

État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient

Données 2019

Agence Intermutualiste

Auteurs : Françoise De Wolf, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens, Bernard Landtmeters, Murielle Lona

Date de publication : mars 2021

Table des matières

1	Objectif	2
2	Méthodologie	2
2.1.	Données sources	2
2.2.	Quelques définitions importantes	3
2.3.	Limites de l'étude.....	3
3	Résultats : coûts à charge patient.....	4
3.1.	Montants globaux à charge patient	4
3.1.1.	Aperçu général.....	4
3.1.2.	Ventilation du montant global à charge patient selon les catégories de prestations	5
3.2.	Montants par séjour à charge patient	9
3.2.1.	Montant moyen par séjour à charge du patient (tous séjours, tous types de chambre).....	9
3.2.2.	Distribution du montant à charge du patient par séjour, et par catégories de prestations.....	10
3.3.	Facteurs explicatifs des différences de facture patient	13
3.3.1.	les différence de coût selon l'intervention	13
3.3.2.	Séjours à basse variabilité et différences entre hôpitaux	14
3.3.3.	l'impact du choix de la catégorie de chambre sur la facture patient	15
3.3.4.	Impact du statut social (BIM / non BIM) sur la facture patient.....	18
4	Constats généraux.....	20
5	Annexes – Tableaux – Graphiques	22
	Annexe 1 : Définition des catégories de dépenses	22
	Annexe 2 : Qu'est-ce qu'un boxplot ?	24

1 Objectif

L'objectif de cette publication annuelle du Baromètre hospitalier IMA est de vous informer sur

- l'état des coûts supportés par les patients lors d'un séjour à l'hôpital en 2019 (derniers chiffres disponibles) ;
- l'évolution des coûts supportés par les patients au cours d'un séjour à l'hôpital ;
- les parties les plus importantes des coûts en mettant l'accent sur les suppléments de frais ;
- la variation des coûts supportés par les patients en fonction de l'intervention, de l'hôpital, de la catégorie de chambre, du statut social du patient.

pour tous les séjours hospitaliers, tant les hospitalisations classiques que les journées, de toutes les personnes couvertes par une assurance maladie en Belgique.

Ces résultats permettent :

- de monitorer l'accessibilité (financière) pour le patient ;
- d'informer les parties prenantes sur les coûts des séjours hospitaliers à charge des pouvoirs publics et du patient ;
- de nourrir les discussions afin d'améliorer la transparence pour le patient, de corriger les suppléments dans des situations spécifiques et de ralentir l'augmentation des suppléments d'honoraires ;
- d'alimenter les sites web fournir des Organismes Assureurs destinés à informer les patients et la publication d'indicateurs spécifiques aux hôpitaux dans l'Atlas IMA.

2 Méthodologie

2.1. Données sources

Les données IMA analysées couvrent toutes les prestations facturées pour les séjours hospitaliers :

- Données prestées pour des séjours hospitaliers au cours de l'année 2019 ou pour séjours avec admissions en 2019
- Facturées en 2019 ou au cours des 2 premiers trimestres 2020
- Facturés aux organismes assureurs ou aux patients affiliés aux organismes assureurs,
 - montants remboursés par l'assurance maladie pour des prestations remboursables
 - tickets modérateurs à charge du patient pour des prestations remboursables
 - suppléments à charge du patient
 - Les douzièmes versés aux hôpitaux dans le cadre de la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ne sont pas pris en compte dans ce rapport.
- Attestées au sein des 100 hôpitaux aigus avec un numéro d'agrément distinct, pour
 - séjours hospitaliers classiques
 - séjours hôpital de jour chirurgical
 - séjours hôpital de jour non chirurgical : maxi-forfaits, forfait 1 à 7, forfait douleur chronique, forfaits oncologiques (avec exclusion forfait salle de plâtre, forfait port-à-cath).

2.2. Quelques définitions importantes

L'interprétation des résultats nécessite de tenir compte des définitions suivantes :

- Par **tickets modérateurs**, on entend l'intervention personnelle légale imposée pour les frais de séjour, les honoraires, les médicaments, les implants (dont la marge de délivrance et marge de sécurité). Ces tickets modérateurs représentent une certaine proportion des tarifs conventionnés pour les prestations remboursables ou sont de nature forfaitaire, comme pour les médicaments. Par ailleurs, les tickets modérateurs entrent en ligne de compte pour les remboursements dans le cadre du maximum à facturer.
- Par **suppléments**, on entend les suppléments d'honoraires au-delà des tarifs conventionnés mais aussi les suppléments de matériel, les suppléments de chambre pour la chambre à 1 lit, les médicaments non remboursables (catégorie D) et les autres prestations non remboursables (honoraires, matériel, frais divers...).
- Le montant du **remboursement INAMI** qui figure dans plusieurs tableaux à titre indicatif correspond au montant facturé par l'hôpital et pris en charge par l'assurance maladie. Etant donné que la partie des frais de séjours versés via les « douzièmes » ne figure pas sur les factures, elle n'est pas prise en compte dans l'analyse.
- La **catégorie de chambre** est déterminée comme suit : pour les séjours classiques, la chambre particulière est attribuée aux séjours pour lesquels le code 761644 est facturé. Pour l'hospitalisation de jour, étant donné que certains hôpitaux ne facturent pas la chambre particulière octroyée en hospitalisation de jour, les séjours faisant l'objet de suppléments d'honoraires sans supplément de chambre ont également été considérés comme des séjours en chambre particulière en plus des séjours pour lesquels le code 761633 est facturé.

2.3. Limites de l'étude

Chaque étude présente des limites, pour la plupart intrinsèquement liées aux données sources, dont les plus importantes sont :

- **Les prestations ambulatoires et autres dépenses** réalisées en-dehors des séjours hospitaliers (polyclinique, services d'urgence, ...) **avant l'admission ou après la sortie du patient** (notamment des examens préopératoires et d'autres coûts tels que pharmacie, kinésithérapie, ...), ainsi que les frais qui ne figurent pas sur la facture hospitalière (notamment transport en ambulance) ne sont pas prises en compte dans l'analyse.
- En l'absence de données médicales codifiées provenant des hôpitaux, les analyses par pathologies n'ont pas pu être réalisées. Les analyses se limitent à certaines interventions identifiées par les codes de nomenclature INAMI ou par les forfaits séjours basse variabilité.
- Le manque d'information des patients sur l'assurance hospitalisation privée dont ils disposent ou non.
- Le manque de transparence (sur les rétrocessions et leur attribution, sur les pratiques extra-hospitalières) rend impossible un contrôle efficace du système et de l'impact des mesures.

3 Résultats : coûts à charge patient

Nous avons examiné l'ensemble des coûts à charge patient lors d'un séjour hospitalier classique ou en hospitalisation de jour, dans un hôpital aigu.

Nous avons présenté une vue macro de la situation en guise d'introduction et nous avons ensuite calculé les coûts moyens d'un séjour. L'impact de certains éléments sur la facture du patient ont été étudiés, en particulier :

- L'intervention
- la catégorie de chambre
- l'hôpital
- le statut social du patient

3.1. Montants globaux à charge patient

3.1.1. Aperçu général

Globalement, **1,38 milliard euros ont été facturés aux patients** lors de séjours hospitaliers en hôpitaux aigus **en 2019**, alors que 6,05 milliards euros¹ sont pris en charge par l'assurance maladie (tableau1). **Ce montant déboursé par le patient (1,38 milliard euros) est constitué pour près de 1/3 de tickets modérateurs et pour un peu plus de 2/3 de suppléments.** Ces derniers ont augmenté de 3,7% par rapport à 2018 tandis que le volume de tickets modérateurs est resté stable (+0,2%).

Tableau 1 : Montants globaux selon le type de séjour, 2019

	Remboursement INAMI (millions €) (1)	Tickets modérateurs (millions €) (2)	Suppléments (millions €) (3)	Total patient (millions €) (2+3)	Total (millions €) (1+2+3)
Hospitalisation classique	4.037	371	796	1.167	5.204
HJ chirurgical	468	38	76	114	582
HJ non chirurgical (hors onco)	648	25	68	93	741
HJ oncologique	893	6	4	10	903
Total	6.046	440	944	1.384	7.430

(*) Ce montant ne comporte pas la partie fixe du BMF versée mensuellement aux hôpitaux, sans facturation au patient.

