
Direction générale Soins de santé

CONSEIL FÉDÉRAL DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Réf. : CFEH/D/519-2 (*)

Avis du CFEH

Forfait pour les coûts non couverts par l'assurance maladie

Avis faisant suite à la demande d'avis du 3 novembre 2020

À transmettre au ministre en même temps que l'avis du groupe de travail mixte sur « l'implication dans des activités médicales inhabituelles ».

Au nom du président,

Margot Cloet

Annick Poncé,

Directeur général f.f.

(*) Le présent avis a été approuvé par la plénière le 12/11/2020 et ratifié par le Bureau le 17/11/2020

Contexte et principes à prendre en considération

L'avis du CFEH n° 513-2 du 11 juin 2020 prévoyait deux mécanismes de compensation qui n'étaient actuellement pas encore activés : un forfait pour coûts non couverts par le budget 2020 et une évaluation finale 2020.

- Le forfait pour coûts non couverts par le budget 2020 (cf. « forfait d » dans l'avis du 11 juin 2020) pourrait se concrétiser – partiellement – avec le budget supplémentaire de 145 millions d'euros pour 2020, annoncé dans la demande d'avis du 3 novembre 2020.
- L'évaluation finale 2020 semble, comme également indiqué par la précédente Ministre de la Santé, juridiquement compliquée à octroyer, en vue des réglementations sur l'aide d'état en vigueur. Le CFEH peut néanmoins se pencher là-dessus dans un avis ultérieur.

Le CFEH apprécie vivement la volonté du ministre de poursuivre l'extension des compensations financières en réponse à la crise, plus précisément l'intervention partielle dans la perte de recettes provenant d'autres sources que l'assurance maladie (cf. demande d'avis du 3 novembre 2020). Cette intervention financière vient s'ajouter aux mesures déjà prévues dans l'arrêté royal du 30 octobre 2020 fixant les modalités d'octroi d'une intervention financière fédérale exceptionnelle (AR IFFE). Le présent avis analyse la proposition concrète d'un financement forfaitaire partiel de cette intervention.

Principes :

- Objectif = amortir l'impact de la crise Covid-19, pas résoudre le sous-financement.
- Intervention forfaitaire pour couvrir les frais fixes qui continuent (et sont nécessaires pour prendre en charge les patients covid-19 en non-covid-19) et qui ne sont normalement pas financés par l'état.
- En tenir compte avec la réalité par hôpital pour autant que cela soit justifié et équitable parmi les hôpitaux.

Pourquoi

Le CFEH souhaite avant tout souligner l'importance d'une intervention financière supplémentaire pour la perte de recettes provenant d'autres sources que l'assurance maladie. Dans des circonstances normales, ces recettes sont également nécessaires pour garder la tête hors de l'eau.

- La santé financière des hôpitaux généraux est fragile (cf. Maha). En 2018, le résultat courant des hôpitaux généraux s'élevait à 30 millions d'euros, alors que les surcoûts de la crise s'élèvent à eux seuls, pour le 1^{er} semestre 2020 (mars-juin), à environ 200 millions d'euros. Les surcoûts seront financés par le biais des forfaits des surcoûts.
- Les hôpitaux qui ont récemment investi doivent assumer leurs engagements envers les banques. Les hôpitaux qui sont devant de lourds programmes d'investissements doivent s'assurer d'une position de solvabilité correcte sachant qu'une partie de ces investissements est à charge de l'hôpital et qu'ils doivent préfinancer le solde.
- L'impact financier de la crise Covid-19 est certain :
 - Impact direct en termes d'augmentation de certaines dépenses et de réduction de revenus
 - Impact indirect en termes de capacité d'autofinancement générée par l'hôpital => les effets boules de neige ou cercle vicieux : réduction cash flow, réduction capacité emprunt,

réduction capacité à faire face déjà à ses engagements actuels, réduction autofinancement et donc augmentation dette, réduction solvabilité ...

