



État des lieux des coûts hospitaliers à charge patient

Données 2018

Agence Intermutualiste

Auteurs : Françoise De Wolf, Katelijne Ackaert, Tonio Di Zinno, Mieke Dolphens, Murielle Lona

Date de publication : juin 2020



TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction.....	3
2	Méthodologie	4
2.1	Données utilisées.....	4
2.2	Analyse et présentation des données.....	4
2.3	Limites de l'étude	5
3	Résultats : coûts à charge patient.....	5
3.1	Montants globaux à charge patient.....	5
3.1.1	Aperçu général	5
3.1.2	Ventilation du montant global à charge patient selon les catégories de prestations.....	6
3.2	Montants par séjour à charge patient	10
3.2.1	Montant moyen par séjour à charge du patient (tous séjours, tous types de chambre).....	10
3.2.2	Distribution du montant à charge du patient par séjour, et par catégories de prestations	11
3.3	Impact du type d'intervention sur la facture patient.....	13
3.4	Impact de la catégorie de chambre sur la facture patient	13
3.4.1	Choix du type de chambre	14
3.4.2	Montant de la facture patient selon la catégorie de chambre.....	15
3.5	Impact de l'hôpital sur la facture patient.....	16
3.6	Impact du statut social (BIM / non BIM) sur la facture patient	17
3.6.1	Admissions par type de séjour et catégorie de chambre selon le statut social du patient.....	17
3.6.2	Impact du statut social et de la catégorie de chambre.....	18
3.7	Conséquences sur la facture selon l'âge du patient	20
3.7.1	Risque d'être hospitalisé et type de séjour selon l'âge.....	20
3.7.2	Facture moyenne par séjour selon l'âge.....	20
4	Constats généraux	22
5	Annexes – Tableaux – Graphiques.....	24
	Annexe 1 : Qu'est-ce qu'un boxplot ?	24

1 INTRODUCTION

Ce rapport constitue la première analyse de l'ensemble des coûts à charge patient lors de séjours hospitaliers et elle est basée sur tous les séjours hospitaliers, classiques et en hôpital de jour, de l'ensemble des personnes relevant de l'assurance maladie en Belgique.

L'objectif visé est d'évaluer le montant facturé aux patients lors d'un séjour hospitalier afin d'identifier les freins financiers auxquels ils sont susceptibles d'être confrontés.

Dans un premier temps, l'AIM a cartographié les suppléments d'honoraires en hôpitaux aigus à la demande de la commission nationale médico-mutualiste de l'INAMI (la médicomut). Cette analyse a fait l'objet de deux publications de l'IMA^[1], portant respectivement sur les données de 2015 et de 2017.

Les résultats ont permis d'alimenter les discussions à la médicomut et au groupe de travail tripartite sur les suppléments (i.e. représentants des médecins, des hôpitaux et des mutualités) afin de définir des mesures visant à améliorer la transparence destinée au patient, la correction des suppléments d'honoraires dans des situations particulières et le ralentissement du rythme de croissance des suppléments d'honoraires.

Maintenant, dans un second temps, l'IMA a élargi son angle d'analyse en tenant compte de la perspective du patient, c'est-à-dire de ce qu'il doit réellement déboursier lors d'une hospitalisation. Une partie consacrée au monitoring de l'évolution des suppléments d'honoraires fait l'objet d'une annexe à ce rapport.

Etant donné que la période observée est 2018, ce rapport n'intègre pas l'impact de l'introduction des séjours à basse variabilité (entrée en vigueur au 1/1/2019) ni celui de la mise en réseau (début 2020), deux changements importants d'un point de vue hospitalier qui seront examinés ultérieurement.

Certains Organismes Assureurs (OA) disposent déjà d'outils en ligne de comparaison des coûts à charge patient lors d'une hospitalisation classique ou en hôpital de jour, mais qui se basent sur leur propre population. Les résultats provenant de l'analyse au niveau national seront utilisés afin d'alimenter les sites web des OA, pour quelques interventions fréquentes. Ces données sont également disponibles sur l'Atlas de l'AIM.

^[1] Monitoring des suppléments hospitaliers – Etat des lieux – Rapport à la commission médico-mutualiste de l'INAMI, 2017

Suppléments d'honoraires médicaux lors de séjours hospitaliers – données 2017 – IMA, 2018

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 DONNÉES UTILISÉES

- Les données analysées ont trait à l'ensemble des prestations facturées pour les séjours hospitaliers :
 - Données prestées au cours de l'année 2018 ou pour séjours avec admissions en 2018
 - Facturées en 2018 ou au 1^{er} trimestre 2019
 - Facturés aux organismes assureurs ou aux patients affiliés aux organismes assureurs,
 - montants remboursés par l'assurance maladie pour des prestations remboursables
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.
 - tickets modérateurs à charge du patient pour des prestations remboursables
 - suppléments non remboursables à charge du patient
 - Attestées au sein des 102 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 (avec exclusion forfait salle de plâtre, forfait port-à-cath...).

2.2 ANALYSE ET PRÉSENTATION DES DONNÉES

- L'analyse distingue les tickets modérateurs et les suppléments.
 - 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.

Les données sont présentées sous formes de tableaux et de graphiques et certains résultats sont visualisés à l'aide de BoxPlot dont la définition se trouve à l'annexe 1.

2.3 LIMITES DE L'ÉTUDE

- **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...) 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.

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 :

- la pathologie (intervention)
- la catégorie de chambre
- l'hôpital
- le statut social du patient
- l'âge du patient

3.1 MONTANTS GLOBAUX À CHARGE PATIENT

3.1.1 Aperçu général

Globalement, **1,35 milliard euros ont été facturés aux patients** lors de séjours hospitaliers en hôpitaux aigus en **2018**, alors que 5,76 milliards euros¹ sont pris en charge par l'assurance maladie (tableau 1). **Ce montant déboursé par le patient (1,35 milliard euros) est constitué pour 1/3 de tickets modérateurs et pour 2/3 de suppléments.**

Tableau 1 : Montants globaux selon le type de séjour

	Remboursement INAMI (en millions €) (1)	Tickets modérateurs (millions €) (2)	Suppléments (millions €) (3)	Total patient (millions €) (2+3)	Total (millions €) (1+2+3)
Hospitalisation classique	3.963 (*)	372	769	1.142	5.105
HJ chirurgical	455 (*)	37	74	111	567
HJ non chirurgical	1.340	30	66	96	1.436
Total	5.758	439	910	1.349	7.107

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

- La majeure partie (85 %) du montant à charge patient a trait à l'hospitalisation classique (1,1 milliard d'euros).
- Le montant des suppléments (910 millions euros) est deux fois plus élevé que le montant des tickets modérateurs (439 millions euros).