- La majeure partie (84%) du montant à charge patient a trait à l'hospitalisation classique (1,17 milliard d'euros).
- Le montant des suppléments (944 millions euros) est plus de deux fois plus élevé que le montant des tickets modérateurs (440 millions euros).
- Le montant global à charge patient (tickets modérateurs + suppléments) s'élève à 523 millions euros (38%) pour les séjours (classiques + hospitalisation de jour) en

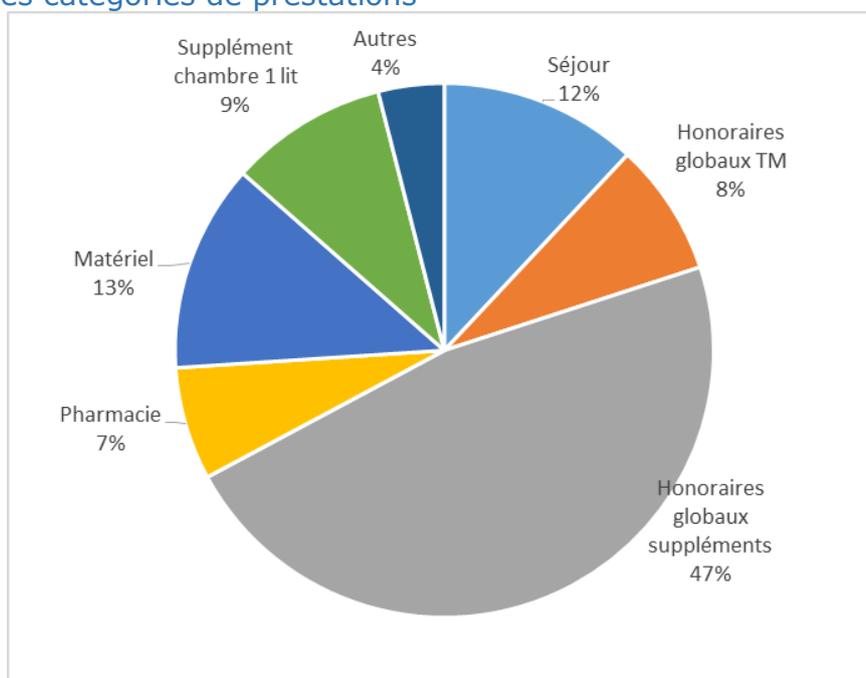
¹ Hors douzièmes versés aux hôpitaux.

chambre commune et 858 millions euros (62%) pour les séjours en chambre particulière² malgré le fait que environ 1 séjour sur 8 se déroule en chambre particulière (1 sur 5 pour les hospitalisations classiques).

3.1.2. Ventilation du montant global à charge patient selon les catégories de prestations

La ventilation du montant selon les grandes catégories³ de dépenses permet d'identifier les principaux éléments qui pèsent sur la facture du patient.

Graphique 1 : Répartition du montant global à charge du patient (1,38 milliards euros) selon les grandes catégories de prestations



La répartition par type de prestation du montant de 1,38 milliard d'euros déboursé par les patients met en évidence le poids des honoraires (55%) suivi par le coût du matériel (13%), les frais de séjour (12%) et les suppléments de chambre (9%).

Ces coûts à charge patient, constitués de tickets modérateurs et de suppléments, viennent en complément des montants pris en charge par l'assurance maladie (remboursement INAMI).

² Ces données ressortent de nos calculs mais ne sont pas dans le tableau 1.

³ L'annexe 1 détaille la composition de chaque catégorie de dépenses.

	2018 (millions €)	2019 (millions €)	Croissance absolue (millions €)	Croissance relative
Séjour	163	165	2	1,2%
Honoraires globaux TM	109	111	2	2,2%
Honoraires globaux suppléments	628	653	25	3,9%
Pharmacie	90	94	5	5,1%
Matériel	173	174	1	0,5%
Supplément chambre 1 lit	130	132	2	1,2%
Autres	55	55	0	0,0%
TOTAL	1.348	1.384	36	2,7%

Avec une augmentation de 25 millions € par rapport à 2018, soit 3,9 %, les suppléments d'honoraires expliquent plus de deux-tiers des 36 millions € de croissance des coûts à charge de patient, alors que les tickets modérateurs sur les honoraires augmentent de 2,2%. Mais ce sont les dépenses de pharmacie pour lesquelles la croissance est proportionnellement la plus élevée (+5,1%).

Tableau 2 : Répartition du montant global selon les catégories de prestations, y compris les montants pris en charge par l'assurance maladie

	Remboursement INAMI (1)	Tickets modérateurs (2)	Suppléments (3)	Total (1+2+3)	Total patient (2+3)	
	(millions €)	(millions €)	(millions €)	(millions €)	(millions €)	(% du total 1+2+3)
Séjour (*)	722	165	0	887	165	19%
Honoraires globaux	3.252	111	653	4.016	764	19%
Pharmacie	1.360	12	82	1.455	94	6%
Matériel	687	151	23	861	174	20%
Supplément chambre 1 lit	-	0	131	131	131	100%
Autres	25	0	55	79	55	69%
TOTAL	6.046	440	944	7.430	1.384	19%

(*) Ce montant ne comporte pas les douzièmes, soit 80% du financement du séjour versé mensuellement aux hôpitaux pour les séjours classiques et hôpital de jour chirurgical.

Le tableau A.1. de l'annexe 2 donne la répartition de ces montants selon le type de séjour (classique, hôpital de jour chirurgical, hôpital de jour non chirurgical).

Honoraires globaux

Bien que les tickets modérateurs des honoraires globaux (111 millions euros) se limitent globalement à 3,3% du tarif INAMI (3.363 millions euros) lors de séjours hospitaliers, les dépenses des patients grimpent à 19% du montant total en raison des suppléments (suppléments d'honoraires et honoraires non remboursables) (tableau 2).

Les **suppléments d'honoraires médicaux (610 millions euros), qui représentent 80% des honoraires globaux (764 millions euros) à charge patient, pèsent particulièrement lourd sur la facture patient (44% des 1,38 milliards euros à charge patient)**. Les honoraires non remboursables (40 millions euros) et suppléments d'honoraires sur les honoraires non médicaux (2 millions euros) forment le solde des suppléments d'honoraires globaux. Les tickets modérateurs sur l'ensemble des honoraires, y compris les honoraires forfaitaires des séjours à basse variabilité, s'élèvent au total à 111 millions euros, soit 15% des honoraires globaux à charge patient.

L'analyse détaillée des suppléments d'honoraires médicaux qui figure dans l'annexe au rapport met en évidence que leur croissance entre 2018 et 2019 (+3,8%) a légèrement diminué par rapport à l'année précédente (+4,4%) mais **reste plus élevée que la croissance annuelle moyenne des suppléments d'honoraires sur la période 2015-2017 (3%), et plus que les 2,6% de hausse des honoraires officiels AO** entre 2018 et 2019. **Les suppléments d'honoraires atteignent 18,6% des honoraires officiels AO en 2019.**

Tableau 3 : Ventilation des honoraires globaux selon le type de prestataire (médecins/autres prestataires) et la prise en charge par l'INAMI (remboursables/non remboursables)

	Tickets modérateurs (millions €) (1)	Suppléments (millions €) (2)	Total patient (millions €) (1+2)
Honoraires médicaux remboursables	89	610	699
Honoraires remboursables, autres prestataires	15	2	17
Honoraires non remboursables	0	40	40
Forfaits basse variabilité	7	0	7
Total honoraires globaux	111	653	764

Matériel

La marge de sécurité et marge de délivrance représente quasiment la moitié des **151 millions euros des montants à charge du patient** sur le matériel.

Séjour

Les tickets modérateurs sur le séjour représentent **19%** du montant total.

Chambre 1 lit :

Les suppléments de chambre s'élèvent à **131 millions euros**, pour 506.973 séjours (classiques + hôpital de jour) en chambre particulière.

Pharmacie :

Les remboursements INAMI pour la pharmacie (1.360 millions euros) atteignent 94% du montant total (1.455 millions euros) ; les **suppléments non remboursables (82 millions euros), 6%, et** les tickets modérateurs (12 millions euros) ne dépassent pas 1% du montant total. Notons que la croissance des dépenses de pharmacie (de 1.295 millions e en 2018 à 1.455 millions € en 2019, soit + 12% en 1 an) a eu un impact limité sur la facture patient (+ 5%).

