

Mut Occitanie

LA REVUE
DE LA MUTUALITÉ
FRANÇAISE

— ÉDITION SPÉCIALE —

#15

JUIL. 2021

L'HOSPITALISATION EN OCCITANIE

- Dépenses hospitalières : qui paie quoi ?
- Panorama des établissements de santé





4 DÉPENSES HOSPITALIÈRES : QUI PAIE QUOI ?

- 4 La prise en charge de soins et biens médicaux par financeur
- 5 Le reste à charge hospitalier

8 PANORAMA DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- 9 L'offre en hospitalisation sur le territoire
- 11 Focus sur les groupes privés à but lucratif en Occitanie

Sommaire

MUTUALITÉ FRANÇAISE OCCITANIE | SIÈGE SOCIAL : Résidence Electra bât. A - 834, avenue du Mas d'Argelliers - 34070 Montpellier | SIÈGE ADMINISTRATIF : 3, rue de Metz - B.P. 7018 - 31068 Toulouse | Organisme régi par le Livre I du Code de la Mutualité et inscrit au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 438 320 632 | DIRECTEUR DE LA PUBLICATION ET DE LA RÉDACTION : Pierre-Jean GRACIA | CRÉATION ET EXÉCUTION GRAPHIQUE : Jonathan ASSIÉ | IMPRESSION : Imp'Act - 483, ZAC des Vautes, 34980 Saint-Gély-du-Fesc | CONTACT : communication@mutoccitanie.fr

Édito

HOSPITALISATION : ATTENTION À LA NOTE SALÉE !



Les dépenses hospitalières représentent aujourd'hui le premier poste de remboursement des complémentaires santé. Parmi ces frais, on retrouve le ticket modérateur*, le forfait journalier* et la participation assuré*, obligatoirement remboursés dans le cadre des contrats responsables des mutuelles.

Cette édition spéciale du Mut'Occitanie s'inscrit à la suite d'une crise sanitaire majeure où bon nombre de citoyens, atteints par la maladie, ont dû être hospitalisés et ont ainsi découvert la notion de « ticket modérateur »*.

Face à ce constat, il nous est apparu essentiel d'analyser les différents niveaux de reste à charge, afin de mettre en exergue la nécessité d'encadrer les tarifs d'un certain nombre de prestations hospitalières.

Des évolutions majeures sont en cours avec le dispositif « Remboursement des Organismes Complémentaires » (ROC), permettant d'assurer le tiers payant dans les

hôpitaux publics. Pour les patients assurés, c'est la garantie d'une prise en charge en tiers payant sur la part complémentaire lorsque celle-ci est applicable.

Par ailleurs, dans un contexte de grande tension au niveau de l'hôpital public, en 10 ans, la part du secteur privé à but lucratif dans l'offre de soins française est passé de 25% à 35%** . La consolidation de groupes privés de santé, dominés par des fonds d'investissement, fait craindre que la santé ne devienne un produit commercial.

Dans ce dossier, un certain nombre d'informations nationales et régionales tendent à démontrer la nécessité de plus en plus urgente d'encadrer les restes à charge hospitaliers par l'harmonisation des tarifs et le plafonnement du prix des chambres particulières.

Bonne lecture !

Pierre-Jean GRACIA

Président de la Mutualité Française Occitanie



GLOSSAIRE

CSS : Complémentaire santé solidaire (ex CMU-C)

DRESS : Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique

FNMF : Fédération nationale de la Mutualité Française

HAD : Hospitalisation à domicile

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

RAC : Reste à charge

ROC : Remboursement des organismes complémentaires

SSR : Services de soins de suite et de réadaptation

* Dépenses détaillées dans ce numéro en page 5.
** Source : DRESS, panorama des établissements de santé (2020).

DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Qui paie quoi ?



