



OBJECTIF PRÉSIDENTIELLES

2017

SPÉCIAL ÉLECTIONS

Les programmes sont-ils bons pour notre santé ?

LES RESTES-À-CHARGE



QUEL SYSTÈME POUR RÉDUIRE LES RESTES-À-CHARGE PESANT SUR LES PERSONNES MALADES ?

**CONSTATS SUR LES
RESTES-À-CHARGE**

P.3

**PROPOSITIONS
DU CISS**

P.4

**QUESTIONS
AUX CANDIDATS**

P.6



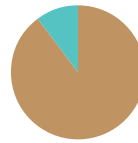
QUELQUES CHIFFRES



la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire est de

61,3%

pour les personnes qui ne sont pas en ALD



la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire est de

88,6%

pour les personnes en ALD



Les malades chroniques :
reste-à-charge moyen de

1942€*



Les malades hospitalisés
en établissements publics :
reste-à-charge moyen de

2314€*



Les actifs consommant
des soins dentaires :
reste-à-charge moyen de

1920€*



Les seniors non hospitalisés :
reste-à-charge moyen de

1755€*

* en 2010



MALGRÉ UN FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE ÉLEVÉ ET RELATIVEMENT STABLE (de l'ordre de 76%), les dépenses de santé restant à la charge des assurés après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire sont parfois importants.

Ces dépenses pèsent sur le budget des ménages et, dans de nombreux cas, freinent l'accès aux soins. Ces difficultés sont à mesurer au regard des disparités observées selon que les usagers souffrent d'une affection de longue durée (ALD) ou pas.

En effet, la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire est de 61,3 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD et de 88,6 % pour les personnes en ALD (pour leurs soins en rapport ou sans rapport avec leur affection).

◆ L'ACCÈS LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ est aujourd'hui nécessaire pour prendre en charge ces restes-à-charge

mais leurs offres sont contractuelles, non obligatoires (indépendamment des contrats collectifs que les employeurs sont tenus de proposer à leurs salariés), et plus ou moins onéreuses selon le type de garanties choisies et l'âge des souscripteurs. L'assurance maladie complémentaire catalyse ainsi de nombreuses inégalités sociales, discriminant légalement les assurés selon leur âge, leur statut professionnel et leur pouvoir d'achat.

◆ PLUSIEURS DISPOSITIFS ont été mis en place pour tenter de limiter les restes-à-charge des assurés

comme la prise en charge du ticket modérateur pour les soins spécifiques des personnes souffrant d'une affection de longue durée (ALD), la CMU complémentaire (CMU-c) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), attribuées sous condition de ressources.

◆ D'AUTRES MÉCANISMES ont été récemment décidés pour agir plus ou moins directement sur le prix des soins

comme le contrat d'accès aux soins visant à limiter les dépassements d'honoraires des médecins ou encore le contrat responsable récemment revisité pour plafonner certaines prises en charge et inciter ainsi les professionnels de santé à facturer des tarifs raisonnables.

◆ MALGRÉ CES DISPOSITIFS, les montants de restes-à-charge et leur concentration questionnent le système actuel de financement des soins.

Par exemple, les personnes en ALD supportent des restes-à-charge plus élevés en moyenne que le reste de la population.

◆ EN 2010, on identifiait 4 profils d'individus parmi les 10% d'individus supportant les restes-à-charge les plus élevés (1 914 euros en moyenne) :

- ◆ **Les malades chroniques**, principalement traités en ambulatoire (26%). Leur reste-à-charge moyen en 2010 était de **1 942 euros**. Leurs restes-à-charge les plus élevés portaient sur les postes de soins des médecins, de la biologie, de la pharmacie et des auxiliaires médicaux et sur l'hospitalisation en établissement privé. Les dépassements d'honoraires représentent une part très importante de ces restes-à-charge.
- ◆ **Les malades hospitalisés en établissements publics**, plutôt précaires (12%). Leur reste-à-charge moyen s'élevait à **2 314 euros** dont presque la moitié était liée à une hospitalisation en établissement public. Ce profil concernait plus souvent les personnes de plus de 70 ans et celles souffrant d'une ALD. Les individus qui ont les plus faibles revenus (inférieurs à 1 000 euros par mois) étaient sur-représentés dans cette classe.
- ◆ **Les actifs consommant des soins dentaires** (24%). Leur reste-à-charge s'élevait en moyenne à **1 920 euros**. Plus de 50% d'entre eux supportaient un reste-à-charge dentaire supérieur à 1 200 euros. Ce profil concernait plus souvent les personnes en bonne santé perçue. Les actifs occupés y étaient plus représentés, comme les personnes bénéficiant d'une complémentaire santé d'entreprise.
- ◆ **Les seniors non hospitalisés** (38%). Leur reste-à-charge moyen s'élevait à **1 755 euros** et s'expliquait par l'importance des postes « optique » et « matériels et prothèses ». Plus de la moitié de ce profil a plus de 60 ans.