Autres :

Les autres frais (55 millions euros) sont majoritairement constitués de prestations non remboursables.

3.2. Montants par séjour à charge patient

L'analyse du montant facturé par séjour permet d'évaluer la charge financière à laquelle le patient doit faire face en cas d'admission pour un séjour hospitalier. Des analyses spécifiques sont consacrées à plusieurs facteurs explicatifs des grands écarts de montants facturés, en particulier :

- L'intervention
- La catégorie de chambre
- L'hôpital
- Le statut social

3.2.1. Montant moyen par séjour à charge du patient (tous séjours, tous types de chambre)

Le montant moyen à charge patient (montant total divisé par le nombre de séjours, tous séjours confondus) permet de comparer différents facteurs entre eux. Comme nous le verrons plus loin, il ne peut être considéré comme une « norme »

Tableau 4 : Montant moyen par séjour, selon le type de séjour et la catégorie de prestation

	Tickets modérateurs	suppléments	Total patient
Séjours classiques			
Séjour (*)	91 €	0 €	91 €
Honoraires globaux	50 €	300 €	349 €
Pharmacie	3 €	36 €	40 €
Matériel	61 €	7 €	68 €
Supplément chambre 1 lit	0 €	68 €	68 €
Autres	0 €	27 €	27 €
TOTAL	204 €	438 €	642 €
Séjour hôpital de jour chirurgical			
Séjour (*)	- €	- €	- €
Honoraires globaux	8 €	92 €	99 €
Pharmacie	3 €	15 €	18 €
Matériel	52 €	11 €	62 €
Supplément chambre 1 lit	0 €	5 €	5 €
Autres	0 €	4 €	4 €
Total HJ chirurgical	63 €	127 €	190 €
Séjour hôpital de jour non chirurgical			
Séjour	- €	0 €	0 €
Honoraires globaux	12 €	50 €	63 €
Pharmacie	2 €	6 €	8 €
Matériel	10 €	3 €	13 €
Supplément chambre 1 lit	0 €	4 €	4 €
Autres	0 €	3 €	3 €
Total HJ non chirurgical	24 €	66 €	90 €
Séjour hôpital de jour oncologique			
Séjour	- €	0 €	0 €
Honoraires globaux	9 €	3 €	12 €
Pharmacie	5 €	3 €	7 €
Matériel	1 €	0 €	1 €
Supplément chambre 1 lit	0 €	2 €	2 €
Autres	- €	1 €	1 €
Total HJ oncologique	14 €	9 €	23 €

Le montant moyen à charge patient s'élève à 642 euros, en hospitalisation classique, dont 204 euros de ticket modérateur et 438 euros de suppléments.

En hôpital de jour, ce coût moyen va de 23 euros pour les séjours en hôpital de jour oncologique à 190 euros en hôpital de jour chirurgical en passant par 90 euros pour l'hôpital de jour non chirurgical.

Il s'agit du coût par séjour, et pas du coût par traitement. Or, le traitement de certaines pathologies nécessite une succession de plusieurs séjours, avec pour conséquence un cumul de plusieurs factures auquel le patient doit faire face.

Ces moyennes masquent des écarts importants entre séjours car :

- Certaines catégories de prestations ne concernent qu'une partie des séjours (par exemple, les suppléments de chambre 1 lit, les suppléments d'honoraires, le matériel...) ;
- Plusieurs facteurs ont un impact sur la facture (pathologie / intervention, durée de séjour, hôpital...).

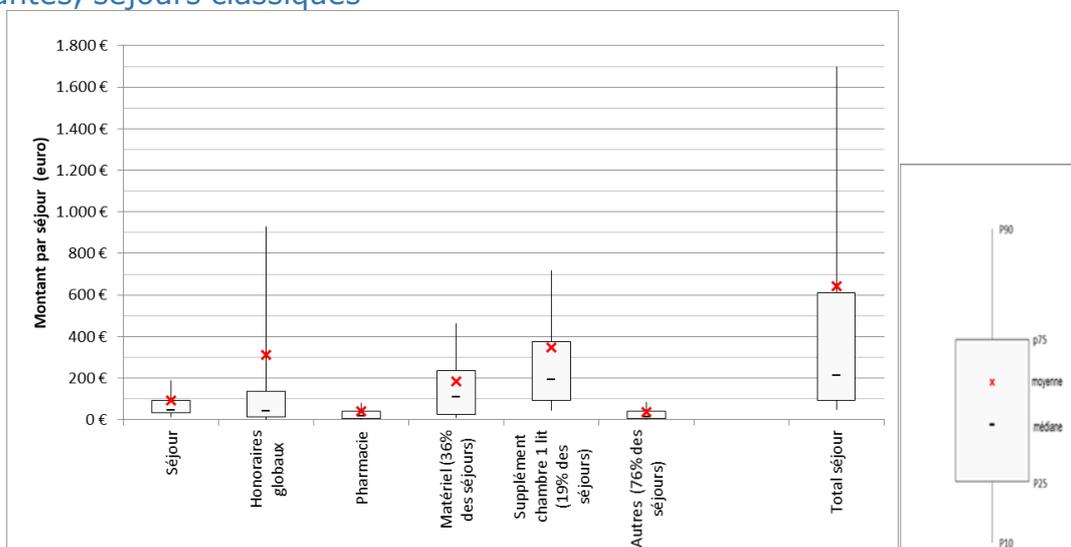
La distribution du montant à charge patient met en évidence ces écarts.

3.2.2. Distribution du montant à charge du patient par séjour, et par catégories de prestations

Les résultats sont présentés sous forme de graphique Boxplot dont l'explication se trouve à **l'annexe 2**.

La facture globale varie considérablement entre les séjours.

Graphique 2 : Distribution du coût à charge patient par séjour, et de ses différentes composantes, séjours classiques



Pour un séjour classique, la facture médiane est de l'ordre de 213 euros pour le séjour médian, mais elle dépasse les 1.699 euros pour 1 séjour sur 10.

Les écarts de facture globale résultent de la variabilité des montants facturés pour chaque composante de la facture.

La distribution des catégories de prestations est calculée sur les séjours faisant l'objet de la prestation concernée (exemple : distribution des suppléments de chambre calculée uniquement sur les séjours en chambre particulière). La proportion de séjours concernés est précisée à titre indicatif dans le graphique.

Pour la plupart des catégories de prestation lors de séjours classiques, le percentile 90 est environ 4 à 5 fois plus élevé que la montant médian, ce qui indique que 1 séjour sur 10 se verra facturer un montant au moins 4 à 5 fois plus élevé que la moitié de l'ensemble des séjours (cf. tableau A.3. annexe 3.2).

- Pour les honoraires médicaux globaux, ces écarts sont beaucoup plus élevés puisque le percentile 90 atteint 928 euros, soit 23 fois plus que la médiane de 40 euros (impact des suppléments d'honoraires liés au choix de la catégorie de chambre).
- Si seul 1 séjour sur 5 est concerné par les suppléments de chambre, ceux-ci peuvent s'avérer élevés, en cas de séjour en chambre particulière, puisqu'ils dépassent 192 euros pour la moitié des séjours en chambre particulière, et même 720 euros pour 1 séjour sur 10 parmi eux. Le montant du supplément de chambre dépend de la durée de séjour, de l'hôpital et du choix de chambre au sein de l'hôpital. Il s'agit de prix fixes par journée, dont le patient peut prendre connaissance au préalable. Ce prix varie d'un hôpital à l'autre, et dans certains cas, au sein d'un hôpital. **Il va de 45 euros par jour pour une chambre particulière standard dans certains hôpitaux à 330 euros par jour pour une suite de luxe dans d'autres hôpitaux.** L'information du tarif par jour est disponible, mais le patient ne connaît pas au préalable la durée de séjour avec certitude, en particulier lors de cas complexes.
- De même, le coût du matériel grève la facture de 1 séjour classique sur 3, avec des montants qui peuvent s'avérer élevés pour les séjours concernés : plus de 464 euros pour un séjour sur 10 parmi les séjours avec matériel.

Les constats sont similaires pour l'hospitalisation de jour (cf. tableau A.3.2. annexe 3 ???).

Le niveau des montants facturés pour les différentes catégories de prestations peut faire grimper le montant de la facture du patient à des niveaux élevés.

Tableau 5.a : Nombre de séjours selon le montant global de la facture patient.

