



Dossier de presse 1 décembre 2011

7^{ème} Baromètre MC de la facture hospitalière (chiffres 2010)

Le choix du type de chambre n'a jamais été si important La chambre individuelle 4 fois plus chère

Pour la 7^{ème} année consécutive, la Mutualité chrétienne (MC) publie le coût moyen facturé à ses membres par les hôpitaux au cours d'une année. La publication actuelle scrute les données 2010. Pour chaque hôpital, le montant moyen de la facture est publié sur le site web MC, pour les 5 services les plus courants en hospitalisation classique (avec nuitée) et pour 11 groupes de traitements en hospitalisation de jour. Ce montant est de plus scindé en rubriques, comme les suppléments d'honoraires et les suppléments de matériel. De cette façon, chaque internaute peut comparer la politique tarifaire des différents hôpitaux généraux de Belgique.

Cette étude annuelle fait également apparaître les tendances et évolutions générales de la facturation hospitalière. Dans ce dossier, nous donnons un aperçu de ces tendances, qui nous amènent à formuler un certain nombre de recommandations en vue d'une meilleure protection financière des patients hospitalisés.

Résumé des principales constatations

- 1. Le coût d'une hospitalisation en chambre double ou commune diminue (-6%) et la proportion des admissions dans ce type de chambre ne diminue pas.**
Qu'est-ce qui détermine cette diminution de prix entre 2009 et 2010 ?
 - Les suppléments de chambre en chambre double sont interdits depuis le 1^{er} janvier 2010. Ceci fait diminuer la facture moyenne de 14 euros.
 - Les suppléments sur le matériel (implants et tissus synthétiques) continuent à diminuer, suite au meilleur remboursement de l'assurance soins de santé obligatoire (-3 euros).
 - Une petite minorité d'hôpitaux réclament encore des suppléments d'honoraires en chambre double. L'hôpital le plus cher du pays augmente encore ses suppléments d'honoraires (Top 10 page 8).
- 2. Le prix d'une admission hospitalière en chambre individuelle augmente d'1% entre 2009 et 2010.** Cette augmentation est totalement imputable à la hausse **des suppléments d'honoraires (+2 %)**. Dans quelques hôpitaux, nous notons des augmentations pouvant aller jusqu'à 44% (Top10 page 9). Un accouchement, pour lequel la majorité des futures mamans choisissent une chambre individuelle, reste donc onéreux. En 2010, les jeunes parents doivent déboursier en moyenne 1.175 euros dans ce type de chambre.
- 3. La différence de prix à charge du patient entre une admission en chambre individuelle et une admission en chambre double ou commune augmente chaque année.** En 2004, un patient payait 3 fois plus pour une chambre individuelle que pour une chambre double ou

commune. En 2010, c'est de 4 à 5 fois plus. Le montant à charge du patient a donc fortement augmenté. C'est souvent via les assurances hospitalisation que les factures sont réglées. Assurances qui augmentent ensuite leurs primes avec une régularité d'horloge. Un quart de cette différence entre chambre individuelle et chambre double ou commune est expliqué par les suppléments de chambre (210 euros), mais les $\frac{3}{4}$ restants sont dus aux suppléments d'honoraires. **En chambre individuelle, vous payez près de 700 euros de plus qu'en chambre commune en suppléments d'honoraires !**

4. **Après une forte augmentation en 2009, nous constatons une stabilisation du nombre d'admissions, en 2010, pour la première fois en 15 ans.** Mais ceci est trompeur. La stagnation est due à des modifications de règles de facturation. La croissance reprendra vraisemblablement en 2011.
5. **Le patient paie en moyenne 30 euros de médicaments non remboursables par admission.** Ce montant est stable depuis plus de 10 ans, mais les variations entre patients sont grandes.

7 propositions de la MC pour maîtriser la facture

La baisse globale de la facture atteste que les décisions politiques prises précédemment ont un effet concret. Le matériel médical et les implants sont mieux remboursés. Les suppléments de chambre pour les chambres doubles ou communes sont interdits. La MC pense cependant que nous pouvons aller un pas plus loin et garantir des séjours hospitaliers vraiment accessibles à tous, si les recommandations suivantes sont mises en pratique.

Rendre le choix d'une chambre individuelle plus explicite

La MC reçoit régulièrement des signaux de ses membres indiquant que les patients planifiant une hospitalisation « choisissent » une chambre particulière sur insistance de leur médecin. La plupart du temps, les patients ne se sont pas explicitement exprimés sur le choix de leur chambre. Ou alors ils font le choix d'une chambre individuelle après avoir reçu un argumentaire appuyé selon lequel ce choix influencerait la qualité de leurs soins. Ceci est inacceptable. Pour empêcher le recours à de tels procédés, la MC plaide pour que, par défaut, chaque admission soit considérée comme chambre commune, à moins qu'une demande explicite pour une chambre individuelle n'ait été formulée par le patient. Ce choix du type de chambre ne peut avoir aucune influence sur la relation entre le médecin et son patient et, en aucun cas influencer la qualité des soins.

Limiter les suppléments d'honoraires dans les chambres individuelles

Depuis 2004, début de nos analyses, les suppléments d'honoraires dans les chambres individuelles connaissent une hausse forte et continue. L'argument fréquemment avancé, selon lequel ces suppléments sont nécessaires au financement de l'hôpital, est mis en doute par les constats suivants :

- Un nombre important d'hôpitaux fonctionnent bien financièrement, tout en limitant les suppléments d'honoraires à 100%.
- Les hôpitaux ont rétrocédé aux médecins en 2010 une part plus importante des honoraires qu'en 2009.

Une limitation à 100% des suppléments d'honoraires en chambre individuelle pourrait enrayer la spirale attendue des coûts, et diminuer la concurrence déloyale des hôpitaux qui ciblent les patients aisés et rémunèrent mieux les médecins.

Supprimer les suppléments d'honoraires en chambres doubles et communes

Dans presque 100 hôpitaux généraux en Belgique (sur 134), les médecins ne réclament pas de suppléments d'honoraires en chambre double et commune. Il reste une quinzaine d'hôpitaux où des suppléments d'honoraires sont facturés. L'existence de ce petit groupe d'hôpitaux et de médecins fait peser sur les patients un risque financier en cas d'hospitalisation et les oblige à recourir à une assurance hospitalisation complémentaire. La MC dénonce ces pratiques et plaide pour que les hôpitaux soient incités à renoncer aux suppléments d'honoraires en chambre double et commune.

Rendre le financement des hôpitaux suffisant et transparent

La croissance des suppléments d'honoraires met en lumière les exigences pécuniaires toujours plus importantes des médecins. Certains spécialistes choisissent souvent de développer une pratique privée, en dehors de l'hôpital, où ils traitent des affections moins complexes et peuvent déterminer librement leurs tarifs. Par contre, à l'hôpital, une part des honoraires est prélevée et attribuée aux frais de fonctionnement de l'établissement. Cette situation rend

difficile la tâche des gestionnaires d'hôpitaux qui doivent maintenir un barème face aux médecins. Le « budget des moyens financiers », qui est financé au niveau national, devrait mieux couvrir l'infrastructure hospitalière. Un financement transparent des hôpitaux mettrait un frein à cette forme de concurrence déloyale, résultat d'une chasse à des exigences pécuniaires toujours croissantes.

Utiliser efficacement les budgets disponibles pour les implants

Les implants et le matériel médical sont de mieux en mieux remboursés. Ce secteur étant par ailleurs en pleine croissance, il est important de maintenir le niveau des budgets pour ces implants. Afin de mieux utiliser ces budgets pour les implants, la MC demande que le remboursement au cas par cas soit remplacé par un financement forfaitaire.

Solidariser les frais des médicaments non remboursables

La MC continue à plaider pour une solidarisation des frais de médicaments non remboursables par un montant fixe de 30 euros par patient par admission. Cette forme de forfaitarisation permettrait de contenir la grande variation entre patients pour les médicaments administrés. Les coûts très élevés pour certains patients nécessitant un traitement médicamenteux particulier pourraient ainsi être ramenés à des montants raisonnables, grâce à la mutualisation du coût des médicaments non remboursables sur l'ensemble des patients.

Garantir au patient une facture de maximum 200 euros

Si les suppléments d'honoraires disparaissent des chambres doubles ou communes, si le matériel médical est mieux remboursé et si les frais de médicaments non remboursables sont solidarisés, alors il devrait être possible de limiter la facture patient lors d'une admission en chambre double ou commune à 200 euros. L'assurance soins de santé obligatoire pourrait prendre la différence à sa charge, ce qui lui coûterait environ 130 millions d'euros.

5 recommandations au patient pour éviter les mauvaises surprises

1. Choisir en connaissance de cause entre une chambre individuelle ou un autre type de chambre

Les informations à propos du coût des différents types de chambre sont disponibles sur la déclaration d'admission qui vous est présentée au plus tard au moment de votre admission.

2. Demander au médecin une estimation du coût du matériel médical

Lors d'une intervention chirurgicale, le coût du matériel médical (implants ou matériel restant présent dans le corps) peut être élevé.

3. Comparer les tarifs des hôpitaux sur www.mc.be/hospitalisation

Et ensuite seulement, choisir votre hôpital, si possible.

4. Demander les tarifs des « frais divers »

Télévision, téléphone, internet, repas pour l'accompagnant (compagnon ou parent), ...

5. Apporter votre facture à votre mutualité avant de payer

Nos conseillers mutualistes peuvent expliquer le contenu de votre facture et vérifier s'il n'y a pas d'erreurs. En cas d'erreur, le service défense des membres peut prendre contact avec l'hôpital pour corriger la facture.

Module comparatif des tarifs hospitaliers sur <http://www.mc.be>

En moyenne, 10.000 visiteurs se rendent chaque jour sur le site de la Mutualité chrétienne et, chaque mois, 7.000 internautes consultent nos informations concernant la facture hospitalière, disponibles sur <http://www.mc.be>. Le module de comparaison des pratiques tarifaires des hôpitaux est réactualisé chaque année. Ce module permet de **comparer simultanément les pratiques tarifaires de quatre hôpitaux**. Pour cela, il suffit de sélectionner les établissements, ainsi que le service et le type de chambre pour lesquels l'information est recherchée.

Pour pouvoir lire les tableaux plus facilement, les chiffres respectent une légende de couleur :

- **Rouge** : cela signifie que les tarifs pratiqués par cet hôpital se trouvent parmi les 25% des hôpitaux les plus chers.
- **Orange** : cela signifie que les tarifs pratiqués par cet hôpital se trouvent parmi les 25% des hôpitaux avec des tarifs moyens.
- **Vert** : cela signifie que les tarifs pratiqués par cet hôpital se trouvent parmi ceux des hôpitaux les moins chers (en-dessous de la médiane). Les suppléments d'honoraires de moins d'1% sont automatiquement affichés en vert, sans référence à la médiane.

Les montants repris dans cette comparaison sont des moyennes (valeurs médianes) constatées sur base des factures de 2010. Ces montants ne sont pas un engagement : la facture réelle peut être moindre ou plus élevée selon la lourdeur de l'intervention, le conventionnement ou non du médecin, le type de matériel, la durée de séjour... Les montants facturés ne donnent aucune indication sur la qualité des soins.

Si les valeurs de l'hôpital choisi sont rouges ou oranges, la MC recommande aux patients d'être vigilants et de demander plus d'informations sur les suppléments qui seront facturés afin d'éviter de mauvaises surprises.

Si les valeurs de l'hôpital choisi sont vertes, cela n'empêchera pas toujours la facture d'être élevée (puisque la facture dépend de la gravité de l'état de santé, de la durée du séjour, etc) mais celle-ci sera relativement moindre, pour la même intervention, par rapport à des hôpitaux en rouge ou en orange.

En cas de facture exagérée ou erronée, tous les affiliés peuvent toujours s'adresser, sans aucun frais, au service de défense des membres de la MC (infos sur www.mc.be ou en appelant gratuitement le 0800 10 9 8 7). En 2010, la contestation des factures par les services de la MC a abouti au remboursement de 4 millions d'euros aux membres.

