En 2024, l'Agence Intermutualiste (AIM) a publié des mises à jour sur les coûts à charge des patient-es pour les admissions à l'hôpital, avec une attention particulière aux suppléments sur les honoraires médicaux remboursables. Les analyses, basées sur les données de facturation relatives aux hospitalisations en 2022 et 2023, montrent à nouveau que l'accessibilité financière des admissions à l'hôpital est sous pression, que les patient-es courent un risque réel d'être confrontés à des dépenses (très) élevées et qu'il existe de grandes différences entre les hôpitaux et au sein de ceux-ci. Cela peut entraîner un report ou une limitation des soins nécessaires, des difficultés financières dans l'utilisation des soins de santé ou encore une aggravation des inégalités dans l'accès aux soins.

Globalement, en 2022 et 2023, les suppléments d'honoraires et de chambre pour les hospitalisations ont continué d'augmenter. Des différences significatives existent entre les hôpitaux ; néanmoins tous les hôpitaux ne doivent pas être mis dans le même panier. Il est important de noter que ce n'est pas seulement dans les admissions classiques en chambre individuelle que les contributions personnelles peuvent être élevées, mais aussi dans les admissions en chambre double ou commune (par exemple en raison de coûts d'implants ou de la facturation des montants non remboursables) et dans les hospitalisations de jour (où, par définition, le-la patient-e ne passe pas la nuit à l'hôpital). En outre, les montants à charge du-de la patient-e pour les soins de santé ne se limitent pas aux contributions personnelles pour l'admission à l'hôpital.

Avec cette analyse annuelle, qui en est à sa huitième édition, l'AIM souhaite informer les décideurs politiques, les chercheurs et le grand public sur les montants facturés aux patient·es pour les hospitalisations (avec nuit facturée ou sans nuit facturée), l'impact des suppléments sur la facture du·de la patient·e et leurs évolutions. Elle encourage également les discussions et les actions autour de la transparence, de la prévisibilité des coûts à charge des patient·es et de l'accessibilité financière des soins hospitaliers. Par ailleurs, la mise à jour annuelle des chiffres alimente l'atlas de l'AIM et les sites internet des mutualités en informations sur le coût des interventions fréquentes pour les patient·es (par hôpital, par type de chambre et par type de titulaire).

Cet article résume les principaux résultats des publications, complétés par les recommandations des auteurs et quelques conclusions de la MC.

Mots-clés : AIM, hôpitaux, accessibilité, sécurité tarifaire, transparence, suppléments, lu pour vous

Introduction

Depuis 2017, l'Agence Intermutualiste (AIM) publie chaque année son baromètre hospitalier, une analyse des montants facturés aux patient-es pour les admissions dans les hôpitaux généraux aigus (y compris universitaires) en Belgique (L'Agence Intermutualiste, 2024). La dernière mise à jour de cette étude compare les chiffres de 2023 avec ceux des années précédentes (2017-2022). Des données historiques jusqu'en 2006 sont disponibles pour les suppléments sur les honoraires médicaux remboursables.

Ces analyses se basent sur les données de facturation de l'assurance maladie obligatoire pour les soins médicaux (AO) des sept mutualités en Belgique¹. Cette base de données contient notamment pour toutes les personnes ayant droit au remboursement par l'AO, le détail des montants facturés à charge de l'AO et à charge du-de la patient-e. Les contributions personnelles du-de la patient-e comprennent les tickets modérateurs, les suppléments et les frais pour les services et produits non couverts également appelés « montants non remboursables ». Dans le présent article nous nous concentrons sur les admissions classiques (avec au moins une nuit facturée à l'hôpital) et les hospitalisations de jour (sans nuit facturée à l'hôpital) pour lesquelles il existe une intervention de l'AO. Les hospitalisations de jour comprennent ici les hospitalisations de jour chirurgicales, non chirurgicales et oncologiques. Comme toute étude, celle-ci présente des limites qui sont décrites dans le rapport publié sur le site Internet de l'AIM.

Les évaluations annuelles fournissent des informations plus approfondies sur les coûts à charge des patient-es liés aux admissions à l'hôpital, en abordant notamment le montant total des contributions personnelles, l'ampleur et la variabilité de la facture du-de la patient-e par admission ainsi que l'évolution des suppléments sur les honoraires médicaux remboursables et d'autre suppléments.