	Nombre séjours classiques			Nombre séjours one day		
	2018	2019	Evolution 2018-2019	2018	2019	Evolution 2018-2019
Nombre total	1.808.214	1.811.596	0%	2.014.977	2.090.995	4%
de 0 à 1.000 €	1.496.465	1.491.740	0%	1.887.884	1.976.285	5%
de 1.000 à 3.000 €	238.031	242.459	2%	40.963	44.212	8%
de 3.000 € à 5.000 €	47.121	49.830	6%	1.685	1.643	-2%
de 5.000 € à 10.000 €	19.493	20.118	3%	411	453	10%
de 10.000 € à 30.000 €	4.353	4.613	6%	19	23	21%
> 30.000 €	99	119	20%	0	0	

- **Pour 24.850 séjours classiques, la facture globale du patient dépasse les 5.000 euros, et 119 séjours dépassent les 30.000 euros.**
- Le nombre de factures très élevées est également important en **hospitalisation de jour, 476 séjours dépassent les 5.000 euros.**

	Nombre patients (*)		
	2018	2019	Evolution 2018- 2019
Nombre total	2.152.387	2.185.381	2%
de 0 à 1.000 €	1.771.484	1.795.984	1%
de 1.000 à 3.000 €	276.160	280.780	2%
de 3.000 € à 5.000 €	54.426	57.362	5%
de 5.000 € à 10.000 €	26.277	27.248	4%
de 10.000 € à 30.000 €	7.616	8.017	5%
> 30.000 €	227	259	14%

(*) Cumul de tous les séjours (classiques et/ou hospitalisation de jour) par patient au cours de l'année.

- **259 patients se sont vu facturer plus de 30.000 euros pour l'ensemble de leur séjours hospitaliers de 2019 (hors coûts ambulatoires),**

Le nombre factures élevées et de patients ayant à y faire face a augmenté par rapport à l'année précédente.

Certains coûts à charge patient sont directement liés à la catégorie de chambre (suppléments de chambre et suppléments d'honoraires).

Le choix de la chambre commune permet d'éviter les suppléments de chambre ainsi que les suppléments d'honoraires qui peuvent découler de ce choix. La facture patient dépasse 500 € pour 14,4% des séjours classiques en chambre commune, et même 3.000 € pour 0,4% de ces séjours (soit 5.241 séjours), et 8% des séjours en hospitalisation de jour en chambre commune s'élèvent à plus de 200 €.

Tableau 5.b : Proportion de séjours en chambre commune selon le montant à charge patient

Montant à charge patient	Proportion de séjours classiques	Proportion de séjours one day
0 à 100 €	33,6%	85,3%
100 à 200 €	25,3%	6,4%
200 € à 500 €	26,7%	7,1%
500 € à 1.000 €	9,8%	0,7%
1.000 € à 3.000 €	4,3%	0,4%
> 3.000 €	0,4%	0,0%

Des éléments, indépendants du choix du patient, comme par exemple l'intervention qu'il doit subir, influencent ces coûts. C'est ce que nous examinons dans la section ci-après.

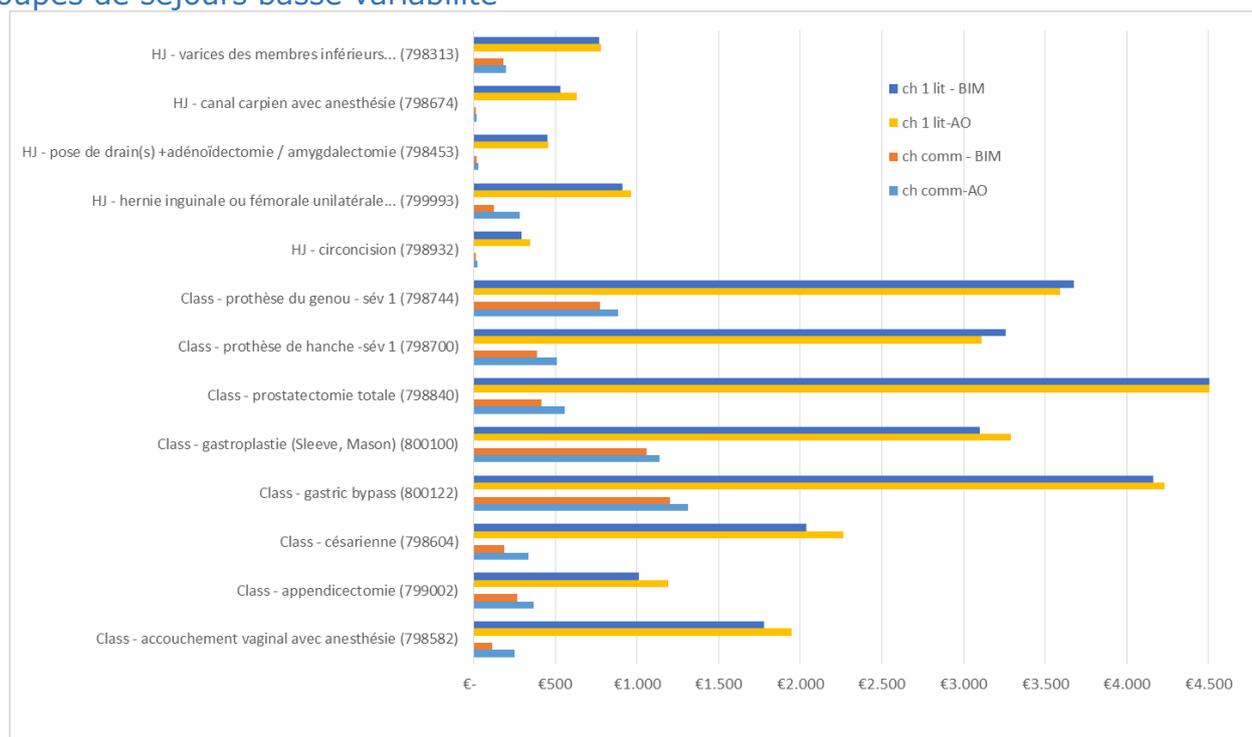
3.3. Facteurs explicatifs des différences de facture patient

Les prestations qui seront fournies au cours du séjour, et les caractéristiques de celui-ci (type et durée de séjour) dépendent de la pathologie, l'état de santé du patient et l'hôpital. Ceux-ci déterminent dès lors la majorité des éléments constitutifs de la facture du patient, en plus des frais liés au type de chambre.

La comparaison du coût moyen de plusieurs interventions courantes (groupes de séjours à basse variabilité en hospitalisation classique d'une part, en hospitalisation de jour d'autre part), avec distinction selon la catégorie de chambre ainsi que le statut social du patient met en évidence :

- les différences de coût selon l'intervention
- l'impact du choix de la catégorie de chambre sur la facture patient
- les différences entre hôpitaux
- l'impact de l'intervention majorée dont bénéficient certains patients.

Graphique 3 : Coût moyen selon le statut social et la catégorie de chambre pour quelques groupes de séjours basse variabilité



3.3.1. les différences de coût selon l'intervention

La facture moyenne pour un assuré ordinaire (non BIM) en chambre commune va de quelques dizaines d'euros pour des interventions en hospitalisation de jour telles qu'une circoncision, à plus de 1.300 € pour une prothèse de hanche en hospitalisation classique.

Ces moyennes sont purement indicatives. Le coût peut différer notamment selon le matériel utilisé, les difficultés survenues durant l'intervention, etc.