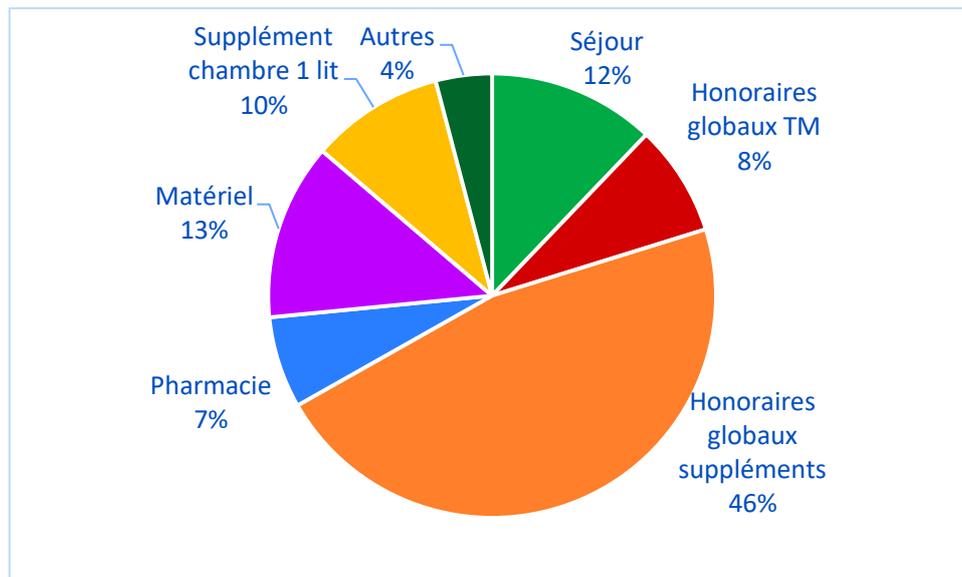
¹ Hors douzièmes versés aux hôpitaux

- Le montant global à charge patient (tickets modérateurs + suppléments) s'élève à 522 millions euros (39 %) pour les séjours (classiques + hospitalisation de jour) en chambre commune et 826 millions euros (61 %) pour les séjours en chambre particulière² malgré le fait que environ 1 séjour sur 7 se déroule en chambre particulière (1 sur 5 pour les hospitalisations classiques) (voir ci-dessous).

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

La ventilation du montant selon les grandes catégories 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 (1,35 milliards euros) selon les grandes catégories de prestations



La répartition par type de prestation du montant de 1,35 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 (10 %).

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.

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 (*)	693	163	0	857	163	19%
Honoraires globaux	3.170	109	628	3.907	737	19%
Pharmacie	1.205	13	77	1.295	90	7%
Matériel	658	152	21	831	173	21%
Supplément chambre 1 lit	0	0	130	130	130	100%
Autres	32	2	53	87	55	63%
TOTAL	5.758	439	910	7.107	1.349	19%

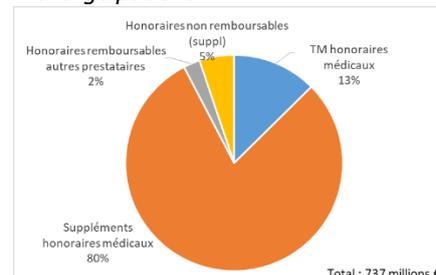
(*) Ce montant ne comporte pas les douzièmes, soit 80% du financement du séjour versé mensuellement aux hôpitaux pour les séjours classiques et hôpital de jour chirurgical.

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 :

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 remboursables³ (960035, 960046, 960050, 960061, 960072, 960083, 961251, 961262). Les honoraires médicaux remboursables et leurs suppléments représentent la majeure partie des honoraires globaux.

A charge patient



Bien que les tickets modérateurs des honoraires globaux (109 millions euros) se limitent globalement à 3,3 % du tarif INAMI (3 279 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 (588 millions euros), qui représentent 80 % des honoraires globaux (737 millions euros) à charge patient, pèsent particulièrement lourd sur la facture patient (44 % des 1,35 milliards euros à charge patient)**. Les honoraires non remboursables (38 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 (109 millions euros) représentent 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 2017 et 2018 (+4,4 %) **est plus importante que la croissance annuelle moyenne des suppléments d'honoraires sur la période 2015-2017 (3 %) et plus que les 3 % de hausse des honoraires officiels AO** entre 2017 et 2018, et atteignent 18,4 % de ceux-ci en 2018.

³ Par exemple des analyses de laboratoires non remboursables.

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)

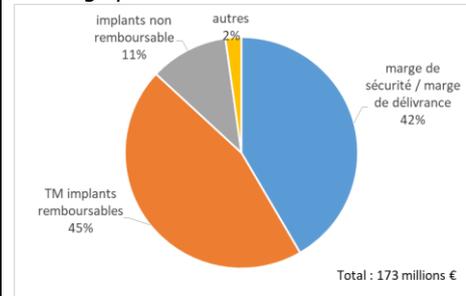
	Tickets modérateurs (millions €) (1)	Suppléments (millions €) (2)	Total patient (millions €) (1+2)
Honoraires médicaux remboursables	93	588	681
Honoraires remboursables, autres prestataires	16	2	18
Honoraires non remboursables	0	38	38
Total honoraires globaux	109	628	737

Matériel

La **marge de sécurité et marge de délivrance** représente quasiment la moitié des **152 millions euros de tickets modérateurs** sur le 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



Séjour

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

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 : 857 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 : 163 millions euros). Ils varient en fonction du statut social du patient et de la durée de séjour.

Chambre 1 lit

Les suppléments de chambre s'élèvent à **130 millions euros**, pour 479 926 séjours (classiques + hôpital de jour) en chambre particulière.

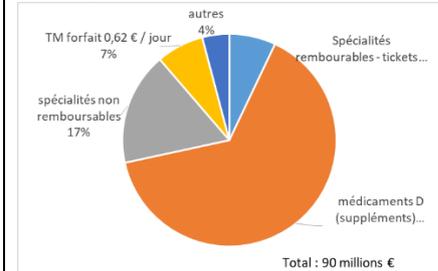
Il s'agit de suppléments par jour (code 761633 et 761644) facturés au patient qui choisit de séjourner en chambre particulière. Ce montant est fixé librement par l'hôpital et est proportionnel à la durée du séjour. Il peut varier considérablement d'un hôpital à l'autre, ou au sein d'un même hôpital.

Pharmacie

Les remboursements INAMI pour la pharmacie (1.205 millions euros) atteignent 93 % du montant total (1 295 millions euros) ; les **suppléments non remboursables (77 millions euros), 6 %, et les tickets modérateurs (13 millions euros) ne dépassent pas 1 % du montant total.**

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



Autres

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

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

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 (personnellement ou avec l'intervention d'une assurance hospitalisation) 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 :

- La pathologie (intervention)
- La catégorie de chambre
- L'hôpital
- Le statut social
- L'âge du patient

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

Le montant à charge patient moyen (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
Séjour classique			
Séjour	89 €	0 €	89 €
Honoraires globaux	49 €	290 €	339 €
Pharmacie	3 €	34 €	37 €
Matériel	62 €	7 €	69 €
Supplément chambre 1 lit	0 €	67 €	67 €
Autres	1 €	26 €	27 €
TOTAL	204 €	424 €	628 €
Séjour hôpital de jour chirurgical			
Séjour	0 €	0 €	0 €
Honoraires globaux	7 €	87 €	94 €
Pharmacie	3 €	14 €	17 €
Matériel	49 €	10 €	59 €
Supplément chambre 1 lit	0 €	5 €	5 €
Autres	0 €	4 €	4 €
Total HJ chirurgical	59 €	121 €	180 €
Séjour hôpital de jour non chirurgical			
Séjour	0 €	0 €	0 €
Honoraires globaux	11 €	35 €	46 €
Pharmacie	3 €	5 €	8 €
Matériel	7 €	2 €	9 €
Supplément chambre 1 lit	0 €	3 €	3 €
Autres	0 €	2 €	2 €
Total HJ non chirurgical	21 €	47 €	69 €

Le montant moyen à charge patient s'élève à 628 euros, en hospitalisation classique, dont 204 euros de ticket modérateur et 424 euros de suppléments. En hôpital de jour, ce coût moyen est de 180 euros et de 69 euros respectivement pour les séjours chirurgicaux et non chirurgicaux.

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, durée de séjour, hôpital...).

