

# SUPPLEMENTS D'HONORAIRES DANS LES SERVICES DE SANTE : INTERDIRE, REGLEMENTER OU LAISSER-FAIRE ?\*

**PAR** PIET CALCOEN<sup>a,b</sup>, WYNAND P.M.M. VAN DE VEN<sup>a</sup> ET PIETER VERLINDEN<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Department of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam

<sup>b</sup> Service juridique et médical, DKV Belgium

## 1. INTRODUCTION

### Définitions

Les suppléments d'honoraires sont une pratique des professionnels de la santé qui consiste à facturer des honoraires supplémentaires en plus du tarif fixé par l'assurance-maladie. Ce tarif peut inclure un ticket modérateur ou une coassurance que le/la patient(e) doit payer.

En Belgique, le terme « ereloonsupplement » (en néerlandais) et « supplément d'honoraires / honoraires supplémentaires » (en français) est utilisé pour des honoraires facturés en plus du tarif officiel établi par l'assurance-maladie de base.

En France, le terme « dépassement d'honoraires » est utilisé et en allemand, c'est « Steigerungssatz ».

Aux États-Unis, le terme « balance billing » est utilisé pour les professionnels de la santé qui facturent les patients plus que ce que l'assureur paie pour leurs services.

Au Canada, « extra billing » est le terme choisi.

Dans plusieurs pays, les suppléments d'honoraires font l'objet d'une controverse. En Belgique, certains partis politiques proposent une interdiction ou une limitation stricte des suppléments d'honoraires, en particulier pour les soins hospitaliers. Ils ont peur que les suppléments d'honoraires compromettent l'accessibilité des groupes à faible revenu aux soins médicaux. En France, en 2012, les suppléments d'honoraires pratiqués par les médecins ont été limité à 250 % en plus des tarifs de la sécurité sociale afin d'arrêter les excès. Au Canada et aux États-Unis, le débat sur les suppléments d'honoraires se poursuit. Au Canada, les opposants aux suppléments d'honoraires pensent que ces derniers vont affaiblir le système de la santé publique du Canada, qui cédera la place à un système à deux vitesses.

\* Les auteurs reconnaissent les commentaires faits par Paul Gross, Jozef Pacolet et le lecteur anonyme.

Poussés par les besoins économiques de la pratique médicale avant la propagation de l'assurance-maladie, les médecins ont appliqué une discrimination des prix en facturant les patients en fonction de leurs moyens supposés. L'utilisation des barèmes a persisté jusqu'à ce que l'assurance-maladie uniformise les honoraires (Hall, M.A. et Schneider, C.E., 2008).

L'objectif du présent article est double. Dans un premier temps, nous donnons de nouvelles évaluations détaillées sur les suppléments d'honoraires en Belgique (par ex., le montant total des suppléments d'honoraires, la répartition entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires et entre les différents professionnels de la santé). Dans un deuxième temps, nous citerons et discuterons de plusieurs questions politiques en ce qui concerne les suppléments d'honoraires qui pourraient aider les législateurs dans leurs décisions sur les différentes options politiques telles que « laisser-faire, réglementation ou interdiction ».

## **2. LA PRATIQUE DES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES EN BELGIQUE**

---

### **2.1. CADRE REGLEMENTAIRE POUR LES HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES EN BELGIQUE**

En Belgique, la base juridique concernant la facturation d'honoraires supplémentaires se retrouve dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui stipule que les praticiens peuvent fixer librement leurs honoraires. Le Code de déontologie médicale insiste pour que les médecins restent modérés dans la fixation de leurs honoraires et soient disposés à expliquer à leurs patients pourquoi ils facturent certains honoraires.

Conformément à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, un accord est conclu tous les deux ans entre les syndicats des médecins et les mutualités. Les médecins peuvent choisir d'adhérer à l'accord (médecins « conventionnés ») ou ils peuvent choisir de ne pas du tout y adhérer (« non conventionnés ») ou d'y adhérer partiellement, pour certains jours et heures bien définis (« partiellement conventionnés »). Etre partiellement conventionné n'est possible qu'à l'égard des patients ambulatoires.<sup>1</sup> Les médecins conventionnés obtiennent une cotisation annuelle par l'assurance-maladie obligatoire pour leur pension future (4.506 EUR en 2014).

Invariablement depuis 1964, l'accord bisannuel entre les médecins et les mutualités a énuméré des situations dans lesquelles les médecins conventionnés sont autorisés à s'écarter des tarifs officiels fixés par l'assurance-maladie obligatoire, c'est-à-dire pour les exigences particulières faites par un patient (par ex., une chambre individuelle dans un hôpital ou une consultation tard dans la nuit).

---

(1) Stipulé pour la première fois dans la convention nationale de 2009-2010 entre les médecins et les mutualités.

L'accord permet également aux médecins conventionnés de facturer des honoraires supplémentaires aux ménages dont le revenu imposable dépasse 66.709 EUR par an (chiffre pour 2014). Toutefois, étant donné qu'il est plutôt délicat de demander aux patients une preuve de leur revenu imposable exact, les médecins n'ont, jusqu'à présent, jamais utilisé cette possibilité. Les dentistes ne disposent plus de cette possibilité depuis qu'elle a été supprimée dans l'accord bisannuel entre les dentistes et les mutualités.

Depuis le 1er janvier 2013, les honoraires supplémentaires ont été interdits par le gouvernement belge pour les patients séjournant au minimum une nuit dans des chambres communes ou à deux lits à l'hôpital.<sup>2</sup> Depuis le 27 août 2015, les honoraires supplémentaires sont également interdits pour les admissions en hôpital de jour dans des chambres communes ou à deux lits.

Chaque hôpital doit fixer un pourcentage maximal des honoraires supplémentaires qui peuvent être facturés (un pourcentage du tarif officiel de l'assurance-maladie obligatoire). Aujourd'hui, les pourcentages maximaux des honoraires supplémentaires varient entre 0 % et 300 %. Un seul hôpital (hôpital Saint-Luc à Bruges) a fixé des pourcentages différents pour les médecins non conventionnés (300 %) et conventionnés (100 %). Puisqu'il n'y a pas de limite imposée par la loi, les hôpitaux sont autorisés à fixer le pourcentage maximal des honoraires supplémentaires librement.

Il existe d'importantes différences régionales en ce qui concerne le pourcentage maximal des honoraires supplémentaires facturés. En 2014, les hôpitaux généraux en Flandres ont appliqué, en moyenne, un pourcentage maximal de 118 %, les hôpitaux généraux en Wallonie 195 % et les hôpitaux généraux à Bruxelles 279 %.<sup>3</sup> Dans le même hôpital, on peut également rencontrer des différences entre les spécialistes. Par exemple, à l'hôpital Saint-Augustin à Anvers, certains spécialistes (par ex., les gynécologues) appliquent le maximum de 200 % fixé par l'hôpital, tandis que les autres spécialistes appliquent un maximum de 130 %.

### 2.1.1. Impact des honoraires supplémentaires

Jusqu'au 1er juillet 2014, le formulaire d'admission officiel qu'un patient devait signer lorsqu'il était hospitalisé stipulait que le patient n'avait pas le choix du médecin lors-

(2) Plusieurs associations de médecins ont interjeté appel auprès de la Cour constitutionnelle de Belgique contre l'abolition des honoraires supplémentaires dans des chambres communes ou à deux lits. Dans son jugement du 17 juillet 2014, la Cour a déclaré que la nouvelle loi respectait l'équilibre entre un accès égal aux soins de santé et un revenu équitable pour les médecins (la nouvelle loi permettant aux médecins de continuer à facturer des honoraires supplémentaires dans les chambres individuelles).

(3) Le calcul se base sur le pourcentage maximal des honoraires supplémentaires repris dans le « règlement interne » de chaque hôpital.

qu'il ne souhaitait pas payer d'honoraires supplémentaires. Dans le nouveau formulaire d'admission, défini par l'Arrêté royal du 17 juin 2014, cette phrase a été supprimée. En Belgique, conformément à l'article 6 de la loi relative aux droits du patient, un patient peut librement choisir son médecin. Toutefois, les médecins sont libres de refuser un traitement, à l'exception des traitements urgents (Nys, H., 2001; Vansweevelt, T. et Dewallens, F., 2014). Par conséquent, les patients qui refusent de payer des honoraires supplémentaires risquent de ne pas être traités par le médecin de leur choix.

### 2.1.2. **Transparence**

L'article 8, §2 de la loi relative aux droits du patient stipule que le patient doit être dûment informé des conséquences financières d'une intervention médicale afin qu'il soit en mesure de donner son consentement éclairé. Cela inclut des informations sur les honoraires supplémentaires, ainsi que des informations sur le « statut de convention » du médecin (si le médecin respecte les tarifs officiels fixés par l'assurance-maladie obligatoire ou pas) (Dijkhoffz, W., 2004). Il existe des règles strictes en matière de facturation des honoraires supplémentaires. Chaque hôpital doit donner au patient une liste des honoraires supplémentaires maximaux qui peuvent être facturés (exprimés en pourcentage des tarifs officiels fixés par l'assurance-maladie obligatoire). Le formulaire d'admission que le patient doit signer lui permet de choisir explicitement que des honoraires supplémentaires ne soient pas facturés.