Analyse des factures hospitalières 2010

1. Le prix d'une hospitalisation en chambre double ou commune diminue

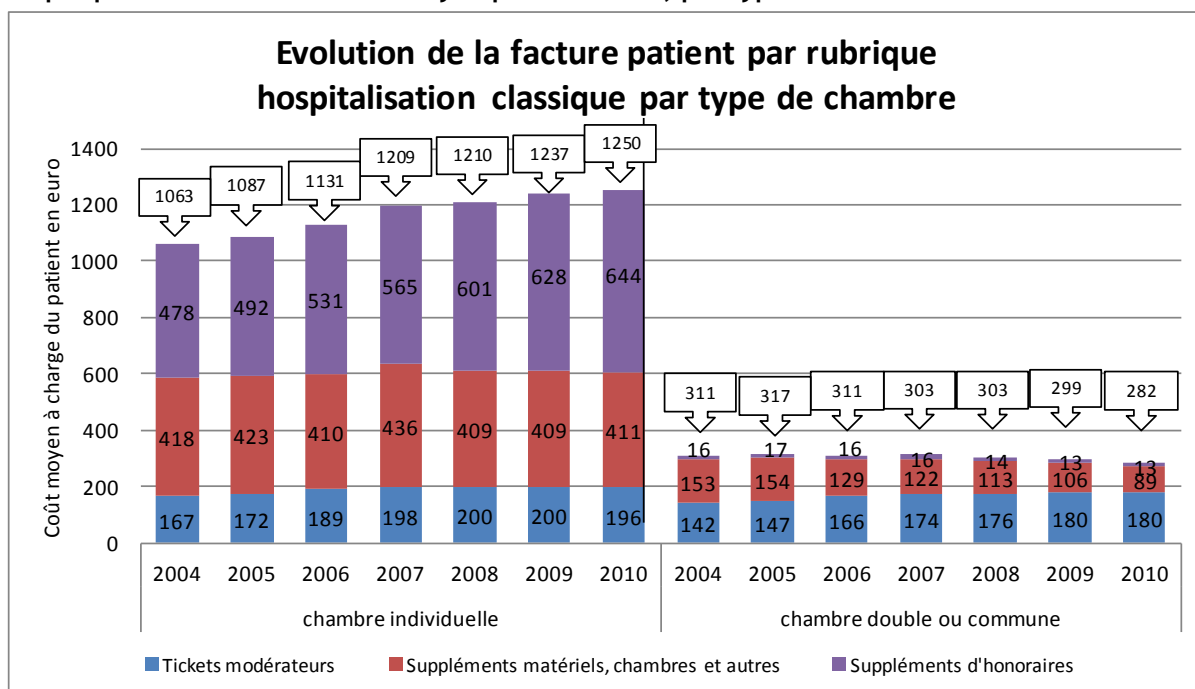
Le coût moyen à charge du patient, pour une hospitalisation avec nuitée en chambre double ou commune était de 282 euros en 2010. Ce montant se compose de 180 euros de tickets modérateurs, 89 euros de matériel et autres suppléments, et 13 euros de suppléments d'honoraires. L'interdiction des suppléments de chambre dans ces types de chambre à partir du 1^{er} janvier 2010 diminue en un an la facture de 6%, soit 14 euros. Cette évolution globale des prix en chambre double ou commune peut être visualisée dans la partie droite du graphique 1.

La distinction entre chambre double et commune devient cependant floue. En effet, dans de nombreux hôpitaux, il n'existe plus de chambres avec plus de 2 lits et le patient, qui demande une chambre commune, se retrouve d'office dans une chambre double. De plus, la suppression des suppléments de chambre en chambre double à partir de 2010 ont amenés la majorité des hôpitaux à facturer de manière identique les deux types de chambre (double ou commune). Nous considérons donc conjointement ces deux types de chambres.

La proportion d'admissions dans ces types de chambre par rapport au nombre total d'admissions ne diminue pas. Les chambres doubles ou communes restent les types de chambre les plus demandés : 77% pour les admissions classiques. Seule la maternité y fait exception, avec seulement 28% des admissions en chambre double ou commune.

A côté de la suppression des suppléments de chambre, le meilleur remboursement du matériel génère également une diminution du coût total (-3 euros). Voir pour cela le point 8 page 18.

Graphique 1: Evolution du coût moyen par admission, par type de chambre



Les suppléments d'honoraires dans ces chambres restent relativement stables. Dans une petite minorité d'hôpitaux seulement, les médecins continuent à facturer des suppléments d'honoraires à leurs patients, même s'ils séjournent dans une chambre double ou commune. Le top 10 de ces hôpitaux est repris dans le tableau 1. La colonne « % Suppléments d'honoraires maximum » contient le pourcentage maximum mentionné sur le document que tout patient doit signer lors de son admission (déclaration d'admission). Il s'agit du pourcentage du tarif officiel (Ticket modérateur + montant remboursé par l'assurance soins de santé obligatoire) que le médecin peut réclamer comme supplément. Ce pourcentage maximum varie parfois selon le site de l'hôpital, le service ou le type de chambre. Il est frappant de constater que l'hôpital le plus cher de cette liste a encore augmenté ses suppléments d'honoraires (voir chiffres de croissance en rouge).

Tableau 1: Top 10 des hôpitaux avec les suppléments d'honoraires (en %) les plus élevés en chambres doubles et communes en 2010

Commune	Nom de l'hôpital	% Suppléments d'honoraires <u>maximum</u> **	% Suppléments d'honoraires <u>moyen</u>	Croissance suppléments d'honoraires en 2010	Facture totale moy. du patient
Bruxelles*	C.H. Interrégional Edith Cavell (CHIREC)	400%	54%	7%	962 €
Liège	Centre Hospitalier St. Vincent & Ste Elisabeth	50% / 100%	22%	-2%	452 €
Bruxelles	Clinique Ste Anne - St Rémi	100% / 400%	17%	0%	444 €
Bonheiden	Imelda Ziekenhuis	200%	10%	1%	350 €
Deurne	A.Z. Monica	100% / 200%	10%	0%	400 €
Bruxelles	Hôpitaux Iris Sud	200% / 300%	9%	0%	337 €
Gent	Algemeen Ziekenhuis Maria Middelaers	0% / 50%	8%	1%	391 €
Zottegem	Algemeen Ziekenhuis St - Elisabeth	0% / 50%	7%	1%	367 €
Leuven	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	0% / 50%	7%	-1%	298 €
Halle	Regionaal Ziekenhuis Sint-Maria	0% / 50%	6%	0%	308 €

*6 implantations en région bruxelloise et dans le Brabant Wallon

** Dans certains hôpitaux, la déclaration d'admission varie selon les sites, les services ou les chambres doubles ou communes

2. Le coût d'une hospitalisation en chambre individuelle augmente

Le prix d'une hospitalisation avec nuitée dans une chambre individuelle continue à augmenter. En 2010, les membres MC ont payé en moyenne 1.250 euros par admission, quatre fois plus que dans une chambre double ou commune (voir le graphique 1). C'est 13 euros de plus qu'en 2009 (+1%). Cette augmentation est à attribuer entièrement à l'augmentation des suppléments d'honoraires (+2%).

Il y a quelques établissements chez qui l'augmentation est spectaculaire. Le Centre Hospitalier Universitaire Tivoli investit le Top 10 et demande en moyenne 500 euros (!) de plus qu'en 2009 en suppléments d'honoraires en chambre individuelle. L'hôpital bruxellois CHI Edith Cavell (CHIREC) reste le champion des factures élevées pour des traitements comparables. Ceci est visible dans la colonne '% suppléments d'honoraires moyen' tant dans le tableau 1 que 2.

Tableau 2 : Top 10 des hôpitaux avec les suppléments d'honoraires (en %) en chambres individuelles en 2010 les plus élevés

Commune	Nom de l'institution	% suppléments d'honoraires <u>maximum</u>	% suppléments d'honoraires <u>moyen</u>	Croissance suppléments d'honoraires en 2010	Facture totale moy. du patient
Bruxelles*	C.H. Interrégional Edith Cavell (CHIREC)	400%	165%	5%	2.747 €
Liège	Centre Hospitalier St. Vincent & Ste. Elisabeth	250%	152%	9%	2.218 €
Bruxelles	Cliniques Universitaires Bruxelles Hôpital Erasme	300%	149%	25%	3.289 €
Bruxelles	Clinique Ste. Anne - St. Rémi	300%	142%	1%	2.576 €
Baudour	RHMS - Clinique Louis Caty	200%	140%	21%	2.248 €
Bruxelles	Cliniques Universitaires St.-Luc	300%	134%	20%	3.463 €
La Louvière	Centre Hospitalier Universitaire Tivoli	300%	130%	44%	2.081 €
Gosselies	Clinique Notre-Dame de Grâce	250%	121%	-14%	1.970 €
Ottignies	Clinique St. Pierre	200%	121%	7%	2.147 €
Charleroi	Grand Hôpital de Charleroi	200%	115%	2%	2.303 €

*6 implantations en région bruxelloise et dans le Brabant Wallon

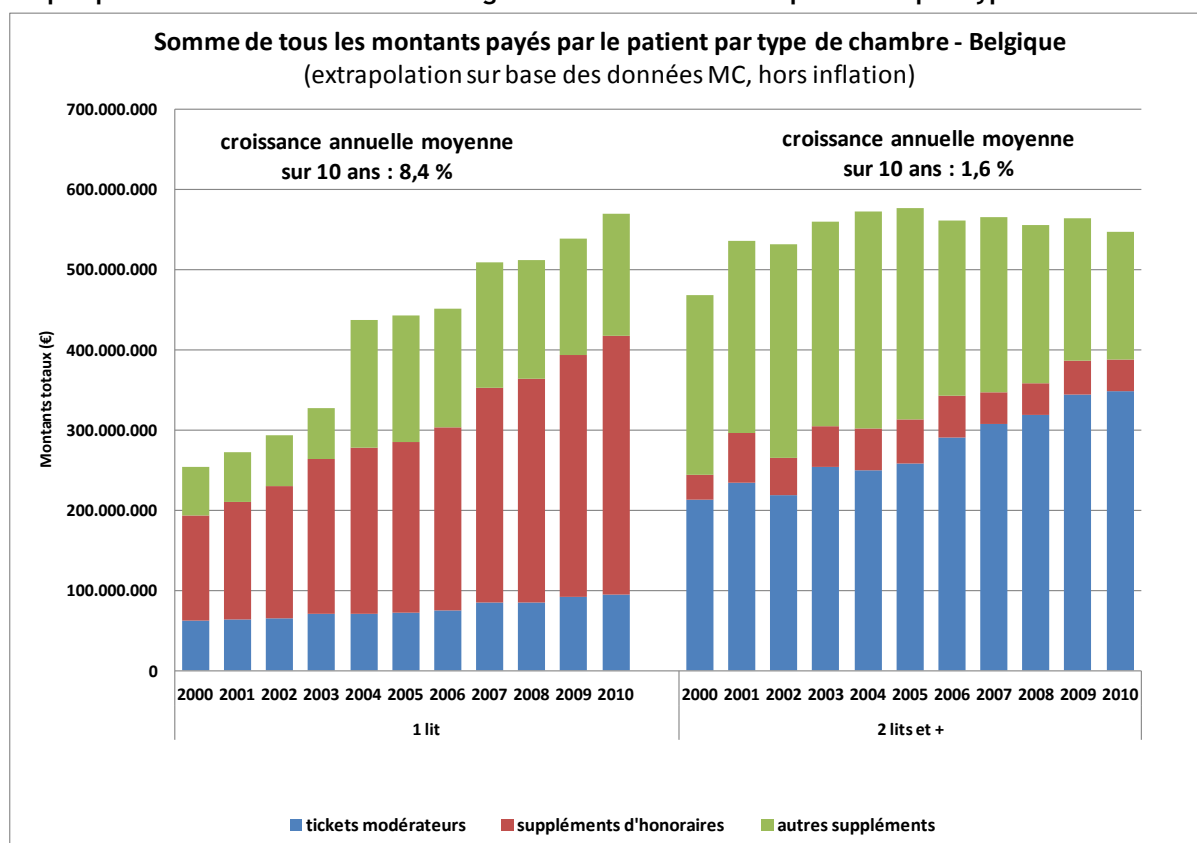
Ce petit groupe d'hôpitaux éclipse le groupe beaucoup plus important de ceux chez qui les factures restent stables d'année en année. Dans le tableau 3 se trouve le Top 10 des hôpitaux les moins chers en chambre individuelle. Remarquons la grande diminution de deux d'entre eux.

