

RESTE À CHARGE FINANCIÈRE DES PATIENTS EN MATIÈRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ : LA RÉALITÉ

PLUS PERSONNE NE PEUT L'IGNORER MAINTENANT : LE GOUVERNEMENT ANNONCE – À GRAND RENFORT DE PROPAGANDE MÉDIATIQUE – LA MISE EN ŒUVRE DES PROMESSES DE CAMPAGNE FAITES PAR SA MAJESTÉ MACRON, DONT CELLE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR TOUS – NOTAMMENT POUR LE DENTAIRE, L'OPTIQUE ET L'AUDITION. MAIS – COMME L'A SI BIEN DIT UN ANCIEN PRÉSIDENT – « LES PROMESSES N'ENGAGENT QUE CEUX QUI LES REÇOIVENT », ET NOMBRE D'ENTRE EUX VONT TOMBER DE HAUT LORSQU'ILS SE RENDRONT COMPTE QUE LES MESURETTES QUE VA PRENDRE LE GOUVERNEMENT NE RÈGLERONT EN RIEN LE DROIT D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS.

Avant de parler du RAC 0 (reste à charge zéro) en focalisant sur le dentaire, l'audition et l'optique, comme le fait volontairement la ministre de la Santé pour éviter de vrais débats, il serait préférable d'expliquer ce qu'est réellement – et dans sa globalité – le reste à charge pour les patients.

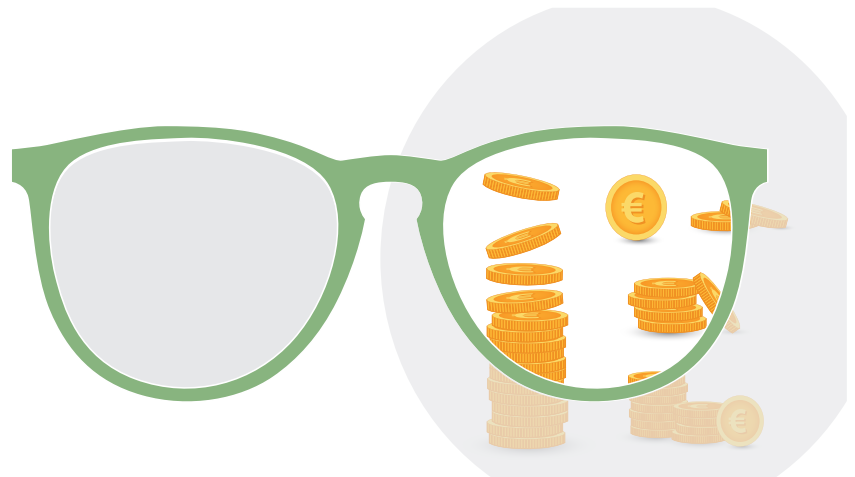
Le reste à charge est caractérisé dans notre système sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près de 25 % de la CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) en 2015. Il correspond à la part non remboursée par l'assurance maladie obligatoire et est communément appelé «ticket modérateur». Celui-ci varie en fonction de la nature du risque (maladie, maternité, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle), de l'acte ou du traitement, de l'inscription ou non du patient en ALD (affection de longue durée) et du respect ou non du parcours de soins. Le reste à charge ne reste pas cantonné à la simple application du ticket modérateur, car les malades subissent d'autres dépenses financières, telles que :

- les dépassements d'honoraires ;
- les baisses de taux de remboursement de médicaments (vignette passant de 35 % à 30 % et instauration de la vignette à 15 % en 2011) ;
- les déremboursements de médicaments

et accessibles en vente libre en officine ;

- les tarifs limite de remboursements des prestations et produits médicaux ;
- les produits prescrits par un médecin non remboursés tels que les pansements, compresses, etc.

Il ne faut pas non plus oublier les frais cachés des ALD. Un Français sur 6 bénéficie du dispositif des ALD – 80 % des dépenses de l'assurance maladie se concentrent sur 20 % de la population – parmi lesquelles les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'infection au VIH, les maladies rares, etc. La dépense moyenne annuelle est de 1,6 à 11 fois supérieure à un patient hors ALD... Malgré ce dispositif de prise en charge à 100 %, les patients



doivent toujours supporter des frais importants : jusqu'à 1 700 € de reste à charge moyen pour 10 % des malades en ALD et pouvant atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros à cause de soins mal ou pas remboursés, de dépassements d'honoraires et de franchises – car ces malades consultent plus et ont plus de soins du fait de la gravité de leur(s) pathologie(s).

Il ne faut pas non plus oublier les restes à charge, que certains appellent « participation de l'assuré ou du malade » dans le cadre de la perte d'autonomie, de l'hébergement en Ehpad, maison de retraite, de soins et d'aide à domicile, du développement accentué des maladies chroniques et maladies mentales, etc.

