

# NOTE DE POSITION

Pour un régime unique d'Assurance  
maladie avec une prise en charge à 100%  
d'un panier de soins à la hauteur des  
besoins et une suppression des  
dépassements d'honoraires

## Table des matières

### Regard sur le rapport du HCAAM « 4 scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire »..... 3

1. Maintien de l'architecture actuelle et mesures correctives pour lutter contre certaines inégalités..... 6
2. Une complémentaire santé obligatoire ..... 7
3. L'extension de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire : Le 100% Sécu. 8
4. Libéraliser le marché de la santé en séparant les paniers de soins publics et privés... 10

### Proposition de France Assos Santé ..... 11

1. Un régime universel pour l'ensemble des personnes résidant sur le territoire quel que soit leur statut ..... 11
  2. Une interdiction des dépassements d'honoraires..... 12
  3. Un panier de soin public à la hauteur des besoins de chacun et défini avec les représentants d'usagers ..... 13
- Comment assurer la soutenabilité financière de ce système de santé ?..... 15

### Mesures correctives alternatives.....19

1. Généraliser le tiers-payant.....19
2. Un véritable contrat solidaire de complémentaire santé.....19
3. Un crédit d'impôt sur les cotisations des contrats individuels.....20
4. Encadrer les dépassements d'honoraires.....20
5. Développer des financements innovants pour les dépenses de santé peu ou pas prises en charge.....21
6. Elargir et assouplir le panier de soins 100% Santé.....21
7. Plafonner les restes à charge hospitaliers.....22

Cette note de position se décompose en deux parties, dans la première partie France Assos Santé fait part de ses commentaires et se positionne concernant chaque scénario développé dans le rapport du HCAAM de janvier 2022. La seconde partie développe notre proposition ambitieuse d'un système de protection sociale unique permettant de répondre aux besoins de santé de l'ensemble de la population quelle que soit sa situation.

## *Regard sur le rapport du HCAAM « 4 scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire »*

Le rapport du HCAAM du 07 janvier 2022 présente 4 scénarii d'évolution de l'articulation entre Sécurité Sociale et assurance maladie complémentaire, mais n'a pas vocation à sélectionner un scénario parmi les 4, mais bien d'apporter des solutions à tout, ou partie, des défis à venir et des constats posés concernant notre système de prise en charge.

France Assos Santé et les associations d'usagers partagent depuis des années l'ensemble des défis identifiés et des constats du HCAAM et s'est prononcé à de nombreuses reprises sur une nécessaire évolution du système de protection sociale.

### **Quels sont les défis et les enjeux identifiés ?**

- Le vieillissement de la population, et l'évolution des maladies chroniques associée, amène à se poser la question de la capacité de notre système de protection sociale à garantir l'accès pour tous à un environnement favorable à la santé et à des soins de qualité.
- L'innovation et les progrès techniques constants qui augmentent le coût des soins lourds et posent la question de la soutenabilité financière et de l'accès aux soins de tous.
- Une approche à court terme qui sacrifie la prévention dont le retour sur investissement est plus lointain.

### **Quels constats ?**

Si notre système de protection sociale, basé sur une prise en charge mixte par différents acteurs des mêmes postes de santé ( Sécurité sociale, assurance maladie complémentaire et usagers), permet en moyenne un large et un haut niveau de couverture avec des restes à charge en santé moyens les moins élevés des pays de l'OCDE, il n'en reste pas moins qu'en détail des problématiques se posent.

- **Un système complexe du fait des prises en charge mixtes des dépenses de santé et de fait couteux en termes de gestion**

Le système de protection maladie français s'est appuyé sur un système mixte entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire privée pour permettre une prise en charge de haut niveau des dépenses de santé. Ce choix de double facturation assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire privée, induit de fait une complexité pour les différents acteurs, mais aussi des coûts de gestion élevés.

La France se situe au deuxième rang après les Etats-Unis en termes de frais de gestion du système de santé, avec environ 7Milliards pour la Sécurité Sociale, soit environ 3.4% de son budget, et 7,6Milliards pour les complémentaires santé soit environ 20% de son budget : les frais de gestion des complémentaires santé ont dépassé ceux de la Sécurité Sociale et sont en constante augmentation à l'inverse des frais de gestion de la Sécurité Sociale qui diminuent, et atteignent un taux 6 fois plus élevé au regard de leurs budgets respectifs.

Par ailleurs, l'accès à un haut niveau de couverture maladie étant soumis à l'adhésion volontaire à une complémentaire santé, il a été nécessaire de mettre en œuvre un certain nombre de dispositions législatives et réglementaires au fil du temps pour permettre un large accès à une complémentaire :

- CMU-Complémentaire, Aide à l'acquisition d'une complémentaire, puis Complémentaire Santé Solidaire
  - Portabilité des contrats de complémentaire collectifs avec maintien des garanties en cas de sortie d'emploi
  - Mise en œuvre des contrats responsables règlementés (98% des contrats actuels) en contrepartie d'une fiscalité avantageuse
  - Obligation des employeurs à souscrire à un contrat collectif pour leurs employés avec prise en charge obligatoire à hauteur d'au moins 50%
  - Dispositions fiscales pour les travailleurs indépendants
- Etc.

Aujourd'hui 96% de la population est de fait couverte par une complémentaire santé. Ainsi c'est 4% de la population qui reste non couverte et donc soumis à des restes à charge potentiellement très élevés et au risque de renoncement aux soins. Ce chiffres masques cependant des disparités fortes selon la situation des usagers : il s'avère que parmi les 20% de population la plus pauvre seuls 88% est couverte malgré les dispositifs (Complémentaire Santé Solidaire) mis en place et ils sont par ailleurs 13% non couverts parmi les chômeurs.

➤ **Un système inégalitaire en termes de couverture maladie complémentaire et de restes à charge**

Malgré le taux moyen important de couverture complémentaire, le reste à charge moyen faible, et les dispositions pour permettre l'accès à la complémentaire des personnes aux revenus modestes, des inégalités importantes demeurent :

- Les personnes les plus précaires sont en proportion plus nombreuses à ne pas bénéficier d'une complémentaire santé : 12% pour les 20% de français les plus pauvres contre 2% pour les 20% les plus aisés.