Tableau 3 : Top 10 des hôpitaux avec les suppléments d'honoraires (en %) en chambres individuelles en 2010 les moins élevés

Commune	Nom de l'institution	% suppléments d'honoraires <u>maximum</u>	% suppléments d'honoraires <u>moyen</u>	Croissance suppléments d'honoraires en 2010	Facture totale moy. du patient
Torhout	St.-Rembertziekenhuis Vzw	100%	21%	2%	546 €
Antwerpen	Universitair Ziekenhuis Antwerpen	150%	26%	2%	868 €
Namur	Clinique St.-Luc	100%	32%	2%	1.035 €
Nivelles	Centre Hospitalier Tubize - Nivelles	100%	33%	0%	904 €
Ieper	Jan Yperman Ziekenhuis Vzw	100%	33%	1%	774 €
Dendermonde	Algemeen Ziekenhuis St. Blasius	100%	33%	-10%	757 €
Arlon	Cliniques du Sud-Luxembourg	200%	35%	-31%	696 €
Izegem	St.-Jozefkliniek Vzw	100%	36%	3%	778 €
Leuven	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart	100%	37%	-5%	840 €
Tongeren	Algemeen Ziekenhuis Vesalius	100%	38%	0%	772 €

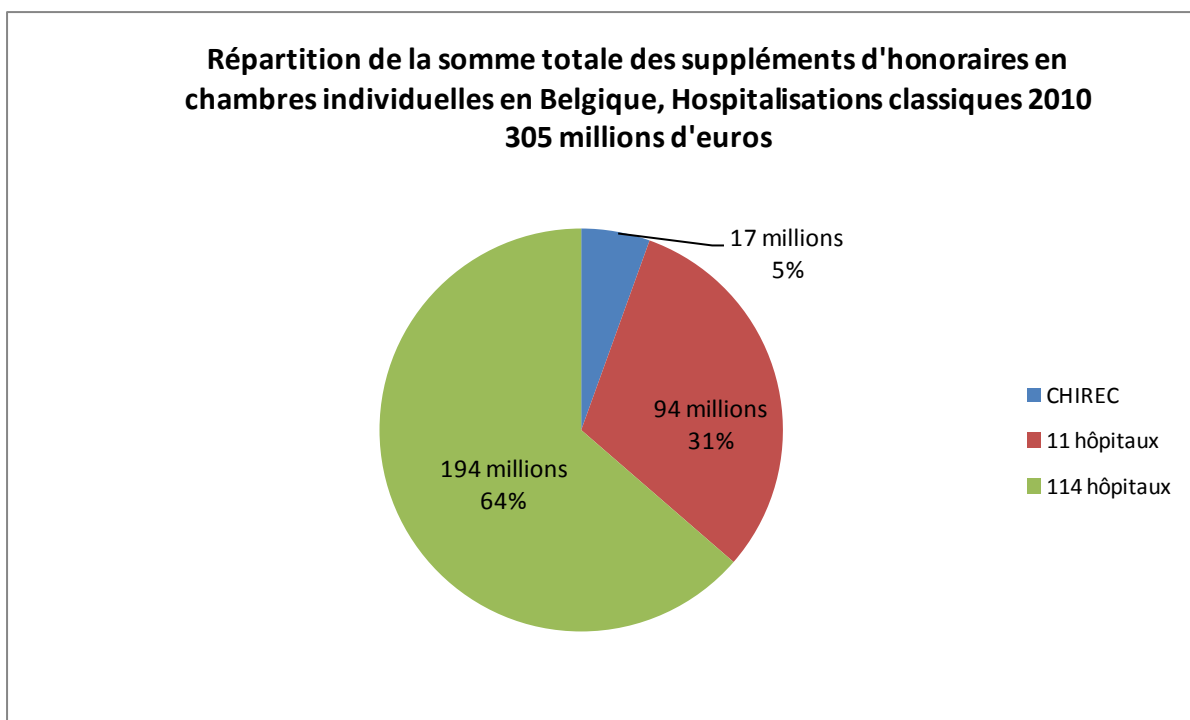
Le graphe 2 illustre la grande croissance des coûts globaux en chambre individuelle et l'importance démesurée des suppléments d'honoraires dans la facture à charge patient, suppléments non couverts par le MAF. Remarquons également que les 23% d'admissions en chambre individuelle représentent 51% des dépenses totales à charge des patients.

Graphique 2 : Evolution des montants globaux des factures hospitalières par type de chambre

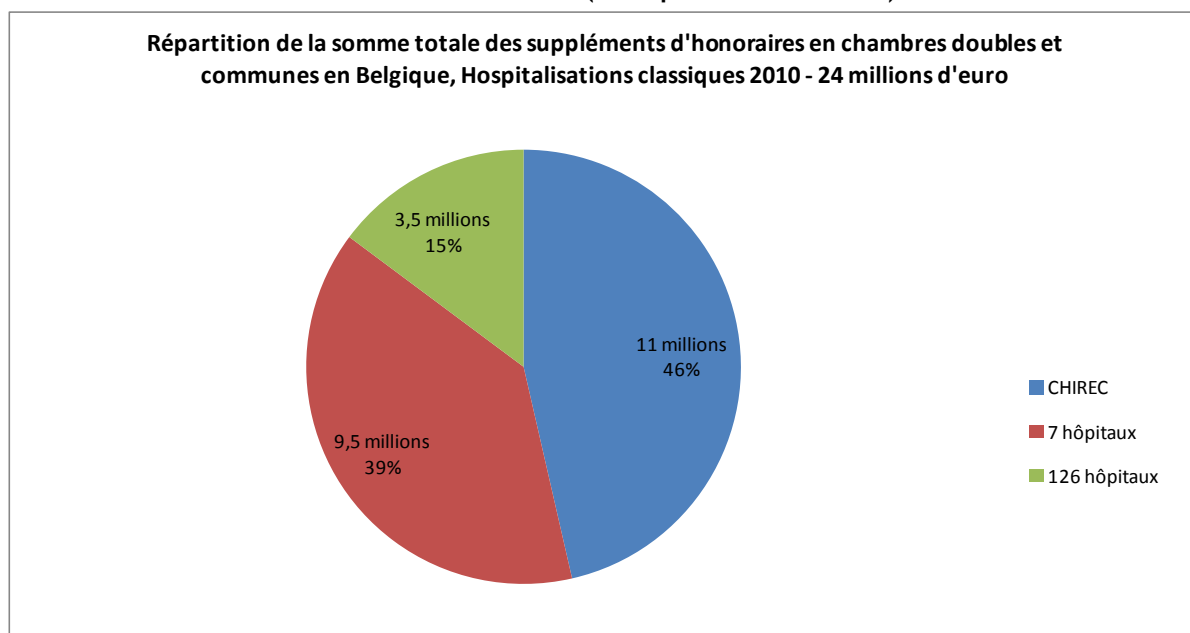


Les graphiques 3a (chambre individuelle) et 3b (chambre double ou commune) illustrent la répartition disproportionnée de la masse totale des suppléments d'honoraires réclamés en chambre individuelle entre les différents établissements. Là où 1 seul hôpital (CHIREC) amasse 5% de tous les suppléments d'honoraires, 90% des hôpitaux ne sont responsables que de 64% des suppléments d'honoraires en chambre individuelle. Etant donné que la plupart des hôpitaux ne réclament pas de supplément en chambre double ou commune, la situation y encore plus parlante. Pour ce type de chambre, le CHIREC prend à son compte presque la moitié de tous les suppléments d'honoraires demandés en Belgique.

Graphiques 3a : Répartition inégale entre hôpitaux de la masse totale des suppléments d'honoraires en chambre individuelle (Extrapolation nationale)



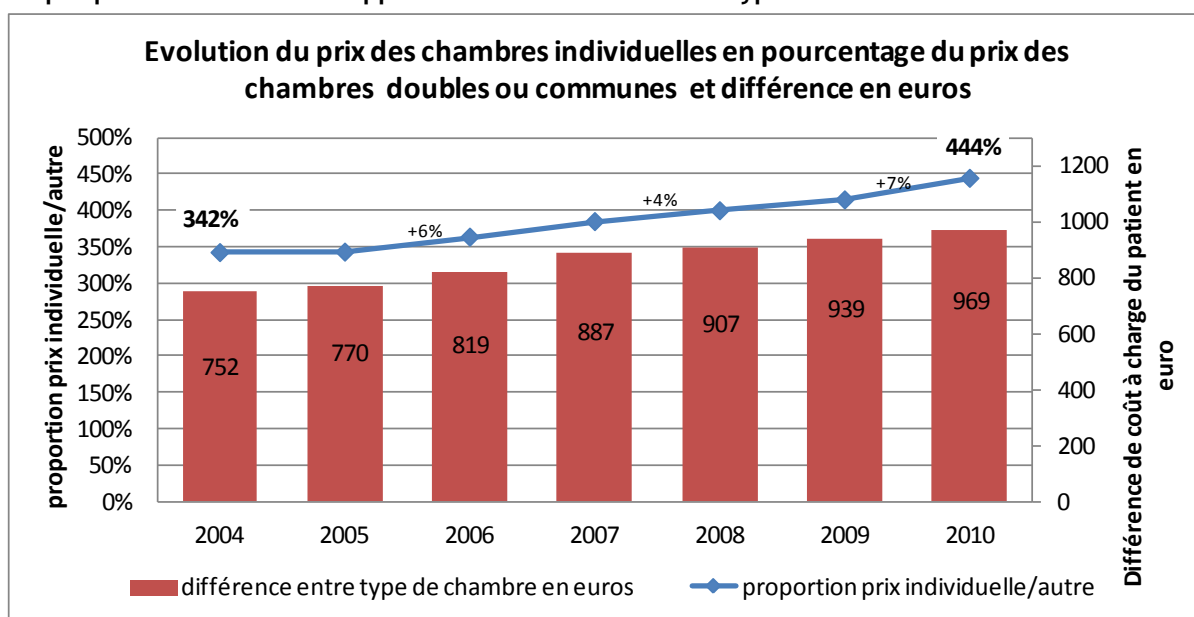
Graphiques b: Répartition inégale entre hôpitaux de la masse totale des suppléments d'honoraires en chambre double ou commune (Extrapolation nationale)



3. La différence entre chambre individuelle et chambre double ou commune s'agrandit

La différence de coût à charge du patient entre une admission en chambre individuelle et une admission en chambre double ou commune augmente chaque année. En 2004, le patient payait trois fois plus en chambre individuelle qu'en chambre double ou commune, en 2010 c'est maintenant largement quatre fois plus. Les graphiques 1 et 4 visualisent cette évolution.

Graphique 4: Evolution du rapport de facturation selon le type de chambre



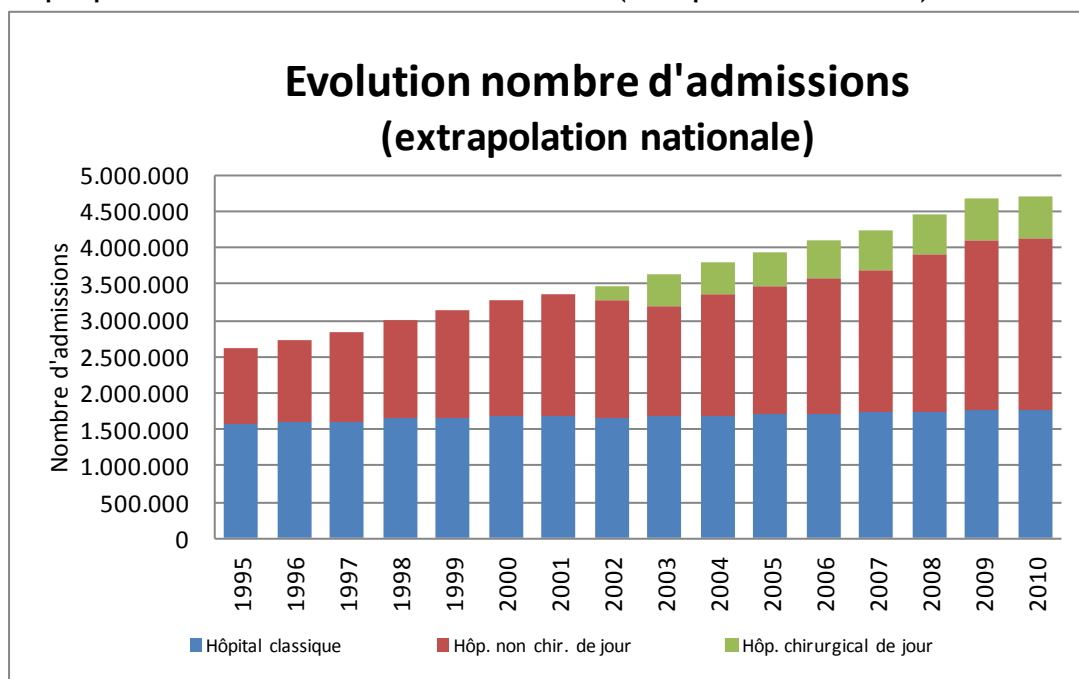
Beaucoup de patients pensent que cette différence de prix est entièrement couverte par leur assurance hospitalisation. Ce n'est malheureusement que partiellement vrai. Toutes les assurances hospitalisation ne couvrent pas la totalité des coûts en chambre individuelle. Un coût résiduel de 400 euros à charge du patient après l'intervention de son assurance hospitalisation n'est pas une exception. De plus, dans tous les cas, in fine ce sont toujours les patients qui paient. Les primes des assurances hospitalisation augmentent systématiquement en lien avec la hausse des factures patients, et bon nombre de polices d'assurance contiennent une série d'exclusions, des franchises et des plafonds d'intervention.

