



PLACE DE LA SANTÉ



L'Observatoire

> **HÔPITAL :**
des restes à charge inégaux

October 2019



Place de la santé

L'Observatoire **2019**



SOMMAIRE



3 **ÉDITO**

4/5 **RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE**

1 | DES RÉALITÉS

9/13 *Selon leur âge et leur lieu de vie, les patients supportent des restes à charge très disparates*

14/18 *Les écarts de restes à charge hospitaliers sont encore plus marqués et les remboursements des complémentaires santé sont de plus en plus importants*

19/21 *Les mutuelles couvrent en moyenne des dépenses plus élevées*

2 | DES PERCEPTIONS

32 **NOTES DE LECTURE**

33/34 **LEXIQUE**



ÉDITO



Une illustration de l'impact social mutualiste



Thierry Beaudet

Président de la Mutualité Française

Depuis trois ans, la Mutualité Française installe dans le débat public le système de santé et sa nécessaire réforme à partir de ce que vivent et ressentent les habitants de notre pays avec l'ambition d'apporter des réponses à leurs problèmes. Dans son Observatoire 2017, La Mutualité Française avait mis en exergue les différences de prix de l'optique, des prothèses dentaires et des aides auditives sur notre territoire avant de formuler des propositions et d'entamer les discussions sur la réforme du reste à charge zéro. En 2018, pour ouvrir le débat sur la réforme « Grand âge et Autonomie » lancée par le président de la République à l'occasion de notre Congrès, l'observatoire avait souligné les inégalités financières que vivent nos aînés face à la perte d'autonomie, en Ehpad ou à domicile, et les difficultés qu'ils ont, avec leurs familles, à subvenir à des restes à charge très élevés.

Pour sa troisième édition, notre Observatoire s'inscrit dans la continuité des précédents, d'abord en poursuivant l'exploration des restes à charge, mais aussi en soulignant les inégalités qu'ils engendrent.

Il confirme que la réforme du « 100 % santé » ne règlera pas 100 % des restes à charge, et cela même si l'ensemble des acteurs impliqués joue le jeu. Des restes à charge lourds pénaliseront encore des personnes nécessitant des soins importants, en particulier des hospitalisations longues ou nombreuses. Pour une fraction de la population, les restes à charge avant remboursement des complémentaires santé peuvent, dans ce cas, atteindre des niveaux très élevés, avec des disparités voire des inégalités dues à l'âge mais aussi à la situation géographique des patients.

Cet Observatoire met également en relief la spécificité mutualiste. Parce que les mutuelles couvrent tous les âges dans la population, avec des tarifications solidaires, le reste à charge moyen par personne qu'elles prennent en charge est plus important que celui des autres opérateurs de la complémentaire santé. Ce résultat, inédit, est une illustration de l'impact social des mutuelles. Mais ceci n'est possible que si ces dernières peuvent largement mutualiser le risque, ce que la forte segmentation de l'accès à la complémentaire santé complexifie.

C'est le rôle de notre Observatoire que de révéler ces éléments insuffisamment pris en compte dans les réflexions sur l'évolution du système de santé. Il appelle sans doute à une réflexion plus approfondie et des mesures plus systémiques sur la prise en charge des hospitalisations et sur leur couverture.

RAPPEL MÉTHODOLOGIQUE



Des réalités —

Pour construire cette première partie, la Mutualité Française a utilisé des données de différentes sources :

- › Drees, Comptes nationaux de la santé édition 2018. Les financements publics regroupent ceux effectués par la Sécurité sociale, l'État, les collectivités locales ainsi que la prise en charge de la CMU-C par les caisses d'assurance maladie. Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- › Insee pour l'âge moyen et la structure par âge de la population française.
- › Sniiram-Cnam 2016 pour les cartographies. Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- › Sniiram-Cnam (Échantillon généraliste de bénéficiaires) 2016 pour les restes à charge avant AMC pour l'ensemble de la population (mutualiste et non mutualiste). Ces données ont fait l'objet de traitements par la Mutualité Française.
- › SNDM-FNMF 2017, pour les restes à charge avant AMC et les restes à charge finaux pour les adhérents mutualistes.
- › Coterc-FNMF 2017, pour le poids des différentes catégories de soins dans le remboursement moyen des mutuelles.

Des perceptions —

En 2017, la Mutualité Française a lancé, avec le concours de Harris Interactive, son Observatoire Place de la Santé, afin de proposer régulièrement **un état des lieux des représentations des Français à l'égard de leur système de santé et de leurs préoccupations quotidiennes en la matière**. État des lieux s'appuyant chaque année sur le croisement de données de perceptions (identifier les opinions et le regard porté par les Français) et de données objectives (poser le réel) compilées parallèlement.

L'édition 2019 permet de mettre en lumière **les mouvements d'opinion amorcés depuis 2 ans** à l'égard notamment de **la perception du système de santé et du reste à charge**. Elle propose en complément deux zooms sur des thématiques particulières : **la perception des enjeux de santé, du bien vieillir en lien avec l'environnement** d'une part et celle de **la situation de l'hôpital en France** d'autre part.

Ce dernier point a fait l'objet d'une étude qualitative complémentaire permettant de **comprendre** et non plus de mesurer **le rapport des Français à l'hôpital en tant qu'institution**, la manière dont ce rapport se structure et les logiques auxquelles il obéit. Au-delà de l'établissement de soin, la présence d'un hôpital sur un territoire renvoie à de multiples aspects qui en font une institution à part entière, à laquelle les Français sont, ne serait-ce que symboliquement, attachés et ceci indépendamment même du fait que l'on soit amené ou non à le fréquenter. *Quelle image ont-ils aujourd'hui de l'hôpital, quels en sont les ferments, quelles représentations structurent cette institution, quelles valeurs président à ces représentations et de quelle manière s'articulent-elles?*

Deux enquêtes ont été réalisées :

- > **Un sondage quantitatif¹** auprès d'un échantillon national de 1000 personnes représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus ;
- > **Une étude qualitative² par réunions de groupe** dont 2 en Île-de-France et 2 dans des villes de province.

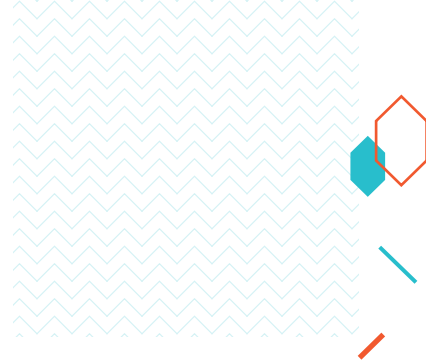




1

**DES
RÉALITÉS**





Réalité du reste à charge après la réforme dite du « 100 % santé »

La réforme récente dite du « 100 % santé » devrait permettre, à chacun, d'ici 2021, d'opter pour des équipements à reste à charge (RAC) nul en optique, prothèses dentaires et aides auditives après l'intervention combinée de la Sécurité sociale et des complémentaires santé. En revanche, pour d'autres soins, la question du RAC reste entière. C'est notamment le cas des soins hospitaliers.

Pour ces soins en effet, la prise en charge de la Sécurité sociale ne permet pas d'éviter des RAC très élevés et pour certains patients, avant intervention de leur complémentaire santé. Les personnes âgées, davantage hospitalisées, sont particulièrement concernées, d'autant que le RAC, d'une façon générale, a tendance à s'accroître avec l'âge.

C'est l'intervention des complémentaires santé qui permet d'abaisser fortement le RAC final des Français et de contenir son évolution à la hausse, notamment à l'hôpital. Le poids de l'hospitalisation dans les remboursements des mutuelles s'est ainsi fortement accru, pour constituer aujourd'hui le premier poste de remboursement.

Ce rôle, les mutuelles le jouent pleinement, et davantage que les autres acteurs de la complémentaire santé, notamment parce qu'elles couvrent, en moyenne, des populations plus âgées et plus exposées à des RAC élevés. Cette contribution à la solidarité illustre l'impact social des mutuelles.



Dans cet Observatoire, le « RAC avant intervention de l'assurance maladie complémentaire », la mutuelle ou un autre acteur, désigne le montant qui reste à la charge des patients déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale.

Le « RAC final » correspond au montant que le patient assume après les prises en charge financières de la Sécurité sociale et de sa complémentaire santé.

1 | DES RÉALITÉS



Selon leur âge et leur lieu de vie, les patients supportent des restes à charge très disparates

Les complémentaires santé contribuent à limiter la hausse du reste à charge des Français

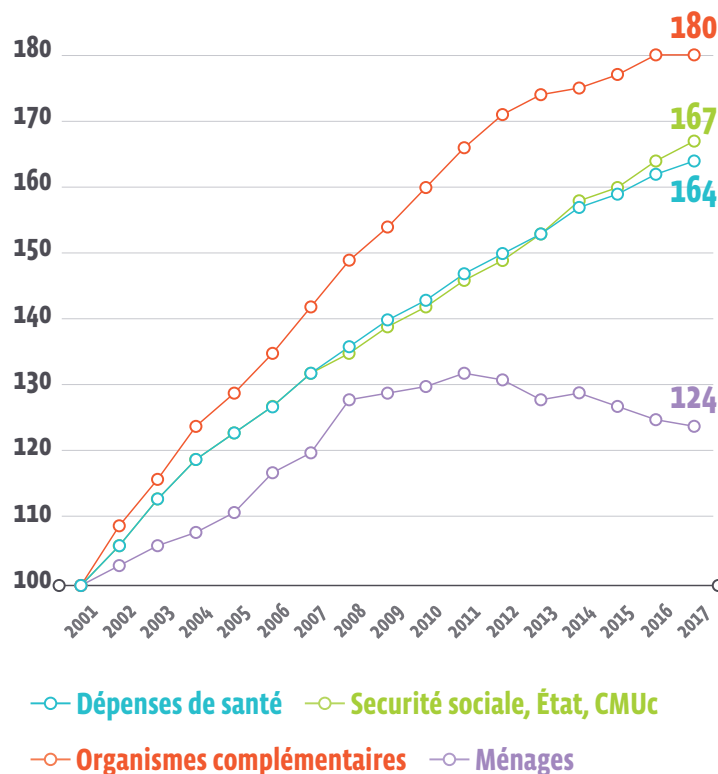
D'un point de vue macro-économique, les deux dernières décennies ont été marquées par une forte hausse des dépenses de santé.