- Le taux d'effort pour souscrire à une complémentaire santé est plus élevé :
  - Pour les personnes les plus modestes : 10% des revenus pour les 10% de français les plus modestes contre moins de 2% pour les 10% les plus aisés
  - Pour les personnes les plus âgées : 2.9% des revenus pour les 25-45 ans contre près de 7% pour les personnes de plus de 75 ans du fait de la cotisation liée à l'âge et de l'absence de prise en charge partielle par un employeur ou d'avantage fiscal
- Les contrats collectifs offrent une meilleure couverture et sont plus avantageux que les contrats individuels :
  - Ils offrent de meilleures garanties en moyenne : 72 % des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par un contrat de catégorie supérieure, contre 11 % des bénéficiaires de contrats individuels et 50% des contrats individuels ne remboursent pas les dépassements d'honoraires
  - le taux de reversement sous forme de prestation est plus élevé pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels, respectivement 87% des cotisations contre 72%.
  - Une prise en charge partielle des cotisations par l'employeur à hauteur d'au moins 50% pour les salariés du secteur privé et la possibilité de déduire des impôts la part salariale
- Un plafond situé en dessous du seuil pauvreté pour l'accès à la complémentaire Santé Solidaire, une cotisation fonction de l'âge et non des ressources, et un taux de non recours encore élevé.
- Malgré un reste à charge moyen en santé, il existe des disparités importantes avec des restes à charge plus élevés pour les personnes les plus âgées mais aussi les personnes malades : si le reste à charge moyen après intervention de l'Assurance maladie obligatoire était de 620€ en 2017, 10% avaient des restes à charge de plus de 2200€ et 1% de plus de 5400€ dont pour plus de la moitié de dépassements d'honoraires.

Concernant le sujet des Restes à charge, France Assos Santé rajoute aux constats du HCAAM la question des « **restes à charge invisibles** », c'est-à-dire les dépenses en lien avec la santé qui ne sont ni remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, ni par les complémentaires santé et passent donc ainsi sous les radars des comptes sociaux. Il peut s'agir de dépenses pour du petit matériel médical : seringues, compresses, masques, matériel de kinésithérapie, de produits d'hygiène (sérum physiologiques, gel hydroalcoolique, pastilles de stérilisation.), ou encore de soins de support (ostéopathe, diététicien, soutien psychologique) ou de frais de transports ou d'hébergement pour se rendre à des consultations médicales, non remboursés. Une étude réalisée en 2019 par France Assos Santé portant sur 351 personnes atteintes d'une

maladie chronique, en situation de handicap, ou aidante, a révélé qu'en moyenne ces frais atteignaient **1000€ par an**, en plus des autres restes à charge déjà comptabilisés.

Afin de répondre à ces défis et constats le HCAAM a développé 4 scénarii, mais précise que la question des Dépassements d'honoraires sera étudiée ultérieurement, lors de travaux concernant la médecine spécialisée, et de ce fait ne propose pas de mesures spécifiques sur ce point, si ce n'est de proposer de faire une analyse de ces derniers.

France Assos Santé considère que le sujet des **dépassements d'honoraires** aurait mérité d'être développé dans ce rapport, tant ils sont une source importante de restes à charge et seront amenés à l'être encore davantage à l'avenir si rien ne vient les encadrer :

Le taux moyen de dépassement d'honoraire a en moyenne baissé de 9 points entre 2012 et 2020 passant de 55,4% à 46,5%, mais parallèlement le nombre de médecins installés en secteur 2 est quant à lui passé de 37% en 2010 à 50% en 2020, et ira en s'accroissant puisqu'en 2020 ce sont 67% des spécialistes nouvellement installés qui se sont installés en secteur 2. Rappelons que les dépassements d'honoraires constituent la source de restes à charge la plus importante pour les personnes ayant les restes à charge les plus élevés, et notamment pour les personnes malades nécessitant un recours important aux soins qui s'avèreront pénalisés par la difficulté à trouver des médecins exerçant en secteur 1. La question des inégalités sociales ne peut être traitée en profondeur sans une politique volontariste pour mettre fin aux dépassements d'honoraires source de renoncements et de profondes inégalités d'accès aux soins

#### **Les 4 scénarii développés par le HCAAM**

Le HCAAM a développé 4 scénarii susceptibles de répondre à tout ou partie des enjeux pour notre système de protection sociale

##### **1. Maintien de l'architecture actuelle et mesures correctives pour lutter contre certaines inégalités**

Le premier scénario maintient l'architecture actuelle du co-financement AMO/AMC en proposant des ajustements pour corriger certaines inégalités d'accès aux soins, liées à l'âge et au statut professionnel. Cette première proposition incluait dans ses premières versions la possibilité de boucliers sanitaires, qui en a finalement été retirée, considérant que cela modifiait trop le schéma actuel contrairement à l'ambition initiale. Néanmoins le HCAAM a proposé une annexe développant cette option.

Ce système propose par exemple de simplifier les remboursements :

- Réduire le nombre de taux de remboursement des médicaments
- Instaurer des forfaits à l'hôpital, par séjour ou par bénéficiaire

Mais aussi de :

- Généraliser le Tiers-Payant
- Elever le plafond de la Complémentaire Santé Solidaire pour les personnes âgées
- Améliorer la couverture complémentaire des travailleurs précaires (CDD, temps partiel) avec des obligations des employeurs,
- Permettre aux micro-entrepreneurs et exploitants agricoles de déduire leur cotisation complémentaire de leurs bénéfices imposables (élargir le dispositif Madelin prévu pour les travailleurs indépendants)

Ce scénario présente des éléments intéressants qui permettraient de réduire un certain nombre d'inégalités, notamment pour les personnes âgées. Il présente néanmoins l'inconvénient de maintenir un système de double financements Sécurité Sociale/Complémentaire santé avec la complexité et les coûts de gestion associés, ainsi que toutes les inégalités évoquées qui restent maintenues : contrats collectifs vs contrats complémentaires ; montant des cotisations liées à l'âge et non aux revenus ; taux d'effort plus élevé pour les personnes âgées mais aussi les plus pauvres.

Par ailleurs, il laisse de côté une partie de la population en limitant la hausse du plafond de la Complémentaire Santé Solidaire aux personnes âgées, qui certes, paient les cotisations les plus élevées, mais ne sont pas les seules à en être exclues aujourd'hui :

Des personnes aux chômage, en invalidité, et même bénéficiaires de l'AAH, qui ont des revenus situés au niveau du seuil de pauvreté, sont exclues des contrats collectifs mais également de la Complémentaire Santé Solidaire.

Par ailleurs, limiter l'avantage fiscal aux micro-entrepreneurs et exploitants agricoles, exclut également les inactifs qui souscrivent à des contrats individuels, non négociés, non pris en charge partiellement, et qui paient donc intégralement leur cotisation. Rien n'est prévu pour ces derniers, comme par exemple un crédit d'impôt.