- Le secteur estime que les compensations financières prévues dans un premier temps seront insuffisantes (cf. AR IFFE) : limitées aux surcoûts Covid-19 (par un financement forfaitaire) et aux compensations de pertes de recettes AMI (jusqu'au niveau 2019 indexé 2020) mais donc pas toutes les pertes (p.e. la plupart des recettes non-AMI, la croissance prévue pour 2020 en l'absence de covid-19, ...).
- La durée est incertaine : il y a eu une reprise incomplète des activités en été 2020, mais entre-temps, nous avons entamé une deuxième vague et les hôpitaux sont à nouveau amenés à limiter le nombre d'interventions non-Covid-19.
- Les impacts indirects au moyen et au plus long terme sont incertains :
 - quelle sera la nouvelle organisation de l'hôpital et le coût de cette nouvelle organisation Covid-19 ?
 - le Covid aura-t-il un impact sur le dimensionnement de l'hôpital et son infrastructure ?
 - quel sera l'impact Covid sur l'accélération des investissements dans le digital et comment seront financés ces investissements ?

Il est donc nécessaire de donner aux hôpitaux une compensation la plus complète possible pour couvrir les coûts fixes et ce non seulement pour 2020, mais aussi pour les années à venir afin de ne pas mettre en péril le futur des hôpitaux :

- donner une perspective claire et lisible, permettant aux hôpitaux de maintenir leur accès au marché des capitaux
- donner une pérennité au financement structurel du secteur
- éviter tout risque systémique en abandonnant l'un ou l'autre hôpital au bord de la route
- Sans avoir l'ambition de réformer fondamentalement le financement des hôpitaux par le biais des compensations Covid-19 - et donc en tenant compte des sources de financement actuelles en dehors de l'assurance maladie (par exemple, les suppléments d'honoraires) - ni d'éliminer structurellement les déséquilibres existants (par exemple, résoudre le sous-financement). Nous manquons actuellement de temps pour discuter d'une réforme en profondeur.

Période d'octroi de l'intervention Covid-19

L'AR IFFE actuel ne prévoit aucune intervention financière pour la perte de recettes en dehors de l'assurance maladie, à l'exception du BFM (y compris le ticket modérateur et les patients non-OA) et du forfait pour les médicaments (y compris le ticket modérateur). Le CFEH propose d'intégrer cette intervention dans une adaptation de l'arrêté royal et de l'octroyer ensuite le plus rapidement possible, pour toute la période à partir du début de la crise, c'est-à-dire à partir de mars 2020.

Le CFEH recommande en outre que l'AR IFFE ne s'applique pas uniquement au premier semestre 2020 (avec des patients Covid-19 à partir de mars), mais que les compensations s'étendent également à tout le second semestre 2020. Bien que le plan d'urgence hospitalier n'ait été réactivé qu'au mois d'octobre, le CFEH constate de grandes différences régionales malgré une reprise de l'activité durant l'été, et souligne également que depuis juin, une capacité minimale devait être réservée à la prise en charge des patients Covid-19 dans chaque hôpital.

Le système de compensation IFFE est élaboré de telle sorte qu'il tient compte des différences régionales et octroie les compensations justifiées en fonction de l'impact de la crise sur chaque hôpital

individuel : les institutions les plus touchées recevront une intervention financière qui sera proportionnellement plus élevée. C'est la raison pour laquelle le CFEH propose de décider rapidement de prévoir le système IFFE de manière structurelle, afin que celui-ci puisse également être d'application en 2021 ; en effet, nous nous attendons malheureusement à ce que la crise Covid-19 ne soit pas encore terminée, et certainement pas au premier semestre 2021.

Proposition de financement forfaitaire

Le CFEH propose que l'intervention partielle dans la perte de recettes provenant d'autres sources que l'assurance maladie repose sur trois piliers, par ordre de priorité. Cette construction sur trois piliers est principalement basée sur les chiffres mis à disposition par l'INAMI, à savoir les données du service RDQ et celles de l'actuariat.