Entre 2001 et 2017, les dépenses de santé ont en effet augmenté de 64 %, soit + 3,2 % par an en moyenne. Tendanciellement, les dépenses couvertes par la Sécurité sociale ont progressé à un taux proche (+ 67 % entre 2001 et 2017, + 3,3 % par an), tandis que les dépenses prises en charge par les complémentaires santé ont augmenté plus fortement (+ 80 % sur la période, + 3,7 % par an). En conséquence, le reste à charge final assumé par les ménages a connu une hausse moins marquée (+ 24 % sur la période et + 1,3 % par an) du fait de cette intervention plus importante des complémentaires.

On note toutefois un changement de tendance depuis 2012. La prise en charge de l'assurance maladie obligatoire progresse depuis plus rapidement que la dépense de santé (+ 2,3 % par an en moyenne *versus* + 1,9 %) tandis que les remboursements des complémentaires santé évoluent plus faiblement (+ 1,1 %). Durant cette période, le reste à charge final des ménages baisse de 1,1 % par an en moyenne.

Sur la période, l'intervention des complémentaires santé a joué un rôle majeur pour limiter la hausse du RAC final des ménages.

/// Évolution de la dépense de santé par financeurs (base 100 en 2001)



> Source : Drees, comptes nationaux de la santé édition 2018 / calculs FNMF

Les mutuelles stabilisent le RAC final à partir de 50 ans

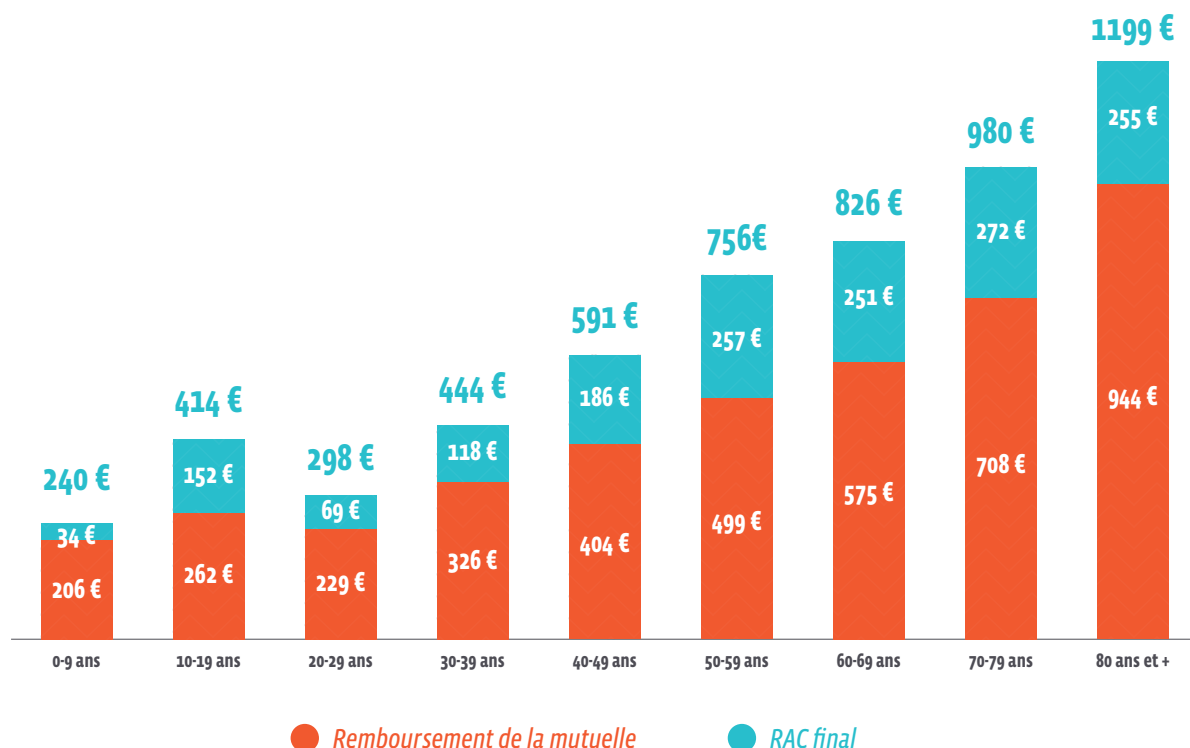
En 2017, sur l'ensemble des soins, y compris la chambre particulière à l'hôpital, le RAC avant remboursement des mutuelles est estimé à 652 € en moyenne par an³.

Les mutuelles remboursent en moyenne 468 € soit 72 % de ce RAC⁴ : le RAC final s'élève ainsi à 184 €. Du fait des niveaux élevés d'intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC), la part des dépenses de santé à la charge des ménages est en France la plus faible des pays de l'OCDE.

Cette faiblesse relative reste à nuancer car le RAC avant remboursement des mutuelles varie fortement avec l'âge pour presque **doubler et atteindre 1 200 € pour les personnes de 80 ans et plus**.

En fonction de la nature des soins, les remboursements des mutuelles sont plus importants pour les enfants de moins de 10 ans (86 % du RAC avant AMC) et les personnes de plus de 80 ans (79 %). Si ces dernières bénéficient d'un remboursement annuel moyen de leur mutuelle plus important (944 €), leur reste à charge final reste néanmoins plus élevé que la moyenne pour atteindre 255 €.

/// Décomposition du RAC selon l'âge avant intervention de la mutuelle

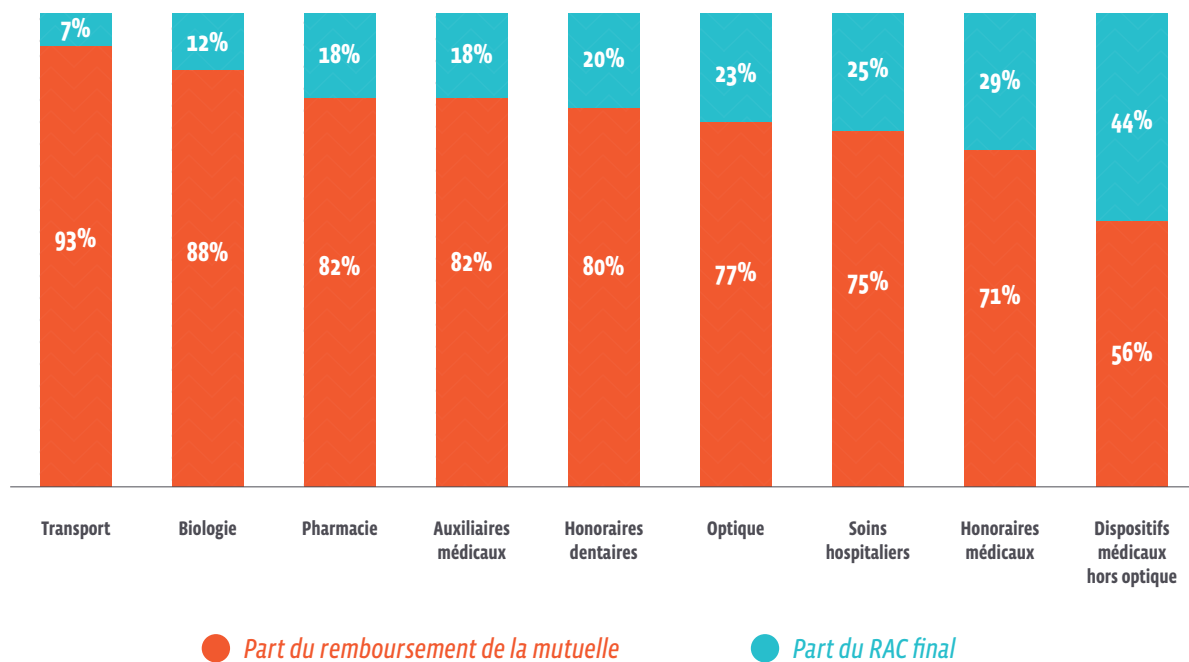


> Source : SNDM-FNMF 2017 / calculs FNMF

Le reste à charge final des patients varie selon la nature des dépenses de santé

En moyenne, pour les dépenses de transport, les ménages ne supportent que 7 % du RAC avant AMC alors que pour les dispositifs médicaux hors optique (pansements, prothèses et orthèses externes), ils en supportent 44 %.

/// Décomposition du RAC avant intervention de la mutuelle selon le type de soins



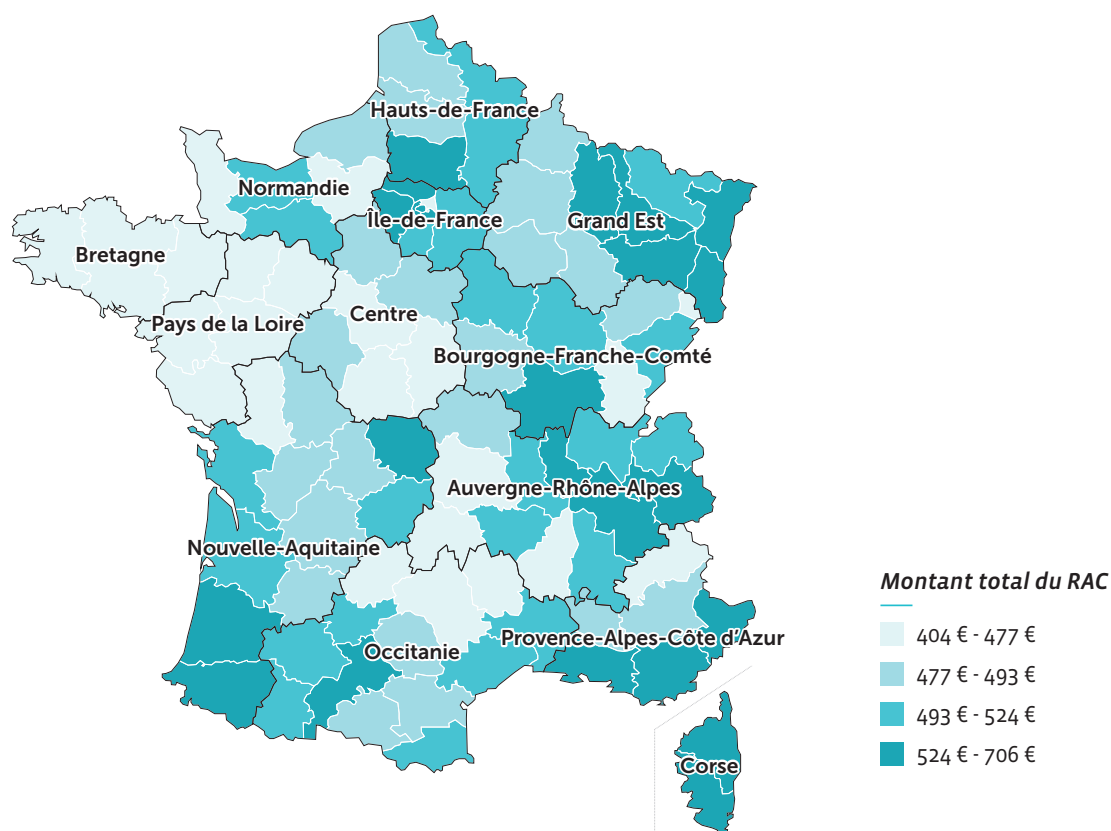
> **Source** : Sniiram/ Cnam 2016, Comptes nationaux de la santé-Drees / calculs FNMF

> **Champs** : ensemble des complémentaires santé ; soins remboursés par l'AMO (hors chambre particulière)

Les disparités géographiques de reste à charge avant AMC : de 404 € à 706 € selon les départements

Le RAC avant AMC supporté par les assurés⁵ varie selon les départements, de 404 € en Mayenne à 706 € à Paris⁶, soit 70 % en plus. En moyenne, il s'établit à 464 €. À noter : ces montants, calculés sur une base nationale de l'assurance maladie obligatoire, n'incluent pas le forfait journalier hospitalier, la chambre particulière, l'automédication et les implants dentaires ; ils sont donc en réalité plus élevés, comme le montant du RAC avant AMC moyen des adhérents mutualistes en atteste (652 €).