Seul un quart de cette différence entre types de chambre peut être expliqué par des suppléments de chambre plus élevés (en moyenne 210 euros par admission en chambre individuelle), les trois quarts restants proviennent des suppléments d'honoraires. En chambre individuelle, le patient paie près de 700 euros de plus en suppléments d'honoraires qu'en chambre commune (Voir tableau annexe 1). Ceci pose naturellement question quant à la différence de comportement des médecins envers leurs patients, selon que ceux-ci résident en chambre individuelle ou en chambre double ou commune.

4. Le nombre d'hospitalisations stagne

Le nombre total d'hospitalisations augmente en 2010 de moins d'un pourcent. Ceci alors que lors des 15 dernières années l'augmentation était souvent supérieure à 3 pourcents, et dépassait même les 6 pourcents certaines années. Cette tendance est principalement déterminée par les hospitalisations non-chirurgicales de jour. La forte croissance des admissions ces dernières années est brusquement stoppée en 2010. L'explication de cet arrêt est réglementaire. Certaines interventions, qui étaient auparavant considérées comme hospitalisations de jour, sont maintenant facturées comme prestations ambulantes (entre autre le nettoyage d'un « port-à-cath », support à cathéter implanté chez les patients recevant régulièrement des injections intraveineuses). Nous n'avons semble-t-il toujours pas atteint de plafond malgré les 4,7 millions d'hospitalisations en Belgique. Le nombre d'hospitalisations de jour pour dialyse et traitement de la douleur augmente encore de 4% par an. En comparaison, en 1995, nous comptons seulement 2,6 millions d'hospitalisations.

Graphique 5 : Évolution du nombre d'admissions (Extrapolation nationale)



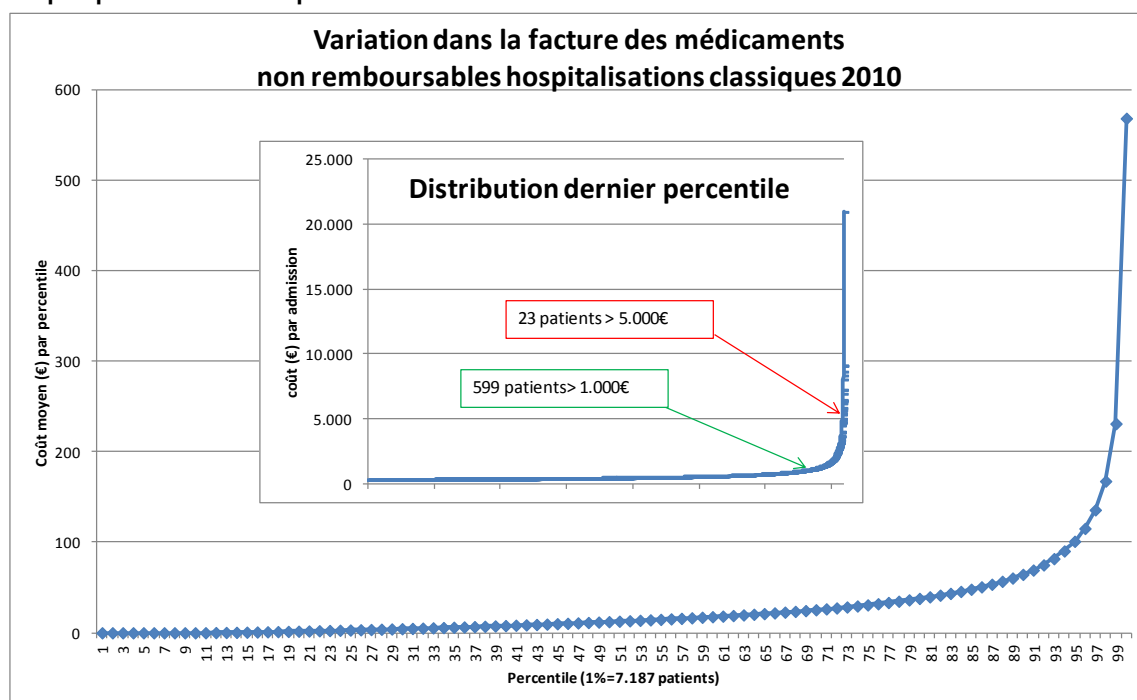
5. Médicaments non remboursables

Le coût à charge du patient pour les médicaments non remboursables (par exemple : les anti-douleurs) reste très stable d'année en année, en moyenne 30 euros par admission, mais subit de larges variations entre patients. Cette variation est visible dans le graphique 6.

La moitié des patients paient moins de 12 euros pour les médicaments non remboursables. Pour 90 pourcents d'entre eux, cette rubrique de la facture reste sous les 65 euros. Moins d'un pourcent des patients ont une facture de médicaments supérieure à 1.000 euros, qui peut culminer autour 9.000 euros, voir dans les cas extrêmes à 20.000 euros.

Cette lourde charge pour une minorité se prête donc parfaitement à une répartition solidaire sur tous les patients.

Graphique 6: Variation par admission du coût des médicaments non-remboursables



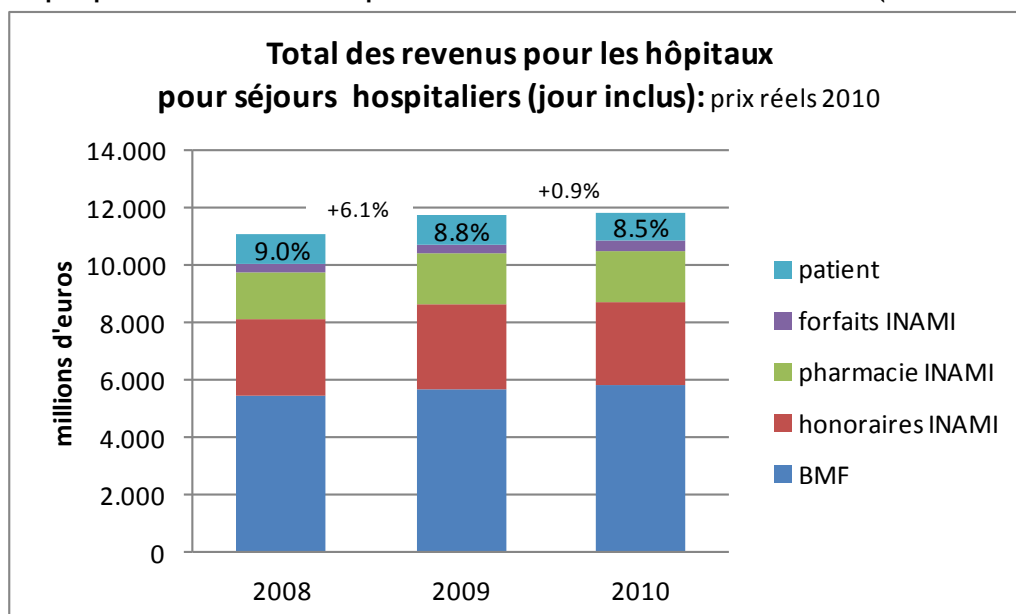
6. Revenus totaux des hôpitaux et part du patient

La masse totale des honoraires a diminué en 2010, suite à une rationalisation du financement des prestations de laboratoire (biologie clinique) représentant une économie de 35 millions d'euros pour l'assurance soins de santé obligatoire. S'y ajoute également une diminution du budget de l'imagerie médicale (-28 millions). Malgré tout, la part des honoraires que conservent les médecins a augmenté par rapport à 2009. L'économie a donc été principalement ressentie par les gestionnaires hospitaliers, et moins par les médecins eux-mêmes, qui voient leurs revenus encore augmenter de 3,2% (chiffres étude MAHA). De plus, les patients paient globalement 3% de plus en suppléments d'honoraires qu'en 2009.

Le patient paie donc plus pour les honoraires mais moins pour les suppléments de chambre et de matériel. La part du patient dans les revenus totaux des hôpitaux est globalement plus petite. Elle représente 8,5% en 2010, toutes prestations ambulantes réalisées à l'hôpital exclues.

Le graphique 7 présente une vue des grandes sources de financement des hôpitaux généraux (hormis prestations ambulantes à l'hôpital). L'assurance soins de santé obligatoire représente la part la plus importante, via le Budget des Moyens Financiers (BMF) pour 5,8 milliards d'euros, 2,9 milliards d'euros de remboursements d'honoraires et 1,3 milliard d'euros pour les médicaments, les implants et le matériel médical ('pharmacie' : 0,5 milliard). Le montant total payé de leur poche par tous les patients hospitalisés s'élève à 1 milliard d'euros en 2010, ce qui représente 8,5% du coût total.

Graphique 7: Revenus des hôpitaux selon les sources de financement (hors inflation)

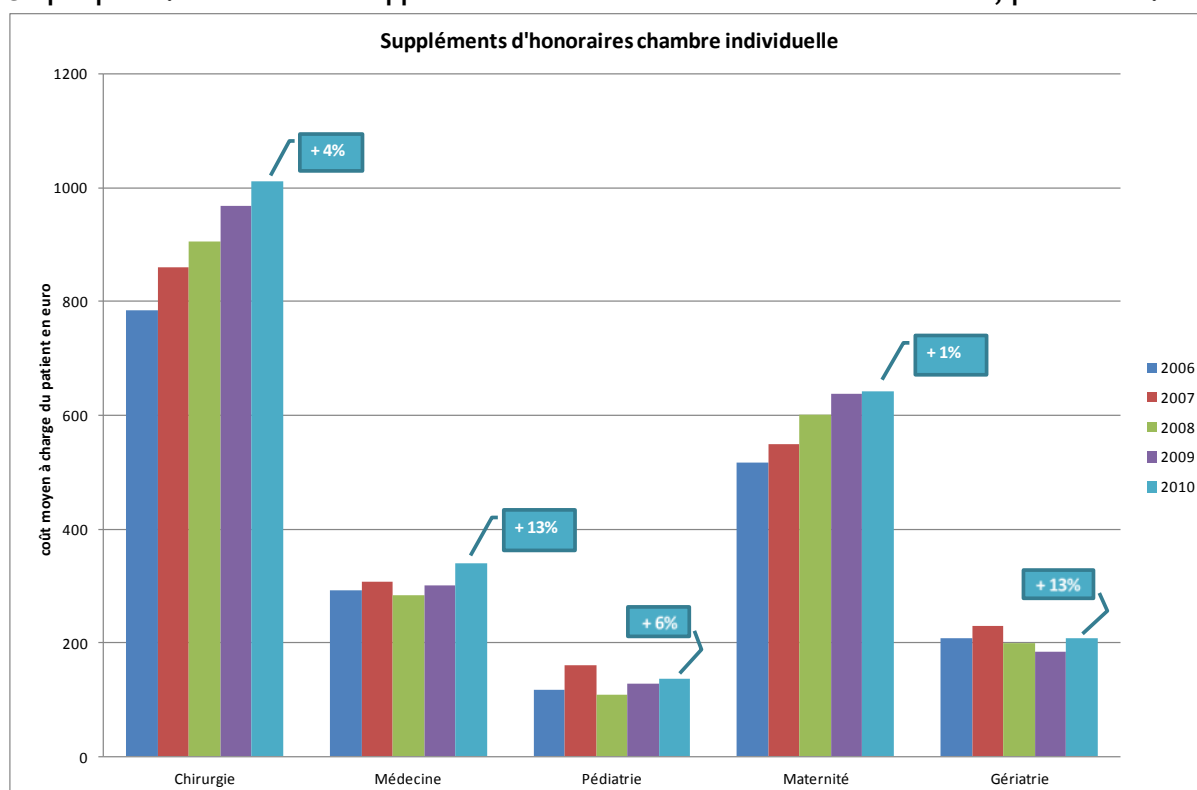


7. Grandes différences tarifaires entre la chirurgie, la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie et la gériatrie

Certains montants moyens cachent parfois de grandes disparités entre les services d'un même hôpital. Le prix moyen d'une admission pour intervention chirurgicale, intervention de médecine interne, intervention pédiatrique, accouchement ou séjour en gériatrie s'élevait en 2010 à respectivement 662, 258, 241, 921 et 425 euros (Voir tableau annexe 1). Deux admissions sur cinq comportent une intervention chirurgicale.