Forfait non couvert par l'assurance maladie		
Pilier 1 Non remboursé (patients OA) > 1A - cf. AR IFFE > 1B - autres	Pilier 2 Patients non-OA	Pilier 3 « Extra charge » (suppléments)

1. **Pilier 1 = garantie des interventions personnelles des patients OA, qui sont strictement réglementées par le biais de l'assurance maladie et ne dépendent pas de la politique de l'hôpital**

Il s'agit des frais à charge des patients, dont l'autorité (e.a. l'INAMI) a déterminé le montant exact. Ces éléments sont objectifs et définis, et ne dépendent donc pas des dispositions spécifiquement prises au sein de l'hôpital, mais de l'application des règles communes à l'ensemble du secteur. P. ex. les tickets modérateurs, les marges de délivrance, ... Ces montants sont repris sous le dénominateur « **not reimbursed** » et concernent **exclusivement les patients OA**.

Ce pilier est surtout basé sur le principe de « l'accessoire qui suit le principal », où le principal correspond aux soins remboursés. Les admissions au cours desquelles aucune prestation remboursée n'est réalisée, sont considérées comme « non-OA » (cf. pilier 2 ci-après).

Les tableaux suivants donnent une indication de l'ordre de grandeur des montants pour les hôpitaux généraux (710) et psychiatriques (720), pour 2018 (sur une base annuelle), en hospitalisation classique, hôpital de jour et ambulatoire.

- Remboursé (reimbd) : il s'agit des montants (facturés par le biais de l'hôpital) que l'assurance maladie a remboursés aux hôpitaux (hors partie fixe BMF)
- Non remboursé (not_reimbd) : il s'agit des interventions personnelles des patients comme défini plus haut

En euros	710 – HG			710 Total
	AMB	HOSP (CLASS)	HOSP (ONEDAY)	
reimbd	2.650.251.147,8	4.464.148.306,5	3.056.130.151,4	10.170.529.605,7
not_reimbd	223.259.553,7	517.515.113,4	145.908.441,9	886.683.109,1
% not reimbd / reimbd	8,4%	11,6%	4,8%	8,7%

	720 - HP		720 Total
	AMB	HOSP	
reimbd	6.892.814,80	230.869.278,67	237.762.093,47
not_reimbd	1.057.982,29	40.542.968,01	41.600.950,30
not reimbd / reimbd	15,3%	17,6%	17,5%

Au sein de ce premier pilier, nous faisons une distinction entre les interventions personnelles associées aux compensations déjà prévues dans l'AR IFFE, et les autres montants non remboursés :

- **Pilier 1A** = selon le principe de « l'accessoire qui suit le principal », il s'agit ici de la part personnelle associée aux garanties déjà prévues dans l'AR IFFE, à savoir le ticket modérateur des honoraires remboursés (cf. Doc P, hors implants) et des conventions INAMI.
 - Ce qui n'est pas le cas du ticket modérateur pour le BMF et le forfait « médicaments », à condition que le ticket modérateur soit inclus dans les budgets à garantir. Si ce n'est pas le cas, alors il fait également partie du pilier 1A.