/// Reste à charge avant AMC selon le département de résidence



> **Source** : Sniiram-Cnam 2016 / calculs FNMF

> **Champs** : hors forfait journalier hospitalier, chambre particulière, automédication et implants dentaires

Pour une part, ces disparités reflètent des écarts dans la structure d'âge des territoires, et l'on retrouve ici l'effet décrit précédemment d'un RAC qui varie fortement selon l'âge.

Les structures d'âge dans les territoires expliquent un surcroît de 14 % du RAC dans la Creuse, 11 % dans la Nièvre et 10 % dans l'Allier.

Les dépassements au-delà des tarifs de la Sécurité sociale sur les soins ou les biens médicaux jouent aussi un rôle majeur pour expliquer ces disparités. Dans le contexte qui prévalait avant la réforme du reste à charge zéro en optique, dentaire et audioprothèse, l'édition de septembre 2017 de Place de la santé - L'observatoire avait déjà illustré cet aspect :

- › en 2016, le prix moyen d'un verre unifocal était compris entre 45 € en Ariège et 112 € à Paris, soit plus du double;
- › le prix moyen d'une prothèse dentaire, au plus bas dans le Cantal (376 €), atteignait un maximum dans les Yvelines (544 €);
- › le prix moyen d'une audioprothèse était minimal en Mayenne (1118 €) et maximal en Haute-Saône (1726 €).

À retenir

Les remboursements croissants des complémentaires santé permettent d'atténuer l'augmentation des RAC qui découle mécaniquement de la hausse des dépenses de santé.

En fonction de leur âge et de leur lieu de vie, les Français connaissent des variations de RAC importantes, liées à leur consommation mais aussi aux pratiques de dépassements d'honoraires.

Si la réforme récente dite du « 100 % santé » devrait permettre à chacun d'opter pour des équipements à RAC nul en optique, prothèses dentaires et aides auditives, pour d'autres soins, la question du RAC reste entière. C'est notamment le cas des soins hospitaliers.

Des restes à charge avant AMC qui atteignent des montants très élevés pour 5 % de la population, en grande partie pris en charge par les mutuelles

5 % des adhérents mutualistes supportent des RAC annuels avant AMC très élevés : 3 680 € en moyenne⁷.

Pour ce 1,8 million d'adhérents, le remboursement de la mutuelle s'élève en moyenne à 2 690 €, soit 73 % du RAC avant AMC, laissant un RAC final de 990 €. Cette donnée n'est pas disponible pour la population générale.

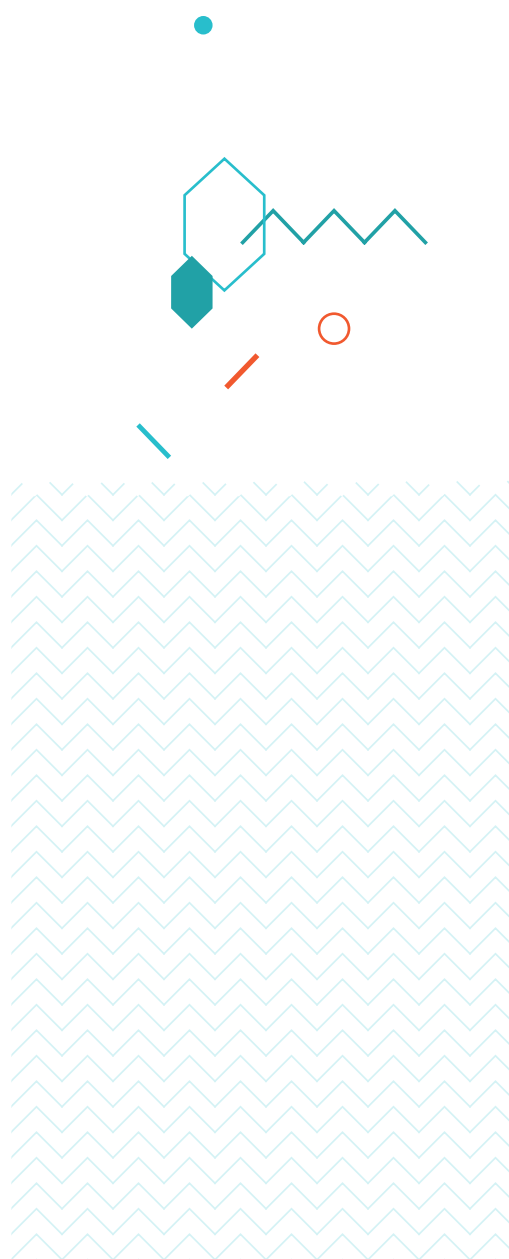
— 1 / DES RÉALITÉS —



Les écarts de restes à charge hospitaliers sont encore plus marqués et les remboursements des complémentaires santé sont de plus en plus importants

Le reste à charge final pour les dépenses hospitalières augmente moins vite que le reste à charge associé à l'ensemble des dépenses

Entre 2001 et 2017, les dépenses de santé consacrées aux hospitalisations ont augmenté au même rythme que les dépenses de santé dans leur ensemble (+ 3,2 % par an en moyenne)⁸. Les montants remboursés par la Sécurité sociale ont accompagné cette progression (+ 3,2 % par an). La dépense couverte par les complémentaires a progressé plus vite : + 5,3 %. De fait, le RAC final pour les dépenses hospitalières évolue moins vite (+ 0,9 %) que le RAC lié à l'ensemble des dépenses de santé (+ 1,3 %). Cela illustre **le rôle de plus en plus important des complémentaires santé dans la couverture des dépenses hospitalières.**

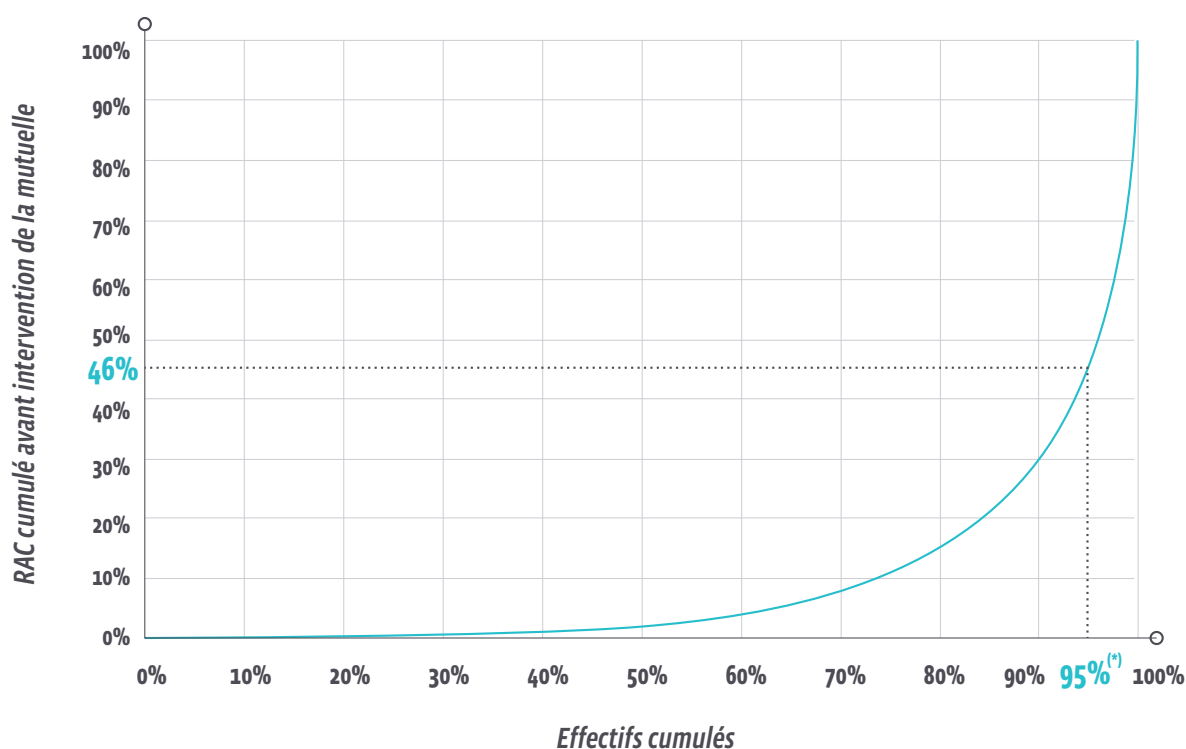


Un reste à charge hospitalier doublement concentré

Une personne sur six (18 %) connaît au moins une hospitalisation dans l'année. Le RAC hospitalier avant AMC des adhérents mutualistes ayant été hospitalisés au cours de l'année est en moyenne de 396 €. La mutuelle couvre en moyenne 90 % ce RAC ; le RAC final moyen s'établit donc à 40 €.

