

En finir avec les Restes à charge en santé

Chiffres clés

Restes à charge moyen par an et par français en 2018 (DREES)

- ▶ 7% des dépenses de santé soit **214 euros**.

*Analyse des Restes à charge sur les fauteuils électriques AFM-Téléthon (mai 2019)**

- ▶ 60% des personnes ont des Restes à charge dont **37%** de **plus de 1000€** et **10%** plus de **5000€**

**Analyse de 561 dossiers concernant des malades neuromusculaires*

Les Reste à charge des personnes atteintes par un Cancer : RAPPORT 2018/2019 DE L'OBSERVATOIRE SOCIÉTAL DES CANCERS, La Ligue Contre le Cancer

- ▶ **44%** des personnes atteintes d'un cancer ont des Restes à charge malgré une prise en charge à 100% dans le cadre de l'Affection de Longue Durée (ALD)

Sondage BVA France Assos Santé (octobre 2019)

- ▶ **58%** ressentent une hausse du Reste à charge. Ce chiffre monte à **67%** pour les malades chroniques
- ▶ **41%** renoncent ou reportent des soins du fait des Restes à charge
- ▶ **67%** confrontés à des dépassements d'honoraires au moins de temps en temps dont 30% souvent.

Enquête Restes à charge « invisibles » France Assos Santé, FNATH et UNAF (octobre 2019)

- ▶ **87.4%** ont des frais liés à leur santé non remboursés par l'Assurance Maladie et/ou la complémentaire santé
- ▶ **1000€** de Restes à charge moyen sur les 12 derniers mois
- ▶ **71.4 %** renoncent à des dépenses de santé
- ▶ **54.3%** en difficultés financières du fait de ces Restes à charge

Comment est défini le reste-à-charge des ménages ?

Il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire ([Drees](#))

Une définition incomplète

- ▶ Le calcul du reste à charge ne tient pas compte de l'ensemble des dépenses de santé, directes et indirectes, qui peuvent représenter des montants importants :
 - ⇒ Exemples : solution hydroalcoolique, protection d'incontinence, sérum physiologique, séances psychologue, frais de transports et de parking pour se rendre aux consultations, coût de l'adhésion à une complémentaire santé ...

Constats

- ▶ Les communications officielles sur le reste-à-charge des ménages masquent des disparités très importantes et ne rend pas compte de dépenses parfois très élevées.
- ▶ L'indicateur concernant le taux moyen de dépassement d'honoraires ne rend pas compte de la réalité pour les usagers sachant que La proportion de médecins spécialistes exerçant en secteur 2 est passée de 40% en 2009 à 47 % en 2018.
- ▶ Les ménages financent directement 10,5 % des soins de ville en 2018 (soins de médecins, soins d'infirmiers, analyses de laboratoires, etc.) contre 2% des soins hospitaliers.
- ▶ Les soins de ville, comprenant les dépassements d'honoraires et les soins dentaires prothétiques, représentent environ 40 % de la participation des ménages.

Les dispositifs mis en place pour diminuer le reste-à-charge des ménages

- ▶ Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) : dispositif visant à limiter les dépassements d'honoraires. Les médecins exerçant en secteur 2 et ayant souscrit à l'OPTAM s'engagent à limiter leur dépassement d'honoraire.

- ▶ Le prix de certains dispositifs médicaux est plafonné, mais reste parfois très supérieur à la base de remboursement de l'Assurance maladie.
- ▶ Réforme **100% Santé** : proposition d'un panier de soins et d'équipements en audiologie, en optique et en dentaire, pris en charge à 100% par le remboursement combiné de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.
- ▶ La Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et le Fond de compensation, interviennent pour la prise en charge de certains restes à charge liés au handicap.
- ▶ Les commissions d'aides sanitaires et sociales des caisses primaires d'assurance maladie et des complémentaires santé peuvent aider les patients qui, en raison de leur situation financière, ne peuvent faire face aux restes-à-charge qui leur sont facturés.
- ▶ De nombreuses associations viennent en aide aux patients exposés à des restes-à-charge trop élevés au regard de leurs situations financières.

Difficultés pour les usagers

- ▶ **Non identifiés dans les statistiques officielles, les restes-à-charge « invisibles » échappent de fait aux actions visant leur prise en charge.**
- ▶ Les soins délivrés par les médecins en secteur 2 sont moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire que ceux délivrés par un médecin en secteur 1 ou en secteur 2 adhérent à l'OPTAM (15,10 euros *versus* 16,50 euros). Or il n'est pas toujours possible de trouver un praticien exerçant en secteur 1.
- ▶ Le parcours de soins coordonnés mis en place en 2004 induit, pour les personnes n'ayant pas déclarées de médecin traitant ou consultant un spécialiste sans passer par le médecin traitant, un moindre remboursement par l'Assurance maladie (30% *versus* 70%) et un non remboursement par leur complémentaire santé dans le cadre des contrats « responsables ». Or tous les patients ne parviennent pas à trouver un médecin traitant.
- ▶ Les franchises médicales et les participations forfaitaires font peser des restes-à-charge non remboursables sur les personnes les plus malades, recourant le plus au système de santé. Elles peuvent en outre être recouvrées sur des prestations comme les indemnités journalières et les pensions d'invalidité et ce jusqu'à 5 ans après leur constatation.
- ▶ La notion de « soins de confort » (certains médicaments non remboursés, séances de sophrologie...) minimise le grand intérêt que présentent ces soins pour certains patients.
- ▶ Le [sondage BVA réalisé par France Assos Santé](#) en octobre 2019, indique que seulement 3% des répondants ressentent une baisse des restes à charge. 45% renoncent ou reportent des soins pour des raisons économiques (restes à charge et avance de frais).

- ▶ Un certain nombre de situation échappe encore à la réforme 100% santé (ex : implantologie en dentaire alors que les prothèses dentaires classiques ne sont pas toujours possibles).

Propositions

- 1. Développer des modalités d'enquêtes innovantes pour « capturer » l'ensemble des restes-à-charge directement ou indirectement liés à la santé des patients et de leurs proches.**
- 2. Concevoir des dispositifs de prise en charge plus personnalisés en fonction, notamment, de l'état de santé et du reste-à-vivre des personnes malades et/ou en situation de handicap.**
- 3. Instaurer des prix limites de vente en cohérence avec les tarifs de remboursements pour tous les biens médicaux.**
- 4. Supprimer le secteur au 2 au profit du secteur 2 OPTAM sous 2 ans.**
- 5. Evaluer l'impact du « parcours de soins coordonnés » sur le reste-à-charge des assurés.**
- 6. Inscrire par décret la suppression de la majoration de participation des assurés pour non-respect du parcours de soins lorsqu'ils n'ont pas pu trouver de médecin traitant.**
- 7. Interdire le prélèvement des franchises médicales et participations forfaitaires sur les indemnités journalières et les pensions d'invalidité.**
- 8. Ramener le délai de récupération des franchises médicales et des participations forfaitaires à 2 ans.**
- 9. Supprimer les franchises médicales sur les médicaments génériques ou biosimilaires**