- **Pilier 1B** = autres montants non remboursés pour les patients aussi bien hospitalisés qu'ambulatoires, à savoir :
 - Prestations non remboursables (pas : les produits et services non remboursables)
 - Il s'agit d'une compensation des prestations non remboursables pour les patients OA, qui ont été soignés à l'hôpital pour une prestation remboursable et qui, pendant leur prise en charge, ont également subi une prestation non remboursable. Il semble indiqué de compenser la totalité de la perte de recettes de l'hôpital pour ces soins, c'est-à-dire à la fois la partie couverte par l'AMI, le ticket modérateur et la prestation non remboursée (« l'accessoire suit le principal »).
 - En effet, les prestations non remboursables (il s'agit donc de prestations de soins) facturées aux patients OA ne constituent pas un élément de prix pur et simple, contrairement aux suppléments.
 - Il ne s'agit pas d'une augmentation du prix d'une prestation remboursée, mais d'une prestation médicale effectivement réalisée, en concertation entre le médecin et le patient, dans laquelle l'AMI n'intervient pas. La facturer ou non n'est pas un choix stratégique de l'hôpital.
 - Certains membres sont toutefois d'avis que le système de facturation et les montants facturés pour les honoraires non remboursés varient très fortement d'un hôpital à l'autre (également pour une même intervention) et proposent par conséquent d'inclure les prestations non remboursables dans le pilier 3.

- Marges de délivrance et de sécurité pour les implants et les dispositifs médicaux invasifs (aussi bien remboursés que non remboursés)
- Marge bénéficiaire et ticket modérateur sur les médicaments (à l'exclusion du ticket modérateur pour le forfait « médicaments », qui est inclus dans l'AR IFFE ou dans le pilier 1A)
 - Le raisonnement est que le prix d'achat/remboursement des implants p. ex. ne doit pas être compensé du fait que cela n'engendre aucun coût, mais devrait plutôt l'être pour dédommager la perte des marges 2020 par rapport à 2019 parce que, dans des circonstances normales, celles-ci servent à garder la tête hors de l'eau.

L'intervention est calculée de la même manière que pour la perte de recettes déjà prévue dans l'AR IFFE (facturation réelle 2020 - facturation 2019 indexée), étant entendu que le pourcentage de rétrocession est appliqué aux éléments se rapportant aux honoraires. L'objectif, en effet, est de ne rembourser que la partie de l'hôpital.

Pilier 1A - ticket modérateur associé à l'AR IFFE

La compensation s'appuie sur le montant absolu du ticket modérateur associé aux honoraires et conventions compensés, déterminé pour chaque hôpital i séparément.

Étape 1 : détermination de la perte liée au ticket modérateur (T_{Hi} et T_{Ci}) pour l'hôpital i

- T_{Hi} = montant du ticket modérateur pour les honoraires remboursés avec facturation en 2020 - facturation en 2019, indexation en 2020
 - Si $T_{Hi} \geq 0$, alors le T_{Hi} est mis à zéro
 - Si $T_{Hi} < 0$, étape 2
- T_{Ci} = montant du ticket modérateur pour les conventions avec facturation en 2020 - facturation en 2019, indexation en 2020
 - Si $T_{Ci} \geq 0$, alors le T_{Ci} est mis à zéro

Étape 2 :

- Le pourcentage de rétrocession moyen X_i est ensuite appliqué à la perte liée au ticket modérateur pour les honoraires remboursés T_{Hi} , cf. également l'AR IFFE, l'article 4, §3, 2.2 étape 2.
- Le pourcentage de rétrocession n'est pas appliqué à la perte liée au ticket modérateur pour les conventions T_{Ci} car la compensation prévue dans l'AR IFFE ne concerne que la partie de l'hôpital.

➤ L'intervention financière pour le pilier « 1A - ticket modérateur lié à l'AR IFFE » s'élève par conséquent à $(T_{Hi} * X_i) + T_{Ci}$ pour l'hôpital i

Pilier 1B - autres montants non remboursés

L'intervention financière du pilier 1B est déterminée de la même manière que pour la perte liée au ticket modérateur (pilier 1A), où le pourcentage de rétrocession X_i est uniquement appliqué aux éléments se rapportant aux honoraires.

2. Pilier 2 = garantie pour les patients non-OA

Le deuxième pilier porte sur la compensation de la perte de recettes pour les patients non-OA, pour autant que les recettes liées à ces patients ne soient pas incluses dans les garanties déjà prévues dans l'AR IFFE, à savoir la garantie BMF.

