

Dossier de presse
Vendredi 12 juin 2013 - Vendôme

► Le conventionnement hospitalier mutualiste

Des soins de qualité et une baisse
du reste à charge pour les patients



Contact presse

Stéphane FRADET - Chargé de communication et des relations publiques de la Mutualité Française Centre - 07 86 41 73 37 – stephane.fradet@murec.fr

Laëtitia PINHEIRO – Chargée de communication du Groupe Vitalia – 06 42 15 70 28 - lpinheiro@groupe-vitalia.com

La Mutualité Française Centre et la Clinique du Saint Cœur de Vendôme se mobilisent pour l'accès aux soins

Le 2 mai 2013, Clément LARCHER, Directeur de la Clinique du Saint Cœur de Vendôme et Jacques DALLOT, Président de la Mutualité Française Centre ont signé un partenariat relatif à l'amélioration de l'accès aux soins.

Qu'est-ce que le conventionnement hospitalier mutualiste ?

Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Fédération Nationale de la Mutualité Française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques. Celui-ci vise à apporter aux patients adhérents mutualistes, la garantie d'un accès à des soins hospitaliers de qualité à tarif maîtrisé, mais également à simplifier les démarches conventionnelles.

En région Centre, l'Union Régionale de la Mutualité Française Centre (qui représente plus de 200 mutuelles soit 1,5 millions de personnes protégées) est mandatée pour engager des discussions contractuelles portant notamment sur la facturation de supplément de la chambre particulière avec hébergement et son règlement en tiers-payant. A ce jour 18 établissements sont conventionnés en région Centre, couvrant 66 % des séjours.

Pour les patients adhérents d'une mutuelle, le conventionnement permet une dispense d'avance des frais, une tarification négociée ainsi qu'une meilleure information sur les établissements.

Un accord-cadre entre la Mutualité Française Centre et la Clinique du Saint Cœur de Vendôme :

L'accord cadre fixé par la Mutualité Française Centre et la Clinique du Saint Cœur de Vendôme est le 18^e à avoir été mis en place dans la région Centre depuis 2012.

Grâce à cet accord, les patients mutualistes auront la possibilité d'accéder à des soins de qualité, à des tarifs maîtrisés, sans avance de frais. Cela concerne notamment le supplément pour chambre particulière. Pour la Clinique du Saint Cœur de Vendôme, les démarches administratives sont simplifiées et l'établissement est valorisé auprès du public mutualiste.

Pour la Mutualité Française Centre l'objectif de ce bouclier poursuit sa stratégie d'amélioration de l'accès aux soins de ses adhérents.

Sommaire

- ▶ **Constat :**
L'hôpital : un reste à charge de plus en plus important pour les patients 4

- ▶ **Le conventionnement hospitalier mutualiste, c'est quoi ?**
Des critères de qualité et de tarifs objectifs 5

- ▶ **Le conventionnement hospitalier mutualiste**
Pour lutter contre les idées reçues 7

- ▶ **Le conventionnement hospitalier mutualiste en chiffres**
Sur le plan régional et sur le plan national 9

- ▶ **À propos de la Mutualité Française Centre et la Clinique du Saint Cœur de Vendôme**
10

Constat : **L'hôpital : un reste à charge** **de plus en plus important pour les patients**

Contrairement aux idées reçues, une hospitalisation peut s'avérer très coûteuse pour le patient : jusqu'à plus d'une centaine d'euros par jour non remboursée par la Sécurité sociale !

Dépassements d'honoraires, hébergement et restauration, facturation de la chambre particulière sont autant de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale et auxquelles les patients doivent faire face lors d'une hospitalisation.

Ainsi, selon les données de la DRESS¹, les dépenses hospitalières que les ménages prennent directement en charge ont augmenté de 52 % entre 2000 et 2011.

Pour les complémentaires santé, les dépenses hospitalières remboursées ont progressé plus fortement encore sur cette période, à hauteur de 129 %. Les dépenses liées à l'hospitalisation représentent aujourd'hui près de 19 % des dépenses totales des mutuelles. L'hôpital est désormais le deuxième poste de remboursement des mutuelles, après le médicament et devant les honoraires des médecins de ville et les honoraires dentaires.