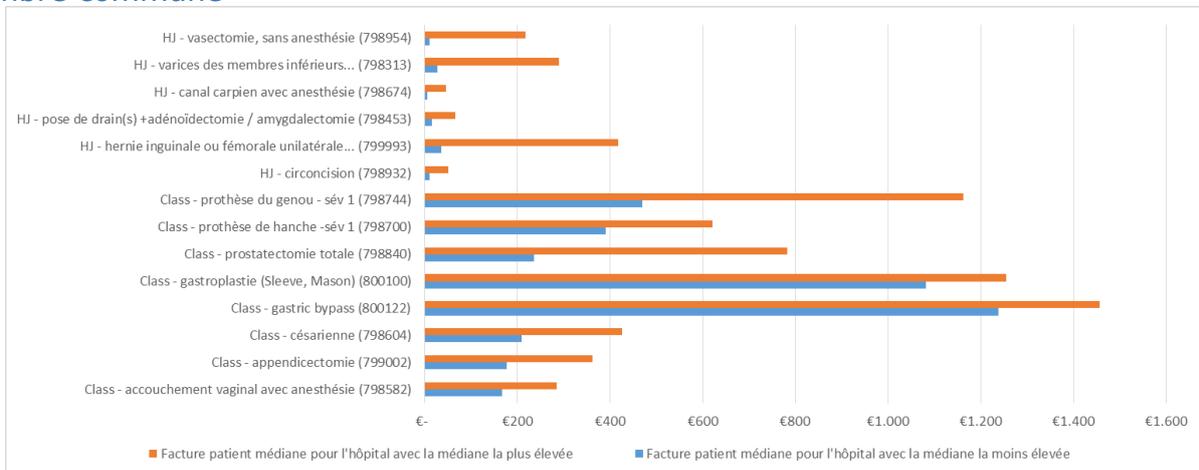
- Le ticket modérateur sur le séjour est facturé au patient en hospitalisation classique. Il dépend de la durée de séjour du patient. Par contre, les patients qui séjournent en hospitalisation de jour ne payent pas de ticket modérateur sur le séjour ;
- Les honoraires en chambre commune varient essentiellement selon le type d'intervention ;
- Du matériel n'est facturé que pour les séjours nécessitant l'usage de matériel. Lorsqu'il est utilisé, le coût du matériel peut alourdir la facture de manière significative, comme dans le cas du gastric bypass (87% de la facture) ;
- L'impact des autres dépenses (pharmacie et autres) est plus limité pour les interventions examinées.

3.3.2. Séjours à basse variabilité et différences entre hôpitaux

L'introduction du financement forfaitaire des honoraires pour les séjours à basse variabilité n'évite pas des différences de coût importantes entre hôpitaux pour une même intervention, dans une même catégorie de chambre.

Comme l'illustre le graph 4, le coût médian dans l'hôpital ayant le coût médian le plus élevé peut s'avérer beaucoup plus élevé que le coût médian dans l'hôpital ayant le coût médian le moins élevé, y compris pour des patients de statut social identique (assuré ordinaire) séjournant en chambre commune. A titre exemple, les coûts médians des hôpitaux extrêmes s'élèvent respectivement à 11€ et 217€ pour une vasectomie sans anesthésie en hôpital de jour (forfait 798954) ou à 469€ et 1.163 € pour une prothèse de genou sév 1 (forfait 798744).

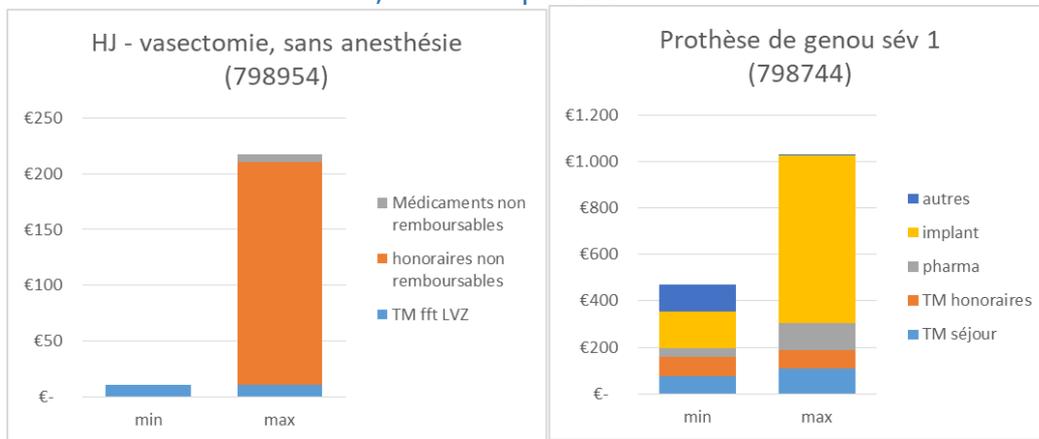
Graphique 4 : Écart de coût médian selon l'hôpital, patient assuré ordinaire (non BIM) en chambre commune



Plusieurs postes de la facture patient, tels que le coût de implants, les honoraires non remboursables, médicaments non remboursables, ... sont susceptibles d'impacter la facture de manière importante.

A titre d'exemple, la comparaison des coûts médians extrêmes en cas de vasectomie ou de prothèse de genou met en évidence l'impact de ces différents éléments.

Graphique 5 : Comparaison du coût de 2 interventions, et identification des différences de coûts pour une même intervention, entre hôpitaux



La facturation de 200 € supplémentaires d'honoraires non remboursables fait grimper la facture médiane pour vasectomie dans l'hôpital « le plus cher » par rapport à l'hôpital « le moins cher ». Dans le cas d'une prothèse de genou, c'est la marge de sécurité sur l'implant qui pèse le plus dans la facture et les différences entre hôpitaux.

3.3.3. l'impact du choix de la catégorie de chambre sur la facture patient

Choix du type de chambre

Les 352.032 séjours classiques facturés en chambre particulière représentent 19% des séjours classiques. Cette proportion varie en fonction de plusieurs facteurs, notamment le statut social (7% pour les séjours de patients BIM contre 25% pour les assurés ordinaires), l'intervention (plus de 60% des accouchements, moins de 20% des appendicectomies...), l'hôpital (entre 7% et 57% des séjours classiques selon l'hôpital), etc.

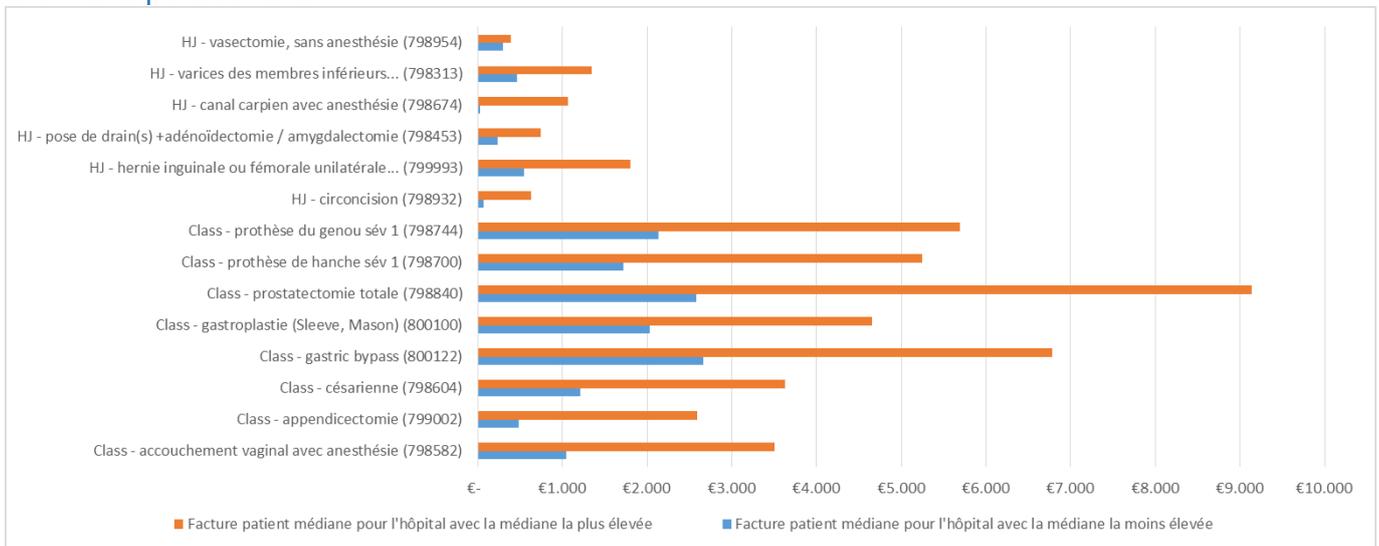
Impact du choix d'une chambre particulière sur la facture patient

Le choix d'une chambre particulière et les suppléments d'honoraires qui en découlent font gonfler la facture patient tout en creusant les écarts entre hôpitaux.

Des suppléments de chambre ainsi que des suppléments d'honoraires (suppléments sur les honoraires médicaux remboursables) s'ajoutent généralement à la facture du patient qui séjourne en chambre particulière à sa demande. Ces suppléments ne peuvent pas être facturés en chambre commune ou à 2 lits.