À titre indicatif, le tableau suivant montre la proportion de journées de patients non-OA par rapport aux journées de patients OA. Cela varie fortement d'un hôpital à l'autre (source : SPF, Finhosta 2018).

	HG	HP
Min	0%	0%
Médian	1,17%	0,29%
Max	17,58%	9,95%
% national	2,3%	1,1%

Étant donné qu'il existe de grandes différences entre les hôpitaux et que les hôpitaux eux-mêmes n'ont aucun impact sur ces différences, le CFEH propose de tenir compte de la réalité de chaque hôpital et donc la proportion de patients non-OA (exprimée en jours) de chaque hôpital séparément.

Cette compensation s'appuie sur l'intervention Y_i suivante pour l'hôpital i :

- ajustement, pour les patients OA, au niveau 2019 pour les conventions INAMI, forfaits hôpital de jour, forfaits « médicaments », cf. AR IFFE, art. 4, §2, point 2-4.
- et pour les contributions (partie AMI), cf. AR IFFE, art. 4, §3
- + compensation pilier 1 (interventions personnelles des patients OA)

Le total Y_i (garanties AR IFFE pour les patients OA, y compris les interventions personnelles) est augmenté du pourcentage non-OA par rapport aux journées OA, ce qui correspond au « pourcentage de non-OA i ».

- La compensation pour le pilier 2 s'élève par conséquent à $Y_i * \% \text{ non-OA } i$ pour l'hôpital i
- Y_i = ajustement au niveau 2019 pour les conventions INAMI, les forfaits hôpital de jour, les forfaits « médicaments » et les contributions (partie AMI) + pilier 1 (interventions personnelles) pour les patients OA.
 - $\% \text{ non-OA } i$ = pourcentage de non-OA par rapport aux journées OA, sur la base des chiffres disponibles les plus récents

3. Pilier 3 = intervention pour les éléments spécifiques à l'hôpital

Bien qu'il ressorte de la demande d'avis du ministre que cette compensation supplémentaire vise à garantir une couverture générale des frais de fonctionnement des hôpitaux, il n'est pas suffisant de prendre uniquement en compte les « recettes provenant des interventions personnelles et des patients non OA », cf. piliers 1 et 2 ci-dessus.

Afin de garantir la viabilité financière de nos institutions, la loi sur les hôpitaux prévoit actuellement des sources de revenus supplémentaires tels que les suppléments de chambre et les suppléments d'honoraires (sous la rubrique « **extra charge** » dans les chiffres de l'INAMI).

- En 2018, les recettes observées sous le dénominateur « extra charge » s'élevaient au niveau national à 797 millions d'euros pour les hôpitaux généraux et à 1,1 million d'euros pour les hôpitaux psychiatriques (cf. extra_charge), soit 8% pour les hôpitaux généraux et 0,5% en plus de la masse remboursée (reimbd) par l'assurance maladie (source : INAMI - RDQ, 2018). Pour les hôpitaux généraux, ce montant est presque du même ordre de grandeur que les recettes que l'on retrouve sous le dénominateur « not reimbursed », qui s'élevaient à 887 millions d'euros en 2018 (cf. pilier 1).
- En 2019, les suppléments d'honoraires représentaient une masse de 640 millions d'euros dans les hôpitaux généraux et de 1,1 million d'euros dans les hôpitaux psychiatriques. Pour les hôpitaux psychiatriques, le montant « extra charge » correspond donc à la masse des suppléments d'honoraires, qui découle en outre de la facturation de suppléments d'honoraires dans un nombre très limité d'hôpitaux psychiatriques.
- En se fondant sur les chiffres de l'INAMI, il n'est pas possible de déterminer pour chaque hôpital ce qui revient finalement à ce dernier ou à d'autres prestataires de soins.