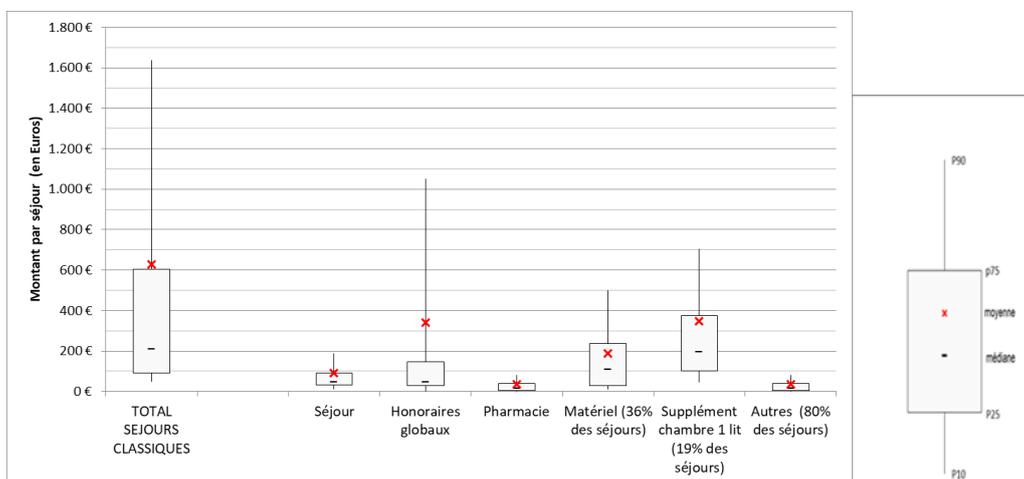
La distribution du montant à charge patient met en évidence ces écarts.

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 1**.

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 200 euros pour le séjour médian, mais elle dépasse les 1 600 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 le 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.2. annexe 2).

- Pour les honoraires médicaux globaux, ces écarts sont beaucoup plus élevés puisque le percentile 90 atteint 1 050 euros, soit 23 fois plus que la médiane de 45 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 195 euros pour la moitié des séjours en chambre particulière, et même 700 euros pour 1 séjour sur 10 parmi eux.

- 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 500 euros pour un séjour sur 10 parmi les séjours avec matériel.

Les constats sont similaires pour l'hospitalisation de jour (cf. tableau A.2. annexe 2).

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

Montant facture patient	Nombre séjours classiques	Nombre séjours hospitalisation de jour	Nombre patients (*)
Nombre total	1.808.214	2.014.977	2.152.387
de 0 à 1.000 €	1.496.465	1.887.884	1.771.484
de 1.000 à 3.000 €	238.031	40.963	276.160
de 3.000 € à 5.000 €	47.121	1.685	54.426
de 5.000 € à 10.000 €	19.493	411	26.277
de 10.000 € à 30.000 €	4.353	19	7.616
> 30.000 €	99		227

(*) Cumul de tous les séjours (classiques et/ou hospitalisation de jour) par patient en 2018.

- Pour 23 945 séjours classiques, la facture globale du patient dépasse les 5 000 euros, et 99 séjours dépassent les 30 000 euros.
- Le nombre de factures très élevées est également important en hospitalisation de jour, 430 séjours dépassent les 5 000 euros.
- 227 patients se sont vu facturer plus de 30 000 euros pour l'ensemble de leur séjours hospitaliers de 2018 (hors coûts ambulatoires).

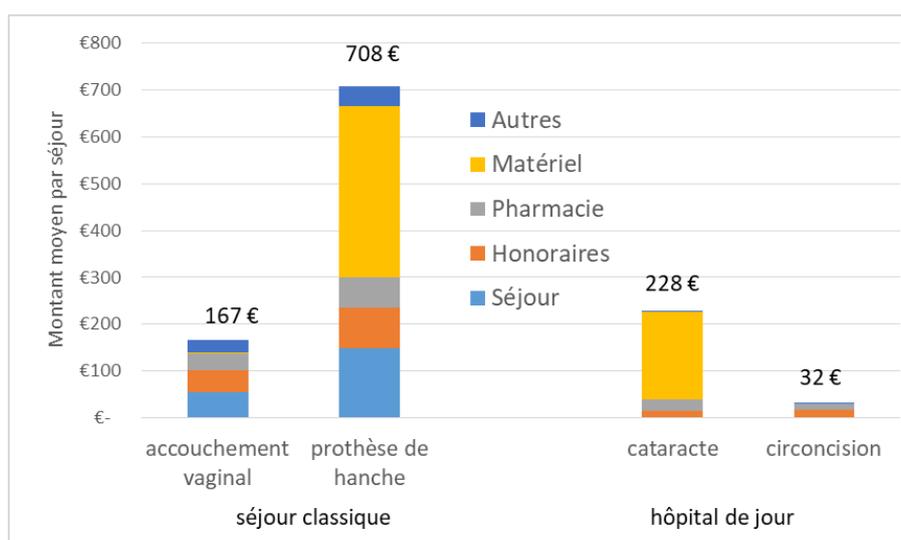
Certains coûts à charge patient sont directement liés à la catégorie de chambre (suppléments de chambre et suppléments d'honoraires). Par contre, d'autres éléments, indépendants du choix du patient, comme par exemple l'intervention qu'il doit subir, influencent ces coûts. C'est ce que nous examinons dans la section ci-après.

3.3 IMPACT DU TYPE D'INTERVENTION SUR LA 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 4 interventions courantes (séjours classiques pour accouchement par voie vaginale, pour prothèse de hanche et séjour en hospitalisation de jour pour cataracte et circoncision), en chambre commune, met en évidence les différences de coût selon l'intervention (l'impact de la catégorie de chambre sera examiné au point 3.4). Ces moyennes sont purement indicatives. Le coût peut différer notamment selon le matériel utilisé, les difficultés survenues durant l'intervention...

Graphique 3 : Comparaison du coût à charge patient pour 4 interventions : accouchement vaginal, prothèse de hanche, cataracte et circoncision en chambre commune



- 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 de la prothèse de hanche (52 % de la facture) ou de la cataracte (82 % de la facture).
- L'impact des autres dépenses (pharmacie et autres) est plus limité pour les interventions examinées.

A côté de la pathologie et de l'état de santé de la personne, le choix de la catégorie de chambre est un élément déterminant du montant de la facture patient que nous abordons dans la section 3.4.

3.4 IMPACT DE LA CATÉGORIE DE CHAMBRE SUR LA FACTURE PATIENT

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.

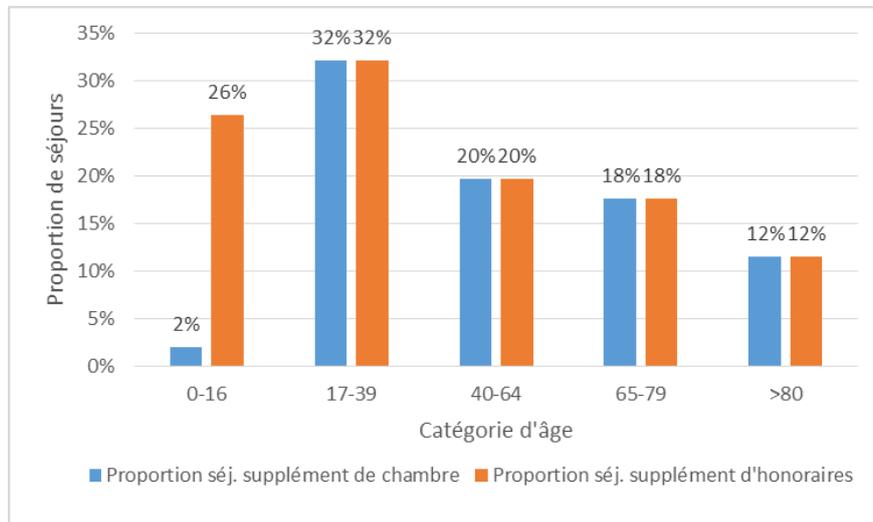
En principe, les autres postes de la facture patient sont indépendants de la catégorie de chambre.