Enfin, la question des restes à charge est peu développée dans ce scénario : quid des franchises, participations forfaitaires et dépassements d'honoraires qui pèsent sur les personnes ayant le plus recours aux soins ? Si une forfaitisation des frais hospitaliers s'avère intéressante, encore faut-il qu'il s'accompagne d'un plafond permettant d'éviter les restes à charge élevés.

## 2. Une complémentaire santé obligatoire

Un second scénario instaure une complémentaire santé obligatoire avec l'objectif de réglementer les contrats et ainsi lutter contre les inégalités liées au statut professionnel en consacrant le principe de la prise en charge Sécurité sociale/complémentaire.

Il y aurait donc une obligation pour toutes les personnes résidant sur le territoire français de s'assurer auprès de complémentaires qui seraient transformés en Service d'Interêt économique général (SIEG)

- Mise en place d'un système de péréquation des risques pour limiter la sélection des « bas risques » par les organismes
- Maintien des contrats collectifs pour les salariés avec participation employeurs
- Accompagnement par l'Assurance Maladie pour les autres pour en trouver
- Contrat obligatoire minimum réglementé équivalent au moins au contrat Collectif actuel
- Différentes options de tarifs, soit libres en comptant sur la loi de la concurrence pour permettre des tarifs avantageux, soit en fonction du risque collectif (celui-ci pourrait être lié ou non aux revenus), soit libres mais avec un écart maximal réglementé entre les cotisations plus basses et plus hautes
- Création d'une instance de discussion associant AMO, AMC et partenaires sociaux
- Possibilité de modulations de garanties par branches professionnelles
- Maintien Complémentaire Santé Solidaire
- Maintien dispositions fiscales actuelles

France Assos Santé ne peut souscrire à cette proposition pour plusieurs raisons :

La question de la liberté de s'assurer est remise en cause, s'agissant d'une obligation de souscrire individuellement à une assurance privée pour un risque strictement personnel, du fait de sa seule résidence en France.

Par ailleurs, il est maintenu un double système de financement avec les frais de gestion associés et peu d'ambition pour lutter véritablement contre les inégalités d'accès. En maintenant la distinction contrat collectif/contrat individuel, les avantages des salariés par rapport aux autres demeurent avec une prise en charge partielle par l'employeur, des modulations de garanties possibles, et des négociations qui permettront des meilleures garanties à des prix attractifs. Les non travailleurs ne bénéficieront d'aucun avantage, pas même d'avantages fiscaux. Enfin, toujours aucune proposition concrète n'est faite concernant les restes à charge, et notamment les dépassements d'honoraires.

### 3. L'extension de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire : Le 100% Sécu

Un troisième scénario propose d'étendre le champ de la Sécurité Sociale en proposant un remboursement d'un panier de soin public à 100% dans l'objectif de simplifier le système de prise en charge avec un acteur unique et de lutter contre les barrières financières d'accès aux soins.

Ce troisième scénario propose donc de supprimer l'ensemble des tickets modérateurs du panier de soins public qui serait à définir.



- Réévaluation des médicaments, notamment ceux dont le service rendu est faible qui pourraient être sortis du panier de soin et meilleur suivi concernant les prescriptions et le respect des indications
- Suppression de l'ensemble des forfaits hospitaliers (forfait journalier, soins coûteux, forfait urgence) qui seraient intégrés aux tarifs de séjour
- Maintien des facturations chambres particulières mais avec une analyse des motifs et de la réelle liberté des patients et possible réévaluation des tarifs sous côtés pour instaurer limitation des tarifs des chambres particulières
- Reflexion autour des franchises médicales et des participations forfaitaires qui pourraient être supprimées ou bien faire l'objet d'un forfait annuel unique
- Panier 100% Santé pour l'optique, audio et dentaire
- Sélection des Dispositifs médicaux remboursables avec instauration d'un Prix Limite de Vente
- Maintien de la Complémentaire Santé Solidaire notamment pour maintien de l'interdiction des dépassements d'honoraires
- Suppression des situations d'exonérations du ticket modérateur existantes, qui n'auront plus lieu d'être, mais maintien d'un statut pour les ALD du fait des règles spécifiques en matière d'Indemnités Journalières, de tarification des professionnels de santé et de connaissance des maladies et des parcours
- Intégration de davantage de prévention dans le panier de soins
- Renforcement des dispositions d'accompagnement vers les personnes plus défavorisées : Aller vers, augmenter les budgets d'Action sociale de l'Assurance Maladie, relance obligation Tiers-Payant pour tous
- Instauration de plus de démocratie en santé : débat annuel parlementaire sur stratégie pluriannuelle santé, associer la Conférence Nationale de Santé (CNS) dans les décisions ou instaurer un Comité du panier de soins associant soit CNS soit instance collegiale associant Ministre, UNCAM, acteurs du système de santé, Représentants des usagers

Ce scénario est celui qui s'approche le plus de la proposition de France Assos Santé, développée plus bas, dans la mesure où elle replace la Solidarité Nationale au cœur la prise en charge de la santé. Néanmoins nous apportons plusieurs questionnements :

Rien n'est dit concernant les régimes spéciaux existants aujourd'hui, y aura-t-il par exemple un maintien de certains régimes spéciaux avec par exemple un Panier de soin plus large que le panier de soin public proposé ? Cela reviendrait à maintenir une inégalité d'accès et une complexité du système.

Les réévaluations des médicaments et la sélection des dispositifs médicaux risquent d'entraîner une restriction pour certaines personnes : des médicaments considérés comme médicaments de confort, peuvent permettre de supporter des traitements lourds, par ailleurs concernant le matériel médical, une normalisation trop stricte et surtout non concertée avec les représentants des usagers concernés, risque d'aboutir à des dispositifs mal adaptés.

L'absence de traitement de la question des dépassements d'honoraires risque d'entraîner, voire de creuser, un système de médecine à deux vitesses avec une inflation de ces derniers.

Même en maintenant la Complémentaire Santé Solidaire en l'état, le risque sera un recours encore moindre qu'aujourd'hui (du fait de la prise en charge à 100% du panier de soins public) et d'exclure des personnes à faibles revenus au regard du faible niveau du plafond de revenus, et donc un renoncement aux soins importants du fait de ces dépassements d'honoraires.