En considérant les restes-à-charge supportés en 2012 par les 10% d'individus dont les restes-à-charge étaient les plus élevés en 2010, près d'un tiers supporterait encore des restes-à-charge élevés. La persistance de restes-à-charge élevés est la plus importante pour les malades chroniques, principalement traités en ambulatoire.





Les restes-à-charge élevés concernent des catégories de soins peu remboursés par le régime obligatoire (comme l'optique et le dentaire) mais proviennent aussi bien souvent d'une accumulation de restes-à-charge due à des dépenses concomitantes de médecine, pharmacie et biologie.

De son côté, **l'Observatoire citoyen des restes-à-charge en santé** relève des niveaux de restes-à-charge annuels moyens élevés, tant pour les personnes en ALD, qui doivent déboursier 752 € après remboursement par l'Assurance

maladie obligatoire, que pour les autres assurés sociaux qui supportent 673 €.

Par ailleurs, pour les 10 % des personnes en ALD ayant les plus grosses dépenses de santé, ce reste-à-charge moyen est de 1 700 euros / an et peut atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros.

1- Restes-à-charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps, Questions d'économie de la santé n°2017, IRDES, avril 2016.

2- Etude de l'Observatoire citoyen des restes-à-charge en santé composé du Collectif interassociatif sur la Santé (CISS), du magazine 60 Millions de consommateurs et de la société Santéclair, 2016.

Soins mal ou pas remboursés (certains soins dentaires, optique, prothèses auditives...), dépassements d'honoraires, franchises... Comme pour tous les assurés sociaux, les remboursements de l'assurance maladie ne correspondent pas toujours aux tarifs pratiqués. D'où un différentiel sur un certain nombre de soins qui reste, chaque année, à la charge des patients et / ou de leur complémentaire santé.

PROPOSITIONS DU CISS



AUGMENTER LA PART PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE AFIN D'ABAISSE CELLE PRISE EN CHARGE PAR LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ.

De toute évidence, les soins faiblement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, comme le sont l'optique, le dentaire et les audioprothèses, occasionnent les restes-à-charge les plus élevés et ce pour plusieurs raisons.

D'une part, parce que leurs prix ne sont pas régulés (les prix des dispositifs médicaux remboursables sont en effet souvent libres à l'inverse des médicaments remboursables) et en de nombreux cas nettement supérieurs aux bases de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

D'autre part, parce que les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), traditionnellement positionnés sur ces marchés, tardent ou peinent à agir sur les tarifs pratiqués par les professionnels. D'ailleurs, plus les soins sont chers, plus le rôle des OCAM se renforce ; tant et si bien que « la complémentaire santé pour tous » est aujourd'hui un objectif publiquement affiché par les pouvoirs publics.

Il est par ailleurs avéré que plus un système de santé repose sur les acteurs privés, plus il est inégalitaire. Les logiques de l'Assurance maladie solidaire lui sont propres : chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. Les OCAM, quels qu'ils soient, ne prévoient pas la modulation des cotisations en fonction des ressources de leurs adhérents. Pire, certaines d'entre elles commencent à gratifier les « bons patients » avec des bons de réductions chez des partenaires commerciaux.

Selon le CISS, il est nécessaire de repositionner l'Assurance maladie obligatoire et solidaire en tant que financeur principal des soins.





L'augmentation de la part des dépenses de santé par l'Assurance maladie obligatoire pourrait se concrétiser selon deux modalités alternatives :

◆ Un modèle inspiré du Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle qui verse à ses bénéficiaires un complément de remboursement, en plus de ce que le régime de base de la Sécurité sociale prend en charge, en échange d'une cotisation supplémentaire établie en fonction des revenus des bénéficiaires.

