

SOINS

Des écarts de tarifs inacceptables à l'hôpital public

Pour le même soin et la même durée de séjour, une hospitalisation sera facturée plus ou moins cher d'un établissement à l'autre. C'est ce que révèle notre Observatoire citoyen. Une tarification surprenante, qui pèse en général peu sur le budget des ménages, quand on bénéficie d'une complémentaire santé.

Chaque année, un Français sur six effectue au moins un séjour à l'hôpital public ou en clinique privée, si l'on en croit un récent rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), qui a analysé des données sur l'année 2010. Mais la fréquentation de l'hôpital par nos concitoyens est en réalité encore plus élevée, car ce chiffre n'inclut pas les hospitalisations en psychiatrie et dans les établissements en charge des soins de suite et de réadaptation.

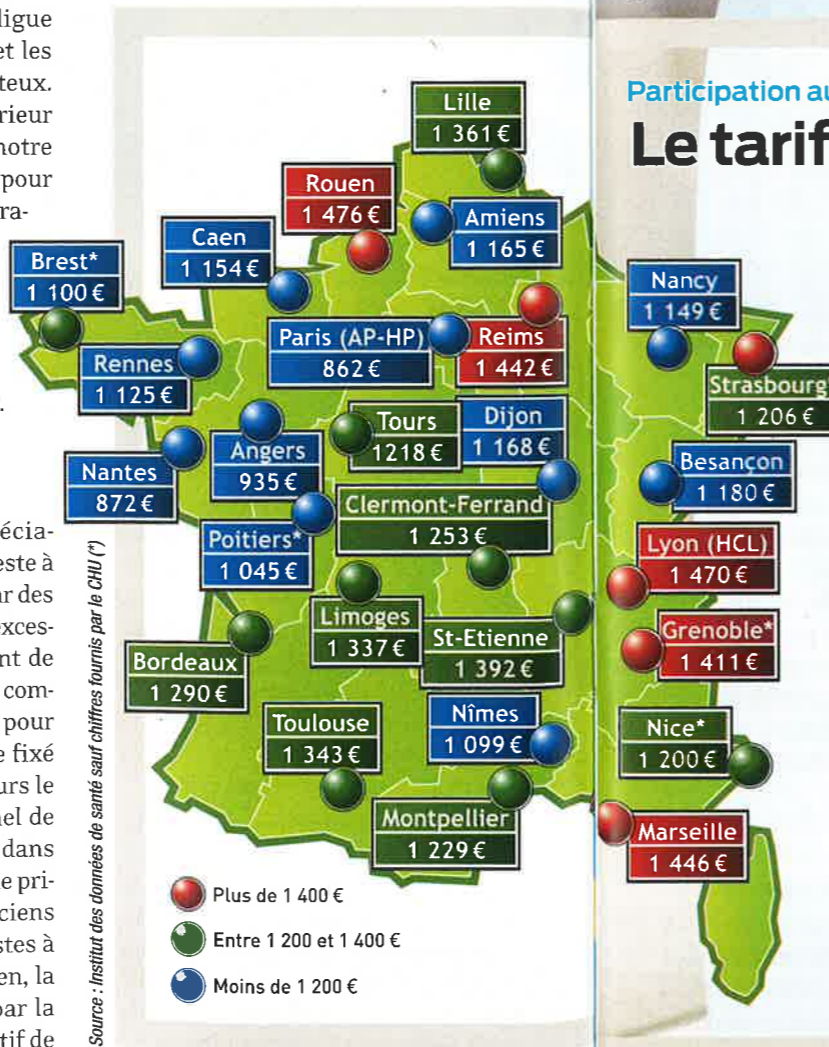
Compte tenu de la place centrale occupée par l'hôpital dans la santé de nos concitoyens, l'Observatoire citoyen des restes à charge, mis en place l'an dernier par «60», le Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) et la société Santéclair, se devait donc de s'interroger sur le coût de la prise en charge des soins à l'hôpital dans le nouveau volet de ses travaux.

D'après le rapport du HCAAM, le montant global du reste à charge réglé par les assurés après remboursement par l'Assurance maladie, mais avant intervention des complémentaires santé, pour des soins en médecine, chirurgie et obstétrique, était de 3,2 milliards d'euros en 2010, établissements publics et privés confondus. Même en ajoutant à cette somme l'augmentation annuelle des frais hospitaliers (de l'ordre de 5 % par an selon certains acteurs du secteur), ce chiffre est plutôt

rassurant, alors que l'hôpital prodigue les soins médicaux les plus longs et les plus lourds, c'est-à-dire les plus coûteux. Son montant est en effet bien inférieur aux restes à charge globaux, que notre Observatoire avait révélés en 2013 pour les consultations de médecins généralistes et spécialistes en cabinets de ville, d'une part, et pour les soins dentaires d'autre part. Pour rappel, tous deux flirtaient avec les 6 milliards d'euros (voir «60» n° 483 de juin 2013 et n° 488 de décembre 2013).