#### 4. Libéraliser le marché de la santé en séparant les paniers de soins publics et privés

Ce dernier scénario propose une vision complètement opposée en décroisant les prises en charge de la Sécurité Sociale et de l'Assurance privée, en partageant le panier de soins permettant de simplifier la régulation actuelle et en misant sur la concurrence pour proposer les meilleures garanties aux meilleurs prix.

- Séparer strictement les paniers de soins publics et privés : les assureurs privés auront un rôle de Supplémentaire et non plus de complémentaire
- Sortir du panier de soins public l'optique, l'audio et le dentaire, pris en charge aujourd'hui majoritairement par les complémentaires
- Sortir du panier de soins public les médicaments remboursés à 15 et 30% et réflexion concernant les médicaments à 65% : soit maintien total, soit uniquement pour ALD, soit réévaluation pour maintien de certains d'entre eux.
- Maintien des médicaments pris en charge à 100%
- Maintien Complémentaire Santé Solidaire avec élargissement panier : médicaments, optique, audio et dentaire
- Réflexion élargissement panier de soins pour les mineurs : prévention bucco-dentaire, audition, vue
- Possibilité pour les Complémentaires Santé de contractualiser avec les professionnels de santé et étendre les réseaux de soins
- Maintien d'un minimum de régulation sur les contrats privés : incitations financières pour respect parcours de soins coordonné ; soins conservateurs dentaires ; médicaments ; contrats régulant les dépassements d'honoraires

France Assos Santé ne peut que s'opposer à ce scénario qui est l'inverse de la Solidarité Nationale, avec un panier de soins public réduit, une part plus grande laissée aux acteurs privés pour la prise en charge des soins, et la régulation du marché de la santé. Ce scénario ne propose aucune mesure concrète pour endiguer les inégalités sociales d'accès aux soins, en ne comptant que sur la loi de la concurrence pour faire baisser les primes d'assurance, un scénario totalement libéral, contraire aux valeurs de solidarité que nous portons.

## Proposition de France Assos Santé

### **Un régime unique d'Assurance Maladie avec une prise en charge à 100%, un panier de soins à la hauteur des besoins et une suppression des dépassements d'honoraires**

France assos santé et les associations d'usagers demandent depuis de nombreuses années que la prise en charge des frais de santé repose sur la Solidarité Nationale, seul système qui garantit un accès juste et équitable et de lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins en permettant à chacun de contribuer selon ses moyens.

La proposition du HCAAM concernant l'extension des remboursements de la Sécurité Sociale est celle se rapprochant le plus de cet objectif, néanmoins plusieurs éléments doivent être pris en compte, pour remplir l'objectif d'accès aux soins de l'ensemble de la population.

#### 1. Un régime universel pour l'ensemble des personnes résidant sur le territoire quel que soit leur statut

Pour aller au bout de l'ambition d'un système solidaire et universel, l'instauration d'un régime unique fusionnant l'ensemble des régimes actuels ainsi que l'Aide Médicale d'Etat (AME) est nécessaire.

Ce régime unique a de multiples bénéfices :

**-Simplification** : un seul système de prise en charge qui simplifiera et clarifiera les démarches pour l'ensemble des acteurs : usagers, professionnels de santé, établissements, Assurance maladie.

**-Economies en termes de frais de gestion** : de fait un système de facturation à un acteur unique entraîne des économies en réduisant drastiquement les frais de gestion de la multiplicité d'acteurs et de systèmes d'informations, et la suppression du financement du panier de soins par les complémentaires permettra d'économiser environ 5.4Milliards d'euros selon les estimations du HCAAM. Rappelons que la France est après les Etats-Unis le pays de l'OCDE où les frais de gestion du système de protection maladie sont les plus élevés.

**-Système égalitaire et juste** : la prise en charge intégrale par la solidarité nationale est le seul système qui garantisse un accès à la santé juste et équitable au regard des inégalités d'accès à la complémentaire santé aujourd'hui, avec un taux d'effort plus élevé pour les personnes âgées et les personnes plus pauvres pour le paiement des cotisations. Il permet par ailleurs, un accès aux personnes les plus éloignées du soin qui peuvent se sentir exclues des dispositions générales et stigmatisées par des dispositions spécifiques, sans compter qu'elles sont les plus exposées aux refus de soins, rappelons l'étude du Défenseur des Droits et du

Fonds CMU-C en 2019<sup>1</sup> qui a mis en avant le taux élevé de refus de soins des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (ex Complémentaire Santé Solidaire)

**-Santé Publique :** Un système universel de prise en charge d'un panier de soins large entrainera un meilleur accès aux soins, notamment pour les personnes en situation précaire qui sont les plus éloignées du soin et les plus vulnérables. Pour rappel le non recours à la Complémentaire Santé Solidaire si situe encore au-dessus de 50%, et idem pour les bénéficiaires de l'AME. La complexité des démarches et la méconnaissance de ces dispositions spécifiques est un frein à leur accès, sans compter la stigmatisation et les représentations associées. L'accès à une couverture maladie unique et simplifiée permettra d'une part de faciliter le recours aux soins, mais aussi à la prévention, sachant que celle-ci est très limitée pour les bénéficiaires dans le panier de soins AME aujourd'hui, alors que leurs conditions de vie sont souvent précaires et entraînent une exposition à des risques sanitaires (maladies infectieuses notamment) plus importante.

Dans le cadre de la crise covid, la précarité est un critère de sur-risque reconnu, non seulement de contracter le covid, mais aussi de développer des formes graves. Par ailleurs, les personnes bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'AME sont sous-vaccinées par rapport à la population générale. Une étude de l'Observatoire Régional de Santé Ile de France<sup>2</sup> concernant l'état de la vaccination en Ile de France à fin novembre 2021, indiquait que les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire n'était que 45% à être vaccinées, les personnes bénéficiaires de l'AME seulement 28%, contre 74.4% de la population générale. Il sera donc nécessaire de développer les démarches attentionnées vers ces populations, et de les informer de leur droit au panier de soins universel, qui aura pour effet de dé-stigmatiser et de lever certaines barrières d'accès.

Le bénéfice d'une couverture maladie universelle et intégrale, simplifiée, permettra l'amélioration de l'état de santé des personnes précaires et entrainera d'une part des économies en évitant l'aggravation des symptômes et des hospitalisations et soins coûteux, et d'autre part d'améliorer l'état de santé de la population générale.

## 2. Une interdiction des dépassements d'honoraires

Sans action sur les dépassements d'honoraires, le risque est de maintenir, voire de renforcer, un accès aux soins à deux vitesses où seules les personnes pouvant payer ces frais, ou une complémentaire santé, dont les cotisations risquent d'être très élevées, du fait de la restriction du champ des complémentaires, pourront accéder aux soins facilement.