Bien que la demande d'avis souligne le manque de soutien public, il s'agit de sources de revenus structurelles. C'est pourquoi le secteur estime qu'il est justifié d'ajouter un troisième pilier au forfait octroyé pour la perte de recettes en dehors de l'assurance maladie. Il est uniquement question d'ajuster la perte de ces recettes pour autant qu'elles reviennent à l'hôpital car elles couvrent également les frais dans des circonstances normales.

Le secteur a fait deux propositions pour cette compensation (pilier 3). La première porte sur une augmentation semblable des compensations prévues pour les hôpitaux généraux, indépendamment de la politique spécifique à l'hôpital et donc indépendamment de la perte réelle des recettes spécifiques à l'hôpital. La seconde prend en compte la perte réelle de ces recettes pour l'hôpital et dépend donc de la politique de chaque hôpital individuel.

Proposition 1 : intervention indépendante de la politique de l'hôpital

La proposition 1 porte sur une intervention minimale pour l'éventail de recettes qui ne sont normalement pas couvertes par l'assurance maladie, sont spécifiques à l'hôpital et ne sont pas incluses dans les piliers 1 (interventions personnelles) et 2 (non-OA), et qui s'avèrent essentielles, dans des circonstances normales, pour garder la tête hors de l'eau.

Pour la détermination de l'intervention, il n'est pas tenu compte de la perte réelle de ces recettes, mais bien de la perte des recettes qui sont compensées (cf. AR IFFE).

- Pour les hôpitaux généraux :

Étape 1 : la base de départ consiste à compenser la partie AMI des honoraires qui revient à chaque hôpital individuel (AR IFFE art. 4, §3), donc en tenant compte de la perte des recettes provenant des honoraires (partie AMI) et du pourcentage de rétrocession de chaque hôpital.

Étape 2 : l'intervention du pilier 3 est ensuite déterminée en augmentant la compensation susmentionnée d'un pourcentage qui est le même pour chaque hôpital.

- La proportion des suppléments par rapport aux recettes AMI par hôpital (source : chiffres INAMI - actuariat, 2019) est donnée en annexe : indicatif P10 = 5,14% et P50 = 9,29%.
- Bien que le pourcentage s'inspire des suppléments d'honoraires, il sert également, dans cette proposition, de compensation minimale pour les suppléments de chambre et les autres recettes éventuelles qui ne sont pas compensées.
- Pour les hôpitaux psychiatriques : la proposition ne prévoit pas de troisième pilier, car les recettes principales proviennent des suppléments d'honoraires dans un nombre très limité d'hôpitaux psychiatriques. C'est la raison pour laquelle il ne semble pas justifié d'octroyer une intervention minimale supplémentaire à tous les hôpitaux psychiatriques.

Proposition 2 : intervention dépendante de la politique de l'hôpital

Étant donné qu'il s'agit de sources de financement structurelles et qu'il est question ici de ne compenser que la partie qui revient aux gestionnaires afin de continuer à couvrir les frais continus, la deuxième proposition applique la même méthodologie que pour les piliers 1 et 2, à savoir une prise en compte de la perte réelle de chaque hôpital en fonction de la diminution de l'activité.

L'intervention est déterminée comme suit :

Étape 1 : détermination de la perte des suppléments (S_h et S_c) pour l'hôpital i

- S_{hi} = montant des suppléments d'honoraires 2020 – montant des suppléments d'honoraires 2019, indexé en 2020
- S_{ci} = montant des suppléments de chambre facturés en 2020 – montant des suppléments de chambre facturés en 2019
- Si $S_{hi} \geq 0$ et $S_{ci} \geq 0$, alors le montant du pilier 3 = 0 euro.
- Si $S_{hi} < 0$ ou $S_{ci} < 0$, passer à l'étape 2 (*seulement pour le Si qui est négatif*).