Les **suppléments d'honoraires** sont plus élevés dans les services de chirurgie et de gynécologie qu'en pédiatrie et en gériatrie. Dans l'ensemble, les suppléments sont essentiellement facturés pour les « interventions techniques » (exemple : anesthésie ou interventions chirurgicales). On constate dès lors de grandes inégalités dans le remboursement des différentes spécialités. Ces dernières années, de gros efforts ont toutefois été réalisés pour supprimer ces différences, en garantissant par exemple une meilleure indemnisation des gériatres et des pédiatres. Le graphique 8 montre l'évolution des suppléments d'honoraires pour ces 5 services pour une hospitalisation avec nuitée.

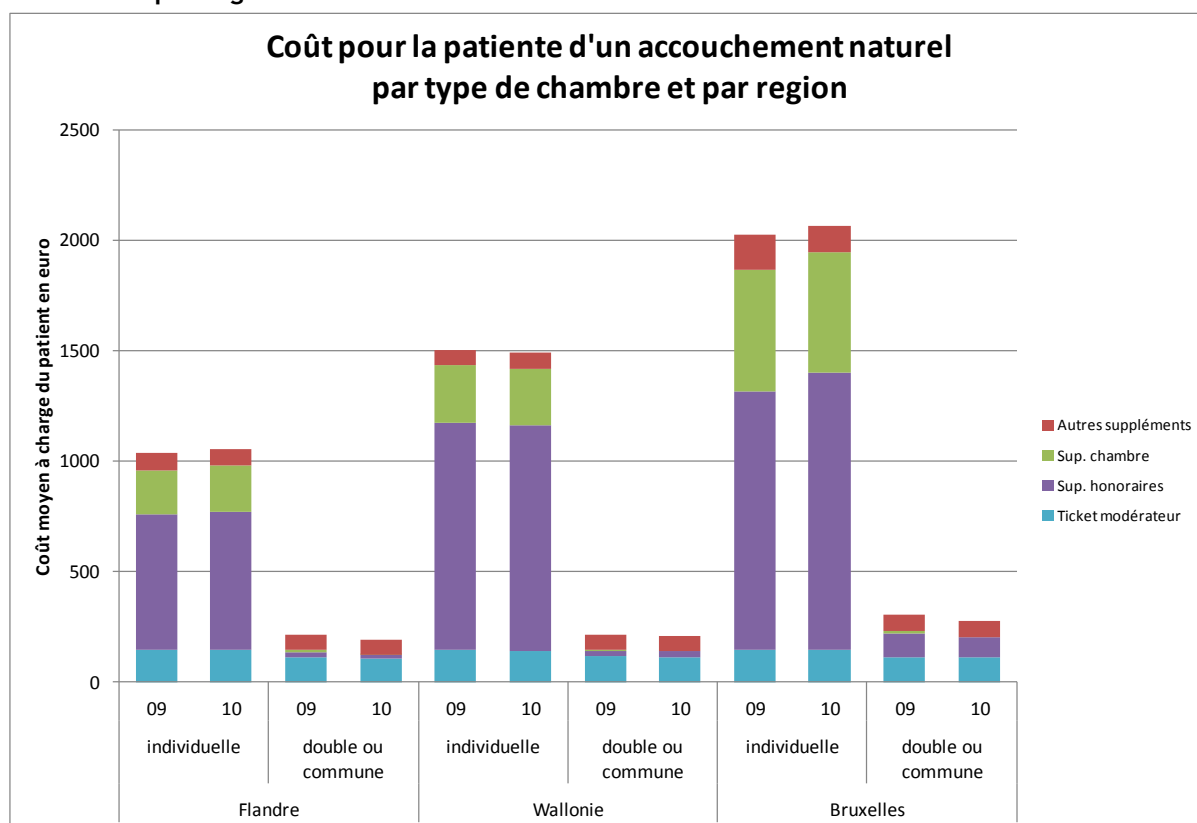
Graphique 8 : Évolution des suppléments d'honoraires en chambre individuelle, par service.



Nous remarquons également une grande différence entre services au niveau des **suppléments de chambre**. En gynécologie, le supplément de chambre s'élève en moyenne à 174 euros par admission, contre une moyenne, tous services confondus de 53 euros. Ceci est lié au plus grand nombre de chambres individuelles en maternité. C'est compréhensible, car les futurs parents préfèrent accueillir leur enfant dans l'intimité.

Dans certains hôpitaux, ce souhait particulier est utilisé pour facturer des suppléments de chambre et d'honoraires. De ce fait, avec les suppléments d'honoraires, **accoucher à l'hôpital n'est pas bon marché**. Pour un accouchement naturel (pas de césarienne), vous payez en moyenne 211 euros en chambre double ou commune mais 1.175 euros dans une chambre individuelle ! Les différences entre hôpitaux sont marquées, et pour la chambre individuelle chaque région semble suivre sa propre tendance. La Flandre compte le plus grand nombre d'admissions en chambre individuelle. Mais celles-ci sont meilleur marché qu'en Wallonie ou à Bruxelles, même si le prix a augmenté (en moyenne 1.058 euro en 2010, +22 euros). En Wallonie, la moyenne est de 1.491 euros pour un accouchement naturel en chambre individuelle, ce qui est 13 euros de moins que l'année passée. Bruxelles, où se situent les hôpitaux les plus chers, voit le prix augmenter de 40 euros, avec une moyenne de 2.064 euros.

Graphique 9 : Coût pour la patiente d'un accouchement naturel : comparaison par type de chambre et par région



Certains hôpitaux mènent toutefois une politique tarifaire plus modérée. Le tableau 4 reprend les 10 hôpitaux présentant la facture la moins chère pour un accouchement en 2010.

Tableau 4 : les 10 hôpitaux les moins chers pour un accouchement naturel en chambre individuelle

Commune	Nom de l'institution	Montant (euro) Supplém. d'honoraires	Montant (euro) Supplém. chambre	Montant (euro) Total patient
Edegem	UZ Antwerpen	292 €	210 €	757 €
Dendermonde	AZ St. Blasius	504 €	96 €	796 €
Torhout	St. Rembertziekenhuis	407 €	142 €	806 €
Maaseik	Ziekenhuis Maas en Kempen	479 €	163 €	857 €
Deinze	St. Vincentius Ziekenhuis	584 €	86 €	867 €
Auvelais	CHR du Val de Sambre	480 €	234 €	879 €
Izegem	St. Jozefskliniek	500 €	133 €	885 €
Leuven	UZ KULeuven	308 €	329 €	893 €
Turnhout	AZ Turnhout	577 €	130 €	893 €
Oostende	AZ St. Jan Brugge-Oostende (Campus Henri Serruys)	552 €	134 €	923 €

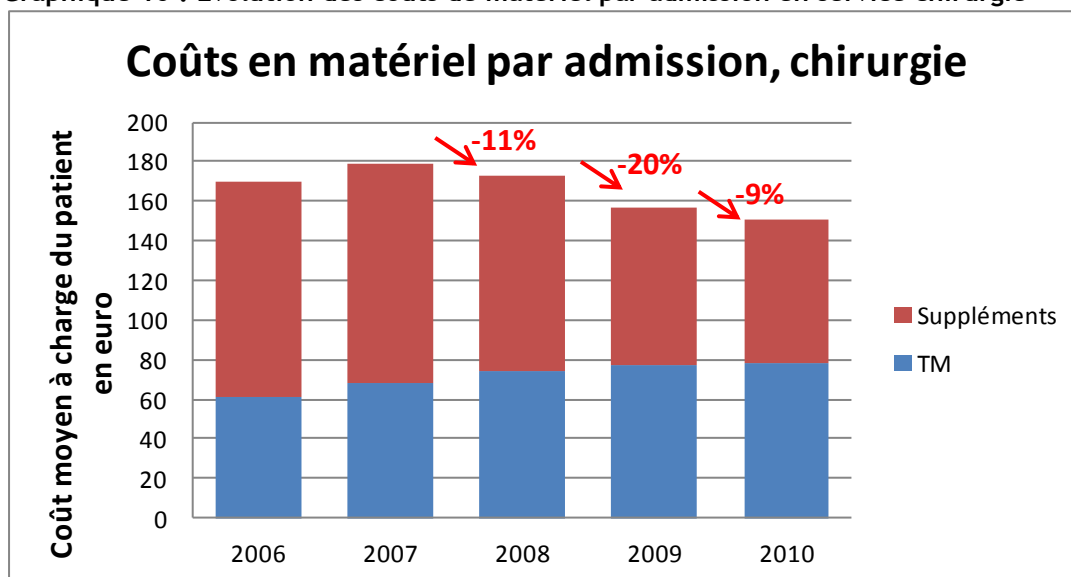
Remarquons encore que l'usage de matériel médical et d'implants est beaucoup plus fréquent en chirurgie, où ces rubriques constituent 23% des frais des patients (soit 151 euros).

Les médicaments non remboursables sont plus rares en pédiatrie (10 euros pour une moyenne de 30 euros) et le ticket modérateur des honoraires est le plus élevé en gériatrie (39 euros contre une moyenne de 17 euros), car la durée de séjour est plus importante que dans les autres services.

8. Évolution des frais de matériel médical

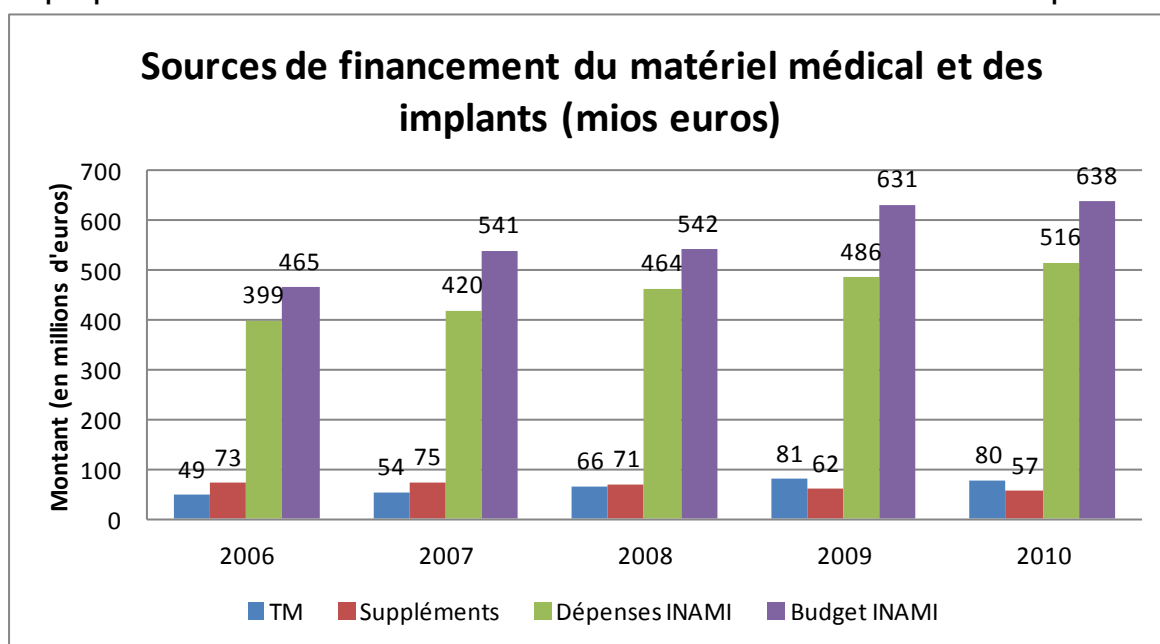
Au 1^{er} février 2010, le remboursement du matériel médical invasif (exemple : mini-caméras pour opérations endoscopiques) et de matériel de viscéro-synthèse (exemple : clips utilisés au lieu de points à l'intérieur d'une plaie pour accélérer la guérison) a été augmenté. A partir de cette date, l'assurance soins de santé obligatoire couvre 45% du prix au lieu de 20%. Ceci a mené à une diminution des suppléments pour matériel comptabilisés aux patients, clairement visible dans le graphique 10. Le montant moyen des suppléments matériel par admission a diminué de 9% en 2010.