Rappelons qu'en 2020, **69% des nouveaux médecins spécialistes se sont installés en secteur 2**, ce taux est en évolution constante (37% de l'ensemble des médecins en 2000 contre 50%

---

<sup>1</sup> <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/etudes-et-recherches/2019/10/les-refus-de-soins-discriminatoires-tests-dans-trois-specialites>

<sup>2</sup> [https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2022/Vaccination\\_Covid/ORS\\_FOCUS\\_vaccination\\_covid.pdf](https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2022/Vaccination_Covid/ORS_FOCUS_vaccination_covid.pdf)

en 2020). Le choix des usagers d'être soigné par un médecin en secteur 1, ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires, est de plus en plus limité, voire inexistant dans certains bassins de vie. Ce choix est déjà restreint par la problématique de la désertification médicale, à laquelle s'ajoute celle des dépassements.

Ceux-ci constituent en outre une part importante des restes à charge, notamment pour les personnes malades, qui sont celles ayant le plus recours aux soins par nature, et notamment aux spécialistes. Elles sont donc les premières pénalisées.

L'évolution des dépassements d'honoraires, entrainera le risque de renoncement aux soins de plus en plus important, avec les conséquences déjà connues d'aggravation de l'état de santé et d'hospitalisations plus coûteuses, ce qui va à l'encontre de l'objectif visé par la Grande Sécu.

### 3. Un panier de soin public à la hauteur des besoins de chacun et défini avec les représentants d'usagers

Le panier de soins public devra être assez large et assez souple pour répondre aux besoins de santé de chacun, et évalué régulièrement par un comité composé de l'ensemble des acteurs concernés, y compris les représentants d'usagers.

Certains soins considérés comme non essentiels pour certains, le sont pour les autres, il est donc difficile de limiter trop le panier de soin. Il doit être laissé la place à l'évaluation médicale pour permettre la prise en charge de certains actes ou soins qui ne seraient pas retenus dans le panier de soin socle, mais justifié médicalement pour certaines pathologies ou certaines situations : exemple des traitements de confort qui permettent de supporter des traitements très lourds ; des forfaits spécifiques permettant de prendre en charge des frais non remboursés (petit matériel médical comme des seringues, masques, gants, pipettes, produits d'hygiène, etc.) mais utilisés régulièrement dans le cadre de certaines pathologies.

Une normalisation trop stricte des dispositifs médicaux, risque d'entraîner également des inadaptations et de l'inconfort pour les patients, notamment concernant le matériel pour personnes en situation de handicap. Là encore les ajustements des matériels doivent être pris en charge.

La concertation et la participation des représentants des usagers doit être réellement effective pour la définition du panier de soins, ce qui n'est aujourd'hui pas le cas.

Pour exemple, la procédure de révision en cours de la nomenclature des Véhicules pour Personnes en situation de Handicap (VPH) a montré plusieurs défauts concernant l'implication des usagers : Premièrement, la procédure de révision de la nomenclature ne prévoit pas formellement en l'état actuel du droit une participation des usagers de VPH : conformément à l'article R.165-9 du Code de la Sécurité Sociale, seuls les fabricants et distributeurs au détail des VP pouvaient présenter des observations écrites ou demander à être entendus par la CNEDiMDTS dans un délai de vingt jours après publication de l'avis de projet de modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise

en charge des VPH. Deuxièmement, en amont de ce projet de modification, le document finalisé n'avait pas été soumis aux associations participant au groupe de travail de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS) : elles ne savaient pas si les remarques formulées lors des discussions dans le groupe avaient été ou pas prises en compte. Le projet de nouvelle nomenclature a donc été publié au Journal Officiel le 24 septembre 2021, sans une pleine participation des personnes handicapées ou de leurs associations à son élaboration. Par ailleurs, les associations ne sont ni consultées ni informées lors des négociations tarifaires menées par la DSS et le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) avec les fabricants et les prestataires: or les usagers ont un regard averti sur les hypothèses de prix, car ils connaissent précisément les matériels, plus ou moins homogènes, qui correspondent aux prix fixés pour chaque catégorie.

Il sera donc essentiel de rendre effective la participation des usagers à l'ensemble des instances de concertation car aujourd'hui les représentants d'usagers sont exclus des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé au sein de l'Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), de la négociation des prix des médicaments au sein du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS), et n'a pas de voix délibérative au sein du Haut Conseil de la Nomenclature (HCN), alors même qu'ils sont directement concernés par ces enjeux. De même, si l'avis de France Assos Santé est requis pour les grandes politiques de santé, leur avis n'est pas requis pour les questions financières, et notamment le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS)

### **Intégrer la prise en charge de la prévention dans le panier de soin**

Le champ de la prévention et de la promotion de la santé est encore trop peu développé et pris en charge. Si depuis 2016 l'Activité Physique Adaptée pour les personnes en ALD peut être prescrite, celle-ci n'est pas prise en charge, alors que les bénéfices de l'activité physique sont reconnus aussi bien en prévention primaire que tertiaire et permet d'éviter de nombreuses maladies chroniques ou des aggravations, coûteuses pour le système de santé.

Si nous saluons la prise en charge de séances de suivi psychologique à partir d'avril 2022, qui constitue une réelle avancée, sachant notamment que les dépenses en santé mentale constituent un des postes principaux de l'ensemble des dépenses de santé avec une consommation importante de psychotropes, il sera nécessaire d'évaluer si ces dispositions permettent de répondre réellement aux besoins. Evaluer les résultats en matière de prévention de l'aggravation des situations de détresse psychologique qui devraient se traduire par une baisse de la consommation de psychotropes, d'hospitalisations et de suicides.

Plus généralement nous demandons qu'une consultation préventive, aussi bien concernant la santé physique que psychologique, soit prise en charge à chaque moment clé de la vie (adolescence, entrée vie adulte, milieu de vie, âge de la retraite).

## Comment assurer la soutenabilité financière de ce système de santé ?

Le HCAAM a évalué le coût de la prise en charge intégrale par la Sécurité Sociale, avec un panier de soins large intégrant notamment tous les restes à charge obligatoires (Ensemble des tickets modérateurs, Forfaits hospitaliers, franchises et participations forfaitaires), à 22Milliards d’Euros et des économies de frais de gestion autour de 5.4 Milliards.