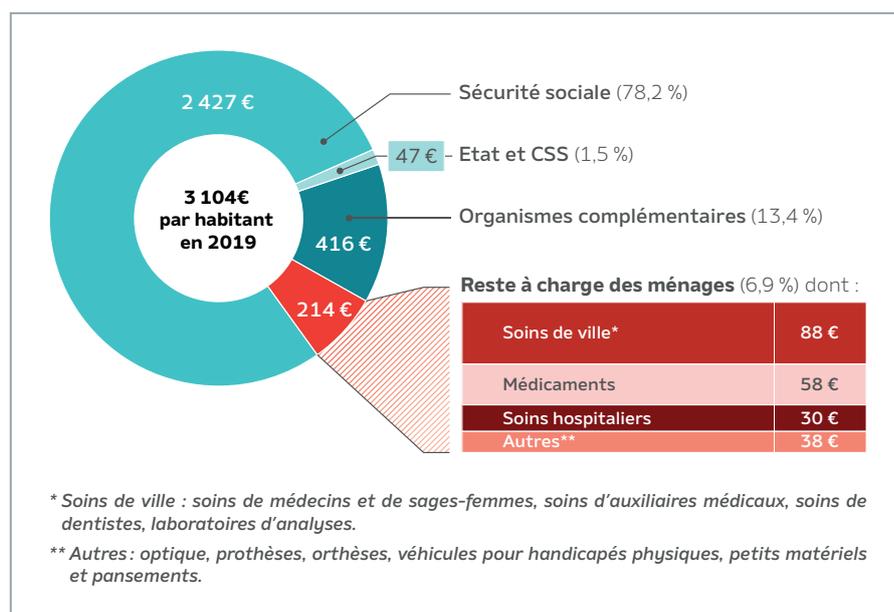
Selon la DRESS, en 2019, la France consacre 11,3 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. Elle est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

En parallèle, les données de l'Insee indiquent, qu'aujourd'hui, les ménages consacrent une part plus importante de leurs dépenses pour la santé (1 % en 1975 contre 4 % en 2019), la situant ainsi à la 7^e place des dépenses, derrière le logement, l'alimentation, les transports, les loisirs/la culture, les hôtels/cafés/restaurants, ou bien encore les équipements de la maison !

L'organisation de notre système de santé permet une prise en charge élevée des dépenses en santé par l'Assurance maladie. Toutes les dépenses ne sont, bien évidemment, pas couvertes. Comment les prises en charges sont-elles réparties entre les différents acteurs ? Quel(s) frais reste-t-il à payer et avons-nous réellement le choix ? Le montant restant dû est-il identique pour tous ? Autant de questions qui seront abordées dans cette première partie.

Répartition de la prise en charge de soins et biens médicaux par financeur

Chaque français a dépensé 3 104 € pour sa santé en 2019. La Sécurité sociale finance 78,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)*. Les organismes complémentaires financent 13,4 % des soins et biens médicaux. La part restant à la charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,9 % en 2019.



> Source : Infographie Mutualité Française Occitanie ; Données DRESS 2020

* Prestations codifiées par la Sécurité sociale, hors chambre particulière, prestations dentaires non remboursées, etc.

Mut'Info

Le ROC : une avancée pour les patients !

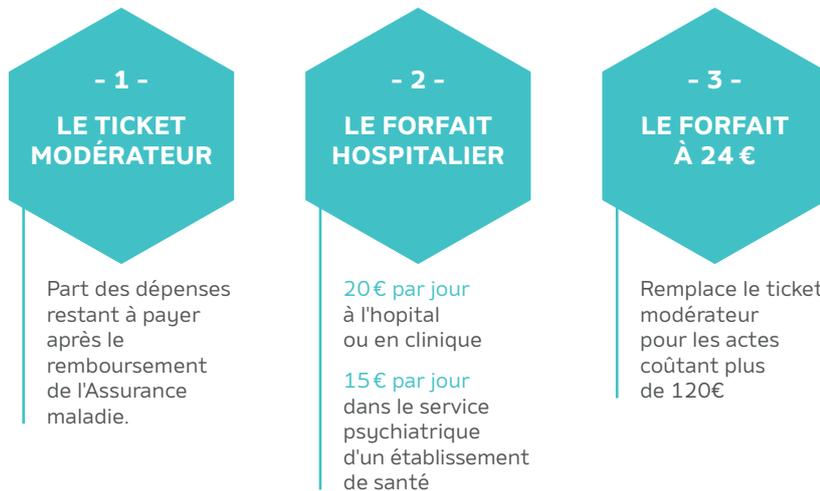
Un accord signé le 18 mai dernier entre l'ensemble des complémentaires santé, permettra dans les mois à venir d'assurer le tiers payant dans les hôpitaux publics.

Cet accord s'inscrit dans le cadre du dispositif « Remboursement des Organismes Complémentaires » (ROC) piloté avec l'appui du ministère de la Santé et de la Direction générale des Finances publiques. Déployé d'abord dans les hôpitaux publics, le dispositif sera ensuite étendu aux établissements SSR, aux hôpitaux psychiatriques et à terme aux établissements privés.

Le reste à charge hospitalier

QUELS SONT LES FRAIS QUI NE SONT PAS REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE ?