Les résultats doivent être lus dans un contexte changeant qui va au-delà de la partie hospitalisation du système de soins de santé. Pour interpréter les chiffres, il faut notamment tenir compte des facteurs suivants : (1) le gel des taux maximaux des suppléments d'honoraires (et des rétrocessions) pour les admissions à l'hôpital, en vigueur depuis le 28 janvier 2022 et prolongé jusqu'à fin 2024 d'un commun accord entre les médecins et les hôpitaux (Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2024)² ; (2) la réforme de l'hôpital de jour, y compris l'augmentation du financement de base de l'hôpital de jour chirurgical depuis le 1er juillet 2022 et l'élargissement de la liste des services de l'hôpital de jour chirurgical depuis le 1er janvier 2023 (Direction générale Soins de Santé: Service Financement des hôpitaux, 2022) ; (3) l'évolution du Budget des Moyens Financiers, source importante de financement du fonctionnement des hôpitaux (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2024) ; (4) l'augmentation de l'activité d'hospitalisation, les hospitalisations de jour augmentant à la fois en nombre et en part (environ 60% des admissions) et les admissions classiques continuant à diminuer en nombre et en durée (moyenne) de séjour, et (5) la mise en place de l'hospitalisation à domicile depuis le 1er juillet 2023 (INAMI, & Service des Soins de Santé, 2023).

Les résultats du dernier baromètre hospitalier de l'AIM objectivent - une fois de plus - les coûts élevés à charge des patient-es lors d'un séjour à l'hôpital et les variations importantes de ceux-ci (à la fois entre les hôpitaux et au sein d'un même hôpital), avec un risque réel de factures (très) élevées pour les patient-es. Ce risque s'applique non seulement aux admissions classiques en chambre individuelle, mais aussi - quoique moins fréquemment - aux admissions en chambre double et commune (à cause, par exemple, des coûts matériels ou des montants non remboursables) et aux admissions de jour.

Les résultats du dernier baromètre hospitalier de l'AIM sont résumés ci-dessous. Nous terminons par les recommandations des auteurs et les conclusions de la MC.

1 La base de données source du baromètre hospitalier AIM comprend l'ensemble des assurés sociaux belges (plus de 11,5 millions de personnes sont affiliées à une mutualité en Belgique) et est donc plus large que celles qui alimentaient auparavant les baromètres hospitaliers des mutualités individuelles, comme le baromètre hospitalier MC (membres MC) ; la quinzième et dernière édition du baromètre hospitalier MC a été publiée en 2019 (Dolphens, Wantier, Rousseau, Ghyselen, & Landtmeters, 2020).

2 Il s'agit du *standstill* dans le cadre de la réforme en cours de l'organisation et du financement des hôpitaux, de la réévaluation de la nomenclature et du contrôle des suppléments, en tant qu'étape intermédiaire vers une limitation légale des suppléments d'honoraires facturables (Vandenbroucke, 2022).

1. Coûts élevés à charge des patient-es pour les admissions à l'hôpital

Pour les admissions à l'hôpital en 2023, les patient-es ont payé ensemble **1,51 milliard d'euros**. Cela représente une augmentation de 9,7% par rapport au montant de 1,38 milliard d'euros en 2022. Sur ce montant à charge du-de la patient-e, **70% (1,06 milliard d'euros) sont des suppléments et des montants non remboursables** auxquels ne s'appliquent pas les mesures de protections actuelles au sein de l'AO, telles que le maximum à facturer (MAF) et l'intervention majorée (IM). Par rapport à 2022, les suppléments et les montants non remboursables ont **augmenté de 115 millions d'euros** (+88 millions d'euros en admissions classiques ; +27 millions d'euros en admissions de jour).

Cela correspond à une croissance de 12,1%. Les tickets modérateurs n'ont augmenté que de 5,3%. Ces tickets modérateurs - auxquels s'appliquent les mesures de protection de l'AO - s'élèvent à 449 millions d'euros en 2023, soit moins d'un tiers (30%) des contributions personnelles pour les admissions à l'hôpital.