Sur le dentaire, la cour des comptes avait estimé en 2012 que près de 4,7 millions de français avaient renoncé à des soins prothétiques pour des raisons financières. Les chiffres datent un peu, mais il n'y a pas de doute à avoir sur le fait qu'il est forcément supérieur aujourd'hui. Il n'en reste pas moins que c'est une situation inacceptable – que l'on dénonce depuis longtemps – à laquelle il faut remédier au plus vite. Le gouvernement se propose donc de « régler le problème ».

Tout d'abord, cela se traduira par l'instauration de plafonds tarifaires qui permettraient de mettre en œuvre un panier de soins avec un reste à charge « maîtrisé » à partir du 1^{er} avril 2019 – ces plafonds ayant vocation à évoluer sur la période jusqu'à 2023... Concrètement, au moment où le patient devra se faire poser une prothèse, le chirurgien-dentiste aurait l'obligation de fournir un devis pour chaque panier. À charge ensuite pour le patient de choisir la qualité de la prothèse qu'il souhaite se faire poser et avec quel reste à charge finalement.

Un accord conventionnel a été établi avec les chirurgiens-dentistes, il se déroulera en 5 étapes jusque 2023. Une augmentation de 6 à 8 % des complémentaires santé a été estimée, ce qui explique une organisation par étapes sur cinq ans, permettant un lissage dans le temps des risques d'augmentations des cotisations des complémentaires, qui seraient alors moins frontaux et brutaux... De plus, cette application sur cinq ans permet d'étaler les risques de rattrapage des soins prothétiques, de donner des gages de rémunérations aux chirurgiens-dentistes en revalorisant les actes des soins conservateurs et des soins de prévention au plus tôt, et d'étaler l'encadrement des tarifs des prothèses.

La contrepartie de l'engagement des chirur-

giens-dentistes sur des tarifs imposés (RAC à zéro) et de tarifs plafonnés (RAC modéré ou maîtrisé) porterait sur la revalorisation du prix des « soins conservateurs » sur le traitement des caries, le détartrage, les restaurations coronaires, les inlays-onlays, les scellements de sillons, l'endodontie et les avulsions et actes chirurgicaux sur les dents temporaires et définitives. Cette revalorisation représente une augmentation de gains pour les dentistes de 230 millions d'euros.

Cet accord représente un coût global pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire de 1,2 milliard d'euros sur la période 2017-2023 (700 millions pour la Sécu, 500 millions pour le complémentaire), 704 millions sur la revalorisation des actes conservateurs, 371 millions pour l'amélioration des remboursements des assurés et 108 millions sur les actes de prévention.

À votre avis, qui va payer ? Et toujours rien de prévu pour les plus démunis, qui n'ont pas les moyens de se payer une complémentaire.

L'OPTIQUE

La prise en charge des soins d'optique est de 4 % par l'assurance maladie, 74 % par les complémentaires santé et 22 % par les ménages.

Dans le cadre des concertations, il est envisagé – sans que cela ne soit arbitré – une prise en charge dans le cadre du RAC à 0 et un désengagement total de l'assurance maladie en dehors de celui-ci, laissant l'entièreté de la dépenses sur les complémentaires et les ménages...

QUELS ÉQUIPEMENTS DANS LE CADRE DU RAC 0 ?

Les équipements qui valent au maximum 95 € (monture + les 2 verres simples), jusqu'à 265 € (monture + les 2 verres très complexes) entreront dans le cadre du RAC 0. Pour les verres progressifs, les prix maxima pourront varier de 180 à 370 €.

Dans tous les cas, le prix de la monture ne pourra excéder... 30 € ! Ceux qui voudront des montures de meilleure qualité, pourront bénéficier de leur remboursement intégral sur les verres dans la limite décrite ci-avant et en enlevant les 30 € pour leur monture...

De plus, il faudra intégrer dans cette négociation la

prescription et la fourniture de lentilles de contact, ce qui à ce jour ne fait l'objet d'aucune communication. Lentilles de contact à quels tarifs pour quelles qualités ?

Avec de tel montant, quand on connaît les coûts de l'optique aujourd'hui, on ne peut qu'avoir des craintes et des doutes sur la qualité des équipements à ces niveaux de prix.

Là encore, rien n'est dit ou prévu pour les patients n'ayant pas les moyens d'avoir une complémentaire santé prévoyant l'optique – qui sont par ailleurs toujours plus coûteuses.

Notre pays compte 6 millions de malentendants dont 2,5 à 3 millions devraient être équipés d'audioprothèses. Seuls 1,5 le sont. Triste et inadmissible constat, mais là aussi le gouvernement va tout régler ! Comment ?