Étant donné le manque d'uniformité dans l'enregistrement des catégories de chambre en hospitalisation de jour, les résultats qui suivent ne concernent que l'hospitalisation classique. Certains résultats relatifs à l'hospitalisation de jour figurent dans l'annexe 2, en faisant l'hypothèse que les séjours avec suppléments d'honoraires se sont déroulés en chambre particulière même en l'absence de facturation de celle-ci.

3.4.1 Choix du type de chambre

Les séjours facturés en chambre particulière représentent 19% des séjours classiques, avec des variations en fonction de l'âge du patient et de l'intervention.

Graphique 4 : Comparaison de la proportion de séjours classiques avec supplément de chambre particulière avec la proportion de séjours avec suppléments d'honoraires, selon la classe d'âge du patient



La proportion de séjours facturés en chambre particulière est la plus élevée chez les jeunes adultes et diminue ensuite avec l'âge. Ces séjours donnent généralement lieu à des suppléments sur les honoraires médicaux remboursables.

Les enfants⁴ bénéficient d'une protection particulière face aux suppléments de chambre : ils peuvent séjourner dans une chambre particulière accompagné d'un parent (chambre mère-enfant) sans que le supplément de chambre leur soit imputés, ce qui explique que seuls 2% des séjours des 0 à 16 ans font l'objet de facturation de suppléments de chambre. Etant donné l'absence d'uniformité dans la procédure de facturation de ces chambres mère-enfant⁵, il nous est impossible de déterminer le nombre de séjours qui ont lieu dans ce type de chambre.

Par contre, ces enfants ne sont pas protégés contre les suppléments d'honoraires⁶, ceux-ci étant facturés pour 1 séjour sur 4.

Le choix de la chambre particulière a des conséquences financières importantes pour le patient.

⁴ Selon le Programme de Soins pour enfants AR 2016 qui est encore d'application : il faut entendre par :

- a) enfants : les mineurs qui n'ont pas atteint l'âge de 15 ans;
- b) Les mineurs entre 15 et 18 ans souffrant d'une affection chronique doivent, en concertation avec le médecin-chef de service, avoir le choix d'être soignés dans une unité de soins pour adultes ou dans une unité de soins pour enfants.

Pour cette étude IMA, nous avons choisi de considérer les enfants comme appartenant à la catégorie 0-16 ans.

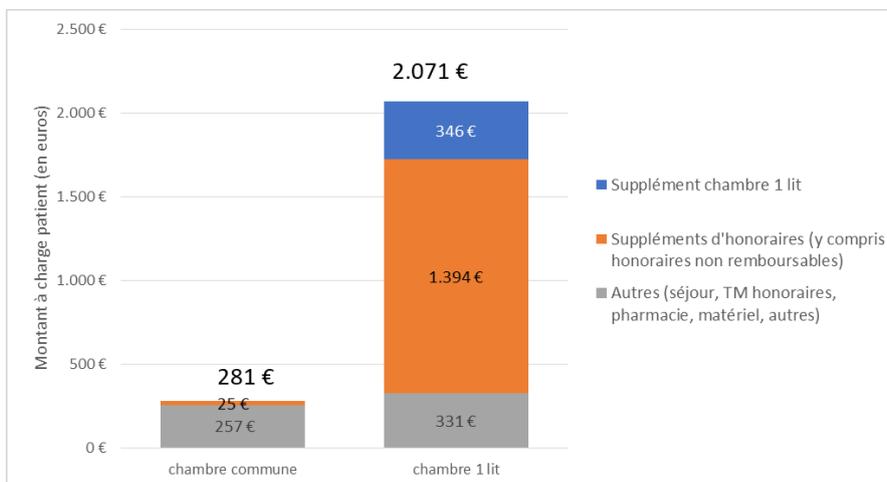
⁵ Certains hôpitaux facturent le code de supplément de chambre particulière avec un montant nul pour les chambres mère-enfants, alors que d'autres hôpitaux ne facturent rien.

⁶ Si, en cas d'hospitalisation d'un enfant accompagné d'un parent, il est expressément opté pour une chambre individuelle et si l'enfant et le parent accompagnant séjournent effectivement dans une telle chambre, l'hôpital ne peut pas facturer de suppléments de chambre. Toutefois, chaque médecin intervenant dans le cadre du traitement peut éventuellement facturer un supplément d'honoraires

3.4.2 Montant de la facture patient selon la catégorie de chambre

Le coût moyen d'un séjour en chambre particulière s'élève à 2.071 euros, soit 7 fois plus que les 281 euros dans une autre chambre.

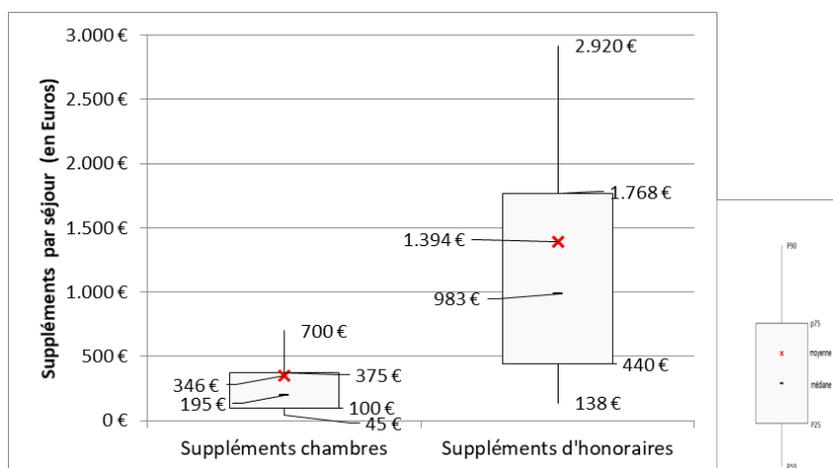
Graphique 5 : Impact de la catégorie de chambre sur la facture moyenne



Le surcoût résulte des suppléments de chambre (346 euros en moyenne), mais surtout des suppléments d'honoraires de 1 394 euros en moyenne (graphique 5), soit 4 fois plus que les suppléments de chambre.

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).

Graphique 6 : Distribution des suppléments de chambre et suppléments d'honoraires pour les séjours classiques en chambre 1 lit



- 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.
- 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

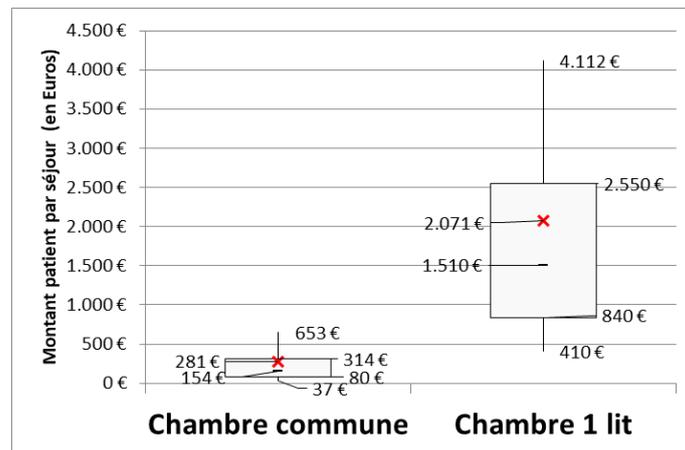
constate des variations importantes selon la pathologie, l'hôpital, mais également entre séjours au sein d'un même hôpital pour une même pathologie (cf. graph 8. Accouchement vaginal en chambre particulière)

- **Plus de 10 700 séjours classiques dépassent les 5 000 euros de suppléments d'honoraires en 2018 (+8 % qu'en 2017)** alors que le nombre de séjours avec suppléments d'honoraires inférieurs à 1 000 euros a diminué de 8 %. En hospitalisation de jour, la diminution du nombre de séjours avec suppléments d'honoraires se traduit essentiellement par une réduction du nombre de séjours avec les suppléments d'honoraires inférieurs à 1 000 euros (-6 %). **En 2018, 1 857 séjours hospitaliers ont dépassé les 10 000 euros de suppléments (cf. annexe).**

C'est sur la catégorie de chambre que le patient fait son choix et le tarif 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, plus élevés que les suppléments de la chambre, et qui présentent une grande variabilité.