En répartissant les contributions personnelles par type de dépenses (frais de séjour, honoraires, pharmacie, matériel, suppléments de chambre et « autres »), on constate que, tous les séjours confondus, ce sont les **suppléments de chambre**

(133 millions d'euros en 2023) qui affiche **la plus forte augmentation en pourcentage** (+16,0% par rapport à 2022), suivi des honoraires en cas d'hospitalisation (+11,6%, de 772 millions d'euros en 2022 à 861 millions d'euros en 2023). La hausse des suppléments d'honoraires et des montants non remboursables (+13,0%) sont nettement plus prononcée que celle des tickets modérateurs sur honoraires (+2,6%). En hospitalisation de jour, la croissance des montants sous la rubrique "**autres**" est particulièrement élevée (+24,7%, de 6,9 millions d'euros en 2022 à 8,6 millions d'euros en 2023).

2. Risque d'une facture élevée pour le-la patient-e lors de l'admission à l'hôpital

Les coûts élevés à charge des patient-es lors d'un séjour à l'hôpital sont au moins en partie dus aux suppléments facturés, malgré les restrictions existantes (par exemple, l'interdiction des suppléments d'honoraires et de chambre dans les chambres doubles et commune) et les mesures visant à empêcher toute nouvelle augmentation des suppléments d'honoraires.

Pour les hospitalisations, la facture du-de la patient-e varie beaucoup selon le choix de la chambre. Il faut toute-

Tableau 1 : Les coûts moyens et la répartition des montants à charge du-de la patient-e pour les admissions à l'hôpital en 2023 (par admission) dans les hôpitaux généraux de soins aigus en Belgique selon le type d'admission et le type de chambre, en euros (Source : AIM, 2024)

	Moyenne				Répartition				
	2019	2022	2023	2023/2022	P5	P25	P50	P75	P95
Admission classique									
• Chambre individuelle	€ 2.119	€ 2.426	€ 2.619	+7,9%	€ 391	€ 1.229	€ 2.016	€ 3.181	€ 6.862
• Chambre double ou commune	€ 286	€ 306	€ 321	+4,8%	€ 22	€ 88	€ 180	€ 364	€ 1.059
Admission de jour									
• Avec facturation de suppléments d'honoraires	€ 722	€ 781	€ 826	+5,8%	€ 13	€ 218	€ 679	€ 1.205	€ 2.174
• Sans facturation de suppléments d'honoraires	€ 55	€ 58	€ 60	+4,3%	€ 1	€ 7	€ 20	€ 48	€ 216

Abréviations : P5 = percentile 5 ; P25 = percentile 25 ; P50 = percentile 50 ou médiane ; P75 = percentile 75 ; P95 = percentile 95

fois préciser que les suppléments d'honoraires, comme les suppléments de chambre, ne peuvent être facturés que pour des hospitalisations en chambre individuelle. En 2023, la facture est en moyenne **huit fois plus élevée** en chambre individuelle qu'en chambre commune, en hospitalisation classique (voir Tableau 1). En hospitalisation de jour, la différence de tarif entre les admissions avec facturation de suppléments d'honoraires et sans, est encore plus prononcée. Cette **différence liée au type de chambre augmente d'année en année**. En moyenne en 2023, le montant à charge du-de la patient-e pour une admission classique en chambre individuelle s'élève à 2.619 euros, soit 7,9% plus cher qu'en 2022 ; pour une admission chirurgicale de jour avec facturation de suppléments d'honoraires, le montant à charge du-de la patient-e s'élève en 2023 à 1.111 euros en moyenne, soit 9,3% de plus qu'en 2022.

Comme nous pouvons le voir au tableau 1, il y a des variations importantes entre les montants moyens à charge du-de la patient-e. Cela concerne également **les séjours en chambres communes où des coûts des implants ou les montants non remboursables peuvent être facturés** et gonfler la facture. Ainsi, en 2023, la facture du-de la patient-e a dépassé 1.059 euros pour 1 sur 20 des hospitalisations classiques en chambre commune. En ce qui concerne les admissions chirurgicales du jour, le montant facturé au-à la patient-e s'élève au moins à 313 euros pour 5% des séjours à l'hôpital sans facturation de suppléments d'honoraires.

En 2023, les contributions personnelles dépassant **3.000 euros ont eu lieu pour 93.213 admissions à l'hôpital** ; en 2022, ce montant concernait 'seulement' 76.530 admissions. Par admission, les montants à charge du-de la patient-e ont dépassé 10.000 euros pour 6.084 hospitalisations classiques et 63 hospitalisations de jour. Cela ne prend pas en compte les éventuelles accumulations des contributions personnelles (par exemple, en cas d'hospitalisations multiples au cours de la même année, de frais ambulatoires, etc.).