Les règles sont moins strictes en ce qui concerne la facturation des honoraires supplémentaires pour les soins ambulatoires. Les médecins doivent uniquement mettre une affiche dans leur salle d'attente spécifiant leur statut de convention (stipulant s'ils s'en tiennent ou non aux tarifs officiels fixés par l'assurance-maladie obligatoire). Ils ne doivent pas indiquer le niveau des honoraires supplémentaires facturés. Récemment, une nouvelle loi a créé plus de transparence, obligeant les médecins à spécifier, dans certaines circonstances, les suppléments facturés au patient (lors d'une facturation électronique et lors de la facturation simultanée des soins remboursés par la sécurité sociale et les soins non remboursés par la sécurité sociale).<sup>4</sup>

## 2.2. **NOUVEAUX CHIFFRES SUR LES HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES EN BELGIQUE**

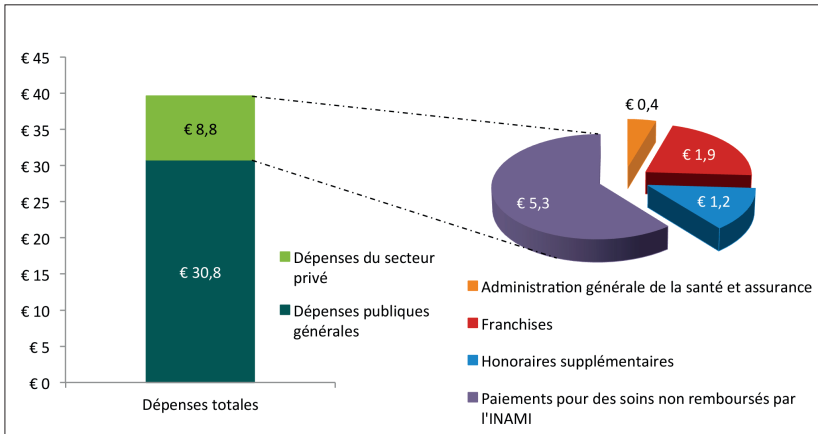
A l'aide des données provenant de « DKV Belgium » (« Deutsche Krankenversicherung Belgium »), le leader sur le marché en matière d'assurance-maladie complémentaire, nous avons été en mesure de calculer des estimations des honoraires supplémentaires pour les soins ambulatoires (cf. notes en bas de page numéro 7 et numéro 8). Pour l'instant, seules des estimations fiables sur les honoraires supplémentaires pour les soins hospitaliers ont été publiées. En associant les estimations

(4) Art. 22-23 loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, *MB*, 17 août 2015.

existantes des soins hospitaliers avec les nouvelles estimations des soins ambulatoires, basées sur les propres calculs des auteurs, il est possible, pour la première fois, de présenter une estimation fiable du montant total des honoraires supplémentaires facturés par les professionnels de la santé.

En 2012, les honoraires supplémentaires étaient de 1,2 milliard EUR sur un total de 8,8 milliards EUR des dépenses privées et 39,6 milliards EUR des dépenses totales en soins de santé. Les honoraires supplémentaires représentaient 14 % des dépenses privées totales en soins de santé, tandis que le ticket modérateur représentait 21 %. Les paiements pour des soins non couverts par l'Institut national d'assurance-maladie-invalidité (INAMI) représentaient la majeure partie des dépenses privées totales (65 %) (cf. figure 1).

**FIGURE 1 : DEPENSES PRIVEES EN SOINS DE SANTE EN BELGIQUE EN 2012 (EN MILLIARDS D'EUR) (STATISTIQUES DE L'OCDE SUR LA SANTE 2015, PROPRES CALCULS DES AUTEURS ; SOURCES : MUTUALITE CHRETIENNE, DKV BELGIUM, INAMI)<sup>5</sup>**



Ces dernières années, les honoraires supplémentaires pour les soins hospitaliers sont sous les projecteurs. Environ 75 % des Belges souscrivent une assurance-maladie complémentaire couvrant les soins hospitaliers (y compris les honoraires supplémentaires). Toutefois, moins de 5 % disposent d'une couverture complémentaire complète pour les soins ambulatoires.

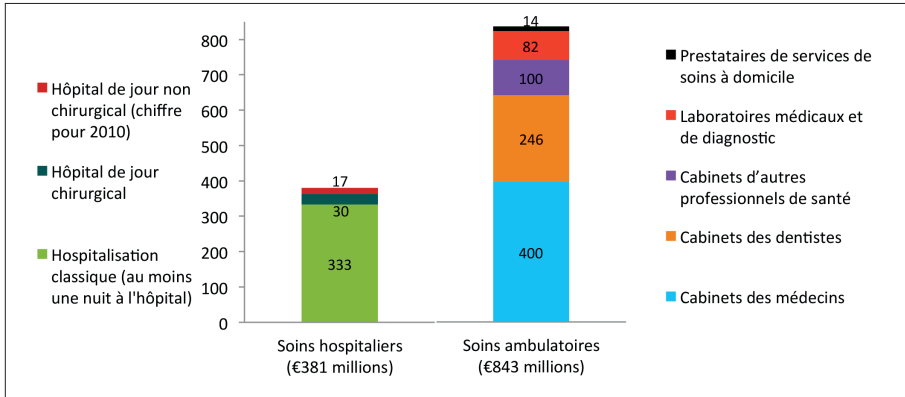
(5) Les montants indiqués sont des estimations, après extrapolation des données de la Mutualité chrétienne (pour les soins hospitaliers) et de DKV Belgium (pour les soins ambulatoires) respectivement.

La figure 2 montre que le montant total des honoraires supplémentaires facturés en Belgique en 2012 est estimé à 1,2 milliard EUR, les soins hospitaliers constituant 31 % du montant total des honoraires supplémentaires et les soins ambulatoires 69 %.

Les médecins et les dentistes sont responsables de la majeure partie des honoraires supplémentaires pour les soins ambulatoires. La dentisterie est particulièrement bien représentée. Pour certains types de soins dentaires, le tarif officiel fixé par l'assurance-maladie de base est plutôt bas, ce qui entraîne d'importants honoraires supplémentaires (par ex., l'orthodontie et la parodontie). Souvent, les dentistes utilisent de nouvelles techniques, dont le coût supplémentaire n'est pas toujours rapidement remboursé par l'assurance-maladie de base. Les honoraires supplémentaires peuvent être utilisés pour financer ces nouvelles techniques. Aujourd'hui, moins de 5 % des Belges souscrivent une assurance complémentaire pour les soins dentaires. Le nombre d'assurés tend à augmenter étant donné que plusieurs mutualités ont récemment commencé à offrir des produits d'assurance complémentaire pour les soins dentaires.

La plupart des honoraires supplémentaires attribués à la catégorie « cabinets d'autres professionnels de santé » sont facturés par les kinésithérapeutes. Les « laboratoires médicaux et de diagnostic » incluent l'imagerie médicale et les centres de biologie clinique. Il est plutôt rare que des honoraires supplémentaires soient facturés par des prestataires de services de soins à domicile.

**FIGURE 2 : HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES EN BELGIQUE EN 2012 (EN MILLIONS D'EUR)(PROPRES CALCULS DES AUTEURS ; SOURCES : MUTUALITE CHRETIENNE<sup>6</sup>, DKV BELGIUM<sup>7,8</sup>, INAMI)**



(6) Pour pouvoir évaluer les honoraires supplémentaires facturés pour les soins hospitaliers, nous avons utilisé l'étude annuelle de la facture hospitalière, publiée par la Mutualité chrétienne. En 2012, la Mutualité chrétienne a couvert 41,6 % de la population belge (source : INAMI). MC, Baromètre de la facture hospitalière, 7 novembre 2013 (chiffres pour 2012) ([http://www.cm.be/binaries/CM-255-NL-9deCM-barometer\\_tcm375-137079.pdf](http://www.cm.be/binaries/CM-255-NL-9deCM-barometer_tcm375-137079.pdf), consulté le 5 octobre 2015).