Le reste à charge hospitalier est composé de trois types de participations financières :



DES FRAIS SUPPLÉMENTAIRES SE RAJOUTENT ...

Les établissements facturent des frais supplémentaires tels que la chambre particulière ou les frais de repas et d'hébergement d'une personne accompagnante. Ces frais sont à la seule exigence du patient et avec l'intervention possible des complémentaires santé. Des dépassements d'honoraires de médecin (secteur 2*) peuvent se rajouter.

QUELS FRAIS ÉVITER ?

D'autres frais peuvent s'ajouter à la facture d'hospitalisation. La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes rappelle que les forfaits administratifs et ambulatoires fréquemment facturés dans les cliniques, sont illégaux dans leur caractère obligatoire.

Ces frais (mise à jour de la carte vitale, impression de documents, contacts téléphoniques avec les organismes complémentaires, assistance téléphonique en vue d'une hospitalisation ou collation améliorée), couramment demandés aux patients, ne peuvent être exigés par les établissements de santé et sont régulièrement injustement facturés aux patients qui sont en droit de s'y opposer.

* En France, les tarifs pratiqués par les médecins exerçant en secteur 1 sont fixés par l'Assurance maladie, alors que les médecins exerçant en secteur 2 pratiquent des honoraires libres. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

✕ Mut'Info

Ticket modérateur

Il peut être pris en charge pour tout ou partie, par les complémentaires santé. Il n'inclut cependant pas les forfaits et les éventuels dépassements d'honoraires restant à la charge du patient.

Forfait hospitalier

Il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, sauf dans certains cas particuliers.

Le montant du forfait hospitalier est fixé par arrêté ministériel; les tarifs indiqués ci-contre sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2018.

En moins de 20 ans, le forfait hospitalier a été multiplié par 4 !

Forfait 24€

Il s'agit d'une participation forfaitaire aux actes médicaux « lourds ».

Cette contribution a augmenté de 30% au 1^{er} janvier 2019, passant de 18€ à 24€.



Mut'Alerte : Quand l'hôpital sous-traite ses prestations à des sociétés privées...

Les services de conciergerie continuent de se développer dans les structures hospitalières privées mais aussi publiques. C'est notamment le cas de la conciergerie privée "Happytal", présente dans 4 établissements publics en Occitanie. En 2019, l'un d'entre eux lui a confié la gestion des chambres particulières. Résultat : une augmentation tarifaire allant jusqu'à + 85% ; le prix de la chambre est passé de 42 à 55€... voire 75€, selon la prestation.

La Mutualité Française s'est donc insurgée contre ces pratiques pesant lourdement sur le portefeuille des mutuelles mais également des patients.



Le reste à charge hospitalier (suite)

LES VARIATIONS DU RESTE À CHARGE HOSPITALIER

Le RAC en hospitalisation varie fortement avec l'âge mais aussi en fonction du lieu d'hospitalisation et de la typologie de soins (spécialité). La prise en charge par les mutuelles permet de réduire fortement ces écarts et ainsi d'alléger la facture finale pour les patients.