Il ressort clairement de cette analyse et des précédents baromètres hospitaliers que, outre le type de chambre et la pathologie ou l'intervention, d'autres facteurs peuvent contribuer à déterminer la facture des patient-es. Il s'agit notamment de l'hôpital (variation des pratiques tarifaires entre les hôpitaux), le type d'admission (hospitalisation classique ou de jour, dont on sait qu'elle varie d'un hôpital à l'autre, même pour la même intervention), le statut social du-de la patient-e et les caractéristiques ou préférences du-de la patient-e (voir Figure 1, <https://www.mc.be/fr/actualites/quel-est-le-cout-dune-hospitalisation> (L'Agence InterMutualiste, 2024, 2025).

En ce qui concerne **les suppléments de chambre, une augmentation** peut être observée dans le **montant moyen par jour** pour une chambre individuelle (+8,4% de 2022 à 2023 ; voir Figure 2).

Figure 1: Coût moyen à charge du-de la patient-e en 2023 pour un accouchement par voie basse (admission classique) et un dégagement du canal carpien (admission de jour) par hôpital et par type de chambre (Source: L'Agence InterMutualiste, 2024)

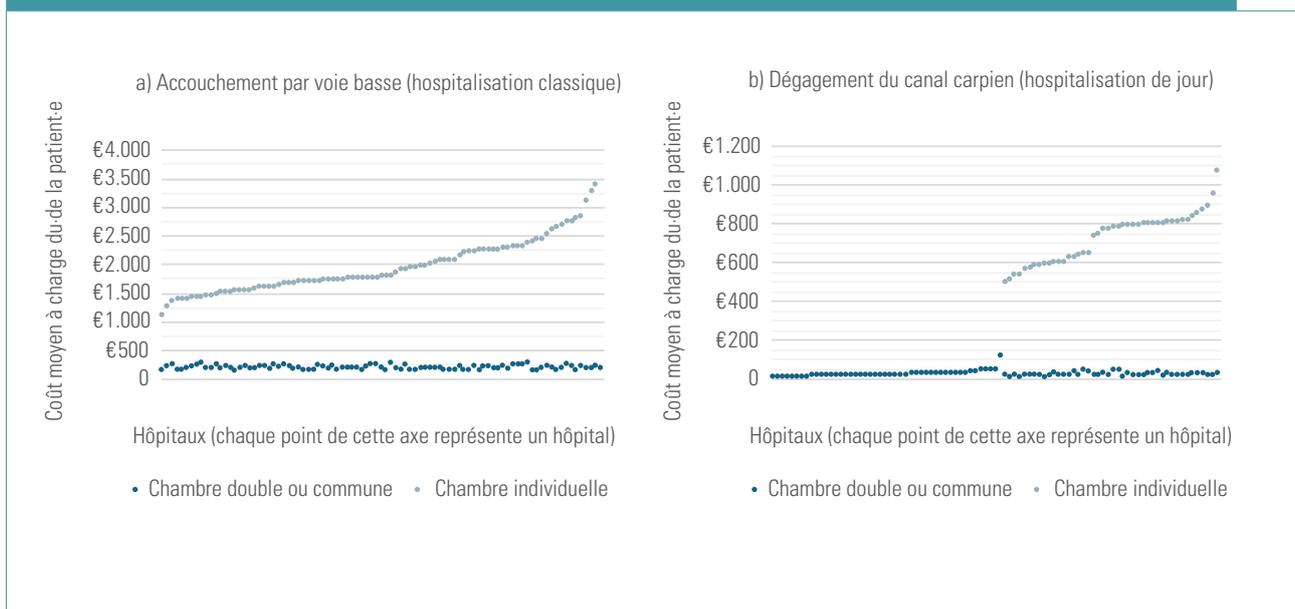
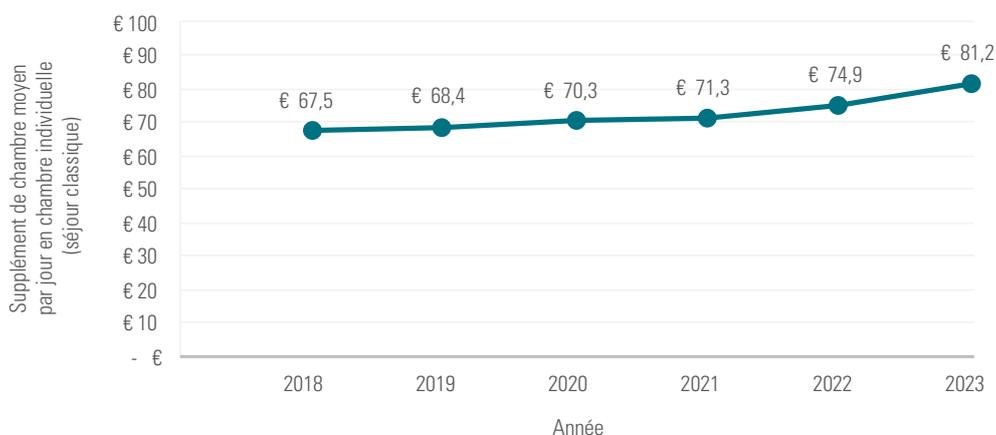