Toutefois, cette moyenne cache une dispersion importante et des RAC avant AMC très élevés, en lien notamment avec la gravité et la durée du séjour, que le système de prise en charge de la Sécurité sociale ne permet pas d'éviter. Ainsi, **5 % des adhérents mutualistes hospitalisés, soit 300 000 personnes, concentrent plus de la moitié (54 %) des RAC hospitaliers avant AMC** (10 % concentrent 70 % et 20 % concentrent 85 %)⁹. Bien que plus fréquents pour les personnes âgées, ces restes à charge accidentels, pour lesquels la couverture réalisée par les mutuelles s'avère indispensable, peuvent concerner tous les patients quel que soit leur âge.

/// Concentration du reste à charge hospitalier avant intervention de la mutuelle



› Source : SNDM-FNMF 2017

› Note de lecture : (*) 95 % des effectifs représentent 46 % des restes à charge. 5 % en concentrent donc 54 %.

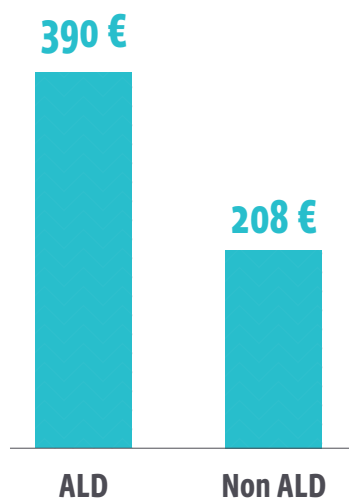
Des restes à charge hospitaliers qui peuvent être très élevés mais qui sont fortement pris en charge par les mutuelles

Pour 5 % des adhérents mutualistes, le RAC à l'hôpital avant AMC atteint 4 090 € en moyenne (y compris chambre particulière). Le remboursement des mutuelles atteint 3 590 € (88 % du RAC avant AMC) et il reste aux adhérents un montant moyen de 500 €²⁰.

Ces patients aux RAC avant AMC très élevés sont plus souvent des personnes âgées : la moyenne d'âge atteint 68 ans (versus 41 ans, l'âge moyen de la population française).

Être atteint d'une ALD ne protège pas de RAC élevés en hospitalisation : les patients en ALD hospitalisés ont un RAC près de 2 fois supérieur (1,9) aux non ALD¹¹.

/// Reste à charge hospitalier avant AMC des patients ALD et non ALD

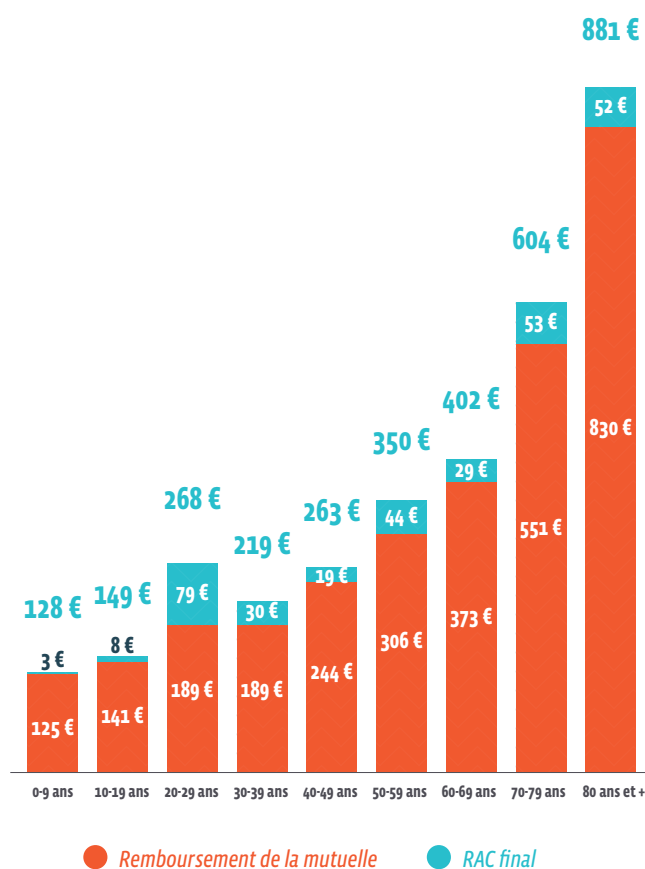


Source : EGB-Cnam 2016 / calculs FNMF

Le reste à charge hospitalier varie fortement avec l'âge et les mutuelles réduisent ces écarts

Le RAC en hospitalisation avant AMC augmente avec l'âge. Pour les 70-79 ans, il est de 600 € par an. Après 80 ans, il atteint 880 € en moyenne.

/// Décomposition du RAC hospitalier avant intervention de la mutuelle selon l'âge



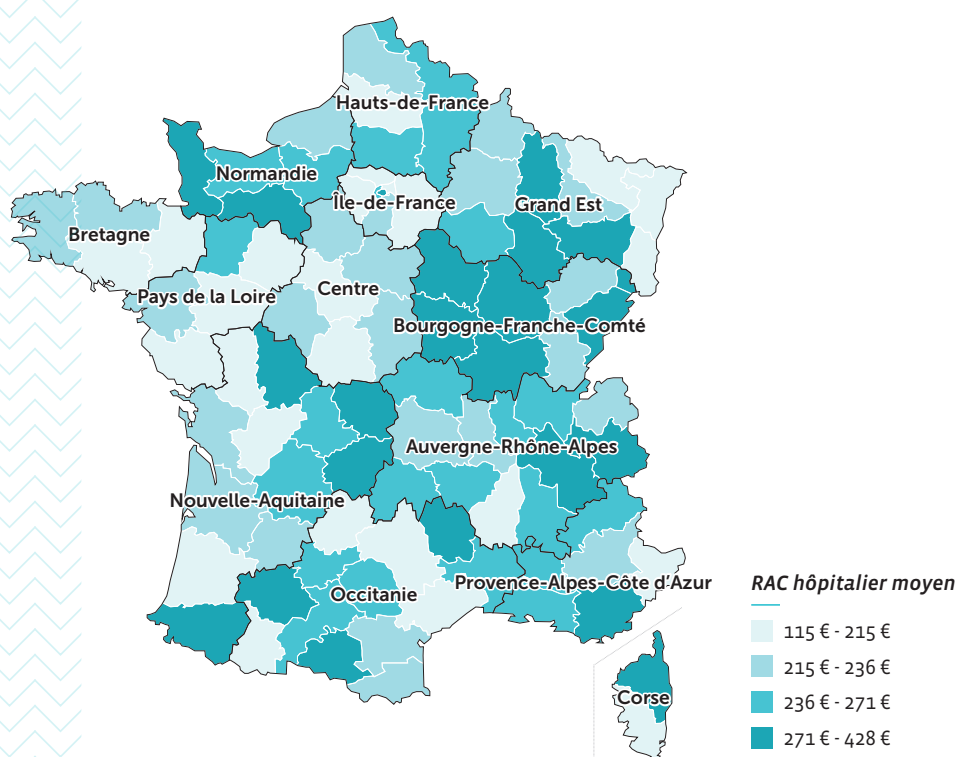
Source : FNMF SNDM 2017/ calculs FNMF.

Champs : portefeuille mutualiste; y compris chambre particulière

De fortes disparités départementales du reste à charge hospitalier

Le RAC hospitalier avant AMC par patient (hors chambre particulière et forfait journalier) varie en moyenne de 115 € dans le Haut-Rhin à 428 € dans l'Orne, soit près de 4 fois plus (3,7).

/// Le montant moyen du reste à charge avant AMC à l'hôpital par patient selon le département

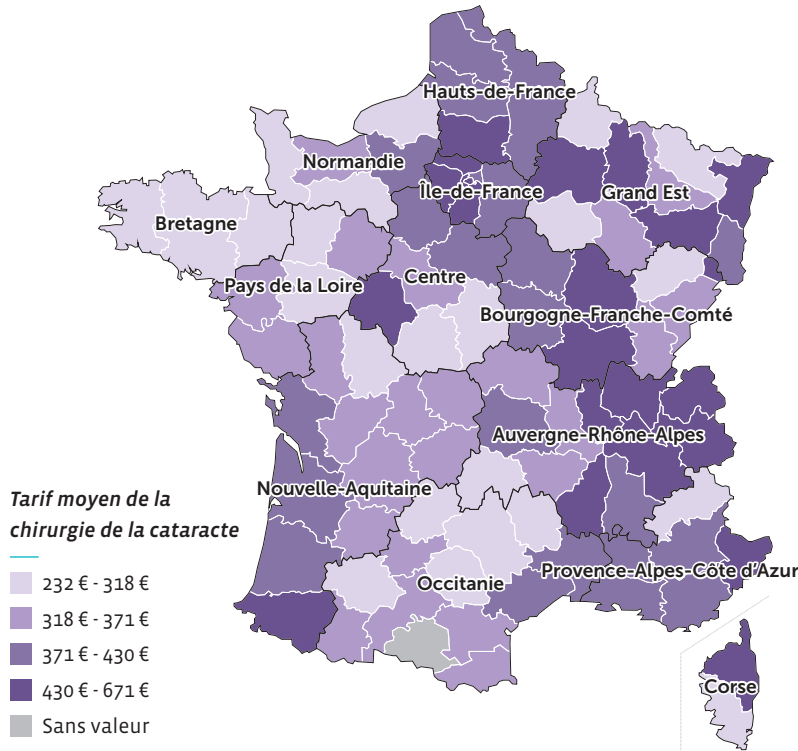


Source : Sniiram-Cnam 2016 / calculs FNMF

Pour une part, ces disparités reflètent là encore les écarts dans la structure d'âge des territoires, cet impact de l'âge variant fortement d'un département à un autre. Il explique un surcroît de 18 % du RAC dans la Creuse, 15 % dans l'Orne et 14 % dans le Cantal.

Les disparités de RAC s'expliquent également par des différences de prix facturés. Ainsi, à titre illustratif, les prix moyens de la chirurgie de la cataracte en clinique privée varient de 232 € dans les Ardennes à 671 € à Paris, soit près de 3 fois plus. Les prix facturés moyens de la coloscopie en clinique privée varient de 118 € dans l'Ariège à 273 € dans le Rhône, soit 2,3 fois plus.