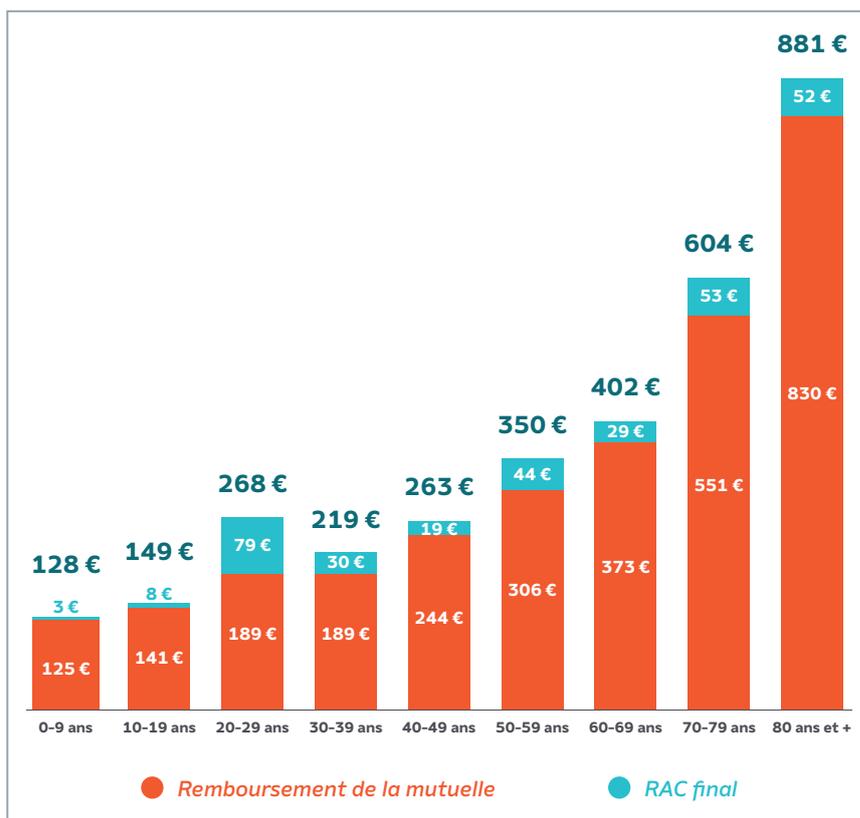
◆ Des disparités selon l'âge

Le RAC en hospitalisation (incluant la chambre particulière) après la prise en charge de l'Assurance maladie augmente avec l'âge :

- ▶ Pour les 50-59 ans, il est de 350€ par an.
- ▶ Après 80 ans, il atteint 881€ en moyenne.

Les remboursements croissants des complémentaires santé permettent d'atténuer l'augmentation des RAC pour les ménages.

Ainsi sur une année, le RAC final est de 44€ pour les 50-59 ans et de 52€ pour les plus de 80 ans.



> Source : FNMF SNDM 2017 / Calculs FNMF.

Les dépenses hospitalières ont fortement augmenté ces dernières années, tout comme leur prise en charge par les complémentaires santé, absorbant et masquant ainsi sensiblement la croissance du RAC hospitalier pour les patients, quel que soit leur âge et leur état de santé.

◆ De fortes disparités selon les spécialités

La facture restant à charge du patient à l'hôpital peut dépasser 1 000 € par an pour certains soins. Les actes les plus coûteux demeurent la réadaptation et la rééducation, ainsi que les soins psychiatriques.

La DRESS a ainsi évalué, dans son rapport paru le 5 mai dernier, qu'un patient bénéficiant de soins dans les services ou **établissements MCO doit s'acquitter en moyenne de 290 € par an**. Bien qu'ils soient les plus courants à l'hôpital, ils concentrent 84 % du reste à charge de l'ensemble des patients. Ces soins sont opérés généralement en ambulatoire, ou sur un court séjour, limitant ainsi le coût pour les Français.

En revanche, le reste à charge grimpe significativement **pour les SSR: il faut déboursier 680 € par an** en moyenne pour couvrir les frais de séjour.

Quant aux **soins psychiatriques, qui peuvent s'étaler sur des mois voire des années, ils coûtent 620 € par an** en moyenne, répartis à moitié entre ticket modérateur et forfait journalier.

"Les motifs d'exonération du ticket modérateur ne suffisent pas à limiter les restes à charge élevés, car ils n'empêchent pas la facturation du forfait journalier qui peut atteindre des sommes importantes dans les disciplines où les séjours sont plus longs en moyenne," souligne la DRESS.

> Source : extrait d'un article pour Capital du 05/05/2021

Respectivement, 18 % et 22 % des patients **en psychiatrie et en soins de suite et réadaptation** doivent dès lors, supporter des **factures finales supérieures à 1 000 €**.



Les mutuelles couvrent en moyenne des dépenses plus élevées

Le poids de l'hospitalisation dans les remboursements des mutuelles s'est fortement accru, pour constituer aujourd'hui le premier poste de remboursement.

Pour les mutuelles, l'hospitalisation représente 24 % des remboursements (y compris la chambre particulière*). Cette dernière pèse presque pour un quart (23 %) du total des remboursements des dépenses hospitalières des mutuelles.

Entre 2001 et 2017, la part de remboursements des mutuelles est passée de 14 % à 20 % (hors chambre particulière)**. Ce poids est plus faible pour les sociétés d'assurance (18 %) et les institutions de prévoyance (14 %).

* Source : Coterc FNMF 2017 ** Source : Comptes nationaux de la santé 2018



PANORAMA

des établissements de santé



Au 1^{er} janvier 2019, on compte 3 042 établissements de santé en France. Deux types d'établissements de santé composent l'offre : les établissements publics et les établissements privés, ces derniers pouvant être à but lucratif ou à but non lucratif.

Les français ont ainsi la possibilité de recevoir des soins dans les 1 360 hôpitaux publics, 1 000 cliniques privées ou bien encore 682 établissements privés à but non lucratif*.

* Source : panorama des établissements de santé de la DREES 2020.