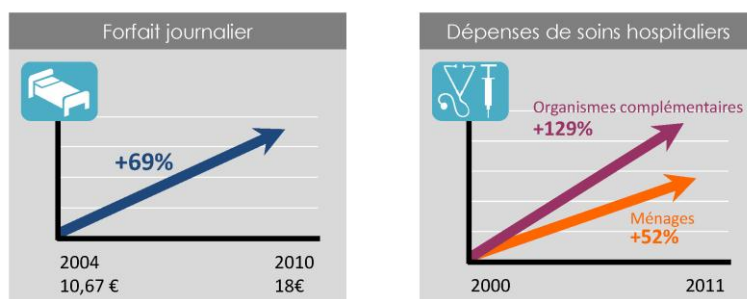
Cette progression concerne tous les postes de dépenses, y compris ceux qui ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Tout d'abord, le remboursement des dépassements d'honoraires à l'hôpital par les complémentaires santé a progressé de 6 % en moyenne chaque année entre 2008 et 2011.

Ensuite, le forfait journalier, qui représente la participation financière quotidienne du patient aux frais d'hébergement et de restauration entraînés par son hospitalisation, est passé de 10,67 euros en 2004 à 18 euros en 2010, soit une progression de 69 % !

Enfin, la pratique de la facturation de la chambre particulière se diffuse : pour la moitié des établissements hospitaliers le prix de la chambre particulière est supérieur à 50 euros, et pour un quart d'entre eux, le prix est supérieur à 65 euros. Depuis un décret du 28 février 2011, un supplément de chambre particulière peut même être facturé dès lors que le patient est hospitalisé, même s'il reste moins d'une journée dans l'établissement (dans le cadre d'une dialyse ou d'une chimiothérapie par exemple).

ÉVOLUTION DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES



Source : DREES (Comptes nationaux de la santé 2011) / Calculs FNMF

¹ Comptes nationaux de la santé 2011 – Calculs Mutualité Française

Le conventionnement hospitalier mutualiste, c'est quoi ?

Des critères de qualité avec des tarifs maîtrisés

Pour lutter contre l'inflation des dépenses hospitalières à la charge des patients et pour garantir aux adhérents des mutuelles un accès à des soins de qualité avec des tarifs maîtrisés, la Mutualité Française, développe, au nom de ses 500 mutuelles adhérentes, un nouveau conventionnement avec les établissements hospitaliers : le conventionnement hospitalier mutualiste.

L'objectif est de permettre aux adhérents des mutuelles de connaître dans leur région, à travers une liste accessible via leur mutuelle, les établissements hospitaliers conventionnés qui répondent **à des critères de qualité objectifs et qui pratiquent la dispense d'avance de frais et des tarifs maîtrisés pour les sommes qui restent à la charge des adhérents.**

Pour cela, les représentants des unions régionales de la Mutualité Française ont été mandatés par les mutuelles pour rencontrer dans chaque région les représentants des établissements hospitaliers et signer avec eux des conventions.

Avec le conventionnement hospitalier mutualiste, au nom des mutuelles nationales comme régionales, la Mutualité Française Centre joue un rôle de négociateur entre l'offre et la demande pour le compte des adhérents des mutuelles de la région, qu'elle représente. Lors de ses rencontres avec les établissements hospitaliers, elle est en capacité d'obtenir le meilleur rapport-qualité prix au bénéfice des adhérents des mutuelles. Elle régule ainsi le coût de certaines dépenses hospitalières, qui sans son intervention, augmenterait de manière continue. Le conventionnement est aussi un moyen de réduire la possibilité pour certains établissements d'ajuster leurs tarifs sur le niveau de remboursement de la mutuelle. C'est enfin pour l'établissement hospitalier la garantie d'une patientèle grâce à l'orientation faite par les mutuelles.

Actuellement, le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO). Il doit, par la suite, être étendu aux soins de suite et de réadaptation.

Le prix de la chambre particulière diminué de 7 % en moyenne

Grâce au conventionnement hospitalier mutualiste, le prix de la chambre particulière est diminué de 7 % en moyenne dans les établissements conventionnés par rapport au prix public. Dans la majorité des cas, la baisse s'échelonne jusqu'à 10 % et il n'est pas rare de constater des réductions allant de 10 à 20 %.