Des concertations sont en cours entre le ministère des Solidarités et de la Santé et les professionnels de santé pour établir des prix limite de vente dans le cadre du RAC 0. Comme pour le dentaire, cela se ferait par étape : 1300 € par oreille en 2019, puis 1100 € en 2020 et 950 € à partir de 2021.

Si les appareils proposés dans le cadre du RAC à zéro ne conviennent pas, les patients pourront choisir hors panier de soins, opter pour des appareils plus chers et se faire rembourser par leur complémentaire santé dans les limites de leur contrat.

En audioprothèse, il était question d'instaurer des tarifs plafond (comme en optique), que ce soit pour les appareils de classe I comme de classe II. Les audioprothésistes ont obtenu l'abandon de plafonnement de tarifs en dehors du reste à charge à zéro, et donc la totale liberté tarifaire avec le fort risque sur les audioprothèses non plafonnées. On passe d'une situation où des prix plafond devaient être fixés sur l'ensemble des prothèses auditives à une liberté tarifaire sur les prothèses de classe I et II (hors panier de soins) et un encadrement tarifaire sur les prothèses déterminées dans le panier de soins et dont on ignore le périmètre exact avec un RAC à 0 – mais à quel niveau ?

Une fois encore, rien de précis pour les patients sans complémentaire.

Voilà à ce jour ce qui est dans les tuyaux du gouvernement concernant le dentaire, l'optique et l'audioprothèse. Sur ces seuls trois secteurs, les patients

payent directement 4,5 milliards d'euros chaque année et 64 % des patients les plus démunis renoncent aux soins faute de pouvoir se payer une complémentaire.

Pris dans sa globalité, le reste à charge pour les patients s'est élevé à 16,5 milliards d'euros pour l'année 2015. On est bien au-delà des quelques dizaines de millions d'euros que la ministre dit vouloir débloquer pour régler le problème qui impacte notamment et particulièrement les plus démunis.

Bien sûr, ces restes à charge peuvent être pris en charge en totalité ou partiellement par



les complémentaires «santé», mais c'est en fonction des contrats, du niveau de prestation et donc aussi du montant de la cotisation que paye le patient. Pour le reste, en l'absence de complémentaire santé, c'est à la charge des malades. Les derniers chiffres communiqués par la Dress (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé) font état que 6 % de la population n'a pas de complémentaire santé. Ce chiffre grimpe même à 16 % pour les allocataires du minimum vieillesse.

Cet état des lieux, cette réalité actuelle de ce qu'est dans sa globalité le reste à charge pour les patients indique de facto que nous sommes déjà dans un système où le droit et l'accès aux soins dépendent des ressources financières dont disposent les patients pour se payer une complémentaire santé ou directement le reste à charge. Rien aujourd'hui dans ce qu'indique vouloir faire le gouvernement ne règlera le problème, mais au contraire ne pourra que l'accentuer. En transférant encore plus vers les complémentaires santé la prise en charge des frais de soins de santé, cela ne pourra que se traduire par l'augmentation du coût de la cotisation, ce qui réjouit déjà nombre d'organismes du privé, notamment les sociétés d'assurance... Le gouvernement est en train de réaliser leur rêve : faire main basse sur les milliards de la Sécurité sociale ! Aujourd'hui, 30 % de la popu-

lation déclare avoir dû renoncer à un ou plusieurs soins – 64 % chez les plus démunis. Le désengagement de la Sécurité sociale au profit de l'assurantiel privé ne pourra qu'augmenter ces chiffres.

URGENCE DE RECONQUÉRIR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Délais de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous pour certaines spécialités, engorgement des urgences, multiplication des déserts médicaux... Le système de santé est de plus en plus sous tension. Mais c'est l'augmentation du reste à charge supporté par les ménages qui illustre de la manière la plus concrète le recul de notre Sécurité sociale solidaire par rapport à ses ambitions d'origine.

C'est pourquoi il est indispensable de reconquérir une Sécurité sociale solidaire, fondée sur le principe : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Il s'agit de réhabiliter les principes fondateurs que sont la solidarité et l'universalité et d'imaginer la Sécurité sociale du XXI^e siècle pour une Sécurité sociale intégrale couvrant 100 % des besoins, basée sur le principe d'un «recouvreur» unique et d'un payeur unique.

Vous ne voulez pas en rester-là ! Ensemble, dans le syndicat, nous serons plus forts.

Bulletin de contact et de syndicalisation

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Âge : _____ Profession : _____

Entreprise (nom et adresse) : _____

Bulletin à renvoyer à La CGT, espace Vie syndicale, case 5-1, 263 rue de Paris – 93516 Montreuil Cedex,
téléphone : 01 55 82 81 94, fax : 01 48 51 51 80, courriel : orga@cgt.fr. **Vous pouvez aussi adhérer en ligne sur www.cgt.fr**