✕ Mut'Info

Statut des établissements publics de santé

Les établissements publics de santé, ou « hôpitaux publics », sont des personnes morales de droit public ayant une autonomie administrative et financière, soumis au contrôle de l'État.

Leur statut précise que leur objet principal n'est ni industriel ni commercial, qu'ils sont dotés d'un conseil de surveillance et qu'ils sont dirigés par un directeur assisté d'un directoire.

Statut des établissements privés de santé à but lucratif

Les établissements privés de santé sont des personnes morales de droit privé. Plusieurs personnes morales peuvent coexister au sein des établissements à but lucratif, appelés communément « cliniques privées » : l'une possédant le patrimoine immobilier, l'autre assurant l'activité d'hospitalisation, d'autres encore organisant ou possédant des éléments du plateau technique.

Statut des établissements privés de santé à but non lucratif

Les établissements privés à but non lucratif sont gérés par un conseil d'administration et sont issus de mouvements associatifs ou mutualistes.



Mut'Alerte : "Hôpital privé", attention à la confusion !

Alors que "l'hôpital privé" du Grand Narbonne (Groupe ELSAN) vient d'ouvrir ses portes, interrogeons-nous sur l'utilisation de cet oxymore. En effet, dans la conscience collective, le statut de l'hôpital est public alors que celui de la clinique est privé.

Attention alors à la confusion qui peut, légitimement, régner dans l'esprit des patients lorsque l'établissement de proximité est un "hôpital privé" !

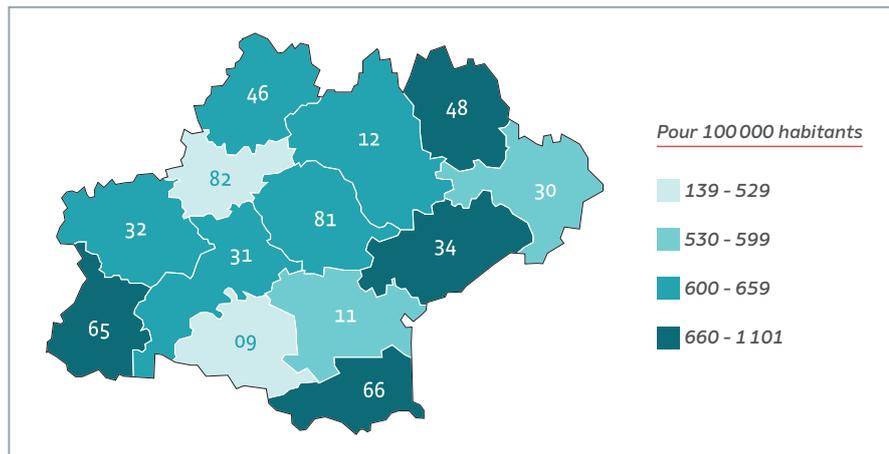


L'offre en hospitalisation sur le territoire

En Occitanie, 289 établissements sont répartis sur le territoire :

- ▶ 112 établissements publics de santé (hôpitaux publics)
- ▶ 49 établissements privés à but non lucratif
- ▶ 128 établissements privés à but lucratif (cliniques privées)

LA DENSITÉ DE LITS PAR DÉPARTEMENTS



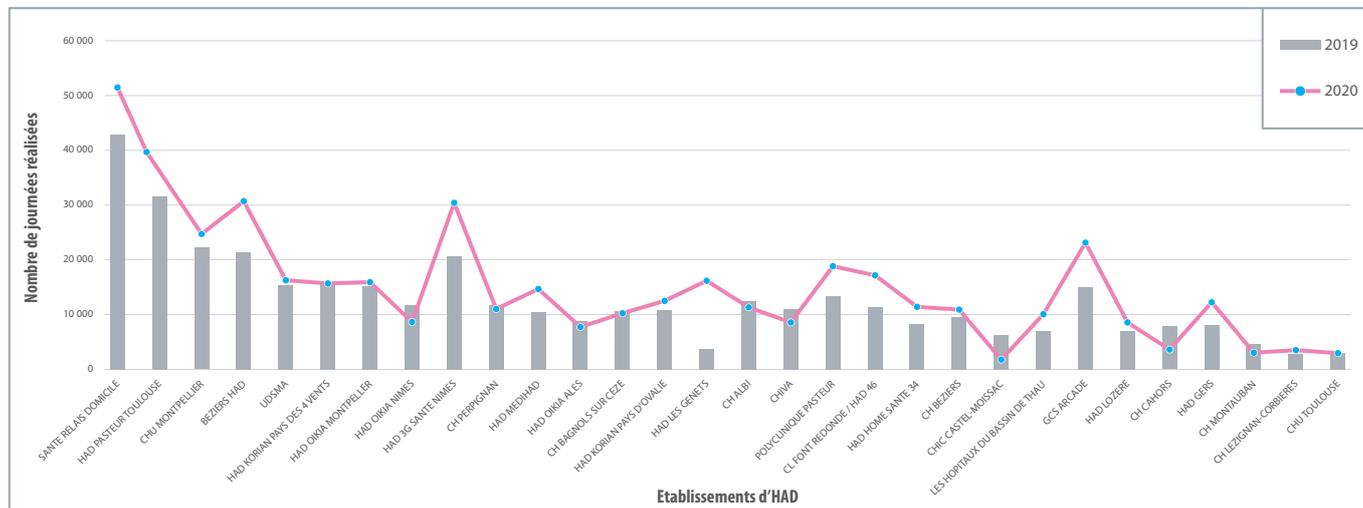
> Source : DRESS 2018, SAE traitement DRESS, Insee estimation de la population 1^{er} janvier 2018