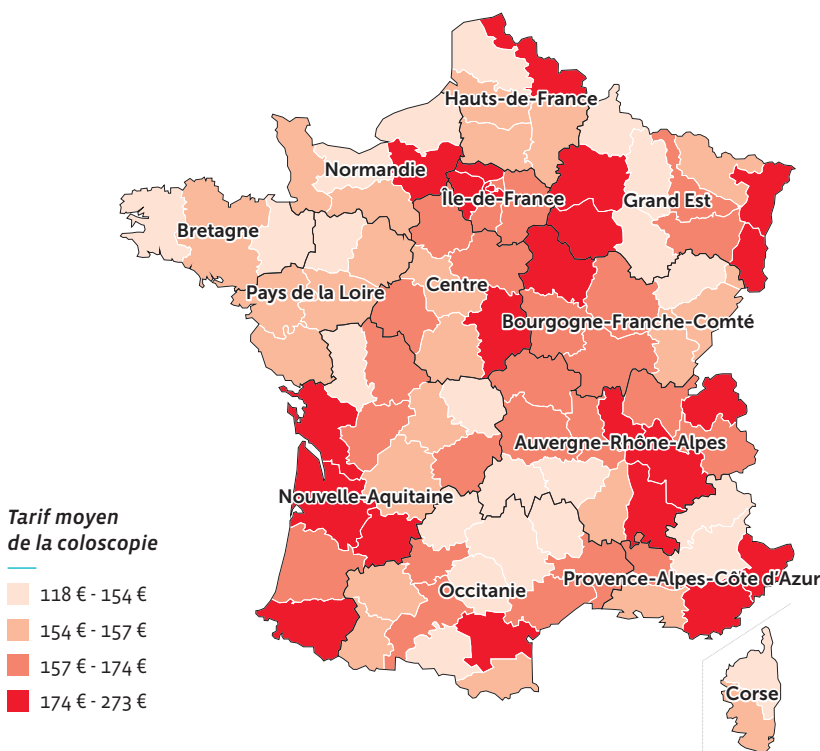
/// Tarif moyen de la chirurgie de la cataracte en clinique privée



> Source : Sniiram-Cnam 2016 / calculs FNMF

> À noter : 70 % des actes de chirurgie de cataracte sont réalisés en clinique privée.

/// Tarif moyen de la coloscopie en clinique privée



> Source : Sniiram-Cnamts / calculs FNMF

> À noter : 70 % des coloscopies sont réalisées en cliniques privées.

À retenir

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.

Les RAC hospitaliers sont plus nettement dispersés que les RAC en médecine de ville.

Pour certains Français, la situation est encore plus lourde : 5 % des patients hospitalisés en supportent plus de la moitié. Pour eux, le RAC avant AMC lié aux seules dépenses hospitalières atteint 4090 € en moyenne. De plus, être en ALD ne protège pas de RAC élevés en hospitalisation.

— 1 / DES RÉALITÉS —



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

L'hospitalisation est désormais le premier poste de remboursement des mutuelles (24 % des remboursements), y compris chambre particulière³². La chambre particulière pèse presque pour un quart (23 %) du total des remboursements des dépenses hospitalières des mutuelles.

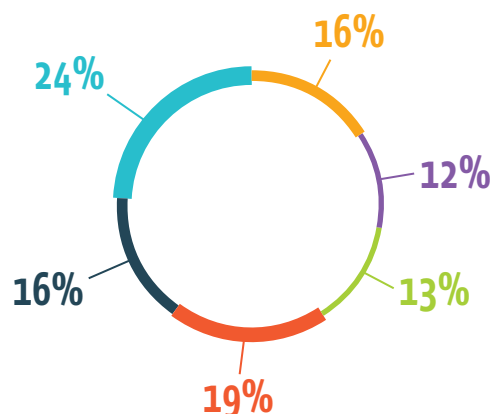
Entre 2001 et 2017, le poids de l'hospitalisation dans les remboursements des mutuelles s'est accru de 14 % à 20 % (hors chambre particulière)³³. Ce poids est plus faible pour les sociétés d'assurance (18 %) et les institutions de prévoyance (14 %).

Ces constats s'expliquent à la fois par l'augmentation des dépenses (forfait journalier, dépassements d'honoraire notamment) et par l'âge des adhérents mutualistes. La population mutualiste est en effet en moyenne plus âgée que l'ensemble de la population française. En 2017, l'âge moyen de la population mutualiste atteint 46 ans 1 mois contre 41 ans 3 mois pour la population de la France métropolitaine.

Les dépenses des mutuelles se concentrent sur les personnes les plus âgées. En 2017, 21 % de leurs adhérents sont âgés de 70 ans ou plus. Les remboursements qui leur sont destinés représentent 36 % des remboursements totaux des mutuelles.

L'âge plus avancé des mutualistes implique un RAC avant AMC supérieur de 14 % à celui qui serait observé si la structure d'âge était identique à celle de l'ensemble de la population française³⁴.

/// Structure du remboursement total des mutuelles



- Hospitalisation (TM + FJ + Chambre particulière)
- Pharmacie ● Honoraires médicaux
- Autres honoraires et prescriptions
- Optique ● Dentaire

> Source : Coterc-FNMF 2017

Les restes à charge sur l'ensemble des dépenses

À champ comparable (hors forfait journalier et chambre particulière), **les RAC avant AMC atteignent 510 € en moyenne pour les adhérents mutualistes, montant supérieur de 10 % à la moyenne des RAC pour la population générale (mutualiste et non mutualiste), qui s'établit à 464 €¹⁵.**

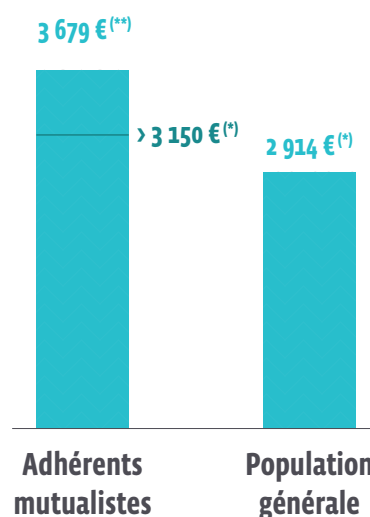
La même comparaison, mais menée sur les patients ayant les RAC les plus élevés, révèle un écart également marqué : **3 150 € en moyenne pour les adhérents mutualistes versus 2 914 € pour la population générale (mutualiste et non mutualiste), soit une différence de 8 %¹⁶.**

Pour les personnes hospitalisées avec des RAC élevés, les mutuelles assument donc une couverture du risque santé plus importante que celle des autres opérateurs, en lien avec l'âge de leurs adhérents.

En effet, en 2017, **l'âge moyen des 5 % de la population mutualiste ayant le RAC le plus élevé atteint près de 66 ans. Pour la population générale, cette moyenne s'établit à 59 ans.**

Pour la population mutualiste qui présente un RAC élevé (5 % des mutualistes), **l'hospitalisation représente 35 % du RAC avant AMC.**

/// RAC avant AMC élevés (5 %)



> Sources : EGB-Cnam 2016, SNDM-FNMF 2017 / calculs FNMF

(*) : hors chambre particulière et forfait journalier

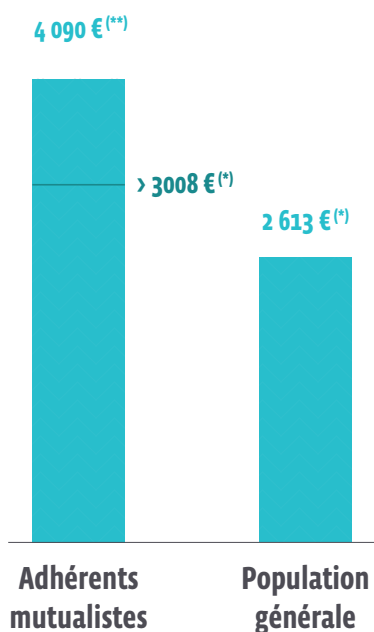
(**) : y compris chambre particulière et forfait journalier

Les RAC hospitaliers

À champ comparable (hors forfait journalier et chambre particulière), le RAC hospitalier avant l'intervention de la mutuelle (276 € par an en moyenne) est plus élevé que celui de l'ensemble de la population (238 €), soit une différence de 16 %¹⁷.

Pour les 5 % de patients pour lesquels les RAC sont les plus élevés, le RAC hospitalier avant AMC (à champ comparable) des adhérents mutualistes atteint 3 008 € contre 2613 € pour la population générale (mutualiste et non mutualiste), soit une différence de 15 %¹⁸.

/// RAC hospitalier avant AMC élevés (5 %)



> Sources : EGB-Cnam 2016, SNDM-FNMF 2017 / calculs FNMF

(*) : hors chambre particulière et forfait journalier

(**) : y compris chambre particulière et forfait journalier

À retenir

Les mutuelles, et c'est une de leurs spécificités par rapport aux autres acteurs de la complémentaire santé, couvrent en moyenne des dépenses plus élevées par personne couverte.

Les adhérents des mutuelles, généralement plus âgés, sont exposés à un RAC plus important en moyenne que celui de l'ensemble de la population.

Par conséquent, certaines réformes ont un impact sur les prestations plus marqué pour les mutuelles.

La segmentation accrue de l'accès à la complémentaire santé – pas moins de neuf voies d'accès différentes (dix avant le 1^{er} novembre 2019 et la fusion de l'ACS et CMU-C) – freine ainsi tout particulièrement la capacité des mutuelles à mettre en œuvre le modèle de solidarité qu'elles promeuvent : mieux prendre en charge ceux qui en ont le plus besoin.





2

**DES
PERCEPTIONS**



— 2 / DES PERCEPTIONS —



Regards sur le système de santé et le reste à charge

› À l'exception de la question du reste à charge, les Français se montrent plus critiques à l'égard du fonctionnement de leur système de santé qu'en 2017³⁹

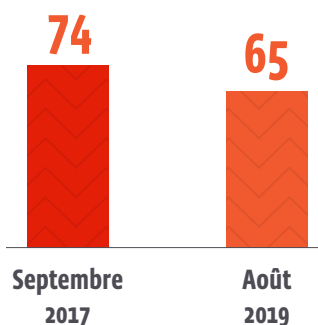
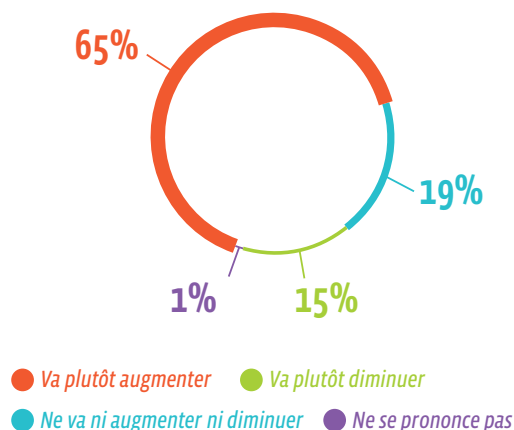
Si la majorité des Français estiment que leur système de santé fonctionne plutôt bien, ils en sont un peu moins convaincus qu'il y a 2 ans (63 %, en baisse de 7 points par rapport à septembre 2017) et ne sont que 8 % à estimer qu'il fonctionne très bien. De plus, ils ont tendance à se déclarer de plus en plus critiques sur ce point : 49 % d'entre eux estiment que le système de santé fonctionne moins bien qu'il y a 5 ans, alors qu'ils n'étaient « que » 38 % à le penser en 2017. Et seuls 41 % d'entre eux se disent confiants quant à son avenir. Au global, on peut noter que le jugement à l'égard de l'action du Gouvernement en matière de santé suit la même tendance, les Français se montrant nettement plus sceptiques sur ce point qu'en septembre 2017 (soit seulement quelques mois après l'élection d'Emmanuel Macron à la présidence de la République).