Graphique 10 : Evolution des coûts de matériel par admission en service chirurgie



Dans le graphique 11, on constate que l'assurance soins de santé obligatoire (dépenses INAMI) paie la part du lion des frais de matériel et d'implants médicaux. Le budget INAMI excède toutefois les dépenses. Chaque année, de nouveaux budgets sont prévus pour les remboursements complémentaires, mais l'approbation de ces nouveaux dossiers a pris beaucoup de retard. Il reste toutefois justifié de dégager des budgets complémentaires au cours des prochaines années. Le secteur des implants est en effet encore en pleine croissance et le coût pour certains patients reste énorme. En 2012, afin de résorber le retard, une nouvelle commission sera active, où seront représentés les universitaires, les mutualités, les prestataires de soins et les fournisseurs d'implants. Elle aura pour mission d'évaluer les nouveaux implants et matériels médicaux invasifs quant à leur plus-value médicale, et de décider de l'introduction ou non d'un remboursement de ceux-ci.

Graphique 11 : Evolution des sources de financement du matériel médical et des implants



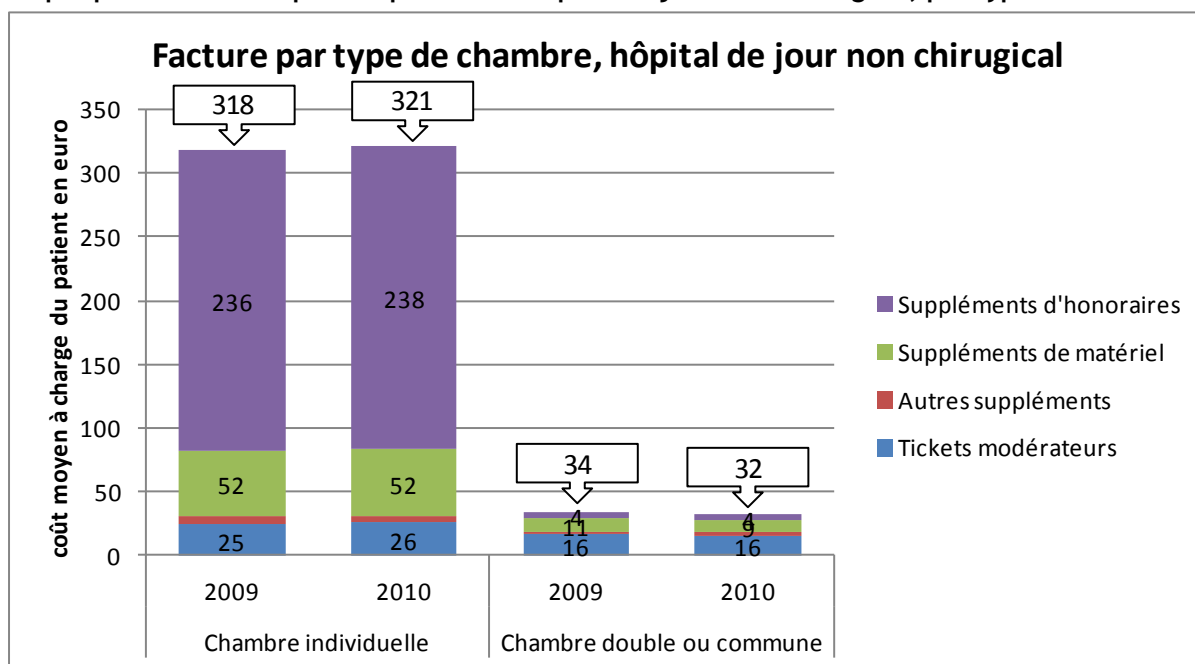
9. Hôpital de jour

En hôpital de jour, le patient retourne à la maison après son intervention, et ne loge pas à l'hôpital. Il peut s'agir d'une dialyse rénale, d'un traitement contre la douleur chronique ou d'une chimiothérapie pour le traitement du cancer (hôpital de jour non chirurgical), ou encore d'un traitement contre l'infertilité, une opération endoscopique ou une intervention orthopédique...

Depuis 2001, le nombre d'interventions en hôpital de jour dépasse le nombre d'hospitalisations classiques. La facture en hôpital de jour est un peu inférieure à celle de l'hôpital classique. La facture moyenne, en 2010, pour un hôpital de jour non chirurgical, s'élève à 43 euros, contre 124 euros en hôpital de jour chirurgical.

La tendance au niveau des types de chambres et des suppléments d'honoraires est la même. Il y a clairement une différence de prix si le patient séjourne dans une chambre individuelle plutôt que dans une chambre commune. Le coût moyen d'une intervention chirurgicale en hôpital de jour s'élève ainsi à 32 euros en chambre double ou commune, mais est dix fois plus élevée en chambre individuelle, à savoir 321 euros.

Graphique 12: Facture pour le patient en hôpital de jour non chirurgical, par type de chambre



Enfin, la part des suppléments dans la facture de l'hôpital de jour est un peu plus élevée qu'en hôpital classique. Les suppléments représentent jusqu'à 92% de la facture en hôpital de jour non chirurgical en chambre individuelle et 50% en chambre double. En hôpital classique, il s'agit respectivement de 84% et de 36%.

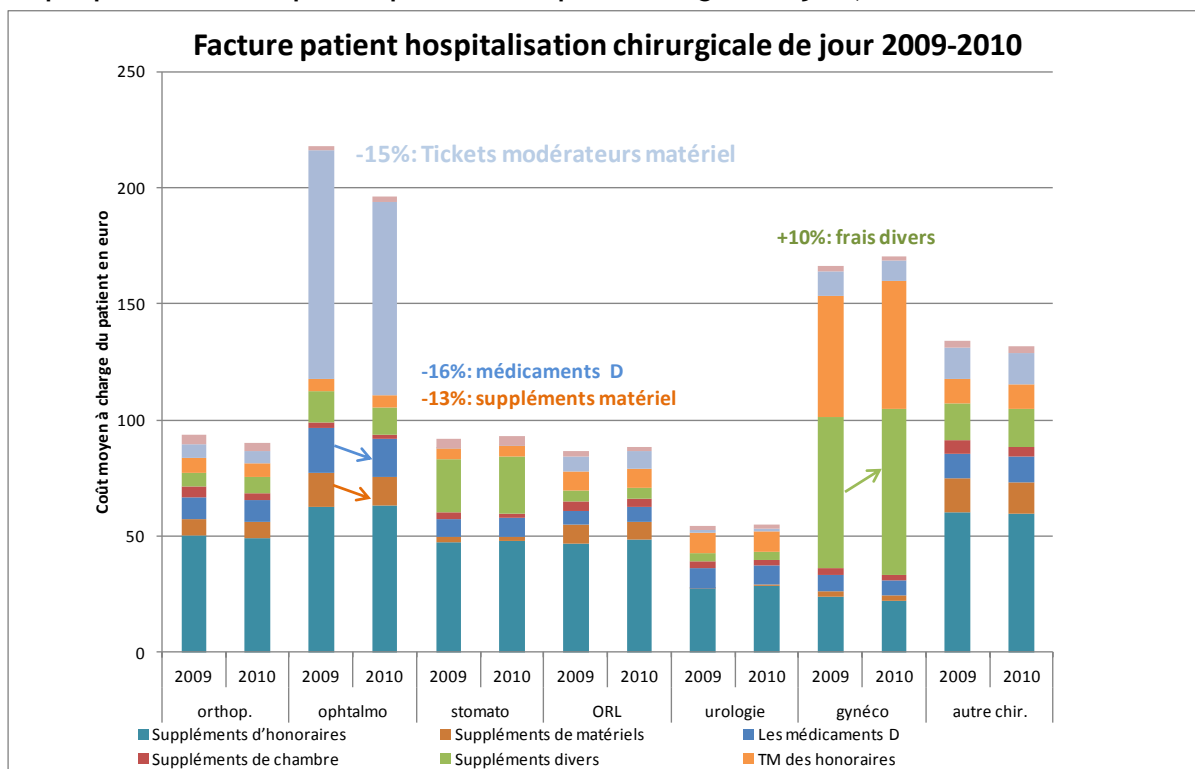
En 2010, nous constatons des changements pour certains types spécifiques d'interventions (voir graphiques 13 et 14).

En ophtalmologie, la facture a baissé de 22 euros suite à une diminution de coût du matériel (tickets modérateurs -15% et suppléments -13%) et des médicaments non remboursables (-16%). Ceci est la conséquence de l'intégration du coût de matériel spécifique dans le forfait couvert par l'assurance soins de santé obligatoire. Cela concerne entre autre la solution salée (*BSS, balanced salt solutions*) utilisée pour maintenir l'humidité de l'œil durant l'opération.

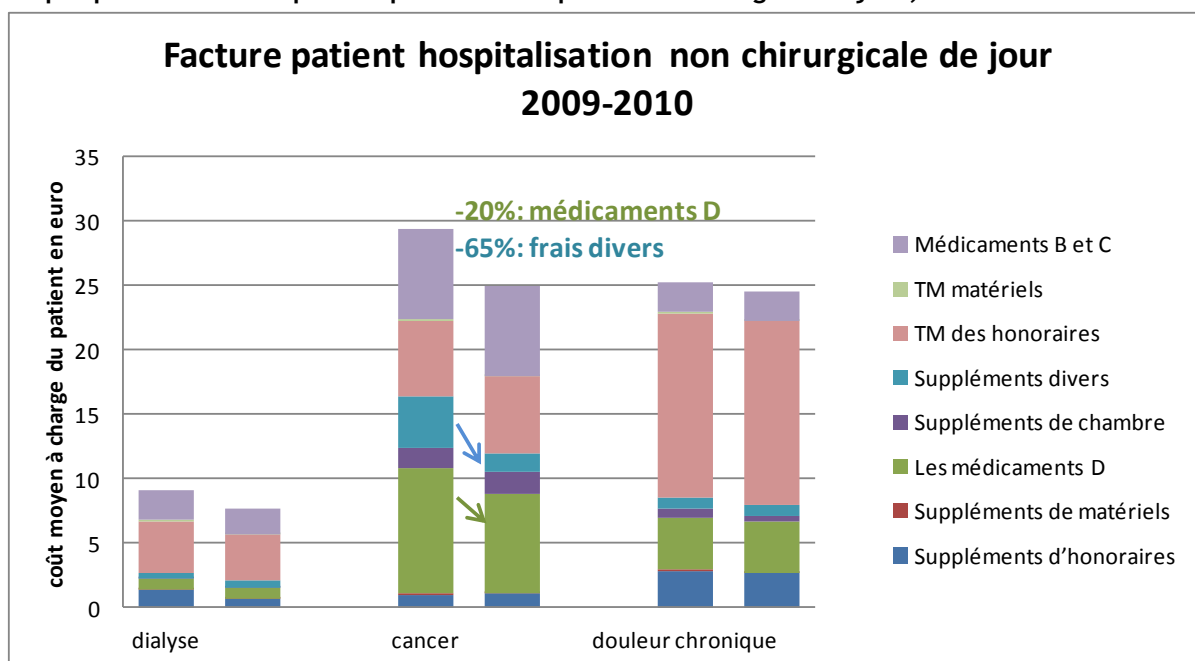
Les **interventions gynécologiques** en hôpital de jour sont plus chères suite à une augmentation des 'frais divers' (+10%). Vraisemblablement, la cause en est du nouveau matériel non encore remboursé. On retrouve dans ces interventions gynécologiques l'ablation de polypes ou de myomes (tumeurs bénignes), l'enlèvement d'ovaires ou de l'endomètre.

En **traitement du cancer**, la facture des médicaments non-remboursables diminue. Pour le patient, l'addition n'est pas nécessairement plus faible, puisqu'il devient de plus en plus courant de demander au patient d'apporter lui-même ses médicaments.