Il expose des propositions en termes de nouvelles recettes qui seraient donc nécessaires :

- Rediriger les cotisations obligatoires complémentaires santé des employeurs vers la Sécurité Sociale
- Augmenter certaines taxes, CSG, TVA : cela serait compensé par les économies des cotisations complémentaires, sachant que 96% de la population en ont une > mais cette hausse serait très mal vécue par les citoyens du fait de l’importance des prélèvements obligatoires ressentie par la population.

D’autres leviers d’économies existent pour éviter d’alourdir la charge des français, notamment :

### **Agir sur la pertinence des soins** (actes et hospitalisations inutiles, redondants, surmédication)

Une politique forte visant à améliorer la coordination des soins ainsi que le développement des systèmes d’informations, permettrait d’aboutir à la réduction des actes redondants et la surprescription, qui sont des pratiques non seulement ruineuses pour notre système de santé, mais qui affectent également la qualité de la prise en charge des patients, voire qui représentent un danger pour leur santé.

La surmédication des personnes âgées notamment entraîne des effets indésirables qui peuvent être graves, des risques de chutes, et des hospitalisations ainsi qu’une perte d’autonomie accélérée, avec un surcoût certain pour la Sécurité Sociale.

De nombreuses hospitalisations d’urgence, coûteuses, pourraient également être évitées si une offre de soins primaires suffisante était disponible selon l’OCDE<sup>3</sup>

Une offre de soins de suite et de soins à domicile structurée et sécurisée permettrait d’éviter un certain nombre d’hospitalisations inutiles également, selon le même rapport.

Il s’avère donc nécessaire d’accélérer les mesures de MaSanté 2022 avec le déploiement des CPTS, des Maisons de Santé pluridisciplinaire pour permettre l’accès à une médecine de premier recours et une coordination des soins plus efficaces.

La création de postes de référents parcours permettraient d’accompagner cette démarche avec la mise en œuvre d’un suivi des patients aux parcours complexes qui permettraient d’éviter les errances et les suivis médicaux dispersés et non pertinents.

---

<sup>3</sup> <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Lutter-contre-le-gaspillage-dans-les-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-Synth%C3%A8se.pdf>

Enfin le développement de MonEspaceSanté, et l'obligation d'alimentation par les professionnels de santé, serait un levier majeur pour éviter les actes redondants et la surmédication.

### **Revoir les financements à l'acte au profit des financements au parcours, des forfaits, et à la qualité**

Le financement à l'acte induit une course à l'activité, et de fait une multiplication des actes, parfois inutiles et source de dépenses pour l'Assurance maladie. Il est donc primordial d'accélérer les réformes permettant d'intégrer plus de financements aux parcours, notamment dans le cadre des maladies chroniques et situations médicales complexes, de dotations forfaitaires, notamment populationnelle permettant de prendre en compte les besoins réels de la population, et à la qualité avec des résultats et l'expérience patients.

Ces financements permettent un double bénéfice en termes financiers et de qualité des soins mais il est impératif d'y associer les représentants des usagers pour permettre la prise en compte d'indicateurs pertinents.

### **Remettre à plat l'ensemble des aides financières incitatives en supprimant celles qui n'apportent pas les résultats escomptés**

Concernant les aides incitatives à l'installation des médecins dans les zones sous-dotées en offre de soins, un rapport de la Cour des Comptes de 2017<sup>4</sup> dressait un constat sévère :

*« Depuis le milieu des années 2000, plusieurs dispositifs incitatifs ont tenté de corriger la répartition déséquilibrée de l'offre de soins médicaux, y compris de spécialité, sur le territoire. Ces dispositifs sont multiformes (subventions et dépenses fiscales), fragmentés entre plusieurs acteurs (assurance maladie, État et collectivités locales) et de plus en plus nombreux. Si le recul fait défaut pour apprécier la portée des quatre dispositifs instaurés par la convention médicale du 25 août 2016, la plupart des dispositifs antérieurs se sont révélés inopérants ou porteurs d'effets d'aubaine excessifs au regard du volume très limité de nouvelles installations qu'ils ont suscitées - ou accompagnées - dans les territoires qui connaissent un déficit d'offre de soins médicaux de spécialité »*

Sur le sujet de la Rémunération sur Objectifs de Santé, si l'intention est louable et permet d'introduire un financement à la qualité, la problématique reste la définition des indicateurs, tout comme pour les Indicateurs IFAQ des établissements de santé, de laquelle les patients sont exclus. Les résultats et l'expérience patients sont encore trop peu présents, ce qui induit des bénéfices modestes, inconstants, transitoires, portant plus sur les indicateurs de procédures.

Si les incitations à la qualité sont vertueuses pour l'amélioration des soins, la participation des usagers doit être effective pour la définition des indicateurs et l'évaluation, afin de garantir une prise en charge la plus efficiente possible.

---

<sup>4</sup> <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-medecine-liberale-de-specialite.pdf>



Concernant les ROSP, une évolution vers des financements collectifs plutôt qu'individualisés, qui pourraient passer par les CPTS, serait à privilégier pour rompre avec l'exercice encore trop souvent isolé des médecins de ville.

### **Agir sur les prix des médicaments**

Face à l'augmentation considérable des prix des nouveaux médicaments, des adaptations législatives sont nécessaires pour garantir l'accès aux meilleurs soins pour tous et assurer la sauvegarde de notre système de santé solidaire.

Afin d'éviter que le contribuable ne « paye deux fois », une première à travers le financement public de la recherche et développement et une deuxième dans un prix final élevé du médicament, remboursé par l'assurance maladie, nous demandons de prendre en compte, dans la définition du prix, les financements publics qui ont contribué à mettre au point un médicament.

L'Etat contribue en effet, directement ou indirectement, très largement au développement des médicaments arrivant sur le marché : par le financement d'un système d'enseignement supérieur d'excellence formant les scientifiques et chercheurs d'une part, par l'octroi de subventions aux entreprises telles que le crédit d'impôt recherche (CIR) et le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) d'autre part, par l'investissement dans la recherche publique (le secteur public investissant surtout dans les aspects les plus risqués de la recherche, dont la recherche fondamentale appliquée dans sa phase initiale) et le partage des découvertes scientifiques.

France Assos Santé demande de compléter les critères de fixation des prix du médicament qui figurent au code de la sécurité sociale afin que le Comité économique des produits de santé puisse tenir compte des investissements réels au titre de la Recherche et Développement et du financement public de la recherche.

### **Investir sur la prévention et la promotion de la santé**

La prévention reste le parent pauvre du système de santé français, malgré des dépenses qui ne sont pas négligeables en valeur absolue, la politique de prévention et l'investissement demeurent insuffisants pour lui permettre de réaliser les promesses qu'elle porte en elle.