Par ailleurs, à peine plus de la moitié des Français estiment aujourd'hui que le système de santé permet d'offrir à tous des soins de qualité (52 %, en baisse de 6 points par rapport à 2017). Près de 60 % d'entre eux pensent que ce problème va s'aggraver et que, dans les années à venir, l'accès à des soins de qualité sera possible pour un nombre moins important de personnes qu'aujourd'hui. Les Français ont donc une forte conscience des inégalités en matière de santé, une perception que l'on peut relier au fait que la lutte contre les déserts médicaux reste selon eux, et d'assez loin, le principal enjeu qui doit être traité par le Gouvernement en matière de santé, les personnes les plus âgées et les habitants des zones rurales se montrant les plus sensibles à ce sujet.

Seul point sur lequel, aux yeux des Français, la situation s'est légèrement améliorée : celui du reste à charge, même si la préoccupation reste très importante en la matière. En effet, 57 % des Français estiment qu'au cours des 5 dernières années leur reste à charge a plutôt augmenté : un score qui demeure élevé, mais qui est en baisse de 9 points par rapport à 2017 (les soins dentaires et les lunettes étant les éléments les plus concernés par cette hausse perçue). Et 65 % d'entre eux pensent que ce reste à charge va plutôt augmenter dans les années à venir (contre 74 % en 2017). Si l'évolution semble aller dans la bonne direction, il reste donc beaucoup à faire pour rassurer les Français dans ce domaine. Là encore, les seniors se montrent plus négatifs que la moyenne, estimant davantage que les autres que leur reste à charge a augmenté au cours des dernières années.

Si une majorité de Français estime que le reste à charge va continuer à augmenter à l'avenir ce sentiment est toutefois en recul de 9 points sur 2 ans.

« Pensez-vous que, de manière générale, votre « reste à charge », dans les années à venir...? »
› À tous, en %



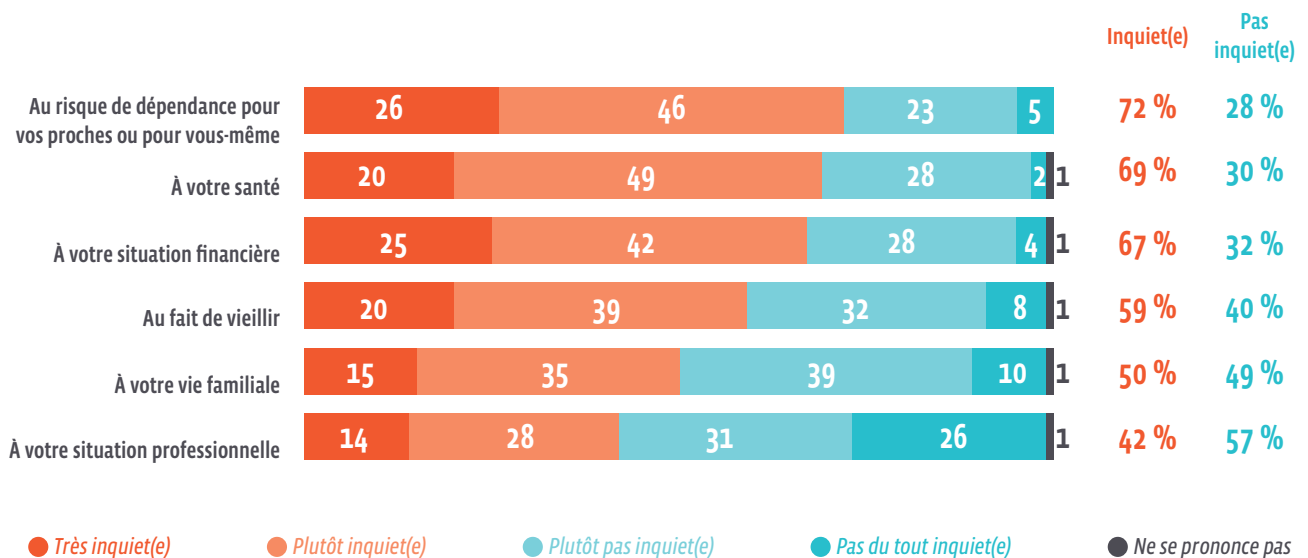
> Vieillesse et dépendance : des sujets qui préoccupent les Français

Le vieillissement et ses conséquences apparaissent comme des sujets de préoccupations majeurs pour les Français.

Ainsi, 72 % d'entre eux se déclarent inquiets par rapport au risque de dépendance pour leurs proches ou pour eux-mêmes (un score qui atteint même 79 % parmi les personnes de 50 ans et plus), 69 % par rapport à leur santé, et 59 % par rapport au fait de vieillir.

« D'une manière générale, êtes-vous très inquiet(e) ou pas du tout inquiet(e) par rapport...? »

> À tous, en %



Les Français se montrent d'autant plus préoccupés par le vieillissement qu'ils estiment que les efforts fournis pour accompagner celui-ci ne sont pas assez importants en France.

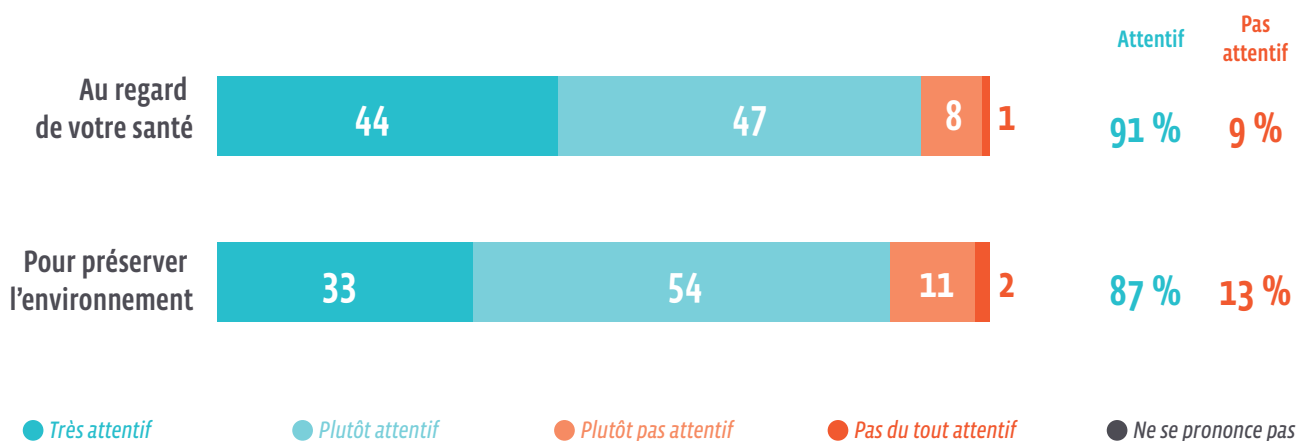
Si c'est le cas en ce qui concerne la place des seniors dans la société en général (efforts pas assez importants : 58 %), ça l'est particulièrement en ce qui concerne le montant des retraites (72 %), l'offre de logement destinée aux seniors (71 %) ou la prise en charge de la perte d'autonomie (69 %). Et si les Français jugent majoritairement que certains acteurs sont mobilisés sur les questions liées au « bien-vieillir », comme les associations et les professionnels de santé, c'est loin d'être le cas pour d'autres acteurs comme les entreprises (considérées comme plutôt pas ou pas du tout mobilisées par 74 % des Français), les pouvoirs publics (63 %) et les médias (62 %).

Un lien indéniablement reconnu par les Français entre environnement, santé et bien vieillir

Les Français estiment dans leur très large majorité que l'environnement a une influence importante (voire très importante pour près de 4 sur 10) sur la santé des individus. À ce titre, 44 % d'entre eux déclarent être attentifs à la composition des produits, à la provenance des biens / produits qu'ils achètent au regard prioritairement de leur santé, devant l'impact environnemental potentiel qui est toutefois bien présent. Corollaire de l'attention portée au choix des produits, un consensus émerge quant à l'importance de privilégier une alimentation saine et dans une moindre mesure de pratiquer un exercice physique régulier préserver sa santé et bien vieillir.

« De manière générale, êtes-vous attentif ou non à la composition des produits, à la provenance des biens / produits que vous achetez...? »

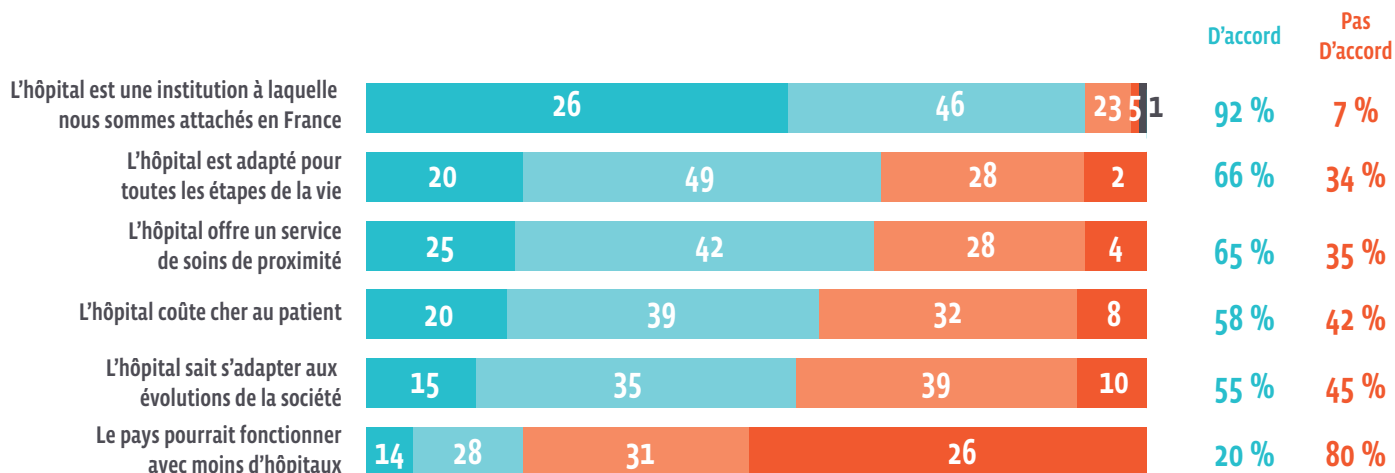
› À tous, en %



Le regard des Français sur la situation de l'hôpital : entre attachement et inquiétude

La situation de l'hôpital apparaît aujourd'hui comme un enjeu de premier plan aux yeux des Français. D'abord parce que l'hôpital est considéré comme un pilier incontournable du système de santé. L'immense majorité des Français (92 %) estiment ainsi que c'est une institution à laquelle ils sont attachés et seuls 20 % pensent que le pays pourrait fonctionner avec moins d'hôpitaux.