L'adhérent mutualiste garde son libre choix

L'adhérent reste bien entendu libre de s'adresser ou non à un établissement hospitalier conventionné. Les remboursements de la mutuelle s'appliqueront quel que soit l'établissement hospitalier qu'il choisit.

En fréquentant un établissement conventionné, l'adhérent s'assure que cet établissement répond à des critères de qualité. Il peut bénéficier de la dispense (totale ou partielle) de l'avance de frais et son reste à charge éventuel est moindre, compte tenu de la négociation menée par la Mutualité Française.

► La qualité, une priorité

Dans un premier temps, au niveau national, la Mutualité Française retient uniquement les établissements hospitaliers qui répondent à la démarche de certification initiée par la Haute Autorité de santé (HAS) et qui obtiennent des résultats probants en matière de lutte contre les infections nosocomiales.

La certification de la Haute Autorité de santé est établie à partir d'une autoévaluation réalisée par l'établissement.

Elle concerne, d'une part, la prise en charge du patient : le respect des droits du patient, la prise en charge de la douleur, le parcours du patient, la prise en charge médicale et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Elle concerne, d'autre part, la politique et la qualité du management : la stratégie de l'établissement, le pilotage interne, la gestion des ressources humaines et financières, la qualité et la sécurité des soins, le système d'information, les fonctions logistiques, la gestion des ressources physiques et la qualité de l'environnement.

Les indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales proviennent des bilans standardisés que chaque établissement de santé doit établir annuellement selon un modèle défini par un texte réglementaire.

Le conventionnement hospitalier mutualiste est donc basé sur des critères de qualité objectifs émanant d'un organisme indépendant, seul habilité à évaluer la qualité de la prise en charge des patients au sein des établissements.

► Les critères tarifaires, pour réguler les dépassements d'honoraires

Le critère tarifaire vise à limiter l'augmentation des dépassements d'honoraires en tenant compte de la réalité des tarifs pratiqués au niveau régional.

Parmi les établissements certifiés par la Haute Autorité de santé, la Mutualité Française étudie ensuite, en prenant en compte la réalité de l'offre dans chaque région, les niveaux de facturation de 7 actes considérés par l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), comme étant les plus significatifs en termes de fréquence et de niveau de dépassements d'honoraires : la cataracte, la coloscopie du tube digestif, la prothèse totale de hanche, la prothèse totale de genoux, le canal carpien, la chirurgie de l'hypertrophie de la prostate et l'accouchement par voie basse.

La Mutualité Française constate sur ces actes un seuil régional, et retient uniquement les établissements dans lesquels au moins la moitié des praticiens ont des tarifs inférieurs ou égaux à ce seuil.

Une convention particulière pour chaque établissement hospitalier

Une fois les établissements sélectionnés sur ces critères de qualité et de tarifs, les représentants de la Mutualité Française en région vont à la rencontre de chacun de ces établissements. Ils négocient avec eux une convention particulière, souvent établie pour deux ans.

Le conventionnement hospitalier mutualiste Pour lutter contre les idées reçues

1. Avec le conventionnement, les adhérents n'ont plus la liberté de choisir leur établissement hospitalier.

FAUX → La mutuelle n'impose pas à l'adhérent le choix de l'établissement.

Quel que soit l'établissement hospitalier choisi, conventionné ou non, l'adhérent conserve le bénéfice du remboursement de la chambre particulière par sa mutuelle, selon sa garantie.

En revanche, si l'adhérent fait le choix d'un établissement conventionné, il dispose, dans le cadre de sa garantie, d'un accès à des soins de qualité au plus juste coût. Par exemple, un reste à charge minoré ou nul, les tarifs ayant été négociés par la Mutualité Française, ou certains avantages, comme la dispense d'avance de frais grâce au tiers payant.

L'adhérent bénéficie d'une prise en charge de ses frais, qu'il se rende ou pas dans un établissement hospitalier conventionné.