Figure 2: Évolution 2018-2023 du tarif moyen du supplément de chambre (en euros, par jour) pour une hospitalisation classique en chambre individuelle (Source: L'Agence InterMutualiste, 2024)



3. Suppléments sur les honoraires médicaux remboursables

Les suppléments sur les honoraires médicaux remboursables représentent les deux tiers (66%) de tous les suppléments et montants non remboursables facturés au ou à la patient-e et près de la moitié (46%) des contributions personnelles lors d'un séjour à l'hôpital. Sur le montant total des suppléments d'honoraires médicaux s'élevant à **697 millions d'euros en 2023**, 571 millions d'euros (82%) concernent les admissions classiques et 125 millions d'euros (18%) les admissions de jour.

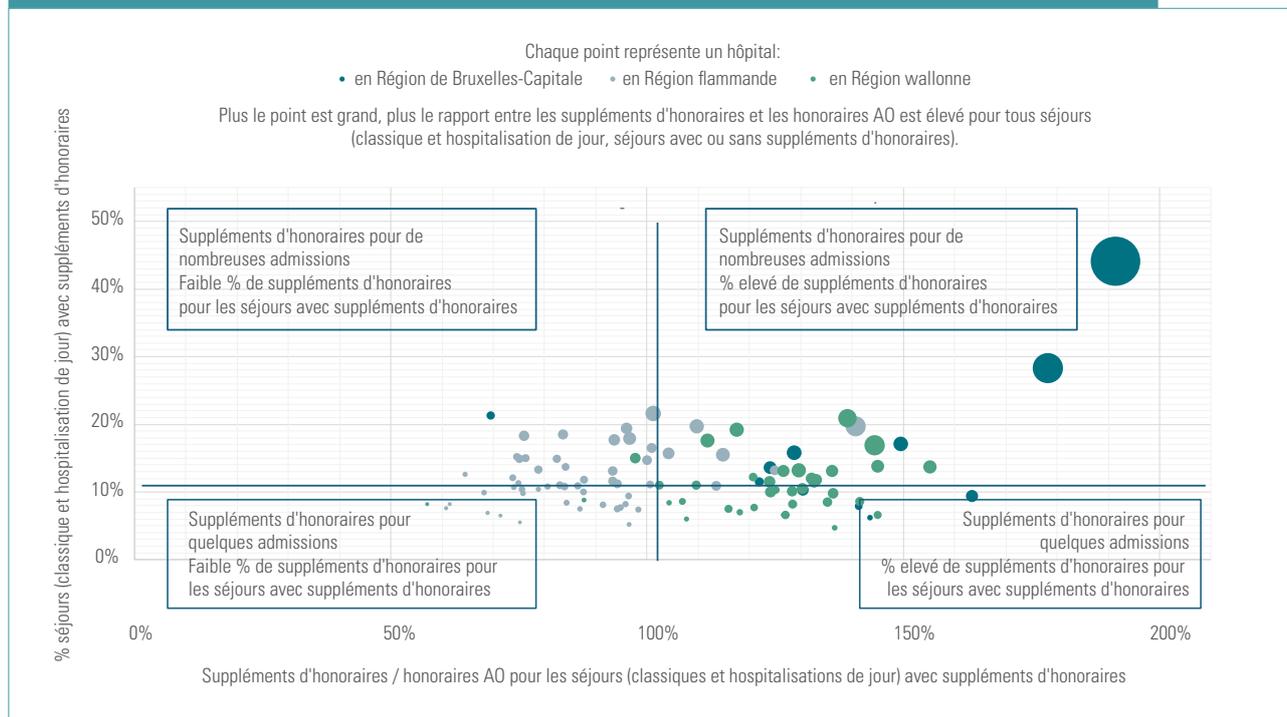
En valeur absolue, le montant total des suppléments d'honoraires médicaux dans les hospitalisations en 2023 **est supérieur de 81 millions d'euros à celui de 2022 (+13,1% par rapport à 2022** (+63 millions d'euros dans les hospitalisations classiques, +16 millions d'euros dans les hospitalisations de jour). **Ces suppléments croient plus fortement que des honoraires AO (dépenses à charge de l'AO + tickets modérateurs) dans les hospitalisations (+8,7% ; 3,7 milliards d'euros en 2023, tous types de chambres et d'admissions confondus).** Pour les admissions classiques en particulier, la croissance des suppléments d'honoraires par rapport à 2022 (+12,5%) est nettement plus élevée que celle des honoraires AO (+5,4%). Tous types de chambres et d'hospitalisations confondus, le rapport entre les suppléments d'honoraires et les honoraires AO augmente d'année en année (18,2% en 2015 ; 19,6% en 2017 ; 20,6% en 2019 ; 21,6% en 2023).