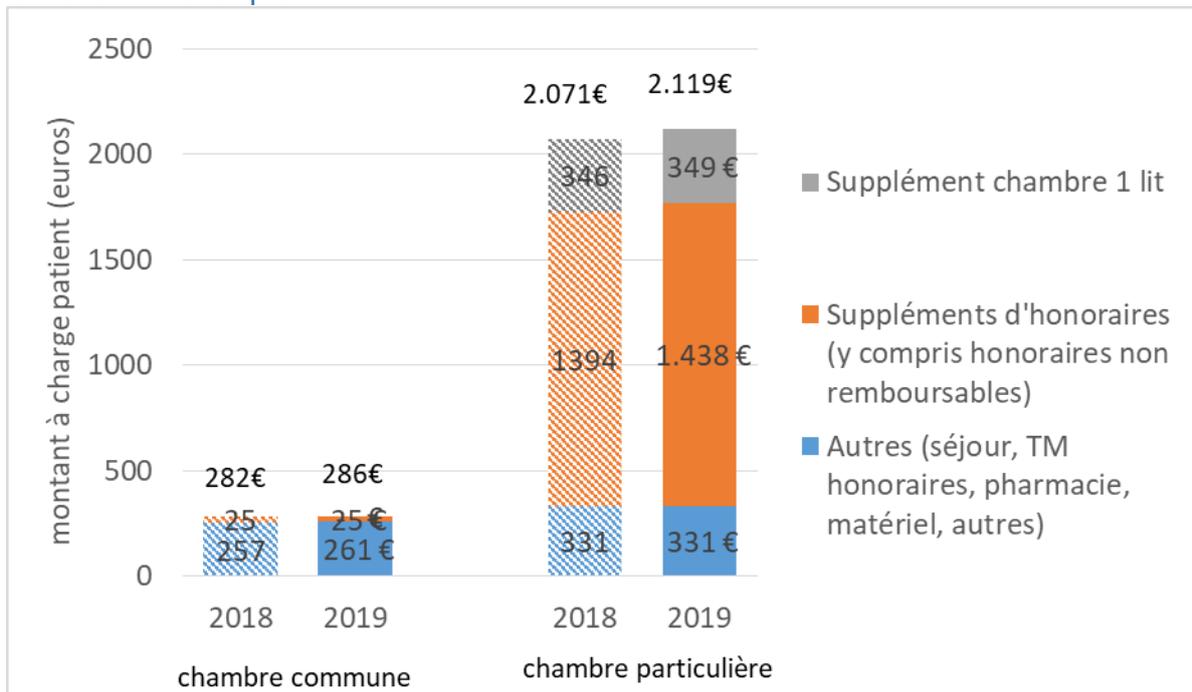
En principe, les autres postes de la facture patient sont indépendants de la catégorie de chambre.

Graphique 6 : Écart de coût médian selon l'hôpital, patient assuré ordinaire (non BIM) en chambre particulière



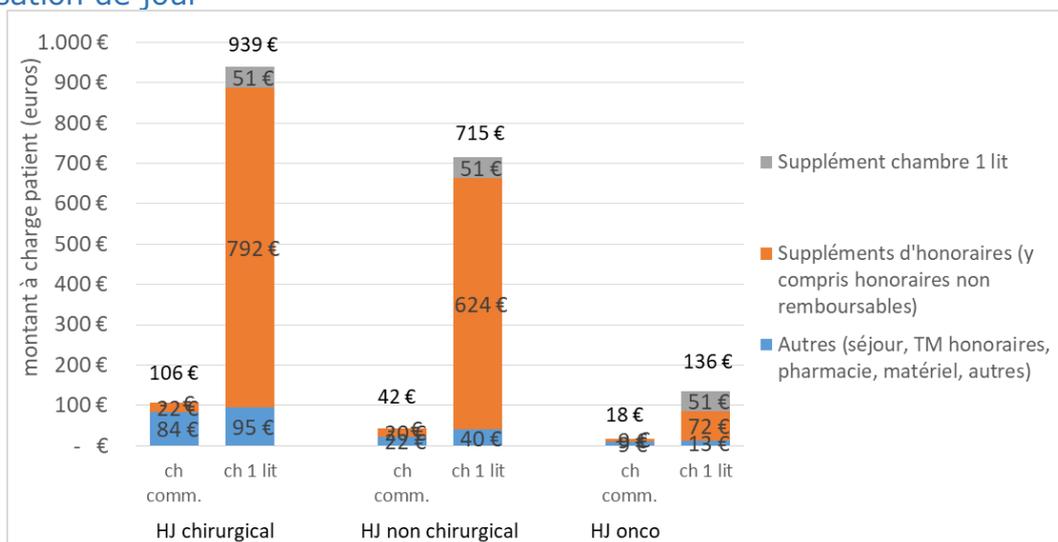
Le coût moyen d'un séjour classique en chambre particulière, toutes interventions confondues, s'élève à 2.119 euros, soit 7 fois plus que les 286 euros dans une autre chambre.

Graphique 7.a : Impact de la catégorie de chambre sur la facture moyenne en hospitalisation classique



Pour les séjours classiques, le surcoût résultant du choix d'une chambre particulière résulte des suppléments de chambre (349 euros en moyenne), mais surtout des suppléments d'honoraires de 1.438 euros en moyenne (graphique 5), soit 4 fois plus que les suppléments de chambre.

Graphique 7.b : Impact de la catégorie de chambre sur la facture moyenne en hospitalisation de jour

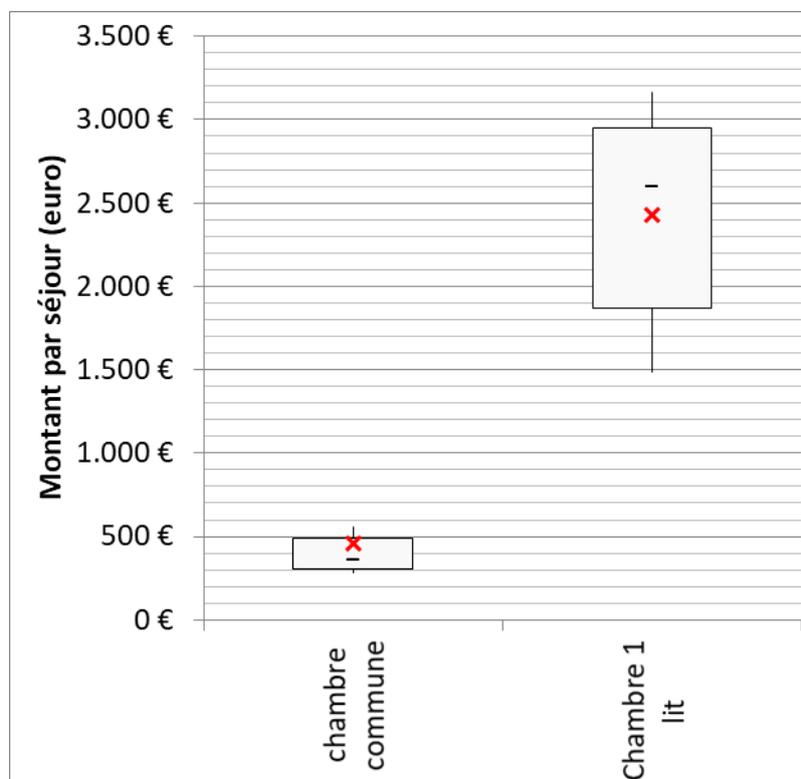


En hospitalisation de jour, le surcoût résultant des suppléments d'honoraires dépasse également largement celui du supplément de chambre en cas de choix d'une chambre particulière.

Ces suppléments alourdissent considérablement la facture, mais présentent également une grande variabilité liée notamment aux différences de politique tarifaire appliquée par chaque hôpital (tarif de la chambre particulière, pourcentage de suppléments d'honoraires).

Les suppléments d'honoraires dépendent de la politique tarifaire de l'hôpital (% de suppléments d'honoraires appliqué) ainsi que des prestations réalisées (varient en fonction de la pathologie, mais aussi de chaque patient individuel, par exemple complications, pathologies multiples...). On constate des variations importantes selon l'intervention, l'hôpital, mais également entre séjours au sein d'un même hôpital pour une même intervention .