Une vision à plus long terme est nécessaire pour améliorer l'état de santé et permettre des économies substantielles à plus long terme, mais qui permettrait de sauvegarder un système protecteur.

Une véritable politique interministérielle concernant l'éducation à la santé dès le plus jeune âge permettrait de sensibiliser les jeunes sur, d'une part les clés et l'importance de la préservation de son capital santé, mais aussi les rouages de notre système de santé, ainsi que sur les valeurs qu'il sous-tend (universalisme, solidarité, responsabilité...). Cette éducation pourrait s'étaler tout au long de la scolarité et se découper en plusieurs séquences qui s'intégreraient dans les programmes actuels :

Revoir l'activité physique au sein des programmes de l'Education Nationale en l'imbriquant plus avec la notion de santé physique et mentale et également la notion de plaisir, avec une

souplesse dans les choix des disciplines enseignées et une révision du principe de notation, afin de ne pas exclure les enfants ayant des problèmes de santé. Ceci permettrait non seulement d'intégrer dans le quotidien une activité physique qui apporte du bien être, mais aussi d'avoir pleinement conscience des enjeux pour la santé future.

De même concernant l'alimentation, une intégration des enjeux, l'apprentissage du nutriscore, avec des ateliers culinaires, la découverte des saveurs, leurs bienfaits, les risques des aliments trop gras, trop sucrés, trop salés, transformés, en cohérence avec les repas servis à la cantine, serait à rechercher. En complément nous prôtons une obligation de l'affichage du Nutriscore ainsi que des mesures plus strictes concernant les publicités sur les aliments néfastes pour la santé.

Intégrer également les ateliers de sensibilisation aux addictions à plusieurs moments de la scolarité, que ce soit concernant l'alcool, le tabac, les drogues, avec la participation des représentants d'associations concernées. En complément, instaurer notamment une taxe santé sur l'alcool et la fixation d'un prix minimum par unité de boisson, permettraient non seulement de sauver des vies (41 000 décès par an) mais aussi des économies substantielles à termes évaluées à 118 Milliards d'Euros. Une part de ces recettes serait affectée à l'Assurance maladie comme recette complémentaire.

Au-delà de l'éducation à la santé en milieu scolaire, des consultations gratuites à des moments clés de la vie, viendraient compléter le dispositif de prévention, par exemple le risque lié à la surmédication, à la perte d'autonomie, avec l'avancée en âge.

La généralisation des prises en charge de séances de psychologues pour les troubles dépressifs et anxieux modérés, devrait aboutir également à une réduction des dépressions sévères et des suicides.

Concernant les malades chroniques, le développement de l'Education thérapeutique et la prise en charge de l'activité physique sont essentielles pour lutter contre l'aggravation de la maladie et les comorbidités.

Au final un investissement important, mais qui pourrait également produire des recettes immédiates avec la taxation accrue des produits néfastes pour la santé, qui devrait à terme aboutir à une amélioration notable de l'état de santé de la population et de fait à des économies substantielles.

---

## Mesures correctives alternatives

### Pour lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins

A défaut d'une mise en œuvre d'un régime unique d'Assurance maladie permettant une prise en charge intégrale des frais de santé, des mesures correctives pourraient être prises, notamment parmi celles envisagées par le HCAAM :

Dans son premier scénario le HCAAM propose

#### 1. De généraliser le Tiers-Payant

France Assos Santé et les associations d'usagers militent depuis de nombreuses années pour la généralisation du tiers-payant intégral. Pour rappel cette mesure avait été prévue par la loi santé de janvier 2016 et supprimée l'année suivante. Il s'agit d'une mesure vertueuse, qui n'engendrera pas de coûts supplémentaires, et qui est un outil de lutte contre le renoncement aux soins. Un sondage BVA pour France Assos Santé<sup>i</sup>, datant d'octobre 2019 avait mis en avant que les avances de frais étaient un motif de renoncement aux soins pour 30% des répondants.

- D'augmenter le plafond de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) à partir d'un certain âge pour permettre de faire entrer plus de personnes âgées qui paient les cotisations plus élevées, dans ce dispositif.

Nous considérons que cette proposition ne va pas assez loin :

Des personnes plus jeunes, exclues des contrats collectifs, notamment des personnes malades ou en situation de handicap, percevant des prestations qui les situent au-dessus du plafond : chômage, pensions d'invalidité, AAH + Complément de ressources, mais néanmoins au niveau du seuil pauvreté resteraient exclus de ce dispositif car le plafond pour y accéder reste en dessous de ce seuil.

Aujourd'hui le taux de recours à la C2S reste encore trop faible (d'après les estimations moins de 50%) il sera donc nécessaire de faciliter le recours avec des études de droit automatique

Nous proposons une mesure plus juste

#### 2. Créer un véritable contrat solidaire de complémentaire santé

- Un contrat responsable, qui pourrait reprendre le panier de soins C2S, dont les cotisations, qui seraient modérées par rapport au marché de la complémentaire, seraient modulées en fonction des revenus et non de l'âge, avec un plafond à hauteur du SMIC brut : cela

---

permettrait une meilleure mutualisation, sachant qu'une proportion non négligeable de jeunes, avec des faibles risques, seraient éligibles à cette disposition.

Une autre option consisterait à créer **un contrat de complémentaire santé accessible à l'ensemble de la population, géré par l'Assurance maladie obligatoire**. Il y aurait alors un droit d'option entre ce contrat et un contrat géré par un organisme complémentaire d'Assurance maladie. Les cotisations de ce contrat seraient fonction des ressources avec un panier de soins équivalent à celui du contrat responsable.

- D'instaurer un avantage fiscal pour les micro-entrepreneurs et exploitants agricoles en leur permettant de déduire les frais liés à la souscription d'un contrat santé

Encore une fois cette disposition doit aller plus loin. Nous proposons :

### 3. Un crédit d'impôt sur les cotisations des contrats individuels

**Permettre à toutes les personnes exclues des contrats collectifs et de la C2S, de bénéficier d'un crédit d'impôt sur les cotisations de leur complémentaire santé** : car ceux-ci ne bénéficient d'aucun de ces avantages contrairement aux salariés qui ont une prise en charge partielle par l'employeur et la possibilité de déduire la part salariale des revenus déclarés. Cette mesure permettrait de limiter les inégalités d'accès à la complémentaire santé.