En ne considérant que les hospitalisations pour lesquelles des suppléments d'honoraires sont facturés (= 19,9% de séjours classiques et 7,1% de séjours de jour), on constate que le montant total des suppléments d'honoraires comparé à celui des honoraires AO (1) a continué d'augmenter (107,4% en 2023 contre 106,1% en 2022), et (2) est plus élevé dans les hospitalisations de jour que dans les hospitalisations classiques (128,7% dans les hospitalisations de jour ; 103,6% dans les hospitalisations classiques).

Dans 28,5% des admissions de jour pour lesquelles des suppléments d'honoraires ont été facturés en 2023, les **suppléments d'honoraires ont dépassé 1.000 euros. Ces suppléments ont dépassé 3.000 euros par admission dans 13%** (n=44.431) **d'hospitalisation classiques pour lesquelles des suppléments d'honoraires ont été facturés et dans 6% de ces hospitalisation** les suppléments d'honoraires s'élèvent à plus de 10.000 euros (n=2.789).

Les résultats du baromètre hospitalier AIM mis à jour confirment à nouveau qu'il existe **de grandes différences de pratiques entre hôpitaux et entre prestataires de soins de santé** (même au sein d'une même spécialité) dans la proportion de séjours à l'hôpital où des suppléments d'honoraires sont facturés, dans le pourcentage de suppléments d'honoraires appliqué par rapport aux tarifs AO et dans les montants des suppléments d'honoraires (même pour une même intervention au sein d'un même établissement hospitalier). Dans le cas le plus extrême - qui n'est pas représentatif de l'ensemble du secteur - des suppléments d'honoraires (en moyenne très élevés) sont facturés dans plus de 44% des admissions (classique et jour confondus),

Figure 3: Pourcentage d'admissions (classique + jour) avec facturation des suppléments d'honoraires comparé au pourcentage moyen des suppléments d'honoraires par rapport aux tarifs AO pour les admissions avec facturation des suppléments d'honoraires (chambres individuelles), par hôpital, admissions 2023 (Source : Atlas AIM)



ce qui se traduit par la facturation de 95,3 euros supplémentaires pour 100 euros d'honoraires AO facturés dans les admissions (quel que soit le type de chambre). À l'autre extrémité du spectre, on trouve des hôpitaux qui facturent des suppléments d'honoraires dans moins de 5% des admissions, dans lesquels le rapport entre les suppléments d'honoraires et les honoraires AO pour les admissions en chambre individuelle est de 57,1% ou dans lesquels le pourcentage global de suppléments d'honoraires (tous types de chambres et d'admissions confondus) est de 7,5%, ce qui signifie que pour 100 euros d'honoraires AO facturés dans les admissions, nous avons 7,5 euros supplémentaires facturés au-à la patient-e (voir Figure 3).

4. Recommandations des auteurs du baromètre hospitalier AIM

Les principales recommandations issues de cette étude portent sur l'importance d'une **bonne information financière adaptée au-à la patient-e**, le **renforcement de l'ac-**

cessibilité financière et la sécurité tarifaire pour le-la patient-e, et l'amélioration de la transparence.