(7) Pour l'estimation des honoraires supplémentaires facturés pour des soins ambulatoires, nous avons pu utiliser des données de DKV Belgium, le leader sur le marché en matière d'assurance-maladie complémentaire (couvrant 16,4 % de la population belge en 2012). Environ 20 % des remboursements de DKV Belgium se rapportent aux soins ambulatoires (les personnes souscrivant une couverture des soins ambulatoires et les personnes souscrivant une couverture pour les frais pré et post hospitalisation). Nous avons recueilli des informations de 1.432.429 prestations facturées pour des soins ambulatoires auprès de DKV Belgium en 2012, 2013 et 2014 (entre autres, 921.000 actes médicaux concernant des médecins, 118.000 des dentistes et 189.000 des kinésithérapeutes). Nous avons calculé les honoraires supplémentaires comme un pourcentage du remboursement effectué par l'assurance-maladie de base plus le ticket modérateur. Nous avons multiplié ces pourcentages par le remboursement total effectué par l'assurance-maladie de base plus le ticket modérateur pour obtenir des estimations sur les montants totaux des honoraires supplémentaires. Les pourcentages des honoraires supplémentaires représentent une moyenne pondérée d'un certain (sous-)secteur. Chaque (sous-)spécialité a son pourcentage d'honoraires supplémentaires. Pour calculer la moyenne d'un groupe de (sous-)spécialités, le poids de chaque (sous-)spécialité a été pris en compte.

Pour les soins ambulatoires, la classification des prestataires de soins de santé de l'OCDE a été suivie.

(8) Nous sommes conscients du fait qu'il peut y avoir certaines déformations en ce qui concerne les données de DKV Belgium. Les personnes souscrivant une assurance-maladie complémentaire sont peut-être moins sensibles aux prix et les professionnels de la santé, sachant qu'un patient a une assurance complémentaire, peuvent facturer des prix plus élevés. Toutefois, la couverture complémentaire pour les soins ambulatoires n'est pas répandue en Belgique (moins de 5 % de la population). Les prestataires de soins de santé ambulatoires ne prennent généralement pas en compte la possibilité qu'un patient puisse avoir souscrit une couverture complémentaire pour les soins ambulatoires. Nous supposons que l'effet inflatoire de l'assurance-maladie complémentaire sur les honoraires supplémentaires est limité pour autant que les soins ambulatoires soient concernés. Quoiqu'il en soit, il serait judicieux de recommander de considérer les pourcentages des honoraires supplémentaires pour les soins de santé ambulatoires présentés ici comme « limite supérieure », les honoraires supplémentaires réels pouvant être quelque peu inférieurs.

Le tableau 1 donne un aperçu des honoraires supplémentaires exprimés en pourcentage des honoraires totaux perçus.

Dans un hôpital, les honoraires supplémentaires facturés par les médecins représentent 11,4 % des honoraires perçus. Dans un cadre ambulatoire, ce chiffre est de 9,2 % (5,8 % pour les médecins généralistes et 14,8 % pour les spécialistes).

Les dentistes facturent des honoraires supplémentaires conséquents pour les traitements orthodontiques (143,7 %) parce que le remboursement par l'assurance-maladie de base pour ce type de traitement est limité.

**TABLEAU 1 : HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES EXPRIMES EN POURCENTAGE DES TARIFS OFFICIELS, Y COMPRIS LE TICKET MODERATEUR (BELGIQUE, 2012) (PROPRES CALCULS DES AUTEURS ; SOURCE : MC, DKV BELGIUM ET INAMI)<sup>9</sup>**

<b>SOINS HOSPITALIERS</b>			
Médecins travaillant dans les hôpitaux			11,4%
<b>SOINS AMBULATOIRES</b>			
<b>Cabinets des médecins</b>	<b>9,2%</b>	<b>Cabinets des dentistes</b>	<b>24,5%</b>
1. Gynécologie	6,9%	1. Traitements classiques	11,8%
2. Chirurgie	19,4%	2. Traitements prothétiques	46,9%
3. Prestations techniques médicales spéciales	4,6%	3. Traitements orthodontiques	143,7%
4. Consultations et visites	8,9%	4. Traitements parodontaux	27,1%
- Médecins généralistes	5,8%	<b>Cabinets d'autres professionnels de santé</b>	<b>6,6%</b>
Visites	1,6%	1. Logopèdes	0,9%
Consultations	9,0%	2. Bandagistes	28,3%
- Spécialistes (consultations)	14,8%	3. Kinésithérapeutes	5,6%
Cardiologues	9,2%	4. Fournisseurs de matériel orthopédique	15,7%
Dermatologues	16,1%	5. Sages-femmes	19,3%
Gériatres	9,4%	<b>Laboratoires médicaux et de diagnostic</b>	<b>4,4%</b>
Spécialistes en médecine interne	4,7%	1. Biologie clinique	1,6%
Neurologues, psychiatres et neuropsychiatres	7,8%	2. Imagerie médicale	6,1%
Oncologues et hématologues	4,4%	<b>Prestataires de services de soins à domicile</b>	<b>0,8%</b>
Pédiatres	9,6%	1. Infirmiers	0,8%
Autres spécialistes médicaux	21,0%		

(9) Les dépenses privées totales dans les hôpitaux représentent 8,5 % des dépenses totales dans les hôpitaux. Les honoraires supplémentaires totaux représentent 35,6 % des dépenses privées totales dans les hôpitaux.



### **3. QUESTIONS POLITIQUES EN CE QUI CONCERNE LES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES**

#### **3.1. ASSURANCE-MALADIE COMPLEMENTAIRE**

Dans les hôpitaux en Belgique, la majeure partie des honoraires supplémentaires est couverte par l'assurance-maladie complémentaire. Environ 75 % des Belges ont souscrit une couverture complémentaire pour les frais hospitaliers. En raison de ce pourcentage élevé, on dit que l'assurance hospitalisation complémentaire a un effet inflatoire sur les honoraires supplémentaires. Les personnes souscrivant une assurance-maladie complémentaire sont peut-être moins sensibles aux prix et les professionnels de la santé, sachant qu'un patient a une assurance complémentaire, peuvent facturer des prix plus élevés. Il existe, bien entendu, une interaction entre les honoraires supplémentaires et l'assurance-maladie complémentaire, puisque la première assurance-maladie complémentaire - couvrant les frais hospitaliers privés - est arrivée sur le marché en Belgique en 1964, la même année que la création de l'assurance-maladie universelle (créant la possibilité de facturer des honoraires supplémentaires).

Contrairement aux frais hospitaliers, et avec 69 % des honoraires supplémentaires totaux en Belgique facturés pour les soins ambulatoires, il est étonnant de voir que moins de 5 % des Belges ont souscrit une couverture complémentaire pour les frais ambulatoires. Vu que la couverture complémentaire pour les soins ambulatoires n'est pas répandue en Belgique, les prestataires de soins de santé ambulatoires ne prennent généralement pas en compte la possibilité qu'un patient puisse avoir souscrit une couverture complémentaire pour les soins ambulatoires. Par conséquent, pour autant que les soins ambulatoires soient concernés, nous supposons que l'effet inflatoire de l'assurance-maladie complémentaire sur les honoraires supplémentaires est limité.

Les organismes assureurs proposant une assurance-maladie complémentaire essaient de réduire la pression inflatoire sur les prix en adoptant certaines mesures telles que des franchises, une coassurance et des négociations de prix avec les prestataires. En Belgique, les primes d'assurance-maladie complémentaire ne sont pas déductibles fiscalement. Ni pour les contrats de groupe, ni pour les contrats individuels, il n'y a d'incitants fiscaux .

#### **3.2. PATIENTS CONFRONTES A DES PROBLEMES FINANCIERS**

Conformément à l'Enquête de Santé nationale (2013), 26 % des ménages affirment que les dépenses privées en soins de santé sont (très) difficiles à supporter (32 % si la personne de référence a > 75 ans). En 2013, 8 % des ménages belges ont dû reporter des soins médicaux en raison de problèmes financiers (Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé nationale 2013, 2015).

La dette due aux frais de soins de santé privés et la dette due aux frais énergétiques font partie des facteurs de risques les plus importants de sombrer dans la pauvreté en

Belgique (Vranken, J., Campaert, G., Dierckx, D. et Van Haarlem, A., 2009). Le gouvernement a mis en application un certain nombre de mesures spécifiques afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé pour les personnes à faible revenu et à haut risque telles qu'un remboursement préférentiel pour les groupes à faible revenu (« Intervention Majorée ») et des subventions annuelles pour les patients chroniques (par ex., intervention forfaitaire pour des personnes dépendantes incontinentes). En 2001, le système du maximum à facturer (« MAF ») a été mis en place. Cette mesure a amélioré le montant maximum à dépenser, déjà mis en place en 1994 par le mécanisme de franchise sociale et fiscale pour certaines catégories vulnérables, en élargissant le plan à tous les ménages et aux autres types de redevances d'usage. Le MAF garantit que, conformément au revenu net de la famille, un ménage ne doit jamais, en un an, dépenser plus qu'un certain montant pour toutes les « dépenses en soins de santé nécessaires » (Corens, D., 2007). Dès que les dépenses atteignent le plafond défini, le ticket modérateur est couvert en intégralité par l'assurance-maladie obligatoire pour le restant de l'année. Toutefois, seuls les soins remboursés par l'assurance-maladie obligatoire sont pris en compte pour le calcul du MAF. Les honoraires supplémentaires et les frais pour une chambre individuelle dans les hôpitaux, mais également les suppléments pour du matériel médical qui n'est pas remboursé par l'assurance-maladie obligatoire ne sont pas couverts par le système du MAF.