UN CALCUL DIFFÉRENT DANS LE PUBLIC ET DANS LE PRIVÉ

Quand un assuré consulte un spécialiste, ou un chirurgien-dentiste, le reste à charge s'explique essentiellement par des dépassements d'honoraires parfois excessifs. Et même quand le tarif servant de base au remboursement est très bas, comparé à celui effectivement pratiqué, pour un soin donné, ce tarif de référence fixé par l'Assurance maladie sera toujours le même, quel que soit le professionnel de santé, et quel que soit le territoire dans lequel il exerce. De même, en clinique privée, ce sont les honoraires des praticiens qui contribuent en majorité aux restes à charge. Hors honoraires du praticien, la participation aux soins facturée par la clinique au patient dépendra du motif de



Participation aux soins Le tarif selon les régions

Vous allez être hospitalisé dans le service de médecine générale d'un centre hospitalier universitaire (CHU) ? Le montant qui servira de base à votre participation financière aux soins (ou tarif de prestations journalières) sera multiplié par 1,5 si vous séjournez au CHU de Rouen plutôt que dans un établissement parisien (il s'agit des tarifs en vigueur en 2013). Le patient réglera un ticket modérateur correspondant à environ 20 % du tarif de prestations journalières. Il n'empêche : ces écarts de tarification ne sont pas acceptables entre des établissements qui mènent des activités de soins comparables. En moyenne, l'addition sera moins salée dans les plus petites structures hospitalières. Mais, au cas par cas, vous pourrez avoir quelques mauvaises surprises. La palme revient au centre hospitalier de Luneville (Meurthe-et-Moselle), dont le tarif de prestations journalières en médecine atteint la somme record de... 2 230 € ! Contacté par «60», cet établissement n'a ni confirmé ni infirmé ce chiffre au moment où nous bouclions ce numéro. ||

l'hospitalisation, mais elle sera la même d'une clinique privée à l'autre. Or, dans le public (et dans les établissements privés à but non lucratif), le problème est tout autre. À l'hôpital public, il n'existe pas de tarifs de référence facturés au patient.

GRANDES ET PETITES STRUCTURES CONCERNÉES

Il revient à chaque établissement d'établir le montant correspondant à la participation quotidienne de l'assuré aux soins. On parle de tarif journalier de prestations. Et ce qui gonfle les restes à charge à l'hôpital public, c'est le fait que certains hôpitaux affichent des tarifs autrement plus élevés que d'autres.

Les données issues de notre Observatoire soulignent à quel point, pour un soin donné, ces tarifs journaliers de prestations peuvent varier d'une région à une autre, mais surtout d'un établissement à un autre, même quand ils sont localisés dans la même région et présentent des profils assez proches en termes d'activité. Cette différence de facturation des soins concerne les grosses structures hospitalières que sont les centres hospitaliers universitaires (CHU), comme l'illustre la carte que nous publions page 28, pour les

services de médecine. Mais elle touche tout autant de plus petites structures. Sur quels critères se fondent les hôpitaux publics pour exiger de leurs patients une participation aux soins plus ou moins élevée ? Difficile de le déterminer. « Leur calcul fait intervenir une estimation, par établissement, de ses charges et de son activité prévisionnelles », peut-on lire dans le rapport du HCAAM. En d'autres termes, les assurés font les frais de la plus ou moins bonne santé financière de l'établissement. On comprend, dès lors, que certains petits établissements, plutôt mal en point, puissent afficher des tarifs particulièrement élevés.

UN RESTE À CHARGE LIMITÉ POUR L'ASSURÉ

Heureusement, en pratique, les tarifications parfois excessives mises en place dans les hôpitaux publics n'affectent que de manière limitée le porte-monnaie des assurés. Toujours selon le rapport HCAAM, en 2010, chaque patient avait ainsi acquitté, avant remboursement éventuel par sa complémentaire santé, un montant moyen de 333 € pour une durée de séjour de l'ordre de 8 jours (hors prestations de confort demandées par le patient, comme la chambre individuelle, l'abonnement pour la télévision, etc.). Cette facture individuelle moyenne cache de grandes disparités, 10 % des assurés ayant eu un reste à charge moyen supérieur à 1 900 €. On peut toutefois considérer que la majorité des patients sortira de l'hôpital avec un reste à charge limité, et ce, même quand la participation aux soins exigée par l'hôpital est élevée. Cela s'explique par le fait que l'assuré ne paie pas l'ensemble du tarif de prestations journalières mais seulement ce que l'on appelle le ticket modérateur qui correspond à environ 20 % du tarif journalier de prestations (sauf pour les soins les plus coûteux, facturés sous la forme d'une participation forfaitaire de 18 € par jour). Établi par jour d'hospitalisation, le ticket modérateur compte pour les deux tiers du reste à charge de l'assuré. À cette somme, s'ajoutent au minimum une participation pour les frais d'hébergement et de restauration