- Le-la patient-e doit être informé-e à l'avance, correctement et en fonction de ses besoins, du coût de son admission, y compris en montants absolus, avec une différenciation selon le type de chambre et le statut social ;
- La protection contre les factures élevées des patient-es devrait être renforcée, y compris dans les cas de complications ;
- Accessibilité financière doit être améliorée, quel que soit le type de chambre, en cas d'hospitalisation ;
- Il faut évoluer vers un tarif fixe pour le-la patient-e pour certaines procédures ou interventions, afin qu'il-elle sache à l'avance ce qu'il-elle doit payer ;
- Meilleure transparence doit être garantie:
 - Transparence totale sur tous les coûts à charge du-de la patient.e, y compris pour les soins ambulatoires ;
 - Transparence sur les suppléments, les rétrocessions et leur utilisation ;
 - Des informations diagnostiques, qui permettraient d'affiner les analyses.

Conclusion de la Mutualité Chrétienne

Les résultats du baromètre hospitalier AIM publiés en 2024 mettent en évidence une fois de plus que l'accessibilité financière des hospitalisations est sous pression et que les patient-es sont confronté-es à un risque réel des coûts (très) élevés, résultant en partie des suppléments qui leur sont facturés. Le fait que ces contributions personnelles puissent être aussi élevés réduit non seulement la transparence des prix et la sécurité tarifaire mais aussi les efforts de la communauté en matière d'assurance maladie et nuit à son efficacité. Des frais élevés à charge du-de la patient-e pèsent sur l'accessibilité des soins de santé, ils peuvent conduire au report des soins et accroître les inégalités dans l'accès aux soins. Nous sommes face à la médecine à deux vitesses en plein essor car le problème de l'augmentation des suppléments (d'honoraires) n'est clairement pas encore résolu, malgré le *standstill* convenu par et avec les prestataires de soins de santé, mais qui a expiré le 31 décembre 2024. Nous constatons également que d'autres suppléments continuent à augmenter tels que les suppléments de chambre et les honoraires non remboursables. D'autres facteurs, tels que les montants non remboursables et les coûts des matériaux, peuvent également influencer la facture du-de la patient-e, quel que soit son choix de chambre.

Il en ressort également de la comparaison avec d'autres pays qu'en Belgique (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023; OECD Health Statistics, 2022; Gerkens, et al., 2024) :

- (1) les dépenses de santé à charge des patient-es sont élevées ;
- (2) les contributions personnelles pour les soins médicaux par rapport à la consommation totale des ménages est plus élevée que la moyenne de l'UE ;
- (3) la part des dépenses de soins de santé pour les soins intra-muros (qui comprennent entre autres les hôpitaux) et les soins de longue durée (soins avec séjour, incluant les soins de rééducation curatifs, hospitalisation ou non) est élevée ;
- (4) les contributions personnelles pour les hospitalisations classiques sont plus élevées que les moyennes de l'UE-14 et de l'UE-27 ;
- (5) le nombre de lits de soins aigus pour 1.000 habitants est supérieur à la moyenne de l'UE.

La MC soutient pleinement les recommandations de l'étude AIM. Selon elle, ce baromètre hospitalier AIM démontre une fois de plus la nécessité de poursuivre sans délai la réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux (y compris réenrichissement de la nomenclature et le contrôle des suppléments), et même de redéfinir l'ensemble du paysage des soins. Cette réforme doit dépasser les limites de compétences actuelles, en utilisant le **Quintuple Aim** comme guide. En effet, malgré les dépenses publiques très importantes dans le secteur hospitalier, les contributions personnelles pour les hospitalisations restent élevés et imprévisibles pour le ou la patient-e. Cela n'empêche pas, comme le montre l'analyse MAHA (Belfius, 2024), que le secteur hospitalier belge soit financièrement fragile (les coûts d'exploitation augmentent plus que les revenus), et qu'il soit confronté à des défis en matière de personnel, comme d'autres secteurs. Les transferts potentiels de coûts ou de risques (financiers) vers le-la patient-e (par exemple vers des postes de coûts actuellement peu réglementés, vers le milieu ambulatoire ou vers d'autres acteurs de l'écosystème des soins) devraient non seulement faire l'objet d'une surveillance étroite et proactive, mais aussi être plafonnés (légalement) s'ils dérivent. Il s'agirait d'un premier pas vers **l'élimination progressive des suppléments d'hospitalisation**, en supprimant également les différences déraisonnables des contributions personnelles du-de la patient.e liées au type de chambre. En effet, la MC-CM estime qu'à l'avenir, **les chambres individuelles devraient devenir la norme dans les admissions hospitalières classiques**, alors qu'il s'agit actuellement de chambres à deux ou plusieurs personnes. D'un point de vue plus général, la MC préconise **des indicateurs de qualité publics pour les soins hospitaliers** afin que les patient-es puissent faire des choix en connaissance de cause. Par ailleurs, il convient d'investir dans la **rééducation, les centres de convalescence et les services de transport adaptés** pour les personnes en perte d'autonomie ou présentant des vulnérabilités particulières afin qu'elles puissent accéder aux services de santé. Après tout, l'accessibilité ne se limite en aucun cas à l'accessibilité financière.

