



Communiqué de presse : Les frais hospitaliers à la charge du patient continuent d'augmenter

En 2020, le montant moyen déboursé par le patient pour une admission à l'hôpital a encore augmenté par rapport à l'année précédente. C'est ce qui ressort du Baromètre hospitalier AIM 2020.

Le patient a payé en moyenne 638,70 euros (+1 %) pour une hospitalisation classique, tandis que l'augmentation en cas d'hospitalisation de jour variait de 0,4 % à 2,5 %. Le patient n'a qu'une vue limitée sur les dépenses propres qu'il devra encourir. L'ensemble des patients a payé en 2020 un montant total inférieur pour toutes les hospitalisations classiques et de jour : 1,16 milliard contre 1,38 milliard en 2019. Cette diminution est due au report des soins réguliers pendant la pandémie et à l'interdiction des suppléments d'honoraires et de chambre pour les patients Covid.

Les soins hospitaliers, et plus généralement les soins de santé, doivent être viables financièrement pour chacun, même pour les personnes qui n'ont pas d'assurance complémentaire. Le Baromètre hospitalier AIM suit l'évolution des coûts hospitaliers afin de pouvoir évaluer l'accessibilité financière des séjours hospitaliers pour le patient.

En 2020, un montant total de 1,16 milliard d'euros a été facturé au patient pour des hospitalisations classiques et de jour en hôpital général et universitaire, contre 1,38 milliard d'euros en 2019. Afin de lutter contre la pandémie de Covid-19 en 2020, les hôpitaux ont été contraints à plusieurs reprises de reporter les soins non liés à la Covid-19. En outre, les suppléments d'honoraires et de chambre et les prestations non remboursables ont fait l'objet d'une interdiction pour les séjours de patients Covid-19.

Environ deux tiers de ce montant (790,6 millions d'euros) représentent des montants supplémentaires à la charge du patient, appelés suppléments, dont la majorité (509,7 millions d'euros) sont des suppléments aux honoraires des médecins pour des séjours en chambre individuelle. Un peu moins d'un tiers (370,3 millions d'euros) concernent des tickets modérateurs.

La moyenne du montant total facturé au patient a légèrement augmenté par rapport à 2019. Pour une hospitalisation classique (tous types de chambres), le patient débourse en moyenne 638,70 euros (+1 %). Dans le cas d'une hospitalisation de jour, la hausse oscille, en fonction du type de prestation, entre 0,4 % et 2,5 % (+2,5 % pour une hospitalisation de jour non chirurgicale, +1,3 %

pour une hospitalisation de jour chirurgicale et +0,4 % pour une hospitalisation de jour oncologique).

Le patient peut être confronté à des dépenses très élevées. Environ 60 000 admissions classiques et 2 000 admissions de jour ont dépassé les 3 000 euros facturés au patient, principalement imputables aux suppléments (d'honoraires) pour des séjours en chambre individuelle. Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires facturables a encore récemment été revu à la hausse dans plusieurs hôpitaux.

Les suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés en chambre commune, mais d'autres produits non remboursés (matériel, médicaments, services non remboursables, etc.) peuvent rapidement faire grimper la facture. Ainsi, le montant moyen de la part personnelle facturée au patient pour une prothèse du genou lors d'un séjour en chambre commune s'élève à 846 euros.

Incertitude pour le patient

Pour le patient, il est compliqué de prévoir les sommes qu'il devra déboursier. Le montant du supplément d'honoraires en euros n'est actuellement pas limité. Le pourcentage maximum de suppléments d'honoraires - qui, d'un hôpital à l'autre, varie entre 100 % et 300 % - ne reflète pas toujours ce à quoi le patient peut s'attendre. Tous les hôpitaux ne prévoient pas automatiquement d'estimation des coûts. Qu'il s'agisse des hôpitaux dont le maximum est faible ou élevé, on observe de fortes disparités en termes de suppléments d'honoraires facturés par rapport aux honoraires payés par l'assurance maladie.

Il existe d'importants écarts entre les montants facturés par les hôpitaux pour une même intervention. Ainsi, le montant moyen facturé au patient pour une prothèse du genou dans le cadre de soins à basse variabilité dans une chambre individuelle oscille entre 2 032 et 6 310 euros selon l'hôpital. Au sein d'un même hôpital, les frais pour la même intervention peuvent également varier fortement. Par exemple, le montant facturé au patient pour une appendicectomie peut atteindre le double du montant moyen appliqué dans cet hôpital.

Actuellement, la destination et le destinataire des suppléments d'honoraires ne sont pas transparents.

Vous trouverez des informations plus détaillées [dans le rapport](#).

Pour toute demande d'informations ou d'interview avec les chercheurs :
Françoise De Wolf - 0477 313914