Les patients qui n'ont pas d'assurance-maladie complémentaire doivent payer les honoraires supplémentaires de leur poche. Environ 25 % des Belges ne souscrivent pas d'assurance-maladie complémentaire. Certains d'entre eux choisissent de ne pas en souscrire une parce qu'ils ont suffisamment de ressources financières pour se débrouiller sans assurance. Un plus grand groupe toutefois est soit trop âgé, trop malade ou trop pauvre - ou une combinaison des trois - pour souscrire une couverture complémentaire.

### **3.3. SOINS HOSPITALIERS VERSUS SOINS AMBULATOIRES**

Contrairement à la France où l'assurance-maladie complémentaire offre une large couverture pour les frais hospitaliers et pour les frais ambulatoires, la couverture complémentaire en Belgique est uniquement axée sur les frais hospitaliers (« assurance hospitalisation »). Moins de 5 % des Belges ont souscrit une couverture complémentaire pour les frais ambulatoires. Toutefois, vu que 69 % des honoraires supplémentaires totaux en Belgique sont facturés dans les soins ambulatoires, les honoraires supplémentaires ambulatoires risquent, dans certaines circonstances, de constituer une barrière financière pour les groupes à faible revenu.

Une limitation supplémentaire des honoraires supplémentaires dans les hôpitaux risque d'entraîner une augmentation compensatrice des honoraires supplémentaires ambulatoires. Les médecins peuvent également transférer certaines procédures dans un cadre ambulatoire. Pour l'instant, les suppléments ambulatoires sont à peine réglementés.

### 3.4. AUGMENTATION DES TARIFS DE LA SECURITE SOCIALE ET DES HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES

Les honoraires supplémentaires sont des honoraires facturés en plus du tarif de la sécurité sociale et exprimés en pourcentage de ce tarif. Lorsque le tarif est augmenté, les honoraires supplémentaires font automatiquement de même. Par exemple, lorsqu'un tarif augmente de 1.000 à 1.200 EUR, les honoraires supplémentaires à 200 % s'élèvent à 2.400 EUR au lieu de 2.000 EUR. On affirme parfois qu'en 1964, aux prémices du système d'assurance-maladie belge actuel, les tarifs de la sécurité sociale étaient relativement bas et les médecins pouvaient facturer des suppléments aux patients qui avaient les moyens de payer plus. Par conséquent, certaines personnes considèrent que les suppléments font partie des honoraires habituels des médecins et que les tarifs de la sécurité sociale sont les honoraires des médecins pour les patients socialement défavorisés (Van de Voorde, C. et al.). Bien sûr, cet argument devra être reconsidéré lorsque les tarifs de la sécurité sociale augmenteront et refléteront le prix plein.

En 2013-2015, plusieurs hôpitaux dans la région de Namur ont augmenté leur pourcentage maximal des honoraires supplémentaires, de 100 % à 200 %.<sup>10</sup> Ces augmentations sont certainement inspirées par le désir de s'aligner sur les autres hôpitaux de Wallonie, mais elles ne vont évidemment pas apporter leurs pierres à l'édifice pour la durabilité financière du système des honoraires supplémentaires.

### 3.5. REFORME DU SYSTEME DE FINANCEMENT DES HOPITAUX

Le gouvernement fédéral belge a décidé de réformer le système de financement des hôpitaux. Le 26 septembre 2014, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé belge a publié un rapport détaillé sur la réforme (Van de Voorde, C. et al.). Pour les besoins de ce rapport, le Centre a intensivement consulté tous les stakeholders.

Certains stakeholders soutiennent que les suppléments ont déjà été fortement limités ces dernières années. Ils pensent qu'une réglementation plus poussée pourrait encourager le transfert des médecins dans les hôpitaux vers des pratiques privées, ce qui entraînerait un système de soins de santé à deux vitesses. Un autre groupe de stakeholders craint que les honoraires supplémentaires dans les chambres individuelles augmentent davantage. Ils suggèrent de limiter les honoraires supplémentaires. Certains stakeholders proposent d'interdire la facturation d'honoraires supplémentaires. D'autres suggèrent de limiter les honoraires supplémentaires à un pourcentage maximal.

(10) Par exemple, le Centre Hospitalier Régional Sambre et Meuse, la Clinique Maternité Sainte-Elisabeth, la Clinique Saint-Luc et le Centre Hospitalier Universitaire Dinant-Godinne.

Certains stakeholders trouvent qu'il est étrange et inacceptable de facturer des honoraires supplémentaires pour les chambres individuelles dans les hôpitaux, puisque différents prix sont facturés pour les mêmes soins.

La conclusion du rapport est que les stakeholders ont des opinions très divergentes sur la restriction future des honoraires supplémentaires. Pour l'instant, une réforme du système des honoraires supplémentaires semble être « hors sujet ».

### 3.6. REVENU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Pour certains groupes de médecins indépendants en Belgique et en France offrant des soins hospitaliers, les suppléments d'honoraires constituent une partie importante de leur revenu (cf. tableau 2). Les suppléments d'honoraires représentent respectivement 35 % et 32 % du revenu total des chirurgiens belges et français. Dans les soins ambulatoires en Belgique, 9,2 % du revenu total de tous les médecins est perçu grâce aux suppléments d'honoraires.

**TABEAU 2.** REPARTITION DES HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES DANS LE REVENU DES MEDICINS HOSPITALIERS EN FRANCE ET EN BELGIQUE EN 2010 (DREES 2012 [FR] ET SWARTENBROEKX, N., OBYN, C., GUILLAUME, P., LONA, M. ET CLEEMPUT, I. [BE])

	France	Belgique
Spécialisation	% du revenu brut	% du revenu brut
Stomatologie	45,6 %	15,9 %
Chirurgie	31,9 %	34,7 %
Gynécologie	29,5 %	34,9 %
Ophthalmologie	25,3 %	10,1 %
Oto-rhino-laryngologie	20,8 %	12,3 %
Anesthésie	16,7 %	31,5 %
Pédiatrie	16,7 %	21,1 %
Psychiatrie	16,6 %	4,2 %
Gastro-entérologie	11,6 %	11,5 %
Radiologie	4,0 %	13,4 %
Cardiologie	4,0 %	15,0 %
Pneumologie	4,0 %	5,8 %

Aux Pays-Bas, la discrimination des prix pratiquée par les médecins a été légalement interdite dans les années 1990. Avant, dans les hôpitaux, des honoraires différents étaient facturés aux membres des mutualités d'une part et aux personnes assurées auprès du privé d'autre part. Dans les années 1960, pour un patient de « première classe » (ayant une assurance privée) qui séjournait dans une chambre individuelle, les honoraires pour un traitement hospitalier facturés par un spécialiste médical pouvaient être décuplés par rapport aux honoraires facturés pour le même traitement à un patient de troisième classe (inscrit dans une mutualité) séjournant en chambre commune. Durant plusieurs décennies de réglementation des honoraires par le gouvernement néerlandais, les différences dans les honoraires ont progressivement convergé vers zéro, sans pour autant réduire significativement le revenu des spécialistes médicaux. En 2012, les spécialistes médicaux néerlandais ont gagné plus que leurs confrères des pays voisins comme la Belgique, le Danemark et l'Allemagne (Kok, L., Lammers, M. et Tempelman, C., 2012).

### 3.7. REVENU POUR LES HOPITAUX

En Belgique, les hôpitaux bénéficient, eux aussi, des honoraires supplémentaires. Dans la plupart des hôpitaux, les médecins doivent céder un certain pourcentage de leurs honoraires supplémentaires à l'hôpital pour l'aider à financer ses frais généraux. Par exemple, des hôpitaux ont récemment augmenté le niveau maximal des honoraires supplémentaires de 100 % à 150 % du tarif officiel pour générer de l'argent pour pouvoir construire de nouvelles infrastructures hospitalières.

Toutefois, les médecins indépendants contribuent plus aux frais généraux de l'hôpital grâce à leurs revenus provenant du remboursement par l'assurance-maladie obligatoire que grâce à leurs revenus provenant des honoraires supplémentaires. En 2010, les médecins ont, dans l'ensemble, donné 41 % de leurs revenus provenant du remboursement par l'assurance-maladie obligatoire au financement des hôpitaux (Belfius, 2011). Le revenu provenant des honoraires supplémentaires a contribué à un pourcentage variable, mais considérablement inférieur. Par exemple, tandis que 31 % du revenu des gynécologues généré par le remboursement par l'assurance-maladie de base sont transférés à l'hôpital, seuls 15 % de leur revenu provenant des honoraires supplémentaires vont à l'hôpital (Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M. et Cleemput, I.).