La variabilité du montant des suppléments de chambre, et surtout des suppléments d'honoraires, induit des écarts très importants entre les factures patient en chambre particulière.

Graphique 7 : Distribution de la facture patient selon la catégorie de chambre, séjours classiques



Le coût médian à charge patient est 10 fois plus élevé en chambre particulière (1 510 euros) que dans les autres catégories de chambre (154 euros).

En 2018, 80 % des patients ont payé entre 410 euros et 4 112 euros pour un séjour classique en chambre particulière (graphique 7). Pour 1 patient sur 100, ce montant dépasse 10 812 euros.

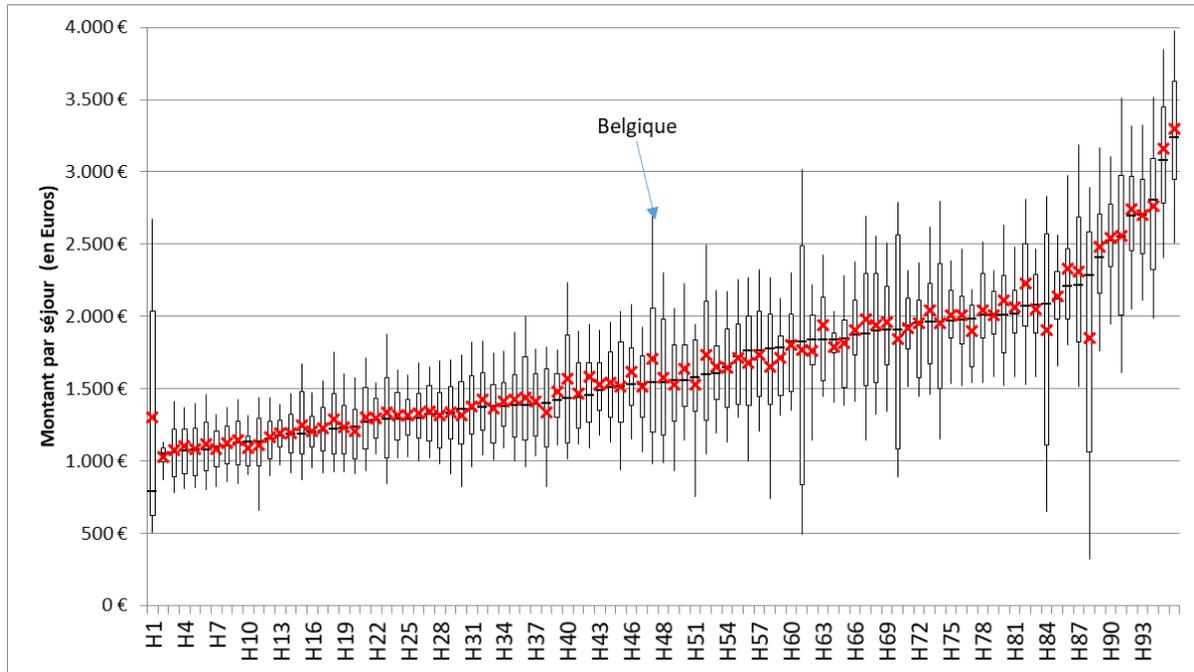
3.5 IMPACT DE L'HÔPITAL SUR LA FACTURE PATIENT

La facture globale du patient varie fortement d'un hôpital à l'autre, y compris pour des interventions courantes, ceci en particulier pour les séjours en chambre particulière étant donné que chaque hôpital est libre de déterminer le prix de ses chambres particulières ainsi que sa politique tarifaire en matière de suppléments d'honoraires.

Dans certains cas, c'est le patient qui choisit l'hôpital dans lequel il souhaite être admis. Mais ce n'est pas toujours le patient qui effectue ce choix (cf. nécessité de soins hautement spécialisés...) qui aura pourtant des conséquences sur le montant de sa facture.

Le cas de l'accouchement vaginal en chambre particulière illustre les différences entre hôpitaux, mais aussi les variations importantes de factures entre séjours au sein d'un même hôpital.

Graphique 8 : Comparaison entre hôpitaux pour un accouchement vaginal en chambre particulière



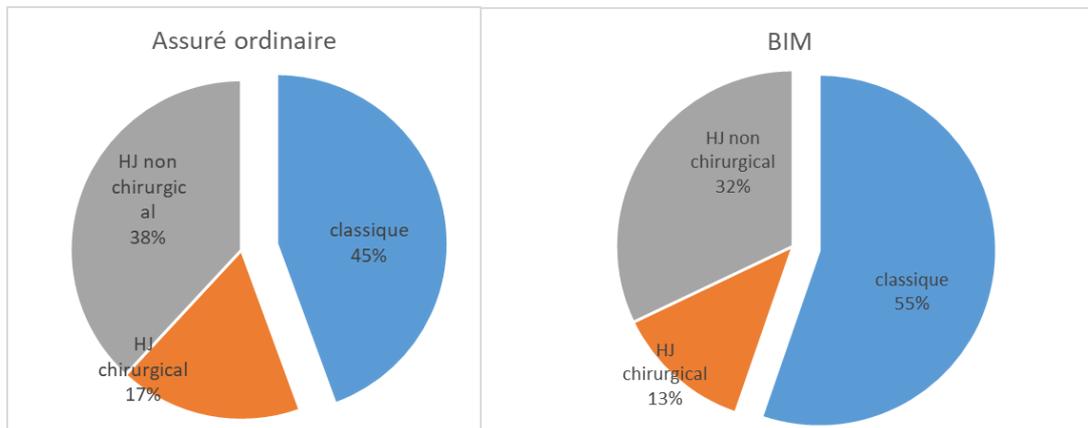
Le montant de la facture patiente médiane varie d'environ 1 000 euros dans les hôpitaux les moins chers à plus de 3 000 euros dans les hôpitaux les plus chers. Mais les écarts au sein d'un hôpital peuvent être très importants (exemple H61 : 1 patiente sur 10 paye moins de 491 euros, à l'opposé, 1 patiente sur 10 paye plus de 3 000 euros, alors que la médiane est à 1 824 euros).

3.6 IMPACT DU STATUT SOCIAL (BIM / NON BIM) SUR LA FACTURE PATIENT

3.6.1 Admissions par type de séjour et catégorie de chambre selon le statut social du patient

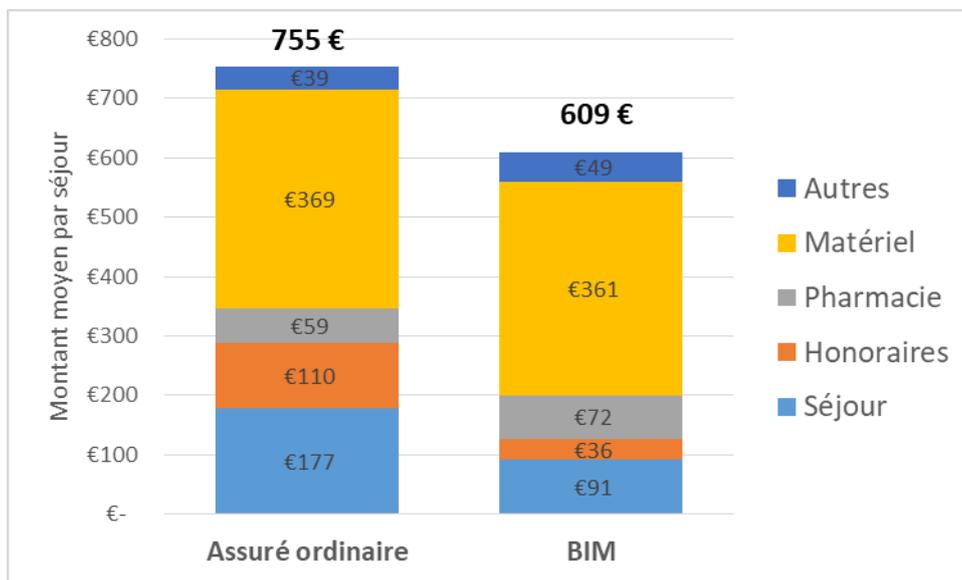
Plus de la moitié des séjours des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) ont lieu en hospitalisation classique, alors que les assurés ordinaires sont plus fréquemment dirigés vers l'hospitalisation de jour. Ces chiffres globaux ne tiennent pas compte de l'âge, de pathologie, sexe...