Graphique 13: Facture pour le patient en hôpital chirurgical de jour, en 2009 et 2010



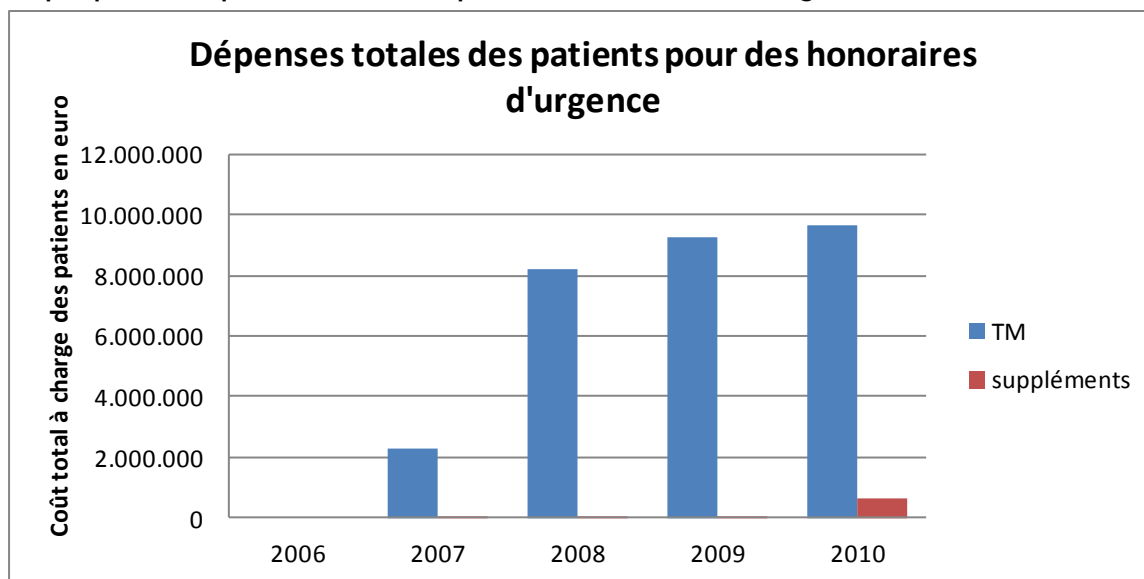
Graphique 14: Facture pour le patient en hôpital non chirurgical de jour, en 2009 et 2010



10. Tickets modérateurs en urgence et suppléments en surveillance

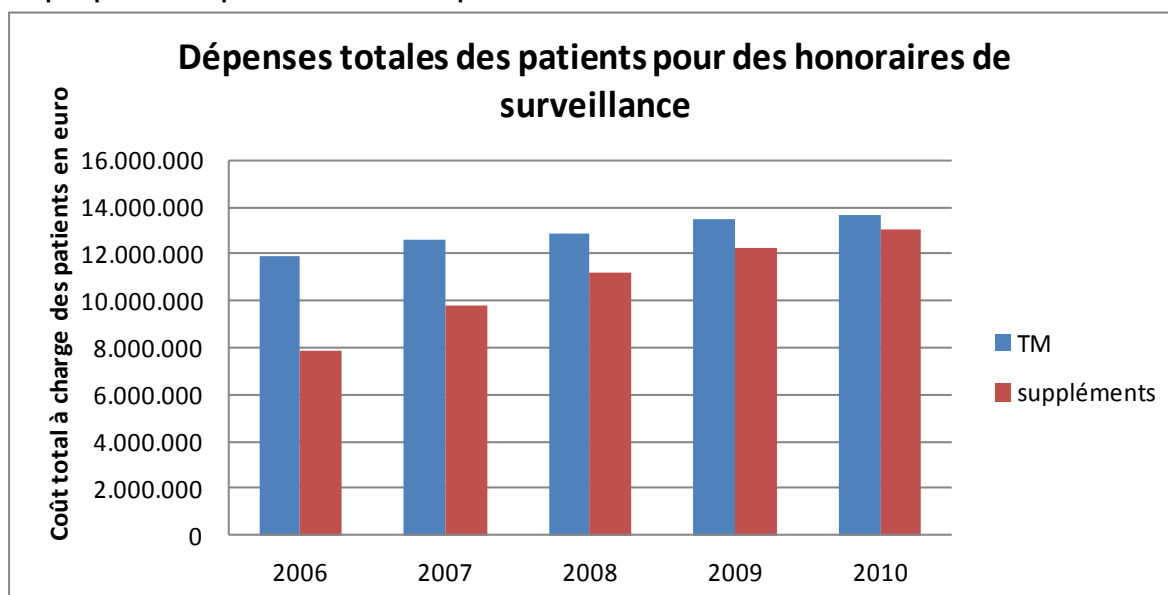
Dans beaucoup d'hôpitaux, le service des urgences est débordé, et les médecins spécialisés en médecine d'urgence sont rares. Le ticket modérateur des consultations d'urgence a été augmenté dans le but de dissuader les patients de se rendre aux urgences pour des cas bénins, et en même temps d'augmenter les honoraires des praticiens. Pour les hôpitaux (les médecins urgentistes), le total des tickets modérateurs représente une source importante de revenus. Ceci est visible sur le graphique 15.

Graphique 15: Dépenses totales des patients en honoraires d'urgence



Les suppléments des honoraires de surveillance augmentent également, tout comme les autres suppléments d'honoraires. Cette rubrique ne représentait qu'1% de la facture patient en 1998, mais atteint maintenant les 4%. Le graphique 16 visualise cette évolution. Les colonnes rouges représentent les suppléments d'honoraires.

Graphique 16: Dépenses totales des patients MC en honoraires de surveillance



Annexe 1: Tableaux d'aperçu des coûts moyens pour le patient

Les coûts par admission à charge des patients hospitalisés - Toutes chambres - Toutes pathologies													
Admissions 'classiques' dans les hôpitaux généraux - Données* ANMC - Données 2010 - version 09/11 -													
	Montants moyens (en euros)												
	1998	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		En indice 1998 2010			
1. Les coûts fixes - qui ne dépendent pas de la durée de séjour												Croiss 2009-2010	Répartition 1998 2010
Suppléments													
Suppléments d'honoraires	61	121	124	132	140	146	156	160	160	100	261	18%	32%
Suppléments d'honoraires forfaitaires	1	0,5	0,33	0,35	0,02	0,02	0,06	0,04	0,04	100	7	0%	0%
Suppléments de matériels	29	59	61	45	46	40	33	30	30	100	103	9%	6%
Les médicaments D	27	30	30	30	30	30	30	31	31	100	111	8%	6%
Suppléments divers	31	37	37	35	35	30	34	33	33	100	106	9%	7%
Total des suppléments	149	248	252	242	251	247	253	254	254	100	170	45%	50%
Tickets modérateurs (TM) des honoraires forfaitaires	14	17	17	17	17	17	17	17	17	100	117	4%	3%
TM des honoraires	13	16	17	16	17	17	17	17	17	100	135	4%	3%
TM matériels	0	10	12	30	33	36	37	38	38	100	135	0%	7%
Total des tickets modérateurs	27	43	46	64	68	70	71	72	72	100	264	8%	14%
Total des coûts fixes	176	291	298	306	319	317	324	325	325	100	185	53%	64%
2. Les coûts variables - qui dépendent de la durée de séjour													
Les suppléments de chambre	60	75	76	72	66	65	62	53	53	100	88	18%	10%
Les suppléments des honoraires de surveillance	4	10	11	12	13	14	17	18	18	100	466	1%	4%
Total des suppléments	64	85	87	83	79	79	80	71	71	100	110	19%	14%
Les tickets modérateurs sur le prix de la journée	82	86	88	89	91	92	93	92	92	100	113	24%	18%
TM de 0,62€/jour pour les médicaments remb.	1,2	5,1	5,2	5,1	5,0	5,0	4,9	4,8	4,8	100	388	0%	1%
TM des honoraires de surveillance	11	13	13	13	14	14	15	15	15	100	130	3%	3%
Total des tickets modérateurs	94	104	107	108	110	111	113	111	111	100	118	28%	22%
Total des coûts variables	158	189	194	191	189	190	193	182	182	100	115	47%	36%
Total des TM	121	147	153	171	177	181	184	183	183	100	151	36%	36%
Total des suppléments	213	332	339	325	330	326	332	324	324	100	152	64%	64%
Total à charge du patient (CF et CV) par admission	334	479	492	496	508	507	517	507	507	100	152	100%	100%
Total à charge patient (hors inflation/ prix 98)	334	432	434	431	433	415	419	406	406	102	121	-2%	-3%

Les coûts à charge du patient - Par type de chambre

Admissions classiques dans les hôpitaux généraux - Données ANMC - Données 2010 - version 09/11 -

	2009		2010		Croissance 09-10		Répartition 2009		Répartition 2010	
	Montants moyen en € par admission		Montants moyen en € par admission		1 lit	2 Lits et commune	1 lit	2 Lits et commune	1 lit	2 Lits et commune
Répartition des admissions	23%	77%	23%	77%	1%	0%				
	165.330	545.329	166.554	544.159						
1. Les coûts fixes - qui ne dépendent pas de la durée de séjour										
Suppléments d'honoraires	628	13	643	13	2%	-3%	51%	4%	51%	5%
Suppléments d'honoraires forfaitaires	0,3	0,0	0,2	0,0			0%	0%	0%	0%
Suppléments de matériels	36	31	32	29	-11%	-7%	3%	10%	3%	10%
Les médicaments D	34	29	34	30	1%	2%	3%	10%	3%	10%
Suppléments divers	46	31	44	30	-5%	-2%	4%	10%	3%	11%
Total des suppléments	744	104	753	101	1%	-2%	60%	35%	60%	36%
Tickets modérateurs (TM) des honoraires forfaitaire	21	16	21	16	-1%	-1%	2%	5%	2%	6%
TM des honoraires	19	17	18	17	-3%	0%	2%	6%	1%	6%
TM matériels	39	36	39	37	0%	3%	3%	12%	3%	13%
Total des tickets modérateurs	79	69	78	70	-1%	1%	6%	23%	6%	25%
Total des coûts fixes	922	173	931	171	1%	-1%	66%	58%	66%	61%
2. Les coûts variables - qui dépendent de la durée de séjour										
Supp.	223	14	226	0	2%		18%	5%	18%	0%
Les suppléments de chambre	71	1	75	0	6%		6%	0%	6%	0%
Les suppléments des honoraires de surveillance	294	15	302	0	3%		24%	5%	24%	0%
Total des suppléments										
Les tickets modérateurs sur le prix de la journée	101	91	98	90	-3%	-1%	8%	31%	8%	32%
TM de 0,62€/jour pour les médicaments remb.	4	5	4	5	-3%	0%	0%	2%	0%	2%
TM des honoraires de surveillance	16	14	16	14	-2%	-1%	1%	5%	1%	5%
Total des tickets modérateurs	121	111	118	110	-3%	-1%	10%	37%	9%	39%
Total des coûts variables	415	126	419	110	1%	-12%	34%	42%	34%	39%
Total des TM	200	180	196	180	-2%	0%	16%	60%	16%	64%
Total des suppléments	1.037	119	1.054	102	2%	-14%	84%	40%	84%	36%
Total à charge du patient (CF et CV)	1.237	299	1.250	282	1%	-6%	100%	100%	100%	100%

Les coûts à charge du patient - Par service

Admissions 'classiques' dans les hôpitaux généraux - Données ANMC - Données 2010 - version 09/11 -

	2009				2010					
	chirurgie	méd. Interne	pédiatrie	maternité gériatrie	chirurgie	méd. Interne	pédiatrie	maternité gériatrie		
Répartition des admissions	254.240	229.932	56.234	52.518	34.461	254.485	227.443	55.407	52.924	35.505
1. Les coûts fixes - qui ne dépendent pas de la durée de séjour										
Suppléments	264	46	43	466	22	268	52	47	466	22
Suppléments d'honoraires	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suppléments d'honoraires forfaitaires	80	1	6	0	3	73	2	7	0	2
Suppléments de matériels	33	16	9	37	37	33	16	10	38	37
Les médicaments D	41	16	43	42	31	38	15	43	41	33
Suppléments divers	418	79	101	545	93	412	85	108	546	94
Total des suppléments										
Tickets modérateurs (TM) des honoraires forfaitaires	18	16	20	22	9	18	16	20	21	9
TM des honoraires	14	11	8	16	40	13	11	8	16	39
TM matériels	77	16	6	0	6	78	16	6	0	6
Total des tickets modérateurs	109	43	35	39	55	110	43	34	37	55
Total des coûts fixes	527	122	136	584	148	522	128	142	583	149
2. Les coûts variables - qui dépendent de la durée de séjour										
Supp.	61	37	7	173	66	48	30	4	174	49
Les suppléments de chambre	7	11	43	59	22	7	12	46	62	23
Les suppléments des honoraires de surveillance	68	49	50	232	88	55	42	50	235	72
Total des suppléments										
Les tickets modérateurs sur le prix de la journée	76	74	36	89	163	74	72	36	87	160
TM de 0,62€/jour pour les médicaments remb.	3	4	2	3	11	3	4	2	3	11
TM des honoraires de surveillance	8	13	12	12	33	8	13	12	12	33
Total des tickets modérateurs	87	90	50	103	207	85	88	49	102	203
Total des coûts variables	154	139	101	336	295	140	130	99	337	276
Total des s TM	196	133	85	142	262	195	131	83	140	258
Total des suppléments	485	128	151	777	181	467	127	158	781	167
Total à charge du patient (CF et CV)	681	261	236	919	444	662	258	241	921	425
Durée moyenne de séjour	5	6	3	5	19	5	6	3	5	19
Moyenne supplément de chambre par jour	13	7	2	33	4	10	5	1	34	3