L'Hôpital universitaire d'Anvers explique sur son site internet comment sont utilisés les bénéfices des honoraires supplémentaires. Les honoraires supplémentaires ne constituent pas une source de revenu pour les médecins travaillant dans des hôpitaux universitaires en Belgique puisque ces médecins ne sont pas indépendants, mais ont un salaire fixe. Les bénéfices des honoraires supplémentaires sont utilisés « pour financer de nouvelles techniques médicales qui ne sont pas encore remboursées par

le gouvernement, pour maintenir l'équilibre du budget de l'hôpital et pour financer les revues professionnelles, les formations à l'étranger et les équipements spéciaux des médecins » (UZA).

### **3.8. COMPETITION ENTRE LES HOPITAUX ET LES MEDECINS**

Si un hôpital veut attirer un médecin réputé, lui donnant la possibilité de facturer des honoraires supplémentaires conséquents, cela peut constituer un élément important pour convaincre le médecin de changer d'hôpital. Par conséquent, les pourcentages des honoraires supplémentaires tendent à évoluer vers le même niveau au sein d'une même région ou ville. La plupart des hôpitaux à Bruxelles appliquent un pourcentage maximal de 300 % des tarifs officiels pour les honoraires supplémentaires. Au cours des dernières années, tous les hôpitaux à Anvers ont augmenté le niveau maximal des honoraires supplémentaires à 200 %.

Toutefois, ce mécanisme a un effet inflatoire sur les honoraires supplémentaires et sur les primes de l'assurance-maladie complémentaire couvrant ces honoraires supplémentaires. Autre problème : la plupart du temps, c'est l'hôpital et non le médecin qui facture les honoraires supplémentaires, ne laissant pas droit au médecin de les évaluer lui-même, ce qui fait que les hôpitaux facturent presque toujours - pour chaque patient - le pourcentage maximal.

### **3.9. CONFORT SUPPLEMENTAIRE POUR LES PATIENTS**

Les patients qui sont disposés à payer un supplément peuvent se voir offrir des heures de consultation convenables et des chambres individuelles confortables dans les hôpitaux. En Belgique, un médecin généraliste peut facturer des honoraires supplémentaires pour les exigences particulières faites par le patient, par exemple : consultations à domicile la nuit ou pendant le week-end lorsque le médecin n'est pas de garde, des consultations après 21h ou pendant le week-end, explicitement demandées par le patient. Toutefois, est-ce qu'une chambre individuelle dans un hôpital représente encore un « luxe » à une époque où les chambres individuelles sont devenues la norme dans le reste de l'économie ? Imaginez que le réceptionniste d'un hôtel vous demande si vous préférez une chambre individuelle ou une chambre à partager avec un étranger. Quoi qu'il en soit, si on peut comprendre qu'un patient doive payer un supplément à l'hôpital pour pouvoir bénéficier d'une chambre individuelle luxueuse, il reste difficile à comprendre pourquoi il doit payer un supplément au médecin pour séjourner dans une chambre individuelle.

### **3.10. TEMPS D'ATTENTE**

Vu que les professionnels de la santé peuvent augmenter leur revenu en appliquant des suppléments d'honoraires, ils peuvent être incité à offrir plus d'heures de consultation. Cela permettrait d'éviter ou de diminuer les listes d'attente.

En Allemagne, les patients sont couverts soit par l'assurance-maladie statutaire (AMS) soit par l'assurance-maladie privée (AMP). En raison d'un remboursement des médecins plus élevés de 25 %-35 % pour les patients qui ont souscrit une AMP, il est allégué que les patients qui ont souscrit une AMS sont confrontés à des temps d'attente plus longs lorsqu'ils veulent obtenir des rendez-vous pour des soins ambulatoires. Lungen et al. ont montré que les patients souscrivant une AMS sont confrontés à des temps d'attente pour un rendez-vous qui sont 3,08 fois plus longs que les patients souscrivant une AMP (Lungen, M. et al., 2008). D'autres études confirment leurs découvertes (Roll, K., Stargardt, T. et Schreyögg, J., 2012; Farnworth, M.G., 2003). Les pays qui sont confrontés à des listes d'attente ont développé toute une série de solutions pour résorber ce problème. En Espagne, des primes pour les spécialistes qui ont réussi à réduire les temps d'attente (des primes qui constituent deux à trois pour cent de leur salaire) ont en quelque sorte contribué à réduire durablement les temps d'attente (Siciliani, L. et Hurst, J., 2005). Aux Pays-Bas, les suppléments d'honoraires sont interdits.<sup>11</sup> Toutefois, l'instance régulatrice néerlandaise a déclaré qu'à l'avenir, il y aurait une solution intermédiaire et qu'il serait possible de payer un supplément à un médecin pour obtenir un traitement plus rapide, tant que d'autres patients ne sont pas écartés (Nederlandse Zorgautoriteit, 2009).

### 3.11. ACCESSIBILITE DES SOINS

Dans les services de santé, le terme « équité » est souvent utilisé dans le sens que chaque personne doit avoir accès aux soins de santé en fonction du besoin et non de la capacité à payer (Richards, M., 2008). Selon Weale et Clark, le principe d'équité signifie que tout le monde doit avoir accès à des soins complets de haute qualité sans barrières financières les empêchant d'y accéder (Weale, A. and Clark, S., 2009).

Il arrive que de nouvelles technologies médicales ne soient disponibles que pour les patients qui sont disposés et capables de payer des honoraires supplémentaires. Les dentistes, par exemple, utilisent de nouvelles techniques, dont le coût supplémentaire n'est pas toujours rapidement remboursé par l'assurance-maladie de base. Les honoraires supplémentaires peuvent être utilisés pour financer ces nouvelles techniques. Il se peut que les patients qui ne sont pas en mesure de payer ces honoraires supplémentaires n'aient pas accès aux nouveaux équipements dentaires qui sont utilisés.

### 3.12. ACCES AUX PROCEDURES LONGUES ET/OU COMPLEXES

Parfois, le tarif officiel fixé par l'assurance-maladie ne répond pas aux attentes des médecins. Lorsque les médecins considèrent que des honoraires pour un certain service sont trop bas, ils peuvent s'abstenir de proposer ce service. Des listes d'attente

(11) Cf. art. 35, par. 1, loi sur la concurrence.

peuvent en découler ou des alternatives mieux rémunérées peuvent être proposées aux patients. Lorsque deux procédures différentes sont disponibles pour le traitement du même problème médical, une procédure longue et complexe (= le meilleur choix) d'un côté et une procédure plus rapide et plus facile de l'autre, les médecins choisissent de proposer la dernière si le remboursement pour la procédure longue et complexe est considérée comme étant (trop) bas. Deux exemples.

La reconstruction mammaire autologue après ablation du sein - une reconstruction par lambeau DIEP - est actuellement remboursée par l'assurance-maladie obligatoire en Belgique à un tarif de 1.527 EUR. Un lambeau DIEP est un type de reconstruction mammaire qui consiste à prélever des vaisseaux sanguins appelés vaisseaux perforants épigastriques inférieurs profonds (DIEP), ainsi que la peau et la graisse qui y sont ligaturées de l'abdomen inférieur et de les transférer à la poitrine pour reconstruire une poitrine après une mastectomie (Blondeel, P.N., 1999). Une étude récente de Damen (Damen, T.H.C., Wei, W., Mureau, M.A.M., Tjong-Joe-Wai, R, Hofer, S.O.P., Essink-Bot, M.L., Hovius, S.E.R. et Polinder, S., 2011) a révélé qu'aux Pays-Bas, le coût total réel pour une reconstruction unilatérale par lambeau DIEP était de 12.848 EUR avec des frais de chirurgie réels s'élevant à 6.346 EUR. Bien que les prix belges et néerlandais pour des services de santé ne divergent généralement pas beaucoup, il peut y avoir un écart important en Belgique entre les honoraires fixés par l'assurance-maladie et les frais réels de la reconstruction par lambeau DIEP, une procédure qui dure plus de 6 heures avec plusieurs chirurgiens. Les chirurgiens plastiques facturent généralement 200 % ou 300 % d'honoraires supplémentaires pour réduire l'écart. Ces honoraires supplémentaires sont généralement remboursés par l'assurance-maladie complémentaire. Environ 75 % de la population belge a souscrit une couverture complémentaire pour les frais hospitaliers. La reconstruction par lambeau DIEP peut être difficilement accessible financièrement pour les patients qui n'ont pas cette couverture.