Nous proposons en outre de mettre en œuvre des dispositions complémentaires pour lutter contre les restes à charge. Le sondage BVA pour France Assos Santé d'octobre 2019 indiquait **que 41% des répondants avaient renoncé à des soins à cause de reste à charge trop importants**.

### 4. Encadrer les dépassements d'honoraires

**En 2020, 67% des nouveaux médecins spécialistes se sont installés en secteur 2**, ce taux est en évolution constante (37% de l'ensemble des médecins en 2000 contre 50% en 2020). Le choix des usagers d'être soigné par un médecin en secteur 1, ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires, est de plus en plus limité, voire inexistant dans certains bassins de vie. Ce choix est déjà restreint par la problématique de la désertification médicale, à laquelle s'ajoute celle des dépassements.

Ceux-ci constituent en outre une part importante des restes à charge, notamment pour les personnes malades, qui sont celles ayant le plus recours aux soins par nature, et notamment aux spécialistes. Elles sont donc les premières pénalisées.

L'évolution des dépassements d'honoraires, entrainera le risque de renoncement aux soins de plus en plus important, avec les conséquences déjà connues d'aggravation de l'état de santé et d'hospitalisations plus coûteuses.

---

A défaut d'une interdiction, des mesures correctives peuvent être mises en place, avec l'objectif d'aboutir à une offre de secteur 1 suffisante sur l'ensemble du territoire :

- **Durcir les conditions d'accès au secteur 2** (soit en fonction des territoires, soit critères d'ancienneté)
- **Prévoir un temps obligatoire d'activité à tarif opposable** pour l'ensemble des médecins libéraux
- **Supprimer les DH pour les soins, prestations et actes en lien avec une ALD** (dans la mesure où ils sont plus susceptibles de consulter des médecins, ils cumulent les DH)
- **Limiter les DH à hauteur de 100% du tarif sécu pour tous**
- **Interdire les DH dans les établissements publics** ( disposition intégrée dans la LFSS 2016 puis annulée l'année suivante)

#### 5. Développer des financements innovants pour prendre en compte des dépenses de santé peu ou pas prises en charge

En dehors des restes à charge identifiés dans les comptes sociaux, les personnes malades et en situation de handicap, font face à de nombreuses dépenses pour leur santé non comptabilisées : Frais de transports, parking, péages non remboursés, produits d'hygiène indispensables, frais d'hébergement pour rendre visite à des enfants ou conjoints hospitalisés loin du domicile sur de longues durées, petit matériel médical, séances d'ostéopathie, diététicien, psychologue ou encore produits dermatologiques tels que des crèmes solaires pour des personnes prenant des traitements photosensibilisant, frais d'épilation pour les traitements provoquant de l'hirsutisme, ou bien surcoûts liés à l'alimentation pour des intolérances ou la nécessité d'une alimentation hypercalorique, ou encore des vêtements adaptés. Une diversité de restes à charge identifiés lors d'une étude menée par France Assos Santé à l'automne 2019 à laquelle 351 personnes malades, en situation de handicap ou aidantes ont répondu.

En moyenne ce n'est pas moins de 1000€ par an qui sont dépensés par les répondants uniquement pour ces frais, et qui s'ajoutent aux restes à charge plus classiques (dépassements d'honoraires, franchises, participations forfaitaires, etc.)

Nous demandons donc l'instauration de prises en charge permettant de faire face à ces restes à charge nombreux, **cela pourrait se traduire par des forfait complémentaires au panier de soin**, attribué en fonction des situations médicales avec l'accord du médecin Conseil.

#### 6. Elargir et assouplir le panier de soins 100% Santé

Nous proposons de faire évoluer le panier de soins 100% Santé afin de répondre à l'ensemble des besoins médicaux.

---

Concernant le périmètre actuel, optique, dentaire et audioprothèse, si le panier de soins couvre la majorité des besoins, des besoins médicaux spécifiques restent néanmoins exclus, notamment, certaines personnes atteintes de pathologies particulières comme le syndrome de gougerot qui provoque une sécheresse oculaire, nécessitent des verres polarisés. Or le panier optique n'intègre pas ce traitement.

Concernant le volet dentaire, certaines malformations de la mâchoire excluent la pose de prothèse classique et nécessitent le recours à l'implantologie, non prise en charge.

En audio, des troubles spécifiques semblent également nécessiter des options non prévues dans le panier 100% Santé.

D'autre part, nous proposons d'intégrer les autres dispositifs médicaux qui entraînent des restes à charge très élevés, comme le matériel médical pour personnes handicapées, dans le 100% Santé. Pour ce faire une règlementation des tarifs cohérente avec les bases de remboursement Sécurité Sociale, devra être mise en œuvre.

Pour répondre de manière adaptée aux besoins médicaux, une souplesse est à rechercher, dès lors qu'ils sont justifiés médicalement, et prévus dans le périmètre du panier de soins 100% Santé, celui-ci doit s'appliquer.

## 7. Plafonner les reste-à-charge hospitaliers

La question des restes à charge hospitaliers a été particulièrement mise en lumière lors de la crise Covid avec des restes à charge facturés aux patients hospitalisés pouvant s'élever parfois à des milliers d'euros. La problématique se pose essentiellement pour les personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé, qui représente environ 3 millions de personnes (soit 4% de la population) et parmi elles de nombreuses personnes en situation de précarité (12% des 20% de personnes les plus pauvres sont sans complémentaire santé, y compris sans C2S)

Cette problématique va au-delà de crise covid sachant qu'une étude sur les restes à charge hospitaliers (Ticket modérateur + Forfait journalier) réalisée sur la base des données PMSI de l'AP-HP, effectuée en 2016<sup>1</sup>, révélait que le reste à charge moyen par séjour se situait autour de 250€ mais celui des personnes non exonérées de ticket modérateur était de 785€. Par ailleurs une analyse du dernier décile des restes à charge les plus élevés fait état d'un reste à charge moyen pour les personnes de plus de 70 ans assujetties au ticket modérateur de 2475€ et pour les enfants soignés pour une bronchiolite ou problèmes digestifs, de 1741€. Nous demandons donc que des dispositions permettant d'exonérer les personnes hospitalisées du ticket modérateur et du forfait journalier (notamment pour les personnes en ALD qui bien qu'exonérées du TM dans le cadre de leur ALD peuvent avoir des frais élevés de forfait journalier liés à des séjours prolongés ou itératifs) au-delà d'un plafond annuel à déterminer.

---

La question des chambres individuelles doit également être traitée, une réglementation des tarifs à minima doit être mise en œuvre, ainsi que des mesures pour s'assurer de l'effectivité de la liberté réelle de choix des patients.