La MC continue sans relâche à fournir de bonnes informations financières à ses membres (y compris via le site web MC <https://www.mc.be/fr/actualites/quel-est-le-cout-dune-hospitalisation>) et à prendre des mesures politiques pour améliorer la sécurité tarifaire, l'accessibilité (financière) des soins hospitaliers et la transparence. Des études futures sont également prévues, notamment sur les soins ambulatoires, où il y aura bientôt plus de transparence sur la contribution personnelle du-de la patient-e (INAMI, 2023) - ce qui faisait défaut - du moins en partie - jusqu'à présent.

Bibliographie

Accord national médico-mutualiste 2022-2023. (MB 8 février 2022).

Belfius. (2024). *Analyse sectorielle MAHA*. Récupéré de <https://www.belfius.be/publicsocial/FR/notre-expertise/nos-etudes/maha/index.aspx>.

Bruyneel, L., Kestens, W., De Wolf, F., Di Zinno, T., Dolphens, M., & Landtmeters, B. (2024). *Baromètre hospitalier AIM - État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient en hôpital général : données 2022*. Bruxelles : AIM.

Direction générale Soins de Santé: Service Financement des hôpitaux. (2022). *Circulaire à l'attention des gestionnaires, directeurs généraux et financiers et médecins en chef des hôpitaux généraux. Réforme du financement de l'hôpital de jour à partir du 1er janvier 2023*. Bruxelles : SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

Dolphens, M., Wantier, M., Rousseau, B., Ghyselen, E., & Landtmeters, B. (2020). Baromètre hospitalier MC 2019. *MC-Informations*, 279, 12-19.

Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024). *KCE Report 376A. Performance du système de santé belge: rapport 2024*. Bruxelles : KCE.

INAMI. (2023). *Médecins: facturation électronique et informations à transmettre aux mutualités pour davantage de transparence*.

INAMI, & Service des Soins de Santé. (2023). *Circulaire aux hôpitaux généraux (CIRC. HOP. 2023/09)*.

Loi de 6 novembre 2023 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé (MB 24.11.2023). *Moniteur belge*, 109991-2.

MC. (2023). *Mémoire MC-CM Fondements pour un meilleur Produit de Bien-être Brut. Elections fédérales, régionales, communales et européennes 2024*. Bruxelles : Mutualités Chrétiennes.

OCDE Health Statistics. (2022). *Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database*.

OCDE, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Belgique: Profils de santé par pays 2023, State of Health in the EU*. Paris : OECD Publishing.

Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2024). *Convention collective 2024 sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions*.

L'Agence InterMutualiste. (2024). *Coûts hospitaliers à la charge du patient*. Récupéré de L'Agence InterMutualiste Site web: <https://aim-ima.be/Couts-hospitaliers-a-la-charge-du?lang=fr>.

L'Agence InterMutualiste. (2025). *IMA Atlas*. Récupéré de IMA Atlas: <https://atlas.aim-ima.be/base-de-donnees/?rw=1&lang=fr>.

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2024). *Chiffres et rapports*. Récupéré de Evolution de BMF 1er juillet par sous-partie et par type budgétaire: <https://www.health.belgium.be/fr/23-evolution-du-bmf-1er-juillet-par-sous-partie-et-par-type-budgetaire>.

Vandenbroucke, F. (2022). *Réforme de l'organisation et de financement des hôpitaux*.