La chirurgie de Mohs est utilisée pour traiter le cancer de la peau. Pendant l'intervention chirurgicale, après chaque prélèvement de tissu, pendant que le patient attend, le pathologiste examine l'échantillon de tissu afin de vérifier la présence de cellules cancéreuses, et cet examen permet au chirurgien de savoir où prélever la couche de tissu suivante. La chirurgie de Mohs est le traitement de choix pour certains types de cancer de la peau en raison du taux élevé de guérison et de la conservation maximale des couches de tissu (Gloster, H.M., Harris, K.R. et Roenigk, R.K., 1996). L'analyse de la documentation existante sur la chirurgie de Mohs relative à l'ablation chirurgicale confirme que la chirurgie de Mohs est un traitement rentable. Elle coûte moins cher que l'ablation chirurgicale, qui inclut souvent des commissions du centre chirurgical ambulatoire et une procédure de reprise ultérieure (Tierney, E.P. et Hanke, C.W., 2009). En Belgique, le remboursement effectué par l'assurance-maladie obligatoire de la chirurgie pour le cancer de la peau équivaut à 441



EUR (2014). Les honoraires supplémentaires - par ex., 100 % ou 200 % - jouent un rôle important comme incitant pour les dermatologues de choisir effectivement la procédure longue de la chirurgie de Mohs plutôt que la large ablation chirurgicale qui se fait en une fois.

La reconstruction mammaire après un cancer du sein peut être réalisée grâce aux propres tissus de la patiente ou grâce à un implant mammaire. Vu que le remboursement effectué par l'assurance-maladie de base en Belgique d'une reconstruction mammaire par tissus autologues de la patiente est plutôt limité - plutôt qu'une reconstruction par implant - une reconstruction mammaire par implant est plus susceptible d'être choisie puisqu'aucun honoraire supplémentaire ne peut être facturé. C'est la même chose pour la chirurgie de Mohs pour le traitement du cancer de la peau. En l'absence d'honoraires supplémentaires, le chirurgien (et l'hôpital) choisirait la lourde ablation chirurgicale en une fois plutôt que la longue approche de la chirurgie de Mohs qui se fait étape par étape. La différence entre ceux qui ont accès ou non aux (nouvelles) procédures médicales longues et complexes en fonction des honoraires supplémentaires, va à peu près dans la même direction que la différence entre ceux qui ont une couverture complémentaire et ceux qui n'en ont pas.

### **3.13. QUALITE DES SOINS**

Dans une étude théorique, Glazer et McGuire (Glazer, J. et McGuire, T., 1993) ont montré que les limitations sur les suppléments d'honoraires ont un coût puisque les médecins sont incités à réduire la qualité de leurs services. On peut considérer que le médecin fait deux choix pour maximiser son profit, le prix pour les patients qui paient le prix (patients disposés à payer un supplément) et la qualité pour les patients qui ne paient que les honoraires (patients non disposés à payer un supplément). Le choix d'équilibre entre la qualité et le prix que doivent faire les médecins dépend du niveau des honoraires fixés par le régulateur. Lorsque les honoraires sont plutôt bas, aucun patient ne sera pris au prix des honoraires uniquement. Lorsque les honoraires sont plutôt élevés, aucun patient ne sera facturé avec un supplément. Lorsque les honoraires sont fixés dans une fourchette entre les honoraires minimaux, nécessaires pour induire les médecins à prendre des patients qui ne paient que les honoraires, et les honoraires optimaux, suffisamment élevés pour éviter que les patients paient un supplément, certains patients sont servis pour les honoraires, mais la qualité pour les patients qui ne paient que les honoraires est moindre ou égale à la qualité des patients qui paient le prix. Glazer et McGuire soutiennent que la qualité est plus élevée pour les patients qui paient le prix, mais aussi pour ceux qui ne paient pas de supplément lorsque la discrimination de prix est autorisée. La raison est que, lorsque la discrimination est interdite, les médecins ne peuvent rentabiliser qu'en déterminant la qualité. Ils le font en réduisant la qualité et, par conséquent, en économisant sur les frais.

Kifmann et Scheuer ont appliqué les découvertes de Glazer et McGuire au Medicare aux Etats-Unis. Ils ont étudié les effets du « dépassement d'honoraires » (balance billing, en anglais), c'est-à-dire qu'il permet aux médecins de facturer des honoraires aux patients en plus des honoraires payés par Medicare. Contrairement à Glazer et McGuire, ils n'ont pas trouvé qu'autoriser les dépassements d'honoraires est généralement supérieur puisque les dépassements d'honoraires permettent aux médecins d'augmenter leur rentabilité (Kifmann, M. et Scheuer, F., 2011).

Une étude empirique des effets des limitations du Medicare sur les suppléments d'honoraires à la fin des années 1980 et au début des années 1990 a été menée par McKnight. Elle a découvert que ces limitations ont réduit de 9 % les dépenses médicales des bénéficiaires du Medicare. A l'exception d'une chute importante dans le nombre de consultations de suivi par téléphone, son étude a montré peu de preuves d'après lesquelles les médecins ont changé leur comportement en réponse aux limitations des suppléments d'honoraires (McKnight, R., 2007).

Une question importante est de savoir si les suppléments d'honoraires créent une valeur ajoutée au patient. Dans les services de soins de santé, la « valeur » peut être définie comme le résultat en soins de santé obtenu pour l'argent dépensé (« value for money »). Tandis que la plupart des hôpitaux à Bruxelles facturent 300 % d'honoraires supplémentaires, trois fois le tarif officiel, les hôpitaux dans les régions plus rurales facturent 100 %. Est-ce que la valeur offerte dans les hôpitaux bruxellois est en effet deux fois supérieure à la valeur offerte dans les hôpitaux qui sont à 50 ou 100 kilomètres de Bruxelles (le coût de la vie étant à peine légèrement plus élevé à Bruxelles) ?

Dans les années 1990, l'effet du choix d'une chambre individuelle dans un hôpital sur les soins offerts a été analysé pour certains diagnostics (accouchement normal, césarienne, opération de la cataracte, cholécystectomie, spondylodèse, cancer des poumons et infarctus du myocarde). La conclusion était la suivante : excepté la péri-durale lors d'un accouchement qui est plus souvent appliquée aux patientes séjournant dans une chambre individuelle, aucun autre acte médical n'a été réalisé dans des chambres individuelles par rapport aux chambres communes dans les hôpitaux belges (Calcoen, P. et Corremans, B., 1995). Une étude de la littérature de van de Glind et al. (van de Glind, I., de Roode, S. et Goossensen, A., 2007) - qui n'incluait aucune étude sur la situation belge - a constaté que les chambres individuelles ont un effet modéré sur la satisfaction du patient par rapport aux soins, au bruit et à la qualité du sommeil, et l'expérience de l'intimité et de la dignité. Des résultats contradictoires ont été découverts pour les taux d'infection dans les hôpitaux et on n'a trouvé aucune preuve sur les taux de guérison et la sécurité du patient.

**3.14. TRANSPARENCE**

Les suppléments d'honoraires rencontrent des problèmes de transparence. Il arrive que le patient ne sache pas quand des honoraires supplémentaires peuvent être facturés. En Belgique, par exemple, un cadre réglementaire a créé la transparence sur les honoraires supplémentaires pour les soins hospitaliers, mais ce n'est pas le cas pour les soins ambulatoires.

Il y a peu de, voire aucune, transparence en ce qui concerne la valeur ajoutée offerte pour l'argent - supplémentaire - payé. En Allemagne, les honoraires supplémentaires dépassant 130 % du tarif officiel doivent être justifiés (par écrit). En France et en Belgique, cette justification n'est pas obligatoire.

**3.15. DURABILITE FINANCIERE**

Entre 1998 et 2010, dans les hôpitaux belges, la facture totale du patient pour une hospitalisation « classique » (incluant une nuit au minimum) a augmenté de 1,6 % par an tandis que le montant total des honoraires supplémentaires a augmenté de 6,6 % par an (chiffres après ajustage pour l'inflation) (MC, 2011). Le pourcentage des honoraires supplémentaires sur la facture totale pour le patient a augmenté de 20 % à 35 %.

En 2013, 23 % des hospitalisations « classiques » se faisaient dans une chambre individuelle (MC, 2014). Ce pourcentage est susceptible d'augmenter au cours des prochaines années, puisque les nouveaux hôpitaux sont équipés à 50 % de chambres individuelles. Vu qu'une majorité de la population belge a souscrit une assurance-maladie complémentaire couvrant les suppléments dans une chambre individuelle, la demande pour une chambre individuelle dépasse l'offre.

La plupart des honoraires supplémentaires sont couverts par l'assurance-maladie complémentaire. Si les honoraires supplémentaires continuent d'augmenter, les primes d'assurance devront faire de même. A un certain moment, les clients risquent de ne plus accepter de payer des primes d'assurance (toujours) en hausse pour financer des honoraires supplémentaires (toujours) en hausse.