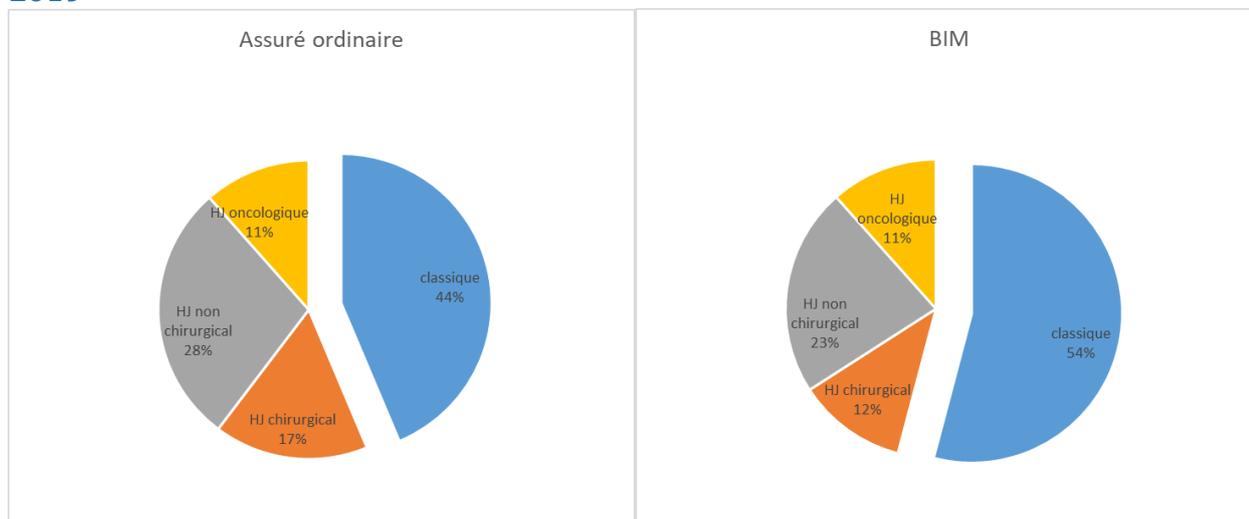
Graphique 8 : Distribution des coûts à charge patient pour une appendicectomie, pour des assurés ordinaires (non BIM) au sein du même hôpital, dans une même catégorie de chambre



3.3.4. Impact du statut social (BIM / non BIM) sur la facture patient

Admissions par type de séjour et catégorie de chambre selon le statut social du patient
Plus de la moitié des séjours des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont lieu en hospitalisation classique, alors que les assurés ordinaires sont plus fréquemment admis en hospitalisation de jour. Ces chiffres globaux ne tiennent pas compte de l'âge, de la pathologie...

Graphique 9 : Répartition du nombre d'admission selon le statut social et le type de séjour, 2019



Les patients BIM optent pour une chambre particulière dans 7% des séjours classiques, contre 25% des séjours pour les autres bénéficiaires de l'assurance maladie.

Facture patient selon le statut social du patient

L'intervention de l'assurance maladie étant plus élevée pour les bénéficiaires de l'intervention majorée pour de nombreuses prestations (frais de séjour, honoraires, médicaments... mais pas les implants), leur facture est en moyenne moins élevée que celle des autres patients, que ce soit en chambre commune ou en chambre particulière.

Pour un même groupe de séjour les patients BIM payent légèrement moins cher en moyenne que les autres patients lorsqu'ils séjournent en chambre commune (graph 3). Leur facture peut néanmoins s'avérer élevée pour certaines interventions, en particulier lorsque du matériel tel qu'un implant est utilisé (gastric by-pass [1.205 € en moyenne], prothèse de genou [775 € en moyenne], etc.).

Lorsqu'un bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) choisit de séjourner en chambre particulière, sa facture grimpera autant que pour un assuré ordinaire (plus de 4.500 € pour une prostatectomie, 3.677 € pour une prothèse de hanche...).

4 Constats généraux

L'analyse des coûts à charge patient, en cas d'hospitalisation classique ou de jour, débouche sur les conclusions suivantes : le coût à charge patient lors d'une admission hospitalière peut s'avérer très élevé et présente une grande hétérogénéité entre hôpitaux et entre séjours au sein d'un même hôpital, y compris pour une même intervention courante (à basse variabilité) dans une même catégorie de chambre.

Principaux constats :

Montant global élevé à charge du patient

- Le **montant total à charge des patients hospitalisés s'élevait à 1,38 milliards d'euros** (hors coût ambulatoires éventuels) **en 2019**. Un tiers de ce montant correspond à des tickets modérateurs, **deux tiers sont des suppléments** (dont la plus grosse part est liée à la chambre particulière) en ce compris des frais non remboursables.

Suppléments d'honoraires élevés

- **44% du montant total de 1,38 milliard euros facturé aux patients (610 millions euros)** sont des suppléments d'honoraires médicaux. Leur croissance entre 2018 et 2019 (+3,8%) est plus importante que la croissance annuelle moyenne des suppléments d'honoraires sur la période 2015-2017 (3%) et plus que les 2,6% de hausse des honoraires officiels AO et les 1,8% de hausse des tickets modérateurs des honoraires (2018-2019).
- Ce n'est pas le nombre de séjours avec suppléments d'honoraires qui augmente (2014-2019), mais bien le montant moyen de suppléments d'honoraires pour les séjours concernés.
- En 2019, 23% de la masse de suppléments d'honoraires (140 millions € sur les 610 millions €) ont été facturés pour des séjours à basse variabilité.

Risque pour le patient d'être confronté à des coûts/ suppléments de 5.000 euros et plus

- 11.224 séjours (classiques et hospitalisation de jour) ont fait l'objet de suppléments d'honoraires de plus de 5.000 euros.
- **La facture totale à charge patient a dépassé 5.000 euros pour 24.850 séjours classiques et 476 séjours en hospitalisation de jour** en 2019. Pour 8.286 patients, la facture s'élevait à plus de 10.000 euro. Parmi eux, 259 patients ont payé plus de 30.000 euros pour l'ensemble de leurs séjours hospitaliers (hors prestations ambulatoires et autres dépenses liés à la santé).

Cas des chambres particulières

- Pour un séjour classique sur cinq, le patient opte pour une chambre particulière. Le coût moyen à charge patient est **7,4 fois plus élevé pour les séjours classiques en chambre particulière** que pour les autres séjours classiques. L'impact financier du choix de la chambre particulière est encore plus important en hospitalisation de jour.
- C'est sur la catégorie de chambre que le patient fait son choix et le tarif (par jour) de la chambre particulière lui est communiqué au plus tard lors de l'admission. Par contre, le

patient ne dispose pas d'information précise sur le montant des suppléments d'honoraires, et qui présentent en plus une grande variabilité.

En chambre commune également, les patients courent le risque d'être confrontés à une facture élevée.

- *Pour 14,4 % des séjours classiques, la facture dépasse 500 €. Le coût moyen est de quelques dizaines d'euros pour une circoncision mais atteint plus de 1.100 € pour les gastroplasties*

Hétérogénéité des coûts en fonction de différents facteurs

- Le coût du séjour varie en fonction du type d'intervention.
- On observe d'importants **écarts de coût entre les hôpitaux**, y compris pour les séjours à basse variabilité (par exemple, la différence de coût entre hôpitaux atteint un facteur 20 pour une vasectomie en hôpital de jour ou 2,5 pour une prothèse de genou).
- Les **patients BIM** bénéficient d'une meilleure intervention de l'assurance maladie pour la plupart des frais (séjour, honoraires...) mais pas pour les implants. Leur facture est dès lors sensiblement moins élevée que pour les autres assurés. Mais leur **facture grimpe d'un montant aussi élevé que celle des autres assurés** dans le cas où ils font le choix de la **chambre particulière**.

Commentaires et recommandations.

Le manque de transparence (sur les rétrocessions et leur affectation, sur les pratiques extra-hospitalières) ne permet pas de monitorer efficacement le système ni les répercussions d'éventuelles mesures.

En l'absence d'informations sur la pathologie / le diagnostic médical, il n'est pas possible d'affiner l'analyse. De même, nous ne disposons pas de l'information sur le fait de disposer d'une assurance hospitalisation privée.

Le patient doit légalement être informé au préalable par les prestataires des conséquences financières de son séjour hospitalier.