« Pour chacune des affirmations suivantes, veuillez indiquer si vous êtes tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord... »
 > À tous, en %



● Tout à fait d'accord ● Plutôt d'accord ● Plutôt pas d'accord ● Pas du tout d'accord ● Ne se prononce pas

L'hôpital compte parmi les institutions emblématiques de la République française : quel que soit le niveau de vie, l'origine, l'âge ou les affinités politiques des individus rencontrés, les valeurs mobilisées par l'institution sont retranscrites avec force et dans une même expression.

L'hôpital incarne, au même titre que la Sécurité sociale, **les valeurs d'égalité** (égalité de traitement, soin pour tous), de fraternité (solidarité nationale, financement collectif), **et parfois même de liberté** (liberté de choix au sein de l'offre d'établissements de soins, choix d'une orientation vers le service public ou privé). Il est l'un des **symboles de la singularité du modèle social français** :

« On en parle plus en mal qu'en bien, mais par rapport aux autres pays on n'est pas mal, la majorité des Français sont pris en charge alors qu'aux États-Unis, la moindre hospitalisation est catastrophique, ça met en péril toute la cellule familiale, par rapport à ce que ça coûte. En France, même si ce n'est pas parfait, on a énormément de chance »

« Ce n'est pas comme en Allemagne, en Angleterre, en Suisse, je ne parle même pas des États-Unis... on n'en est pas encore là »

La plupart des Français lui associe ainsi des valeurs comme la compétence (83 %), la solidarité (68 %), la performance (67 %), l'accessibilité (66 %) et l'équité (64 %).

L'idée qui prédomine ainsi est que **l'accès aux soins à l'hôpital est possible à tous**, quelle que soit sa situation financière et sa couverture assurantielle. Le socle de prestations y est fourni gratuitement, sans dépassements d'honoraires, réservés au privé. Il s'agit d'un modèle à préserver, puisqu'il garantit l'accès aux soins des plus modestes.

« On est privilégiés en France » « On a de la chance que ce système existe »

« C'est vital » « La santé c'est essentiel, on ne peut pas mégoter là-dessus »

L'hôpital est perçu par les Français rencontrés comme un enjeu territorial d'importance. **Son rôle dans la dynamique des territoires semble relever de l'évidence.** La couverture du territoire relève en effet pour l'institution d'enjeux à la fois rationnels et symboliques.

La permanence de l'hôpital dans les territoires est également le **symbole d'une société saine, financièrement stable et socialement avancée.** Pouvoir financer des structures de soins publiques semble en effet l'apanage des sociétés aisées. À l'inverse, la **diminution des financements** alloués à l'hôpital apparaît comme le signe d'une société qui, au-delà de ses choix idéologiques et politiques, n'a plus la capacité matérielle d'assister sa population. Elle semble **symptomatique d'une économie vacillante**, et laisse présager de **dégradations fortes de la qualité de vie**, voire de l'espérance de vie des citoyens.

Le manque de soutien porté à la préservation du service public de santé apparaît ainsi comme une régression forte et dangereuse.

« Sans hôpital, c'est le Tiers-monde » « Vous n'avez qu'à voir en Afrique, il faut que vous ameniez votre couverture, vos draps... Ils manquent de l'essentiel »

« Sans l'hôpital on reviendrait au Moyen-Âge! Dans certains pays des gens meurent parce qu'ils ne peuvent pas prendre en charge une appendicite. Imaginez une famille avec 3 enfants, 3 accouchements, il faut pouvoir les payer... On recommencerait à accoucher chez nous, la moralité augmenterait ! »

« Si l'hôpital disparaît, c'est que c'est le début de la fin »

« L'hôpital, c'est comme l'école, la police, ça structure une société, ça contribue au niveau de développement, à l'organisation d'une société »

« À l'école, on nous disait qu'un village c'était l'église, la pâtisserie, le bar, la Mairie, l'hôpital et l'école »

Mais, au-delà de cet attachement, les Français jugent aujourd'hui que l'hôpital ne se porte pas bien.

Le problème du financement de l'hôpital public a été largement évoqué par les participants. Si les Français ne savent pas réellement dater la dégradation du système hospitalier, tous ont la sensation que **celle-ci s'accélère et est peu susceptible d'être endiguée. Symptomatique du désinvestissement de l'État dans les services publics**, il est identifié comme étant à l'origine de nombreux dysfonctionnements et génère chez la grande majorité des répondants **de l'inquiétude ainsi qu'une certaine colère.** Tous s'affirment en effet conscients de l'ampleur des dépenses occasionnées par le maintien du réseau d'hôpitaux publics (frais de fonctionnement, coût du matériel, masse salariale...), mais se refusent à admettre qu'il faille arbitrer parmi les postes de dépenses qui seront conservés.

« On a ce système unique et formidable, il ne faut pas que ça parte, c'est comme si on nous disait qu'on n'avait plus 5 semaines de congés payés, ça ne se passerait pas comme ça... »

Si à peine plus de la moitié des Français estiment que les hôpitaux fonctionnent bien de manière générale (54 %), ils ne sont que 34 % à le penser en ce qui concerne les services d'urgences. Quand ils en parlent de manière spontanée, ils évoquent avant tout **le manque de personnel et des services d'urgences surchargés.** Le manque de moyens perçu comme lié, au-delà de la diminution des sommes allouées, à une **explosion de la demande médicale** (vieillesse de la population, explosion des affections longue durée, insuffisance de la médecine de ville...), amène l'hôpital public à une situation d'engorgement (réel ou supposé) et plus particulièrement les services d'urgence.

« En péril » « Sous-effectifs » « Fermeture de services » « Ils ont des amplitudes horaires pas possible... est-ce qu'on vous demanderait de travailler 12 heures vous ? Ce n'est pas humain »

« Ils passent 5 minutes par malade, parce qu'ils ne sont pas assez nombreux »

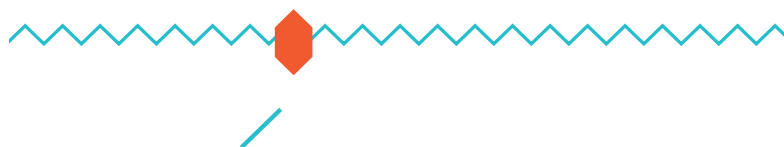
« Pas assez de personnel pour le ménage non plus, des fois vous passez la journée vous les voyez pas une seule fois, alors que ce sont des endroits où les gens vomissent, sont contagieux »

« Attente » « Galère » « J'ai eu un accident, on m'a emmené à un endroit, comme c'était surbooké j'ai dû attendre 2 jours pour être opérée du coup j'ai été à un autre endroit »

« Ce qui est anxiogène, c'est quand vous attendez sur un brancard dans un couloir et que personne ne vous dit combien de temps vous allez attendre »

Si les qualités de courage (90 %), de compétence (86 %) et d'écoute (74 %) constituent des attributs presque unanimement associés aux personnels soignants des hôpitaux, la majorité des Français estiment que ces derniers sont **mal payés et pas suffisamment reconnus par l'État et par les patients.**

« Quelqu'un qui est reconnu dans un travail qu'il aime, il est bon, il est épanoui. Quand on n'est pas reconnu dans ce qu'on fait, même la meilleure du monde finit par se décourager et à ne plus vouloir aller travailler. S'ils sont mal traités, je ne vois pas comment ils pourraient bien traiter les autres »



Des déficits qui en filigrane ne sont pas sans générer quelques craintes quant à la tentation jugée regrettable de recourir à des soignants moins qualifiés et/ou moins investis : des intérimaires, des médecins étrangers, des médecins de second ordre peut-être dans les banlieues défavorisées...

« Les professionnels de santé, on sait très bien qu'ils préfèrent aller dans le libéral parce qu'ils gagneront plus leur vie »

« Dans les hôpitaux, j'ai l'impression qu'il y a beaucoup de débutants, d'étudiants »

« Il y a beaucoup de médecins étrangers qui viennent, celui qui ne sait pas bien parler français, on va l'envoyer à Bobigny »

« Il y a aussi une question de moyens, les spécialistes ne sont peut-être pas payés pareil à Paris qu'en banlieue ? »