**4. INTERDIRE, REGLEMENTER OU LAISSER-FAIRE ?**

Comment peut-on expliquer le fait que les suppléments d'honoraires survivent à l'uniformisation des honoraires motivée par l'assurance-maladie (universelle) ? Lors de l'étude des méthodes de paiement utilisées dans les programmes de soins de santé publics dans le monde entier, Marmor et Thomas ont découvert que les méthodes pour payer les médecins sont incroyablement variées, mais partagent une ressemblance extrêmement proche de ce à quoi ont été habitués les médecins avant le début des programmes (Marmor, T.R. et Thomas, D., 1972). Le système des honoraires supplémentaires qui permet aux médecins de facturer plus aux patients plus aisés

est en effet le prolongement de l'ancienne pratique des médecins qui utilisaient des barèmes en fonction du revenu du patient.

La pratique des suppléments d'honoraires peut être interdite (par ex., aux Pays-Bas) ou (presque) complètement laissée telle quelle (« laisser-faire ») (par ex., en Belgique et en France). Il est possible de trouver un compromis entre les deux en optant pour un continuum de réglementation plus ou moins restrictive.

#### **4.1. EST-CE QU'UNE INTERDICTION DES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES EST REALISABLE ?**

Un argument qui est souvent avancé dans le débat sur les suppléments d'honoraires est que les tarifs officiels sont trop bas et doivent être compensés par la possibilité de facturer des honoraires supplémentaires. Suite à ce raisonnement, une option serait d'augmenter les tarifs officiels afin d'atteindre le montant des tarifs officiels plus les honoraires supplémentaires. A cette fin, 1,2 milliard EUR devraient être transférés des honoraires supplémentaires aux tarifs officiels en Belgique. Une augmentation de 4 % des dépenses publiques en soins de santé pourrait couvrir ce transfert.

Une interdiction complète des honoraires supplémentaires mènerait à un système à deux vitesses se composant d'un système public d'un côté et d'un système privé de l'autre, dont des pratiques privées uniquement accessibles aux personnes disposées à payer le prix plein de leur poche (ou via une assurance-maladie complémentaire). Toutefois, le succès de ces pratiques privées dépendrait fortement du fonctionnement du secteur public. En l'absence de listes d'attentes et d'inquiétudes concernant la qualité offerte dans le secteur public, les pratiques privées pourraient ne pas rencontrer beaucoup de succès (Flood, C., 2006).

#### **4.2. DU LAISSER-FAIRE A UN SYSTEME PLUS REGLEMENTE POUR LES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES ?**

D'après la section précédente, il est clair que les suppléments d'honoraires comportent quelques inconvénients. Les suppléments d'honoraires peuvent avoir un impact sur l'accès aux nouvelles techniques médicales et sur l'accès aux procédures longues et complexes. Ils ont un impact sur les temps d'attente. Il existe un manque de transparence en ce qui concerne les honoraires supplémentaires facturés et en ce qui concerne la valeur ajoutée offerte pour le supplément payé. Il existe également une forte interaction entre les suppléments d'honoraires et l'assurance-maladie complémentaire. Les 10-20 dernières années, nous avons constaté une nette augmentation des honoraires supplémentaires facturés dans des pays comme la Belgique et la France. Une autre augmentation pourrait compromettre la durabilité financière du système des suppléments d'honoraires.

La réglementation pourrait offrir une solution aux problèmes soulevés, c'est-à-dire un accès égal aux soins de santé, la transparence et la durabilité financière :

- limiter les honoraires supplémentaires à une limite maximale (cf. Allemagne et France<sup>12</sup> : 250 % des tarifs officiels) ;
- encourager les médecins à utiliser un barème lors de la facturation des honoraires supplémentaires (selon le degré de difficulté et le temps nécessaire) ;
- faire en sorte que ce soient les médecins et non les administrations hospitalières qui décident des honoraires supplémentaires facturés dans les hôpitaux ;
- informer les patients sur les honoraires supplémentaires facturés, également pour les soins ambulatoires ;
- appliquer la pratique allemande d'une justification écrite pourrait être envisagé pour les honoraires supplémentaires dépassant une certaine limite<sup>13</sup> ;
- s'assurer que les options de traitement sont tout autant accessibles pour les patients qui ne sont pas en mesure de payer des honoraires supplémentaires (cf. reconstruction mammaire par tissus autologues, la chirurgie de Mohs).

Les changements dans la réglementation devront être soutenus par les professionnels de la santé. En tant que producteurs d'un service essentiel dans les pays industrialisés, et un service pour lequel les gouvernements peuvent rarement offrir des substituts à court terme, les professionnels de la santé ont les ressources politiques prédominantes pour influencer les décisions en ce qui concerne les méthodes de paiement (Marmor, T.R. et Thomas, D., 1972).

Il est peu probable que les professionnels de la santé soutiennent un changement radical dans la réglementation des honoraires supplémentaires (comme une interdiction des suppléments d'honoraires), à moins qu'il y ait une compensation (par ex., sous la forme d'une augmentation dans le financement public).

La volonté des patients de payer des honoraires supplémentaires devrait normalement dépendre de la valeur qu'ils obtiennent grâce au supplément payé (« value for money »). Les honoraires supplémentaires permettent d'acheter du confort, par ex. une chambre individuelle dans un hôpital ou une consultation à une heure pratique, éventuellement une diminution du temps d'attente et l'accès à des médecins

(12) Le 23 octobre 2012, les syndicats des médecins et l'assurance-maladie ont convenu d'une limite pour les honoraires supplémentaires de 2,5 fois les tarifs officiels fixés par l'assurance-maladie obligatoire. Avant, les pourcentages des honoraires supplémentaires pouvaient s'élever à 400 % ou 500 %.

(13) Pour les services personnels, selon le degré de difficulté et le temps nécessaire, les patients privés peuvent être facturés jusqu'à 130 % en plus du tarif officiel. Pour les services techniques, les honoraires supplémentaires sont limités à 80 % et 15 % est la limite pour les tests en laboratoire. Lorsque le problème médical est particulièrement long et difficile, les honoraires supplémentaires peuvent atteindre 250 % pour les services personnels, 150 % pour les services techniques et 30 % pour les tests en laboratoire. Ces honoraires supplémentaires plus élevés doivent être justifiés par écrit. Ces limites peuvent être dépassées exceptionnellement à condition qu'un contrat écrit soit conclu avec le patient (« Honorarvereinbarung »). (Verband der privaten Krankenversicherung. PKV-Info. *Die Gebührenordnung für Ärzte, ein kleiner Leitfaden*. Cf. [http://www.dkv.com/downloads/die\\_gebuehrenordnung\\_fuer\\_aerzte\\_ein\\_kleiner\\_leitfaden.pdf](http://www.dkv.com/downloads/die_gebuehrenordnung_fuer_aerzte_ein_kleiner_leitfaden.pdf), consulté le 7 octobre 2015)

réputés. Les patients qui paient des honoraires supplémentaires peuvent s'attendre à une meilleure qualité offerte. Toutefois, dans la mesure où les patients ne peuvent pas juger de la qualité des services, l'efficacité des suppléments d'honoraires peut être remise en question (Kifmann, M. et Scheuer, F., 2011). En attendant, la volonté de payer des honoraires supplémentaires pour des services de confort, tels que des temps d'attente plus courts pour les traitements qui ne sont pas urgents, pourrait être considérée comme une conséquence du droit à l'« autonomie », à savoir le droit des gens de dépenser leur argent comme ils veulent.

## 5. CONCLUSION

---

Les suppléments d'honoraires peuvent être traités de trois manières : interdiction, réglementation ou laisser-faire.

Aux Pays-Bas, les suppléments d'honoraires ont été complètement interdits. Le Medicare aux Etats-Unis<sup>14</sup> et les organismes d'assurance privés en Allemagne ont réglementé et limité les suppléments d'honoraires. En Belgique et en France, les professionnels de la santé sont largement libres de facturer des honoraires supplémentaires.

La réglementation se trouve sur un continuum entre une interdiction totale et une liberté totale. Aux Pays-Bas, par exemple, la réglementation a finalement mené à une interdiction des suppléments d'honoraires. Récemment, en Belgique (une interdiction sur les honoraires supplémentaires dans les chambres communes des hôpitaux) et en France (une limitation des honoraires supplémentaires à 250 % des tarifs officiels), on a introduit de nouvelles règles pour essayer de contrôler certains effets négatifs des suppléments d'honoraires.

Les gouvernements peuvent imposer plus de réglementation. Les professionnels de la santé et les payeurs peuvent conclure des accords pour volontairement limiter les suppléments d'honoraires. Créer plus de transparence sur la pratique des suppléments d'honoraires et la valeur créée pour le supplément payé pourrait également avoir un effet autorégulateur.

Si les suppléments d'honoraires venaient à être limités ou interdits, il faudra porter une attention particulière à l'effet sur le confort des patients (par ex., listes d'attente) et le revenu des professionnels de la santé (et des hôpitaux).