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



Pour éliminer l’impact des surcoûts induits par la chambre particulière, nous avons examiné le coût moyen à charge patient pour la prothèse de hanche, par catégorie de prestations, en chambre commune

Graphique 10 : Comparaison de la facture patient selon le statut du patient, prothèse de hanche en chambre commune



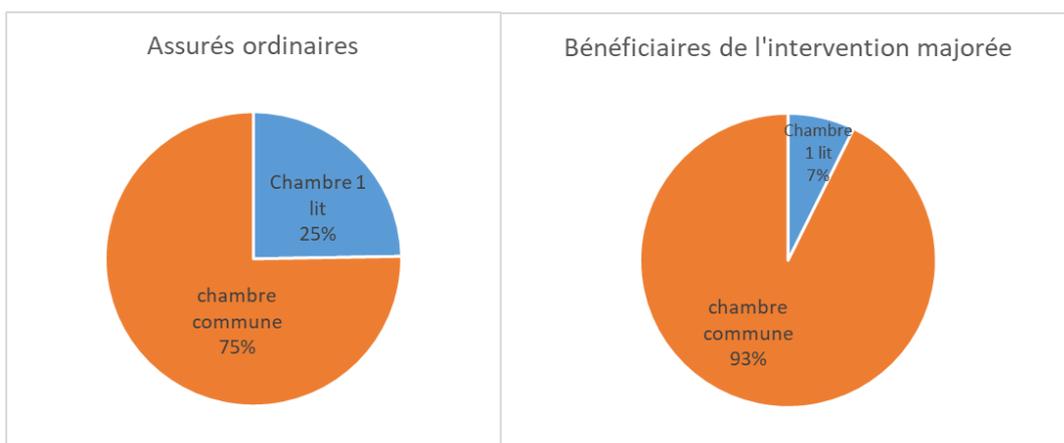
Dans une même catégorie de chambre, les patients BIM paient moins que les assurés ordinaires grâce à des tickets modérateurs moins élevés pour certaines prestations telles que les frais de séjour et les honoraires.

Par contre, pour le coût du matériel, en particulier les implants, les patients BIM ne bénéficient pas d’une meilleure protection financière que les autres patients.

3.6.2 Impact du statut social et de la catégorie de chambre

Indépendamment de la situation médicale, les bénéficiaires de l’intervention majorée font moins fréquemment le choix d’une chambre particulière que les autres patients.

Graphique 11 : Comparaison de la répartition des séjours classiques selon la catégorie de chambre, selon le statut social du patient

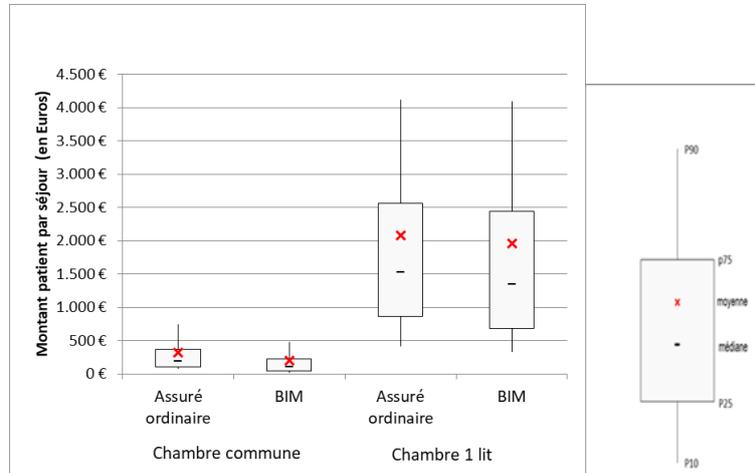


Les patients BIM optent pour une chambre particulière dans 7 % des séjours classiques, contre 25 % des séjours pour les autres bénéficiaires de l’assurance maladie.

Les analyses qui suivent portent sur les séjours classiques. Les analyses sur les séjours en hospitalisation de jour donnent lieu à des constats similaires. Certaines données sont reprises en annexe 2.

La distribution du montant de la facture patient montre que la catégorie de chambre est plus déterminante que le statut social sur la facture du patient. **Lorsqu'un bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) choisit de séjourner en chambre particulière, sa facture grimpera autant que pour un assuré ordinaire.**

Graphique 12 : Distribution du montant de la facture patient pour les séjours classiques, selon le statut social et la catégorie de chambre



- Pour une chambre commune, un patient BIM payera en moyenne 202 euros et un assuré ordinaire, 325 euros, avec toutefois de grands variations entre les séjours.
- Pour une chambre à 1 lit, le coût moyen est proche de 2 000 euros ; quel que soit le statut du patient, soit plus de 6 fois qu'en chambre commune pour un assuré ordinaire, et 10 fois plus pour un patient BIM.

La distribution du montant de la facture patient en hospitalisation de jour, selon le statut social et la catégorie de chambre, est reprise dans le tableau 6 de l'annexe 2.

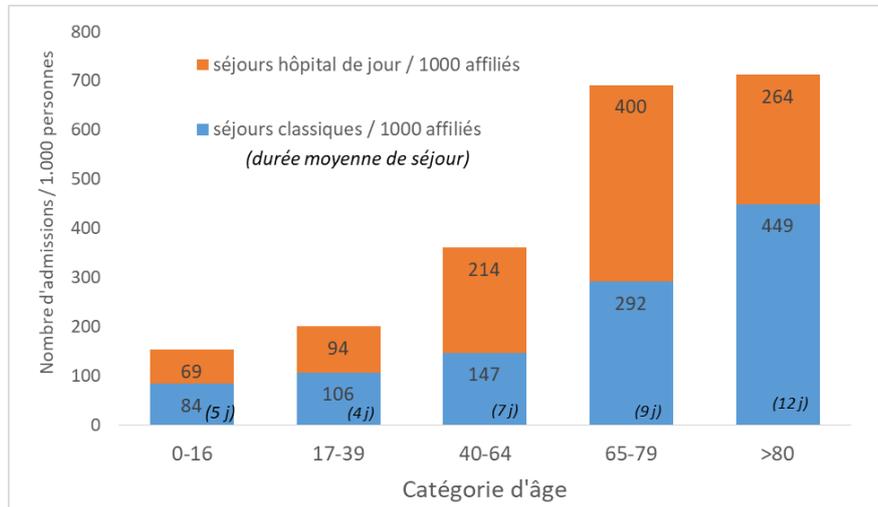
3.7 CONSÉQUENCES SUR LA FACTURE SELON L'ÂGE DU PATIENT

Le risque de devoir faire face à des coûts hospitaliers, et l'ampleur de ceux-ci, varie selon la catégorie d'âge.

3.7.1 Risque d'être hospitalisé et type de séjour selon l'âge

Comme le montre le graphique ci-après, le risque de devoir être hospitalisé varie avec l'âge.