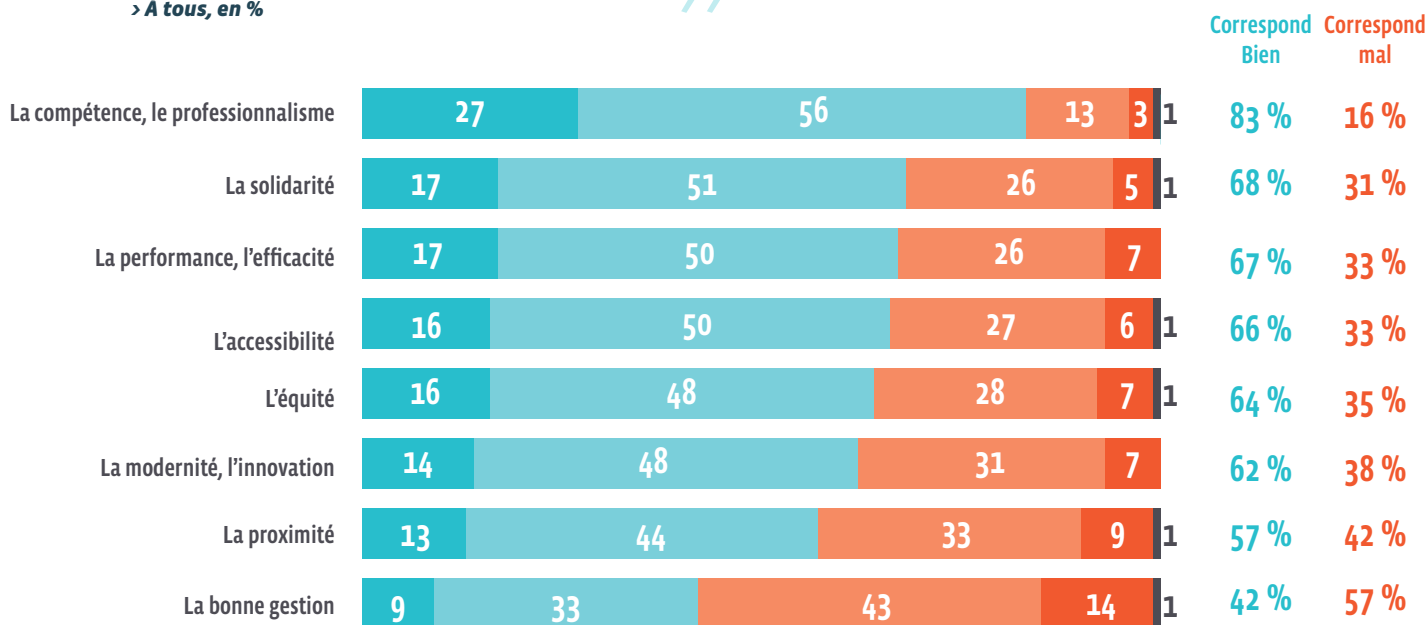
« Un chirurgien qui a le choix, il ne va pas aller travailler à Avicennes ! »



En outre, si les Français sont très majoritairement attachés à l'hôpital en tant qu'institution, **ils sont partagés sur le fait de lui associer des valeurs d'innovation (62 %), de proximité (57 %) et a fortiori de bonne gestion (seulement 42 %).**

« Voici la liste des valeurs et de principes, pour chacun d'entre eux, veuillez indiquer si selon vous il correspond bien ou mal à l'image que vous avez de l'hôpital »

> À tous, en %



● Correspond très bien ● Correspond plutôt bien ● Correspond plutôt mal ● Correspond très mal ● Ne se prononce pas

D'où le fait qu'aujourd'hui, la réforme de l'hôpital apparaît aux yeux des Français comme **le 2^e enjeu le plus important à traiter par le Gouvernement en matière de santé, juste derrière la question des déserts médicaux.** Considéré comme étant le seul décisionnaire du devenir de l'hôpital, le Gouvernement est attendu sur le sujet : qu'il s'agisse des orientations politiques présidant au choix du système de santé offert aux Français, ou des financements qui lui seront attribués chaque année, c'est au niveau national que se prennent les décisions de leur point de vue.

Une réforme qui passerait avant tout, selon eux, par une augmentation des moyens, que ce soit en termes de nombre de personnels soignants (65 %), de ressources financières (42 %) ou d'implantation dans des territoires ne disposant pas aujourd'hui d'hôpitaux (21 %). Et non pas par la fermeture de structures de proximité au profit d'hôpitaux plus importants et plus équipés, mais aussi plus éloignés des patients, une évolution jugée comme une « mauvaise chose » par 72 % des Français.

« Redonner confiance dans le personnel parce que sans eux, ça ne tourne pas » « Eux, c'est l'image de la structure, s'ils représentent mal la structure, c'est la base! »

« Il faut revoir le rapport nombre d'heures/ salaires » « Je paierais les RTT qu'ils ont accumulés depuis des années! C'est un scandale. Il faudrait leur régler ça ou proposer un dispositif, qu'ils puissent récupérer ça au moment de la retraite »

« A leur place j'essaierais de voir combien me coûterait du personnel supplémentaire réduit à 8 h et non pas à 12 h, comparer combien ça coûte les heures sup. de tout mon personnel, et voir si ça peut me permettre d'embaucher du personnel, de soulager »

Ainsi, parler d'hôpital en France ne revient pas à s'adresser à des consommateurs. **Lorsque les Français pensent « hôpital », ils se positionnent – en premier lieu – comme des citoyens.** Citoyens, portant des valeurs, ayant une vision de ce qu'est la France. Et l'hôpital, signe de l'action non tournée vers le profit, ne distinguant pas les patients et **s'adressant à tous, constitue l'illustration de la République dont la Liberté, l'Égalité et la Fraternité sont le reflet.**

Parler d'hôpital revient à parler de santé, mais pas seulement. **Il s'agit de l'illustration de la vitalité des territoires.** Et son corollaire, la fermeture, du déclin de l'environnement. Car outre la marque de l'activité, l'hôpital constitue un lieu d'activité. On le sait les Français ne savent pas précisément ni le nombre d'agents et de salariés des hôpitaux, ni les incidences sur les sous-traitants mais ils savent – et le disent – que l'activité hospitalière génère de l'emploi et participe à l'économie des territoires.

Les premiers regards sont donc idéologiques. Si l'hôpital n'est pas la France, la France ne serait pas la France s'il n'y avait pas d'hôpitaux. **Sa permanence est revendiquée comme une nécessité mais aussi comme un droit,** que l'on souhaite voir préservé même si l'on n'en use pas personnellement, et que l'on est prêt à défendre.

NOTES DE LECTURE



- 1** - Étude quantitative réalisée en ligne du 31 juillet au 6 août 2019. Échantillon de 1 020 personnes, représentatif des Français âgés de 18 ans et plus. Méthode des quotas et redressement appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé(e).
- 2** - Étude qualitative par réunions de groupe (4 focus groupes d'une durée de 3 heures réalisées au cours du mois d'août 2019 à Paris, Bobigny, Le Mans et Nantes).
- 3** - Source : SNDM-FNMF 2017
- 4** - Source : SNDM-FNMF 2017
- 5** - Le RAC est calculé pour les patients ayant bénéficié d'au moins un remboursement de l'assurance maladie au cours de l'année.
- 6** - Source : Sniiram-Cnam / calculs FNMF
- 7** - Source : SNDM-FNMF 2017
- 8** - Source : Drees, comptes nationaux de la santé 2017 / calculs FNMF
- 9** - Source : SNDM-FNMF 2017
- 10** - Source : SNDM-FNMF 2017
- 11** - Source : EGB-Cnam 2016/ calculs FNMF
- 12** - Source : Coterc-FNMF 2017
- 13** - Source : Comptes nationaux de la santé édition 2018.
- 14** - Source : EGB-Cnam 2016, Insee 2017, COTERC-FNMF 2017 / calculs FNMF
- 15** - Source : Sniiram-Cnam 2016 / calculs FNMF
- 16** - Source : Sniiram-Cnam 2016 / calculs FNMF
- 17** - Source : SNDM-FNMF 2017, Sniiram-Cnam 2016
- 18** - Source : Sniiram-Cnam 2016 / calculs FNMF
- 19** - Les évolutions indiquées se réfèrent à la 1^{re} vague de l'Observatoire Place de la Santé : enquête réalisée en ligne du 31 août au 7 septembre 2017, auprès d'un échantillon de 2000 personnes, représentatif des Français âgés de 18 ans et plus (méthode des quotas et redressement appliqués aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle et région de l'interviewé).

LEXIQUE



› **ALD : Affection longue durée**

Une affection de longue durée (ALD) est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et pour laquelle le ticket modérateur est exonéré.

En effet, le tarif de la Sécurité sociale (base de remboursement) des dépenses liées aux soins et traitements nécessaires à la prise en charge médicale d'une ALD est couvert à 100 % par l'Assurance maladie. Les dépassements pratiqués au-delà du tarif de la Sécurité sociale restent à la charge du patient ou de sa complémentaire santé.

La liste des ALD est fixé par décret (exemples d'ALD : diabète, cancer, mucoviscidose, infection par le VIH).

› **AMC : Assurance maladie complémentaire**

L'assurance maladie complémentaire correspond à la couverture réalisée par les complémentaires santé de tout ou partie des dépenses qui restent à la charge des patients une fois les remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) effectués.

› **AMO : Assurance maladie obligatoire**

L'assurance maladie obligatoire (AMO) correspond à la prise en charge financière réalisée par la Sécurité sociale des frais liés à la maladie, à la maternité et aux accidents du travail / maladies professionnelles. On parle plus couramment de « régime obligatoire ».

Public et obligatoire, ce régime est complété par l'assurance maladie complémentaire (AMC).

› **Coterc : COûts TEchniques du Régime Complémentaire**

L'enquête COTERC sur les coûts techniques du régime complémentaire santé est réalisée annuellement par la FNMF auprès de l'ensemble des groupements mutualistes dont les activités relèvent du Livre 2 du Code de la Mutualité. Grâce à la participation d'un nombre important de groupements, elle constitue à la fois un outil d'évaluation du risque complémentaire santé pour chaque mutuelle et un « baromètre » général de l'évolution du coût du risque en mutualité.

› **Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques**

La Drees est une direction de l'administration centrale des ministères sociaux. Elle a pour mission prioritaire de doter les ministères sociaux, les services déconcentrés ainsi que les organismes gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation de leur action et de leur environnement.

Elle fait partie du service statistique public dont la vocation est d'offrir aux décideurs publics, aux responsables économiques et sociaux et aux citoyens, des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.



› **RAC : Reste à charge**

En matière de soins de santé, le reste à charge (RAC) peut être défini comme le montant des dépenses qui reste à la charge du patient une fois déduit les remboursements de l'AMO. On parle alors de RAC après AMO ou de RAC avant AMC.

Le RAC final correspond au montant que le patient assume finalement après les prises en charge financières de la Sécurité sociale et de sa complémentaire santé.

Il peut également correspondre aux montants restant à la charge du patient une fois déduit les remboursements de l'AMO et de sa complémentaire santé. On parle alors de RAC après AMO et AMC.

› **SNDM : Système national des données mutualistes**

Le système national de données mutualiste permet de recueillir auprès des mutuelles, selon une norme commune, les caractéristiques des personnes qu'elles protègent et des informations détaillées sur les prestations versées en santé.

› **Sniiram : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie**

Créé en 1999, le Sniiram est une base de données nationale dont les objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leur activité.

NOTES



A series of ten horizontal dotted lines spaced evenly down the page, intended for writing notes.

NOTES



A series of ten horizontal dotted lines spaced evenly down the page, providing a guide for writing notes.



PLACE DE LA SANTÉ



L'Observatoire



N° ISSN > 2647-0454