Étape 2 :

- Le pourcentage de rétrocession moyen X_i est appliqué à la perte des suppléments d'honoraires S_{hi} , cf. également l'AR IFFE, art. 4, §3, 2.2 étape 2
- Aucun pourcentage de rétrocession n'est appliqué à la perte des suppléments de chambre S_{ci} (intégralement pour l'hôpital).

Étape 3 :

Compensation pour l'hôpital $i = (S_{hi} * X_i) + S_{ci}$

En résumé :

Le tableau suivant donne un aperçu de l'endroit où les différentes pertes de recettes sont incluses, sur la base des compensations prévues dans l'AR IFFE actuel et complétées du forfait supplémentaire pour la perte de recettes en dehors de l'assurance maladie (3 piliers comme proposé dans le présent avis).

Garantie	Reimbursed (patients OA)	Not reimbursed (patients OA)	Patients non-OA
BMF	AR IFFE, art. 4, §2.1	AR IFFE, y compris le ticket modérateur	AR IFFE, y compris les non-OA
Forfaits hôpital de jour	AR IFFE, art. 4, §2.3	Aucun ticket modérateur	Pilier 2
Conventions (partie hôpitaux)	AR IFFE, art. 4, §2.2	Pilier 1A : ticket modérateur AR IFFE	Pilier 2
Forfait médicaments »	« AR IFFE, art. 4, §2.4	AR IFFE, y compris le ticket modérateur	Pilier 2
Contributions	AR IFFE, art. 4, §3	Pilier 1A : ticket modérateur AR IFFE	Pilier 2
« Non remboursé » : autre que ticket modérateur AR IFFE		Pilier 2B	Pilier 2
« Extra charge »	Pilier 3		

➤ Estimation budgétaire

Il est très difficile de procéder à une estimation budgétaire fiable à l'heure actuelle. Nous avons néanmoins fait tout notre possible pour vous donner l'estimation approximative suivante, avec une incertitude quant à l'évolution de la crise en 2020 et à la mesure dans laquelle les activités normales seront reprises.

Suppositions :

- Diminution de 20% du chiffre d'affaires pour la période mars-décembre 2020
- Pourcentage de rétrocession de 40% sur les éléments se rapportant aux honoraires

Forfait couvert l'assurance maladie	non par	Source	Base	1er semestre (4 mois)	2ème semestre (6 mois)	Totaal (mars-déc. 2020)
Pilier 1A – hon		<i>actua honor</i>	356.882.575,06	9.516.868,67	14.275.303,00	23.792.171,67
Pilier 1A – autres		<i>actua autres</i>	332.824.207,60	22.188.280,51	33.282.420,76	55.470.701,27
Pilier 2B		<i>rdq not reimb</i>	211.679.405,00	14.111.960,33	21.167.940,50	35.279.900,83
Pilier 1 - non remboursé		<i>total</i>	901.386.187,66	45.817.109,51	68.725.664,26	114.542.773,77
Pilier 2 - patients non-OA		<i>SPF Finhosta</i>	2,3% (national)	5.791.320,19	8.686.980,28	14.478.300,46
Pilier 3 - « extra charge » si compensation complète (proposition 2)		<i>INAMI rdq</i>	798.288.790,40	21.287.701,08	31.931.551,62	53.219.252,69

Annexe

Ce tableau montre la répartition des suppléments (d'honoraires) par rapport aux honoraires remboursés (partie AMI) dans les hôpitaux généraux, en hospitalisation classique, en hôpital de jour et en ambulatoire (source : INAMI - actuariat, 2019¹).

Percentile	% suppléments d'honoraires / hon-AMI (HG)
P10	5,14%
P20	6,21%
P30	7,52%
P40	8,23%
P50	9,29%
P60	10,28%
P70	11,07%
P80	12,60%
P90	15,16%
P100	67,73%

¹ avec comme numérateur, les suppléments liés au doc P, et comme dénominateur, les montants AMI remboursés dans le doc P (honoraires, y compris les implants)