Prestations de confort

La chambre individuelle pèse 25 % du reste à charge

46 € en moyenne par jour, dans le public, 68 € dans le privé, c'est le coût d'une chambre particulière pour raisons de confort... quand l'établissement a fait le choix de le facturer. C'est le cas d'un séjour sur cinq dans le public et d'un sur deux

dans le privé en 2013. Ces chiffres sont extraits de données recueillies par la société Santéclair, filiale de plusieurs complémentaires santé, qui a compilé les tarifs facturés par près de 1 000 établissements, des petits centres hospitaliers comme des

grosses structures de soins. Depuis, facturer la chambre individuelle tend à devenir la règle. À noter qu'en payant pour obtenir une chambre particulière, vous bénéficierez presque toujours de toilettes individuelles, mais pas forcément d'une douche privative. La chambre individuelle représente près d'un quart de l'ardoise

qu'il faudra régler au sortir de l'hôpital, soit 132 € sur une facture moyenne de 511 € par séjour, car l'Assurance maladie ne prend pas en charge les prestations de confort. Ces chiffres inédits sont issus de l'étude déjà citée, réalisée par plusieurs organismes d'assurance à partir de données recueillies auprès de 240 000

assurés hospitalisés en 2012 (voir tableau ci-dessous). D'après cette étude, la chambre particulière est donc le deuxième poste de dépenses des assurés lors d'une hospitalisation, derrière leur participation aux soins. Pour réduire la facture, il faut s'assurer que le contrat de complémentaire santé prend en charge une telle dépense. ||



GAROPHANIE

RÉPARTITION DES FRAIS ANNUELS À L'HÔPITAL (PUBLIC, PRIVÉ ET PRIVÉ À BUT NON LUCRATIF)

Frais moyens à l'hôpital	Avant complémentaire santé	Après complémentaire santé
Participation à l'hébergement ⁽¹⁾	125 €	1 €
Participation aux soins ⁽²⁾	183 €	2 €
Chambre particulière	132 €	6 €
Honoraires du praticien	71 €	17 €
Total du reste à charge	511 €	26 €

(1) Forfait journalier de 18 €.

(2) Tarif journalier de prestations d'un montant variable selon le type de soins et d'un établissement à un autre.

Source : Étude réalisée sur des portefeuilles de complémentaires santé individuelles parmi les clients de Santéclair, incluant 240 000 personnes ayant été hospitalisées en 2012 et disposant de contrats de milieu ou de haut de gamme.

Nos chiffres sur Internet

L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé met en ligne (sur www.60m.fr/49428) l'essentiel des tarifs de prestations journalières, en médecine générale ou en chirurgie, pour les grands et petits établissements. En consultant les tarifs d'un hôpital donné, vous saurez si la participation aux soins demandée aux patients se situe dans la moyenne nationale, en deçà ou très au-dessus.



(généralement un forfait journalier de 18 €) et les honoraires du praticien. Ce reste à charge réglé devient quasiment nul pour la majorité des assurés après intervention de la complémentaire santé. C'est ce qui ressort d'une étude inédite que nous avons pu consulter, réalisée par plusieurs organismes d'assurance complémentaires santé auprès de 240 000 assurés hospitalisés en 2012, ayant des contrats individuels de milieu et haut de gamme.

UNE TARIFICATION INSUFFISAMMENT ENCADRÉE

Plutôt indolores pour le budget des ménages, les écarts de facturation des hôpitaux publics et les montants parfois excessifs exigés par certains ne sont pas acceptables pour autant. Car même si les

difficultés financières de bon nombre d'établissements hospitaliers ne peuvent être ignorées, on ne peut continuer à taxer toujours davantage les assurés pour tenter de les résorber. Il n'est pas normal que certains assurés paient davantage que d'autres à l'hôpital public pour une même durée de séjour et pour des soins équivalents. De plus, pour les 10 % d'assurés qui se retrouvent avec des restes à charge importants, la facture finale pourra atteindre des sommes record s'ils séjournent dans un établissement qui fixe des montants de participation aux soins élevés.

Pourtant, les tarifs fixés par les hôpitaux sont censés être encadrés. Chaque établissement doit en effet soumettre ses tarifs de prestations journalières à son Agence régionale de santé (ARS),

la structure administrative chargée de mettre en œuvre à l'échelle de chaque territoire la politique de santé nationale dans le secteur public.

Au vu des écarts mis au jour par notre Observatoire, il apparaît que le contrôle des hôpitaux par les ARS n'est pas réellement efficace en ce qui concerne la question de la facturation des soins aux assurés. La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, ne dit d'ailleurs pas autre chose, dans une circulaire du 31 mars 2014 à l'attention des directeurs des ARS : « Le niveau des tarifs journaliers de prestations (TJP) entre établissements est très hétérogène et entraîne une inégalité dans le reste à charge des patients qu'il est nécessaire de modérer », reconnaît-elle dans ce document. Pour com-

mencer à infléchir cette tendance, elle leur demande « d'enclencher une baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15 % au niveau auquel ils devraient être. » Pour l'année 2014, cette baisse est fixée à 5 % au maximum pour les établissements concernés. Reste à savoir si l'injonction de la ministre de la Santé sera suivie d'effet. Elle pourra compter sur l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé pour vérifier si elle est respectée. || VICTOIRE N'SONDÉ

Les tarifs de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé composé de «60», de la société Santéclair et du Collectif interassociatif sur la santé (Ciss) proviennent de l'Institut des données de santé. Le Ciss a accès à ces chiffres en tant que membre de cet institut.