2. Le conventionnement permet aux mutuelles d'augmenter leurs marges et de réduire leurs prestations.

FAUX → Le conventionnement permet un meilleur contrôle des prix au bénéfice des adhérents.

Le conventionnement permet de maîtriser les dépenses sur la chambre particulière tout en optimisant le service rendu à l'adhérent.

Les prestations prévues en fonction de la garantie choisie par l'adhérent ne sont pas modifiées par le conventionnement. Les patients ont un reste à charge nul ou moins important du fait de la négociation menée par la Mutualité Française. Les économies réalisées sur les postes de dépenses annexes aux soins permettent d'offrir plus de services aux adhérents et de nouvelles prises en charge.

3. Le conventionnement donne uniquement accès à des établissements peu coûteux, mais de moindre qualité.

FAUX → Le conventionnement référence les établissements sur des critères de qualité stricts et objectifs.

Le contrôle des indicateurs qualité et de sécurité des actes et prestations relèvent des pouvoirs publics : la Haute Autorité de santé et le Ministère de la santé.

Les mutuelles se fondent, en premier lieu, sur ces critères qualité pour conventionner les établissements.

Par ailleurs, l'objectif des mutuelles est de garantir l'accessibilité financière à leurs adhérents. C'est pour cette raison qu'elles assortissent aux critères de qualité, un critère de choix visant à maîtriser les dépassements d'honoraires sur les actes et les prestations et ainsi limiter les dépenses des adhérents.

La qualité est la porte d'entrée du conventionnement hospitalier mutualiste.

4. Le conventionnement impose aux praticiens de réduire leurs niveaux de dépassements d'honoraires

**FAUX → La Mutualité Française n'a aucun pouvoir réglementaire.
Le conventionnement sélectionne les établissements les plus vertueux.**

Les négociations actuelles sur l'encadrement des dépassements d'honoraires sont déconnectées du dispositif de conventionnement.

L'approche poursuivie par la Mutualité Française se veut pragmatique : elle se base sur l'observation des dépassements d'honoraires au niveau régional et constate un seuil. Un établissement répondant aux critères qualité peut conventionner si au moins la moitié de ses praticiens proposent des tarifs inférieurs ou égaux à la moyenne régionale observée.

5. Les établissements conventionnés ne sont pas accessibles partout sur le territoire.

FAUX → Le déploiement du conventionnement par les unions régionales de la Mutualité Française garantit un maillage du territoire pour un accès aux soins à tous.

La **couverture du territoire est un critère incontournable de la sélection** des établissements par les mutuelles.

Ainsi, les mutuelles ont pour objectif de s'assurer que tous les adhérents puissent accéder à un établissement conventionné à proximité de leur domicile.

Les mutuelles ont aussi pour objectif de s'assurer que leur réseau d'établissements maille l'ensemble du territoire, en fonction de la présence de leurs adhérents, et sur des critères précis et mesurables.

6. La Mutualité Française ne conventionne qu'avec des établissements publics.

FAUX → 60 % des établissements conventionnés sont publics et 40% sont privés.

Tous les établissements qui répondent aux critères de qualité et de tarifs peuvent conventionner, qu'ils soient publics ou privés.

L'objectivité des critères permet une égalité de traitement entre le secteur privé et le secteur public.

Le conventionnement d'un établissement dépend aussi de la volonté des parties d'aboutir à un accord.

À ce jour, sur les 400 établissements conventionnés, 60 % sont publics et 40% sont privés.

Le conventionnement hospitalier mutualiste en chiffres

Sur le plan régional et sur le plan national

► **Sur le plan régional**

- 92 % des personnes vivant en région Centre protégés par une mutuelle sont potentiellement concernés par le conventionnement hospitalier mutualiste.
- En tout, 38 établissements hospitaliers doivent être approchés en région Centre.
- Parmi ces 38 établissements, 19 conventions sont signées : Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours, le Centre Hospitalier Régional d'Orléans, le Centre Hospitalier de Chartres, le Centre Hospitalier de Bourges, le Centre Hospitalier de Châteauroux, le Centre Hospitalier de Dreux, le Centre Hospitalier de Blois, le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise, le Centre Hospitalier de Vierzon, la Polyclinique de Blois, la Clinique Guillaume de Varye, la Clinique de la Présentation, la Nouvelle Clinique Saint François, la Clinique Notre Dame du Bon Secours, la Polyclinique Jeanne d'Arc, la Clinique Cardiologique Maison Blanche, la Polyclinique des Murlins, la Clinique du Saint-Cœur et la Clinique Jeanne d'Arc à Saint-Benoit-la-Forêt.
- Avec 19 conventions signées, 67 % des séjours hospitaliers sont conventionnés en région Centre.