L'Occitanie est, en comparaison avec le reste de la France métropolitaine, globalement bien dotée en capacité de lits pour les patients. A noter que le territoire compte trois centres hospitaliers universitaires (CHU) : Nîmes, Montpellier et Toulouse. Certains départements comme l'Ariège, l'Aude et le Tarn-et-Garonne sont cependant en dessous de la moyenne nationale. Ces disparités sont souvent liées à l'aménagement du territoire et l'attractivité des soins.

L'HOSPITALISATION À DOMICILE

En 2018, on compte 296 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) en France**. Les 93 établissements associatifs, ne proposant que cette forme d'hospitalisation, jouent un rôle prépondérant avec 49% des capacités.

L'activité d'HAD dans la région Occitanie, entre 2019 et 2020, a augmenté de 20% même si elle reste globalement inférieure à la moyenne nationale :



> Source : Scansanté

Mut'Info

Les hôtels hospitaliers

Face à la poussée de l'ambulatoire, les hôtels hospitaliers se concrétisent et sont en phase de test dans différentes régions françaises. Le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2020, leur consacre un financement de 14,7 millions d'euros sur trois ans, afin de faciliter leur déploiement.

Les hôtels hospitaliers sont des structures privées installées à proximité des établissements de santé devant servir de sas avec le domicile pour des patients éloignés géographiquement de l'établissement, mais dont l'état ne justifie pas une présence permanente dans un service d'hospitalisation.

En Occitanie on compte une dizaine de maisons hospitalières, généralement implantées aux alentours des CHU.

* Source : Mutualité Française Occitanie - masanteenoccitanie.fr (2019)

** Source : panorama des établissements de santé de la DREES 2020.



L'offre en hospitalisation sur le territoire (suite)

LES TARIFS DES CHAMBRES PARTICULIÈRES

Spécialité	Type d'établissement					
	Public		Privé lucratif		Privé non lucratif	
	min.	max.	min.	max.	min.	max.
Médecine	25€	53€	50€	165€	40€	60€
Chirurgie	30€	53€	50€	165€	49€	60€
Obstétrique	35€	54€	55€	245€	45€	60€
SSR	24€	53€	40€	280€	26€	70€
Psy	35€	53€	40€	155€	40€	60€

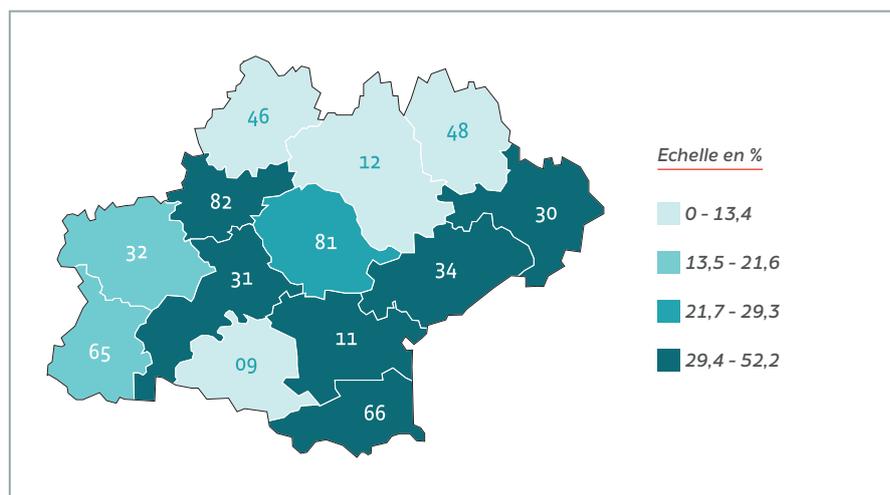
> Source : Données Mutualité Française Occitanie 2019 - site masanteenoccitanie.fr

Toutes spécialités confondues, les écarts entre les tarifs les moins élevés et les plus élevés des établissements publics et privés non lucratifs sont réduits.