Même si certains hôpitaux mentionnent un montant indicatif sur leur site web pour certaines interventions, l'information est parfois insuffisante, pas à jour ou même inexistante. **La remise d'une estimation de coût pour des interventions courantes par l'hôpital avant une admission permettrait de mieux informer le patient sur les coûts à sa charge qu'il devra supporter au cours de son séjour. Une distinction selon la catégorie de chambre, et le statut social est essentielle.**

À cet égard, les sites web de certains Organismes Assureurs vont reprendre les informations concernant les coûts patients par hôpital, pour un certain nombre d'interventions fréquentes, selon le type de chambre et le statut du bénéficiaire.

5 Annexes – Tableaux – Graphiques

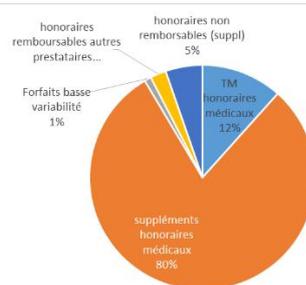
Annexe 1 : Qu'est-ce qu'un boxplot ?	24
Annexe 2 : Tableaux	25

Annexe 1 : Définition des catégories de dépenses

Honoraires globaux :

Les honoraires globaux recouvrent les honoraires médicaux remboursables, mais aussi les honoraires non médicaux remboursables (honoraires dentistes, kinés, accoucheuses, infirmières, logopèdes, bandagistes, orthopédistes, opticiens, audiciens) ainsi que les honoraires non remboursables⁴ (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). Les honoraires médicaux remboursables et leurs suppléments représentent la majeure partie des honoraires globaux. Les honoraires forfaitaires dans le cadre des séjours à basse variabilité sont également pris en compte dans les honoraires globaux.

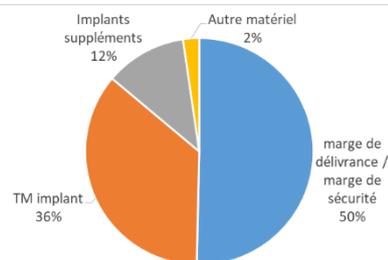
A charge patient (764 millions €)



Matériel

Sont repris dans le « matériel » les implants remboursables ainsi que d'autres produits médicaux (bandes plâtrées, pansements actifs) et des implants ou du matériel non remboursables (960234, 960245, 960536, 960540, 961273, 961284). Les suppléments sur les implants sont prévus dans la réglementation. Ils correspondent à des implants non remboursables dont le montant est plafonné, indépendamment du prestataire, de l'hôpital et du type de chambre.

A charge patient (174 millions €)



Frais de séjour

Il s'agit du montant par admission et du montant par journée pour les séjours classiques et l'hôpital de jour chirurgical, ainsi que des forfaits hôpital de jour (forfaits 1 à 7, oncologique, douleur chronique) pour l'hôpital de jour non chirurgical (Total : 887 millions euros). Ces montants sont essentiellement destinés à couvrir les frais d'hôtellerie et les soins. Le ticket modérateur est facturé uniquement pour les séjours classiques (Total : 165 millions euros). Ils varient en fonction du statut social du patient et de la durée de séjour.

⁴ Par exemple des analyses de laboratoires non remboursables.

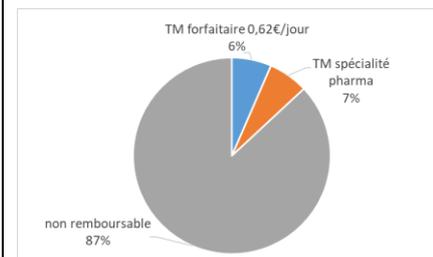
Suppléments de chambre

Il s'agit de suppléments par jour (code 761633 et 761644) facturés au patient qui choisit de séjourner en chambre particulière. Ce montant est fixé librement par l'hôpital et est proportionnel à la durée du séjour. Il peut varier considérablement d'un hôpital à l'autre, ou au sein d'un même hôpital.

Pharmacie

Spécialités pharmaceutiques remboursables et non remboursables ainsi que d'autres prestations pharmaceutiques : préparations magistrales, honoraires de garde, alimentation médicale, sang et produits sanguins, oxygène, prestations pharmaceutiques diverses ainsi que des produits pharmaceutiques divers non remboursables (961236, 961240, 961306, 961310, 961321)

A charge patient (94 millions €)

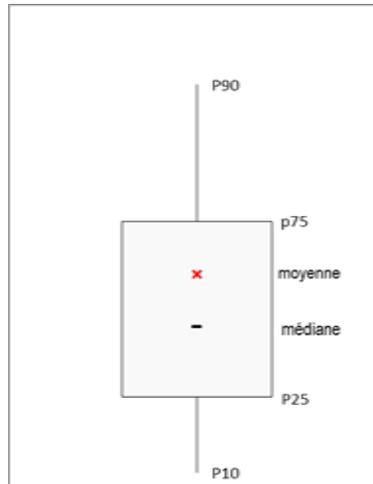


Autres

Autres prestations non remboursables : il s'agit essentiellement d'autres frais divers (93% des autres prestations non remboursables), frais de transport, matériel corporel humain, ...

Annexe 2 : Qu'est-ce qu'un boxplot ?

Le boxplot (box = boîte, plot = graphique) représente la distribution des valeurs observées.



Les paramètres représentés graphiquement sont :

- La **médiane** (représentée par un tiret dans la boîte) donne la valeur qui sépare la série étudiée en deux sous-groupes contenant le même nombre d'observations. 1 cas sur 2 se situe sous la médiane, et 1 cas sur 2 dépasse la médiane.
- **P10** donne une idée des valeurs les plus faibles observées, soit les premiers 10 % d'observations P10. 1 cas sur 10 reste sous sur ce niveau, 9 cas sur 10 dépassent ce niveau.
- Le **percentile 25** : Le percentile 25 (Q1) donne la valeur en-deçà de laquelle il y a 25 % des observations. 1 cas sur 4 se situe sous ce niveau, 3 cas sur 4 dépassent ce niveau.
- Le **percentile 75**. Le percentile 75 (Q3) donne la valeur au-delà de laquelle il y a 25 % des observations. 3 cas sur 4 se situent sous ce niveau, 1 cas sur 4 dépasse ce niveau.
- **P90** donne une idée des valeurs élevées observées, soit les 10 derniers % d'observations P90 : 9 cas sur 10 restent sous sur ce niveau, 1 cas sur 10 dépasse ce niveau.
- La **moyenne** (représentée par une croix).

Annexe 3 : Montants globaux par type de séjour 2019

	Remboursement INAMI (millions €) (1)	Tickets modérateurs (millions €) (2)	Suppléments (millions €) (3)	Total patient (millions €) (2+3)
Séjours classiques				
Séjour (*)	401,7	164,9	0,1	164,9
Honoraires globaux	2.519,2	90,1	544,0	634,2
Pharmacie	484,0	6,2	65,8	72,0
Matériel	608,5	109,9	13,0	122,9
Supplément chambre 1 lit	0,0	0,2	123,4	123,6
Autres	23,4	0,0	49,2	49,3
Total séjours classiques	4.036,6	371,3	795,7	1.166,9
Séjour hôpital de jour chirurgical				
Séjour (*)	84,8	0,0	0,0	0,0
Honoraires globaux	322,8	4,7	54,9	59,5
Pharmacie	18,2	1,9	9,2	11,1
Matériel	41,8	30,9	6,4	37,3
Supplément chambre 1 lit	0,0	0,0	3,1	3,1
Autres	0,5	0,0	2,6	2,6
Total HJ chirurgical	468,1	37,5	76,1	113,6
Séjour hôpital de jour non chirurgical				
Séjour	175,0	0,0	0,0	0,0
Honoraires globaux	343,9	12,7	52,7	65,4
Pharmacie	93,5	2,1	6,1	8,1
Matériel	35,0	10,2	3,3	13,5
Supplément chambre 1 lit	0,0	0,0	3,7	3,7
Autres	0,6	0,0	2,7	2,7
Total HJ non chirurgical	648,0	24,9	68,5	93,4
Séjour hôpital de jour oncologique				
Séjour	60,6	0,0	0,0	0,0
Honoraires globaux	66,1	3,9	1,4	5,3
Pharmacie	764,7	2,1	1,1	3,3
Matériel	1,6	0,4	0,0	0,5
Supplément chambre 1 lit	0,0	0,0	1,1	1,1
Autres	0,0	0,0	0,3	0,3
Total HJ oncologique	893,1	6,4	4,0	10,4

(*) Ce montant ne comporte pas les douzièmes, soit 80% du financement du séjour versé mensuellement aux hôpitaux.