◆ Un modèle inspiré de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), aujourd'hui largement géré par l'Assurance maladie obligatoire elle-même. Dans cette hypothèse, un contrat proche de la CMU-c pourrait devenir obligatoire et contributif (cotisations obligatoires) pour toutes celles et ceux dont les ressources sont supérieures au plafond de gratuité. Chacun aurait ainsi accès au même contrat, cotiserait en fonction de ses ressources et demeurerait libre de contracter des garanties supplémentaires à sa charge exclusive.

AGIR SUR LE PRIX DES SOINS

◆ PLAFONNER LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES.

Redéfinir la sectorisation de la médecine libérale en modernisant le secteur 2 pour rapprocher ses modalités d'exercice de celles prévues par l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM - qui se substitue au contrat d'accès aux soins) de façon à limiter les dépassements d'honoraires.

◆ SUPPRIMER LES FRANCHISES ET PARTICIPATION FORFAITAIRE DE UN EURO.

Des incitations financières des médecins et des pharmaciens ont été mises en place pour favoriser le déploiement du médicament générique. Le patient, quant à lui, subit une politique de désincitation prévoyant l'avance de frais en cas de refus du générique. Il est proposé de supprimer les franchises médicales sur les médicaments génériques et sur les médicaments princeps non substituables pour raisons particulières.

◆ DÉFINIR, POUR TOUT DISPOSITIF MÉDICAL REMBOURSÉ PAR L'ASSURANCE MALADIE, UN PRIX LIMITE DE VENTE (PLV) CORRESPONDANT À LA BASE DE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE.

Définir, pour tout dispositif médical remboursé par l'Assurance maladie, un PLV correspondant à la base de remboursement de l'Assurance maladie afin de limiter les écarts entre le prix réel

et le niveau de prise en charge. Dans le secteur du dentaire, plus spécifiquement, un équilibre est à trouver entre le juste prix des prothèses et les tarifs des soins conservateurs (exemples : détartrage, traitement d'une carie) fixés de manière réglementaire.

◆ AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA PRISE EN CHARGE DES SPÉCIALITÉS FAIBLEMENT REMBOURSÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE EN DÉVELOPPANT LES RÉSEAUX DE SOINS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE.

La constitution de tels réseaux permet en effet d'adresser les assurés vers des professionnels dont les prestations sont peu remboursées par l'Assurance maladie obligatoire et qui s'engagent, par convention, sur la qualité de leurs pratiques ainsi que sur leurs prix. Ces réseaux peuvent rassembler des opticiens, des chirurgiens-dentistes et des audioprothésistes notamment.





QUESTIONS AUX CANDIDATS



Les réponses peuvent donner lieu à des choix multiples

1 ♦ ENVISAGEZ-VOUS DE REDÉFINIR L'ÉQUILIBRE ENTRE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE ET L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ?

- Non
- Oui, en augmentant la part remboursable par l'Assurance maladie obligatoire pour tous les soins
- Oui, en allégeant le panier de soins remboursables par l'Assurance maladie obligatoire pour le recentrer sur le « gros risque »

2 ♦ QUELLE EST VOTRE POSITION PAR RAPPORT AUX DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ?

- Maintenir le secteur à honoraires libres (secteur 2) en l'état
- Interdire les dépassements d'honoraires pour tout le monde
- Remplacer le secteur 2 par l'option, déjà existante (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), visant à maîtriser les dépassements d'honoraires

3 ♦ QUELLE EST VOTRE POSITION PAR RAPPORT AUX FRANCHISES MÉDICALES ET PARTICIPATION FORFAITAIRE ?

- Les supprimer
- Les augmenter
- Statu quo

4 ♦ QUELLE EST VOTRE POSITION PAR RAPPORT AU PRIX DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (EXEMPLE : PROTHÈSES DENTAIRES, APPAREILS AUDITIFS, LUNETTES) ?

- Liberté des prix
- Fixer un prix limite de vente, correspondant à la base de remboursement, pour les dispositifs médicaux remboursables

5 ♦ ÊTES-VOUS FAVORABLE AU DÉVELOPPEMENT DES RÉSEAUX DE SOINS CONSTITUÉS PAR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE MALADIE DANS LES DOMAINES DU DENTAIRE, DE L'AUDIOPROTHÈSES ET DE L'OPTIQUE ?

- Oui
- Non

6 ♦ ÊTES-VOUS FAVORABLE AU PLAFONNEMENT DES RESTES-À-CHARGE DES ASSURÉS SOCIAUX ?

- Oui
- Non