---

(14) Les honoraires fixés par Medicare pour les médecins qui ne sont pas inscrits dans le programme des prestataires participants représentent 95 % des honoraires fixés pour les médecins participants. Les frais totaux facturés pour les médecins non-participants ont été limités à 115 % des honoraires fixés par Medicare. Puisque les honoraires pour les médecins non-participants sont de 95 % des honoraires des participants, les médecins non-participants sont effectivement autorisés à réclamer à leurs patients un supplément d'à peine 9,25 % au-delà des honoraires des médecins participants au Medicare depuis 1993 ( $9,25 = [95 * 1,15 - 100] / 100$ ). (McKnight R. Medicare balance billing restrictions: impacts on physicians and beneficiaries, *J Health Econ.*, 26, pp. 326-341, 2007.)

**BIBLIOGRAPHIE**

Belfius, Model for automatic hospital analyses, 2011. Cf. <https://www.belfius.be/nocms/maha/persbericht.pdf>, consulté le 7 octobre 2015.

Blondeel, P.N., One hundred free DIEP flap breast reconstructions: a personal experience, *British Journal of Plastic Surgery*, 52(2), pp. 104-111, 1999.

Calcoen, P. et Corremans, B., Honorariumsupplementen van artsen bij opname in een ziekenhuis, *Rechtskundig Weekblad*, 59, pp. 377-389, 1995.

CM, Zevende barometer van de ziekenhuisfactuur, 1er décembre 2011. Cf. <http://www.cm.be/actueel/onderzoeken/index.jsp>, consulté le 7 octobre 2015.

Corens, D., Health system review: Belgium, *Health Systems in Transition*, 9(2), pp. 1-172, 2007.

Damen, T.H.C., Wei, W., Mureau, M.A.M., Tjong-Joe-Wai, R., Hofer, S.O.P., Es-sink-Bot, M.L., Hovius, S.E.R. et Polinder, S., Medium-term cost analysis of breast reconstructions in a single Dutch centre: a comparison of implants, implants preceded by tissue expansion, LD transpositions and DIEP flaps, *Journal of Plastic Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64(8), pp. 1043-1053, 2011.

Dijkhoffz, W., Het recht op informatie en geïnformeerde toestemming, *T. Gez. / Rev. dr. Santé*, 111, 2003-2004.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Comptes nationaux de la santé 2011*, Paris, 2012. Cf. <http://www.drees.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2011,11024.html>, consulté le 7 octobre 2015.

Farnworth, M.G., A game theoretic model of the relationship between prices and waiting times, *J Health Econ*, 22(1), pp. 47-60, 2003.

Flood, C., Chaouilli's legacy for the future of Canadian health care policy, *Osgoode Hall Law Journal*, 44, pp. 273-310, 2006.

Glazer, J. et McGuire, T., Should physicians be permitted to 'balance bill' patients?, *J Health Econ*, 11, pp. 239-258, 1993.

Gloster, H.M., Harris, K.R. et Roenigk, R.K., A comparison between Mosh micrographic surgery and wide surgical excision for the treatment of dermatofibrosarcoma protuberans, *Journal of the American Academy of Dermatology*, 35(1), pp. 82-87, 1996.

Hall, M.A. et Schneider, C.E., Learning from the legal history of billing for medical fees, *J Gen Intern Med.*, 8, pp. 1257-1260, 2008.

Institut Scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé 2013. Cf. <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx>, consulté le 7 octobre 2015.

Kifmann, M. et Scheuer, F., Balance billing: the patients' perspective, *Health Economics Review*, 1, 14, 2011.

Kok, L., Lammers, M. et Tempelman, C., Remuneration of medical specialists. An international comparison, *SEO Economic Research*, Amsterdam, October 4, 2012. Cf. [http://www.seo.nl/uploads/media/2012-77\\_Remuneration\\_of\\_medical\\_specialists.pdf](http://www.seo.nl/uploads/media/2012-77_Remuneration_of_medical_specialists.pdf), consulté le 7 octobre 2015.

Lungen, M. et al., Waiting times for elective treatments according to insurance status: a randomized empirical study in Germany, *International Journal for Equity in Health*, 7, 1, 2008.

Marmor, T.R. et Thomas, D., Doctors, politics and pay disputes, *British Journal of Political Science*, 2, pp.421-442, 1972.

McKnight, R., Medicare balance billing restrictions: impacts on physicians and beneficiaries, *J Health Econ.*, 26, pp. 326-341, 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgbemiddeling, Utrecht, 11 février 2009. Cf. <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2009/02/12/brief-nza-aan-minister-klink.html>, consulté le 7 octobre 2015.

Nys, H., *De rechten van de patiënt. Gids voor patiënten en zorgverleners die in deze Eis-tijd voor een vertrouwensrelatie kiezen*, Louvain, Universitaire Pers Leuven, 2001.

Richards, M., Improving access to medicines for NHS patients: a report to the secretary of state for health, 2008. Cf. [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_089927](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_089927), consulté le 7 octobre 2015.

Roll, K., Stargardt, T. et Schreyögg, J., *Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care. The Geneva papers on risk and insurance – issues and practice*, Londres, Palgrave Macmillan, 37(4), pp. 609-632, 2012.

Siciliani, L. et Hurst, J., Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries, *Health Policy*, Vol. 72, n° 2, pp. 201-215, 2005.



Swartenbroekx, N., Obyn, C., Guillaume, P., Lona, M. et Cleemput, I., *Manual for cost-based pricing of hospital interventions*, Brussels, KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé), KCE Reports 178C.

Tierney, E.P. et Hanke, C.W., Cost effectiveness of Mohs micrographic surgery: review of the literature, *Journal of Drugs in Dermatology*; 8(10), pp. 914-922, 2009.

UZA, Supplementen – Dokter, waarom betalen wij?, *Magazine UZA*, avril 2012, n° 88, 2012. Cf. <http://www.maguza.be/zorg/p/artikel/supplementen-dokter-waarom-betalen-wij>, consulté le 7 octobre 2015.

van de Glind, I., de Roode, S. et Goossensen, A., Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review, *Health Policy*, 84, pp. 153-161, 2007.

Van de Voorde, C. et al., *Conceptual framework for the reform of the Belgian hospital payment system*, Brussels, KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé), Reports 229.

Vansweevelt, T. et Dewallens, F., *Handboek Gezondheidsrecht*, II, Anvers, Intersentia, 317, n° 665, 2014.

Vranken, J., Campaert, G., Dierckx, D. et Van Haarlem, A. (éd.), *Armoede en uitsluiting. Jaarboek 2009*, Louvain, Acco, 2009.

Weale, A. et Clark, S., Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments, *Health Economics Policy and Law*, 5(2), pp. 225-246, 2009.

# TABLE DES MATIERES

## **SUPPLEMENTS D'HONORAIRES DANS LES SERVICES DE SANTE : INTERDIRE, REGLEMENTER OU LAISSER-FAIRE ?**

<b>1.</b>	<b>INTRODUCTION</b>	527
<b>2.</b>	<b>LA PRATIQUE DES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES EN BELGIQUE</b>	528
2.1.	CADRE REGLEMENTAIRE POUR LES HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES EN BELGIQUE .....	528
2.2.	NOUVEAUX CHIFFRES SUR LES HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES EN BELGIQUE ....	530
<b>3.</b>	<b>QUESTIONS POLITIQUES EN CE QUI CONCERNE LES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES</b>	535
3.1.	ASSURANCE-MALADIE COMPLEMENTAIRE .....	535
3.2.	PATIENTS CONFRONTES A DES PROBLEMES FINANCIERS.....	535
3.3.	SOINS HOSPITALIERS VERSUS SOINS AMBULATOIRES .....	536
3.4.	AUGMENTATION DES TARIFS DE LA SECURITE SOCIALE ET DES HONORAIRES SUPPLEMENTAIRES.....	537
3.5.	REFORME DU SYSTEME DE FINANCEMENT DES HOPITAUX.....	537
3.6.	REVENU DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE .....	538
3.7.	REVENU POUR LES HOPITAUX.....	539
3.8.	COMPETITION ENTRE LES HOPITAUX ET LES MEDECINS.....	540
3.9.	CONFORT SUPPLEMENTAIRE POUR LES PATIENTS.....	540
3.10.	TEMPS D'ATTENTE .....	540
3.11.	ACCESSIBILITE DES SOINS .....	541
3.12.	ACCES AUX PROCEDURES LONGUES ET/OU COMPLEXES .....	541
3.13.	QUALITE DES SOINS.....	543
3.14.	TRANSPARENCE.....	545
3.15.	DURABILITE FINANCIERE .....	545
<b>4.</b>	<b>INTERDIRE, REGLEMENTER OU LAISSER-FAIRE ?</b>	545
4.1.	EST-CE QU'UNE INTERDICTION DES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES EST REALISABLE ? .....	546
4.2.	DU LAISSER-FAIRE A UN SYSTEME PLUS REGLEMENTE POUR LES SUPPLEMENTS D'HONORAIRES ? .....	546
<b>5.</b>	<b>CONCLUSION</b>	548
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	549