**Les coûts par admission à charge des patients hospitalisés
Toutes chambres - Toutes pathologies**

Admissions 'de jour' dans les hôpitaux généraux - Données ANMC - Données 2010 - version 08/2011

	Montants moyens		Répartition	Montants moyens		Répartition		
	2009	2010		1 lit	2 Lits ou plus	1 lit	2 Lits ou plus	
Hôpital chirurgical de jour								
	2009	2010		6%	94%			
Nombre d'admissions :	209.779	210.721		13.636	197.085	6%	94%	
Suppléments	Suppléments d'honoraires	52	52	42%	441	25	79%	26%
	Suppléments de matériels	9	8	6%	12	8	2%	8%
	Les médicaments D	11	11	9%	11	11	2%	11%
	Suppléments de chambre	4	3	2%	41	0	7%	0%
	Suppléments divers	14	15	12%	18	15	3%	15%
	Total des suppléments	89	88	70%	523	58	94%	61%
TM	Tickets modérateurs (TM) des honoraires	8	8	7%	10	8	2%	9%
	TM matériels	29	25	20%	19	26	3%	27%
	Les médicaments B et C	3	3	2%	4	3	1%	3%
	TM divers	0	0	0%	0	0	0%	0%
		Total des tickets modérateurs	40	37	30%	33	37	6%
Total à charge du patient	130	124	100%	556	95	100%	100%	

**Les coûts par admission à charge des patients hospitalisés
Toutes chambres - Toutes pathologies**

Admissions 'de jour' dans les hôpitaux généraux - Données ANMC - Données 2010 - version 08/2011

	Montants moyens		Répartition	Montants moyens		Répartition		
	2009	2010		1 lit	2 Lits ou plus	1 lit	2 Lits ou plus	
Hôpital non chirurgical de jour								
	2009	2010		4%	96%			
Nombre d'admissions :	531.358	552.397		21.831	530.566	4,0%	96,0%	
Suppléments	Suppléments d'honoraires	13	13	31%	238	4	74%	13%
	Suppléments de matériels	3	2	5%	5	2	2%	7%
	Les médicaments D	6	5	12%	7	5	2%	16%
	Suppléments de chambre	2	2	4%	38	0	12%	0%
	Suppléments divers	5	4	10%	6	4	2%	14%
	Total des suppléments	28	27	62%	296	16	92%	50%
TM	Tickets modérateurs (TM) des honoraires	10	10	23%	13	10	4%	31%
	TM matériels	3	3	7%	9	3	3%	9%
	Les médicaments B et C	3	3	8%	4	3	1%	10%
	TM divers	0	0	0%	0	0	0%	0%
		Total des tickets modérateurs	16	16	38%	26	16	8%
Total à charge du patient	45	43	100%	321	32	100%	100%	

Annexe 2 : Méthodologie

Le baromètre MC des coûts hospitaliers à charge du patient en est à sa 7^{ème} édition. Pour réaliser ce baromètre, la MC se base sur plus d'un million d'hospitalisations de ses membres en 2010. Les hôpitaux sont contactés au préalable et ont la possibilité de réagir par rapport à leurs résultats. Un grand nombre d'hôpitaux saisissent cette opportunité pour clarifier un certain nombre de points concernant leur facturation.

L'étude se base sur les admissions 2010, aussi bien en hospitalisations classiques (au moins une nuit à l'hôpital) qu'en hospitalisations de jour (chirurgicales ou non chirurgicales). Les admissions « exceptionnelles » (très longues, coûts extraordinaires...) sont écartées. Pour les hospitalisations classiques, la MC ne reprend que les séjours comprenant au moins une nuit à l'hôpital et dans un seul et même service.

Dans la présentation des tarifs, la MC distingue les hospitalisations selon les services et selon les types de

→ Hospitalisation classique

- ✓ 5 services sélectionnés
 - Service 21 de diagnostic et de traitement chirurgical
 - Service 22 de diagnostic et de traitement médical
 - Service 23 de pédiatrie
 - Service 26 de maternité
 - Service 30 de gériatrie et revalidation

NB : Les séjours en médecine interne durant lesquels une intervention chirurgicale thérapeutique peut être identifiée sont transférés en chirurgie. Cela représente 5,3% de toutes les admissions en médecine interne.

- ✓ 4 types de chambre
 - Chambre commune
 - Chambre à deux lits, sans supplément (ex : patients protégés)
 - Chambre à deux lits, avec supplément
 - Chambre à un lit

Nous déterminons le type de chambre sur base des codes mentionnés sur la bande magnétique. A savoir, en prestation relative des forfaits prix de journée, sinon en prestation principale. Ces codes sont : 761600 pour chambre commune, 761622 pour une chambre à 2 lits, 761644 pour une chambre individuelle. Le code trouvé en prestation relative du forfait prix de journée prédomine sur une éventuelle facturation de supplément de chambre en prestation principale.

- ✓ Si un code 761644 est détecté, nous considérons le séjour en chambre particulière.
- ✓ Si nous ne détectons aucun code 761644 mais bien un code 761622, nous considérons le séjour comme étant en chambre à 2 lits (Avec suppléments d'honoraires si il y en a, sans supplément si il n'y en a pas).
- ✓ Si nous ne détectons aucun code 761644 ni 761622, mais bien un code 761600, le séjour est repris en chambre commune.
- ✓ Enfin, si nous ne retrouvons aucun des 3 codes mentionnés, nous ne reprenons pas le séjour dans notre analyse.

→ Les analyses ont donc été effectuées pour **20 strates** (5 services X 4 types de chambre)

→ Hospitalisation de jour

- ✓ Hospitalisation chirurgicale de jour : 6 + 1 traitements sélectionnés
 - Traitement en orthopédie
 - Traitement en ophtalmologie
 - Traitement en stomatologie
 - Traitement en oto-rhino-laryngologie
 - Traitement en urologie
 - Traitement en gynécologie
 - Traitement chirurgical dans une autre spécialité

- ✓ Hospitalisation non chirurgicale de jour : 3 + 1 traitements sélectionnés. L'hôpital de jour non chirurgical est un ensemble de prestations très hétérogènes qui ne sont pas classées par service (type d'acte ou de pathologie) mais par forfait (coût moyen). S'il n'est pas aisé de distinguer des groupes pathologiques, les groupes suivants ont été isolés :
 - Dialyse rénale
 - Traitement du cancer : onco- en chimiothérapie
 - Traitement de la douleur chronique
 - Les autres pathologies sont rassemblées dans le groupe « autre » qui comporte les prestations facturées sous le maxi forfait, sous les anciens forfaits A,B,C,D et sous les nouveaux forfaits 1 à 7.Attention, aucune prestation du mini forfait n'a été intégrée à l'étude, ce groupe est beaucoup trop hétérogène.

- ✓ 2 types de chambres
 - Chambre commune ou à deux lits
 - Chambre particulière

→ Les analyses ont été effectuées pour **14 strates** (7 traitements X 2 types de chambre) pour les hospitalisations chirurgicales de jour et pour **8 strates** (4 traitements X 2 types de chambre) pour les hospitalisations non chirurgicales de jour.

Données 2010 calculées

Par strate, sont calculées les moyennes de différentes rubriques de la facture à charge du patient par hôpital. Cependant, les résultats ne sont calculés par hôpital, service et type de chambre que si au moins 10 hospitalisations ont été identifiées selon les critères précités.

Les différentes rubriques calculées sont les suivantes :

- ✓ **Suppléments d'honoraires** (en pourcentage du montant ASSI)
- ✓ **Suppléments de matériel** (en pourcentage du montant ASSI pour les hospitalisations classiques et en euros pour les hospitalisations de jour)
- ✓ **Les médicaments D** pour les hospitalisations classiques et l'ensemble des médicaments pour les hospitalisations de jour (vu qu'il n'y a pas de forfait pour les hospitalisations de jour) (en euros)
- ✓ **Les frais divers** (codes 960xxx (960083 inclus) à l'exclusion du 960245, implant non remboursable), (en euros)
- ✓ **Les suppléments de chambre par jour** (en euros)

Ainsi que les montants totaux :

- ✓ **des tickets modérateurs**
- ✓ **des suppléments**
- ✓ **de la facture totale du patient.**

Lorsque la MC mentionne des montants « en pourcentage », cela signifie qu'elle a fait le rapport entre la somme des suppléments et la somme des montants de l'assurance soins de santé obligatoire et des tickets modérateurs. En effet, pour garantir une comparaison plus réaliste et plus correcte, les suppléments d'honoraires et les suppléments de matériel sont exprimés en pourcentage du tarif officiel (en d'autres termes, le tarif sans supplément). L'expression sous forme du pourcentage prend mieux en compte la lourdeur de l'acte et la pratique tarifaire de l'hôpital.

Par exemple, si le supplément pour une opération est de 250 euros et si le tarif officiel est également de 250 euros, cela signifie 100% de supplément d'honoraires. Par contre, si le tarif officiel est de 1 000 euros, ce supplément n'est que de 25%.

Les autres rubriques sont exprimées en euros sous la forme d'un coût moyen par admission ou par jour.

Tous les montants de l'étude sont donnés en valeurs nominales. L'inflation joue donc un rôle dans les comparaisons entre années. Les variations mentionnées croissantes ou décroissantes sont cependant plus importantes que les variations introduites par l'inflation.

Annexe 3 : Les suppléments d'honoraires, autorisés légalement ?

Le fait qu'un médecin puisse facturer des suppléments d'honoraires dépend de son statut ainsi que du choix de la chambre. Dans les hôpitaux universitaires, l'interdiction est plus large. Ces hôpitaux ne peuvent jamais appliquer des suppléments d'honoraires en chambre commune ou à 2 lits.

Principe général

	Médecin conventionné	Médecin non conventionné
Chambre commune 2 Lits	Suppléments d'honoraires interdits	Suppléments d'honoraires permis sauf <ul style="list-style-type: none"> • pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée (et pour leur personnes à charge); • pour les personnes reconnues malade chronique; • pour les patients bénéficiant du forfait incontinence; • pour les patients qui ont droit au forfait pour soins palliatifs ou qui sont admis dans un service palliatif à l'hôpital; • en cas d'admission en chambre à 2 lits pour nécessité du service; • en cas de séjour en chambre à 2 lits par manque de chambre commune disponible; • en cas d'admission en service d'urgence ou en soins intensifs ; • En cas d'admission d'un enfant accompagné par un parent.
Chambre individuelle	Suppléments d'honoraires permis sauf <ul style="list-style-type: none"> • si l'état de santé du patient exige une chambre individuelle; • en cas de séjour en chambre individuelle par manque de disponibilité d'autres types de chambre; • en cas d'admission en service d'urgence ou en soins intensifs ; • en cas d'admission d'un enfant accompagné d'un parent et si le parent ne signe pas de document demandant expressément une chambre individuelle. 	Suppléments d'honoraires permis sauf <ul style="list-style-type: none"> • si l'état de santé du patient exige une chambre individuelle; • en cas de séjour en chambre individuelle par manque de disponibilité d'autres types de chambre; • en cas d'admission en service d'urgence ou en soins intensifs ; • en cas d'admission d'un enfant accompagné d'un parent et si le parent ne signe pas de document demandant expressément une chambre individuelle.

Hôpitaux universitaires

Les hôpitaux universitaires reçoivent du gouvernement un budget supplémentaire, entre autres pour l'enseignement et la recherche. La condition de ce financement est qu'ils appliquent les tarifs des conventions pour tous les médecins. Ceci a pour conséquence qu'ils ne peuvent réclamer de suppléments d'honoraires aux patients en chambre commune ou à 2 lits.