En revanche, la fourchette tarifaire dans les établissements privés lucratifs est vaste, le tarif pouvant parfois être multiplié par 4 (obstétrique) et même par 7 (SSR).

Pour expliquer ces tarifs excessifs, certains établissements « sur-rajoutent » des prestations optionnelles sans aucun rapport avec le soin et que le patient, en situation de faiblesse, ne peut appréhender.

LA PART DU SECTEUR PRIVÉ À BUT LUCRATIF DANS LES CAPACITÉS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE ET PARTIELLE



> Source : DRESS 2018, SAE traitement DRESS, Insee estimation de la population 1^{er} janvier 2018

Les établissements privés à but lucratif sont fortement implantés sur l'Occitanie et représentent une part importante dans les capacités d'hospitalisation.

Comme l'indique la carte ci-dessus, ils sont même prépondérants sur certains départements du pourtour méditerranéen et sur les départements des deux métropoles: la Haute-Garonne et l'Hérault. Ils sont cependant inexistantes en Ariège, Aveyron et Lozère.

Focus sur les groupes privés à but lucratif en Occitanie

Nombre d'établissements par gestionnaire privé et par spécialité en Occitanie

	EHPAD	MCO	SSR	PSY	AUTRE ¹	TOTAL
KORIAN	29	0	9	1	2	41
ORPEA/CLINEA	15	0	6	6	0	27
ELSAN	0	20	9	0	3	26 ²
CLINIPOLE	10	3	3	0	6	22
OC SANTE	4	4	4	4	1	17
CAP SANTE	5	4	2	1	3	15
CLINAVENIR	0	7	4	2	0	11 ²
GRUPE COLISEE	4	0	1	0	4	9
RAMSAY SANTE	0	7	2	1	0	7 ²
AXE SANTE	0	2	0	0	0	2

□ Groupe international □ Groupe national □ Groupe régional

¹ HAD, médico-social, transport, etc. ² Ce chiffre comptabilise l'établissement une seule fois.

> Source : Sites internet des groupes

Dans ce panorama régional, nous pouvons distinguer deux types de groupes privés à but lucratif :

- ▶ **Les groupes nationaux et internationaux** gérés par des fonds d'investissements. Parmi ces derniers et, à titre d'exemple, on retrouve des fonds étrangers canadiens, australiens, suédois, etc. ; des entités telles que Prédica (Crédit Agricole), le fond Peugeot Invest (famille Peugeot), ou encore le fond Thétys Invest (famille Bettencourt).
- ▶ **Les groupes régionaux** indépendants et qui, pour certains, se sont stratégiquement alliés, afin de faire face à la concurrence accrue des grands groupes.

✕ Mut'Info

Des cliniques privées locataires

Pour une grande part, les cliniques privées ne possèdent pas l'immobilier, ce dernier étant détenu par le bailleur ICADE Santé, filiale de la Caisse des Dépôts et Consignation, institution financière publique française. Ces loyers peuvent avoir une répercussion sur les surcoûts demandés aux patients.

Mut'Alerte



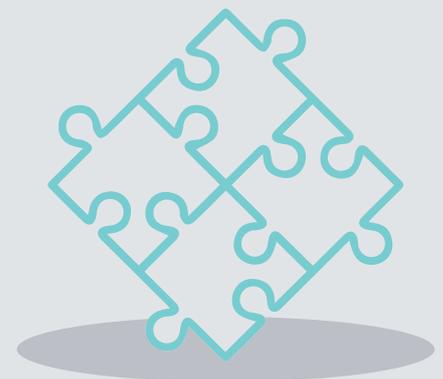
Quand la santé n'est pas le seul métier des groupes privés.

Certains groupes positionnés comme « acteur de santé », se « diversifient » dans des activités annexes bien éloignées de la santé, en proposant une offre d'hôtellerie de luxe, de restauration et de loisirs !