► **Sur le plan national**

- 80 % des Français protégés par une mutuelle sont potentiellement concernés par le conventionnement hospitalier mutualiste, soit 30 millions de Français.
- En tout, plus de 1 000 établissements hospitaliers doivent être approchés en France.
- Parmi ces 1 000 établissements, près de 400 conventions sont signées, dont l'APHP, le CHU de Toulouse, Les nouvelles cliniques nantaises, L'Hôpital Clinique Claude Bernard à Metz, le Groupe hospitalier mutualiste des Portes du Sud à Vénissieux...
- Avec 400 conventions signées, 42 % des séjours en établissement hospitalier sont conventionnés en France.

À propos de la Mutualité Française Centre

La Fédération Nationale de la Mutualité Française est le premier mouvement social de France : plus d'une personne sur deux est mutualiste. Elle fédère la quasi-totalité des mutuelles santé. Son rôle est de représenter les mutuelles et de défendre leurs intérêts collectifs. Elle est force de proposition dans les grands dossiers du système de santé.

Qu'elles interviennent dans le domaine de la complémentaire santé, de la prévoyance, de l'activité sanitaire, sociale ou médico-sociale, les mutuelles sont unies par une même éthique et une organisation démocratique de leur gouvernance que traduit leur adhésion au Code de la Mutualité.

Présidée par Etienne Caniard, la Mutualité Française mène de multiples projets d'envergure, tels le conventionnement hospitalier mutualise ou la prise en charge des maladies chroniques pour garantir la qualité et l'accès aux soins pour tous.

Au niveau régional, La Mutualité Française Centre a pour missions de représenter la Mutualité Française et de coordonner le mouvement mutualiste avec les partenaires et les instances régionales de santé. Elle représente également plus de 200 mutuelles, plus de 725 000 adhérents soit près de 1,5 million de personnes protégées. Présidé par Jacques Dallot, cet acteur de l'économie sociale et solidaire participe à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé publiques locales, régionales et nationales.

La Mutualité Française Centre met également en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé au profit des mutualistes et de l'ensemble de la population.

À propos de la Clinique du Saint Cœur de Vendôme

La Clinique du Saint Cœur a obtenu **la certification V2010** de la Haute Autorité de Santé (HAS). Tous les 4 ans, des professionnels de santé mandatés par la HAS réalisent des visites d'évaluation. L'objectif est simple : porter une appréciation indépendante sur la qualité des prestations d'un établissement de santé. Les excellents résultats obtenus par la Clinique viennent récompenser la forte implication des médecins et des salariés dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'investissement des médecins et des soignants dans la lutte contre les infections nosocomiales a également payé : la Clinique du Saint Cœur est **classée « A »**, soit le meilleur score possible dans ce domaine.

Par ailleurs, **plus de 90%** des médecins et chirurgiens de la Clinique exercent en secteur 1, sans dépassements d'honoraires pour les patients. Les autres spécialistes peuvent facturer des dépassements d'honoraires qui sont validés avec le patient avant l'opération, et adaptés à sa situation financière.

La maternité de la Clinique du Saint Cœur propose aux mamans de **nombreuses nouveautés pour leur bien-être et celui de leur bébé** : prise en charge physiologique des naissances, contact peau à peau, accompagnement des allaitements maternels, chambres modernisées ou encore acupuncture.

La Clinique du Saint Cœur, c'est :

- **150** salariés et **40** praticiens spécialistes à votre service, **24h/24 et 7j/7**.
- Une maternité qui a vu naître près de **750** bébés en 2012 !
- **8** salles d'opérations et **115** lits et places d'ambulatoires.
- Près de **11 000** personnes prises en charge chaque année.