Graphique 13: Nombre d'admissions par 1 000 personnes affiliées à l'assurance obligatoire, selon la catégorie d'âge du patient et le type de séjour

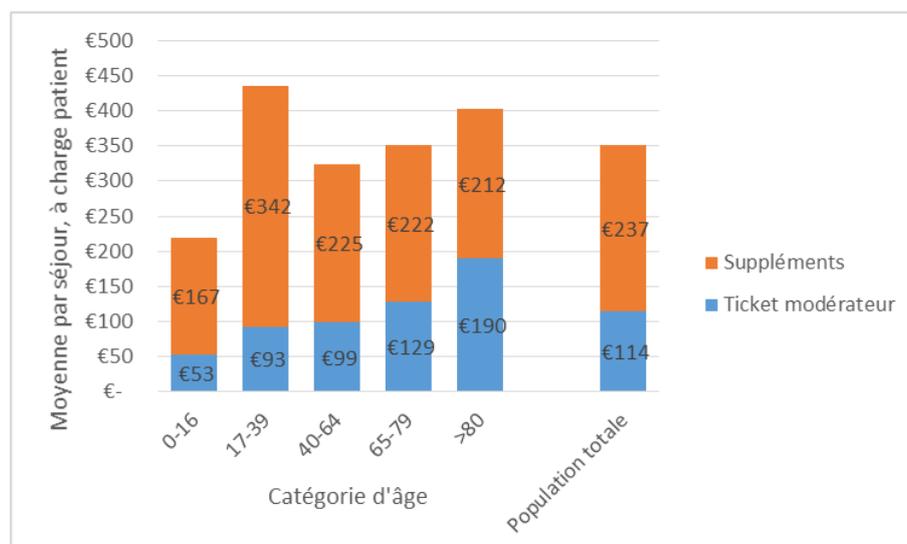


Le risque d'être hospitalisé augmente avec l'âge. Il est près de 5 fois plus élevé pour les 65 ans et plus, que pour les enfants. Pour les personnes les plus âgées, le risque d'être admis en hospitalisation classique continue à augmenter, au détriment de l'hospitalisation de jour.

3.7.2 Facture moyenne par séjour selon l'âge

Le montant de la facture à laquelle le patient devra faire face varie également en fonction de l'âge.

Graphique 14 : Comparaison du coût moyen à charge patient, selon la catégorie d'âge, tous séjours (classiques et hospitalisation de jour)



Le montant moyen des tickets modérateurs par séjour augmente en moyenne avec l'âge. Le ticket modérateur moyen est près de deux fois plus élevé pour les patients les plus âgés (80 ans et plus) que pour les adultes de 17 à 64 ans.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ces différences de coûts selon les classes d'âge, liés à :

- l'état de santé (pathologie, lourdeur de la prise en charge, proportion plus élevée de séjours classiques parmi les 80 ans et plus, durée de séjour, ...)
- le choix du patient pour un type de chambre.

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 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 1,35 milliards d'euros** (hors coût ambulatoires éventuels) **en 2018**. Un tiers de ce montant correspond à des tickets modérateurs, **deux tiers sont des suppléments** en ce compris des frais non remboursables (dont la plus grosse part est liée à la chambre particulière).

Suppléments d'honoraires élevés

- **44 % du montant total de 1,35 milliard euros facturé aux patients (588 millions euros)** sont des suppléments d'honoraires médicaux. Leur croissance entre 2017 et 2018 (+4,4 %) est plus importante que la croissance annuelle moyenne des suppléments d'honoraires sur la période 2015-2017 (3 %) et plus que les 3 % de hausse des honoraires officiels AO. Ce n'est pas le nombre de séjours avec suppléments d'honoraires qui augmente (2014-2018), mais bien le montant moyen de suppléments d'honoraires pour les séjours concernés.

Risque pour le patient d'être confronté à des coûts/suppléments de 5 000 euros et plus

- Plus de 10 000 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 23 945 séjours classiques et 430 séjours en hospitalisation de jour** en 2018. Un séjour classique sur 100 en chambre particulière donne lieu à une facture de plus de 10 812 euros. Et 227 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.
- Les enfants bénéficient d'une protection particulière contre les suppléments de chambre (chambre mère-enfants), mais sont soumis aux suppléments d'honoraires dans 1 cas sur 4.

Hétérogénéité des coûts en fonction de différents facteurs

- Le coût du séjour varie en fonction du **type d'intervention**.
- On observe de **grands écarts de coût entre les hôpitaux**, en particulier pour les séjours en chambre particulière, en raison des différences de pratique tarifaire des hôpitaux. La différence entre hôpitaux peut aller **du simple au triple** pour une même intervention en chambre particulière.
- 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 (3,4 fois moins fréquemment). Par exemple, en 2018, pour un accouchement par voie vaginale, une patiente BIM séjournant en chambre particulière a payé en moyenne 15 fois plus que dans un autre type de chambre. Pour une assurée ordinaire, la facture moyenne est multipliée par 8 en cas de chambre particulière.

- **Les personnes les plus âgées** courent le plus le risque d'être admis à l'hôpital, mais supportent également la facture moyenne la plus élevée (402 euros) bien qu'ils optent moins fréquemment pour une chambre particulière, après les jeunes adultes (17 à 39 ans) pour lesquels la facture moyenne de 435 euros est constituée en grande partie des suppléments.

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.

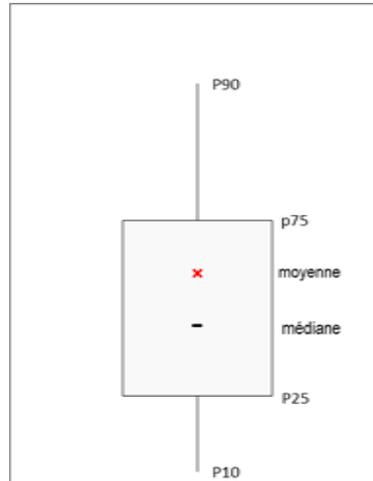
Même si certains hôpitaux mentionnent un montant indicatif sur leur site web pour certaines interventions, l'information est parfois insuffisante, pas à jour ou même inexistante. **La remise d'une estimation de coût pour des interventions courantes par l'hôpital avant une admission permettrait de mieux 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.**

A 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 ?

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 2 : Tableaux

Tableau 2. 1. Montant globaux selon le type de séjour

	Remboursement INAMI (en millions €)	modérateurs (millions €)	suppléments (millions €)	patient (millions €)
Séjours classiques				
Séjour (*)	392,0	163,2	0,1	163,3
Honoraires globaux	2.478,3	88,9	525,2	614,1
Pharmacie	476,5	6,3	61,8	68,1
Matériel	585,4	112,1	12,1	124,2
Supplément chambre 1 lit	0,0	0,0	122,3	122,4
Autres	30,8	1,9	47,7	49,7
TOTAL	3.963,1	372,5	769,3	1.141,8
Séjour hôpital de jour chirurgical				
Séjour (*)	82,2	0,0	0,0	0,0
Honoraires globaux	312,7	4,6	53,7	58,3
Pharmacie	19,5	2,0	8,6	10,6
Matériel	40,6	30,1	6,4	36,5
Supplément chambre 1 lit	0,0	0,0	3,1	3,1
Autres	0,4	0,0	2,6	2,6
Total HJ chirurgical	455,4	36,7	74,5	111,1
Séjour hôpital de jour non chirurgical				
Séjour	219,2	0,0	0,3	0,3
Honoraires globaux	378,9	15,4	49,3	64,8
Pharmacie	709,3	4,4	6,8	11,3
Matériel	32,0	9,9	2,8	12,6
Supplément chambre 1 lit	0,0	0,0	4,5	4,5
Autres	0,5	0,0	2,5	2,5
Total HJ non chirurgical	1.340,0	29,7	66,2	96,0

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

Tableau 2.2. : Distribution du montant à charge patient pour les différentes catégories de dépenses