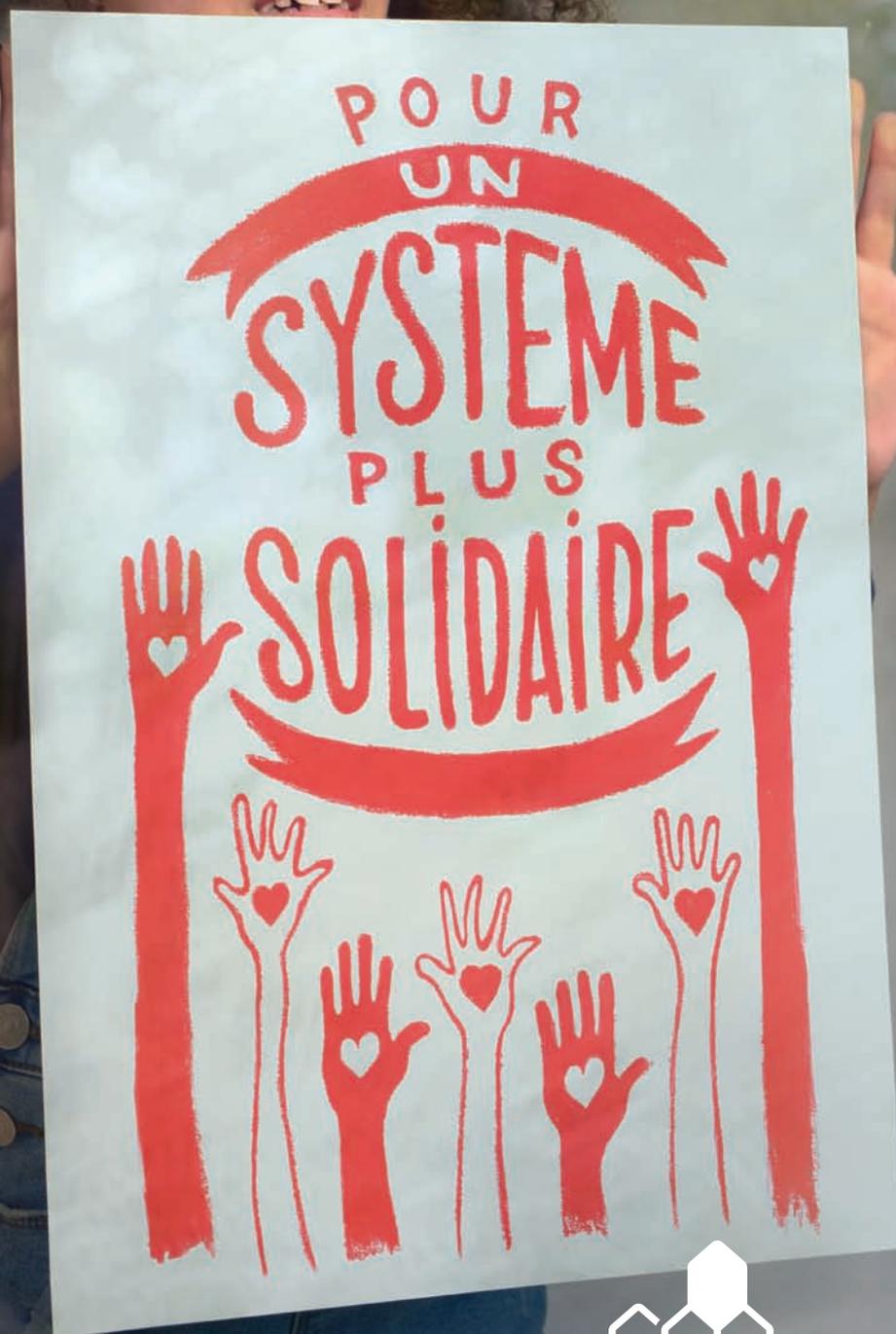
Concentration de l'offre privée

La moitié des cliniques françaises ont disparu en vingt ans et un quart des 1 030 établissements restants sont en déficit. L'hospitalisation privée se concentre rapidement sous l'influence, notamment, des fonds d'investissement. Entre 2018 et 2020, 19 % des lits des cliniques de France ont changé de mains.

> Source : Les Echos, 19 avril 2021



REJOIGNEZ UNE VRAIE MUTUELLE



Choisir une vraie mutuelle, c'est choisir une mutuelle qui prend soin de vous comme des autres : par exemple, une mutuelle qui développe des actions de sensibilisation, de prévention et d'accompagnement, pour les aidants qui soutiennent un proche malade, en situation de handicap ou âgé.



Retrouvez nos actions sur unevraiemutuelle.fr*

* Organisme régi par le Code de la Mutualité.