	P10	P25	Médiane	Moyenne	P75	P90	P99
SEJOURS CLASSIQUES							
Séjour	11 €	32 €	45 €	90 €	91 €	187 €	701 €
Honoraires globaux	2 €	30 €	45 €	339 €	148 €	1.050 €	4.117 €
Pharmacie	1 €	4 €	16 €	37 €	39 €	79 €	326 €
Matériel (36% des séjours)	10 €	27 €	107 €	189 €	235 €	499 €	1.116 €
Supplément chambre 1 lit (19% des séjours)	45 €	100 €	195 €	346 €	375 €	703 €	2.760 €
Autres (80% des séjours)	1 €	4 €	14 €	34 €	39 €	80 €	283 €
TOTAL SEJOURS CLASSIQUES	48 €	91 €	209 €	627 €	605 €	1.636 €	5.691 €
<i>Durée de séjour</i>	1	1	3	8	7	17	78

	Proportion de séjours	P10	P25	Médiane	Moyenne	P75	P90	P99
Hôpital de jour chirurgical								
Séjour	93%	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires globaux	100%	0 €	0 €	7 €	94 €	15 €	215 €	1.538 €
Pharmacie	87%	3 €	7 €	16 €	20 €	26 €	38 €	73 €
Matériel	43%	6 €	30 €	166 €	138 €	175 €	182 €	950 €
Supplément chambre 1 lit	8%	33 €	41 €	52 €	59 €	62 €	126 €	169 €
Autres	37%	1 €	1 €	4 €	12 €	11 €	28 €	99 €
Total séjour HJ chirurgical		1 €	14 €	48 €	180 €	207 €	393 €	1.787 €
Hôpital de jour non chirurgical								
Séjour	99%	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires globaux	99%	0 €	3 €	9 €	47 €	20 €	44 €	1.005 €
Pharmacie	94%	0 €	1 €	4 €	9 €	10 €	19 €	54 €
Matériel	25%	6 €	8 €	10 €	37 €	24 €	91 €	381 €
Supplément chambre 1 lit	5%	35 €	41 €	50 €	59 €	62 €	100 €	169 €
Total séjour HJ non chirurgical		4 €	8 €	19 €	69 €	38 €	97 €	1.152 €

Tableau 2.3. : Comparaison du montant moyen par catégorie de dépense, selon la catégorie de chambre

	Tickets modérateurs		Suppléments		Total patient	
	chambre commune	chambre 1 lit	chambre commune	chambre 1 lit	chambre commune	chambre 1 lit
Séjours classiques						
Séjour	87 €	99 €	0 €	0 €	87 €	99 €
Honoraires globaux	47 €	55 €	25 €	1.394 €	72 €	1.450 €
Pharmacie	4 €	3 €	32 €	41 €	36 €	43 €
Matériel	57 €	83 €	6 €	11 €	62 €	94 €
Supplément chambre 1 lit	- €	0 €	- €	346 €	- €	346 €
Autres	1 €	1 €	23 €	38 €	24 €	39 €
Total	195 €	242 €	86 €	1.829 €	281 €	2.071 €
Hôpital de jour chirurgical						
Séjour	- €	- €	- €	- €	- €	- €
Honoraires	7 €	8 €	14 €	762 €	21 €	770 €
Pharmacie	3 €	4 €	14 €	16 €	17 €	20 €
Matériel	49 €	50 €	9 €	19 €	58 €	69 €
Supplément chambre 1 lit		0 €		51 €		51 €
Autres	0 €	0 €	4 €	6 €	4 €	6 €
Total	59 €	62 €	41 €	855 €	100 €	916 €
Hôpital de jour non chirurgical						
Séjour	- €	- €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires	11 €	14 €	6 €	482 €	16 €	496 €
Pharmacie	3 €	4 €	5 €	8 €	8 €	12 €
Matériel	6 €	16 €	2 €	2 €	8 €	19 €
Supplément chambre 1 lit		0 €		51 €		51 €
Autres	0 €	0 €	2 €	3 €	2 €	3 €
Total	20 €	35 €	14 €	547 €	34 €	581 €

Tableau 2.4. : Distribution des suppléments de chambre et suppléments d'honoraires pour les séjours en hôpital de jour, en chambre 1 lit

Séjours chambre 1 lit		P10	P25	Médiane	Moyenne	P75	P90	P99
Hôpital de jour chirurgical	Suppléments de chambre	33 €	41 €	52 €	59 €	62 €	126 €	169 €
	Suppléments d'honoraires globaux	169 €	344 €	613 €	762 €	989 €	1.500 €	3.278 €
Hôpital de jour non chirurgical	Suppléments de chambre	35 €	41 €	50 €	59 €	62 €	100 €	169 €
	Suppléments d'honoraires globaux	22 €	66 €	333 €	483 €	720 €	1.160 €	2.236 €

Tableau 2.5. : Distribution de la facture patient selon la catégorie de chambre, en hospitalisation de jour.

	Proportion séjours	P10	P25	Médiane	Moyenne	P75	P90	P99
Hôpital de jour chirurgical								
chambre commune	90%	1 €	12 €	38 €	100 €	180 €	219 €	718 €
chambre 1 lit	10%	243 €	432 €	760 €	916 €	1.204 €	1.721 €	3.515 €
Hôpital de jour non chirurgical								
chambre commune	94%	4 €	8 €	17 €	34 €	34 €	58 €	279 €
chambre 1 lit	6%	77 €	144 €	413 €	581 €	845 €	1.308 €	2.520 €

Tableau 2.6. : Distribution du montant de la facture patient en hospitalisation de jour, selon le statut social et la catégorie de chambre

Type de chambre	Statut social	Proportion de séjours	P10	P25	Médiane	Moyenne	P75	P90	P99
Hôpital de jour chirurgical									
Commune	Assuré ordinaire	70%	1 €	14 €	39 €	102 €	168 €	220 €	733 €
	BIM	20%	0 €	7 €	31 €	95 €	195 €	214 €	539 €
1 lit	Assuré ordinaire	9%	251 €	441 €	767 €	924 €	1.208 €	1.727 €	3.532 €
	BIM	1%	200 €	337 €	681 €	833 €	1.134 €	1.633 €	3.473 €
Hôpital de jour non chirurgical									
Commune	Assuré ordinaire	71%	5 €	10 €	21 €	38 €	37 €	63 €	295 €
	BIM	23%	1 €	4 €	9 €	21 €	17 €	36 €	224 €
1 lit	Assuré ordinaire	6%	82 €	152 €	430 €	595 €	863 €	1.325 €	2.545 €
	BIM	1%	35 €	87 €	238 €	450 €	664 €	1.129 €	2.271 €

Tableau 2.7. : Montant moyen à charge patient, par type de dépense, selon le statut social, séjour hôpital de jour en chambre commune.

	Ticket modérateur		Suppléments		Total patient	
	AO	BIM	AO	BIM	AO	BIM
En chambre commune						
Séjour hôpital de jour chirurgical						
Séjour	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires globaux	9 €	2 €	23 €	14 €	32 €	15 €
Pharmacie	3 €	2 €	13 €	14 €	17 €	16 €
Matériel	46 €	57 €	10 €	7 €	56 €	63 €
Autres	0 €	0 €	4 €	3 €	4 €	3 €
Total HJ chirurgical	58 €	60 €	51 €	37 €	109 €	98 €
Séjour hôpital de jour non chirurgical						
Séjour	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Honoraires globaux	13 €	3 €	9 €	5 €	22 €	8 €
Pharmacie	3 €	2 €	5 €	5 €	8 €	7 €
Matériel	7 €	5 €	2 €	1 €	9 €	6 €
Autres	0 €	0 €	2 €	1 €	2 €	1 €
Total HJ non chirurgical	24 €	10 €	17 €	12 €	41 €	22 €