Restrictions des Français pour leur santé

- **Pour le CREDOC Juillet 2010**: ***13% des Français (8 millions de personnes) déclarent s'imposer des restrictions budgétaires en matière de soins médicaux*** contre 3% en 1980

- **Pour la Baromètre du Cercle Santé et Société Octobre 2010**: ***23% des Français ont renoncé ou repoussé des soins*** et 12% de plus disent que cela risque d'arriver ***(contre 11% en 2009 !)***
49% des Français pensent que leur système de santé ne garantit pas l'égalité d'accès aux soins

Restrictions des Français pour leur santé

Explosion du reste à charge des familles

- **Le budget santé des ménages explose + 52% entre 2001 et 2008**: les Français ont consacré 600 euros en moyenne en 2008 pour se soigner contre 400 euros en 2001, selon une étude de l'UFC-Que Choisir.

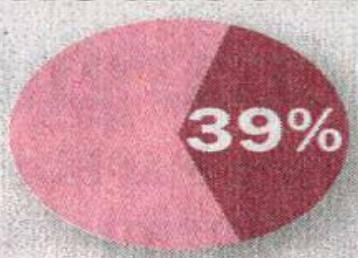
- **Le Monde 14 Octobre**: en 2010, **le reste à charge pour les soins courants est de 45%,** et pour les ALD de 15%

- **En 2011 augmentation des mutuelles de 8 à 11%**, sans tenir compte des nouvelles mesures pour l'ALD et pour le secteur optionnel

Inégalité d'accès aux soins 2008

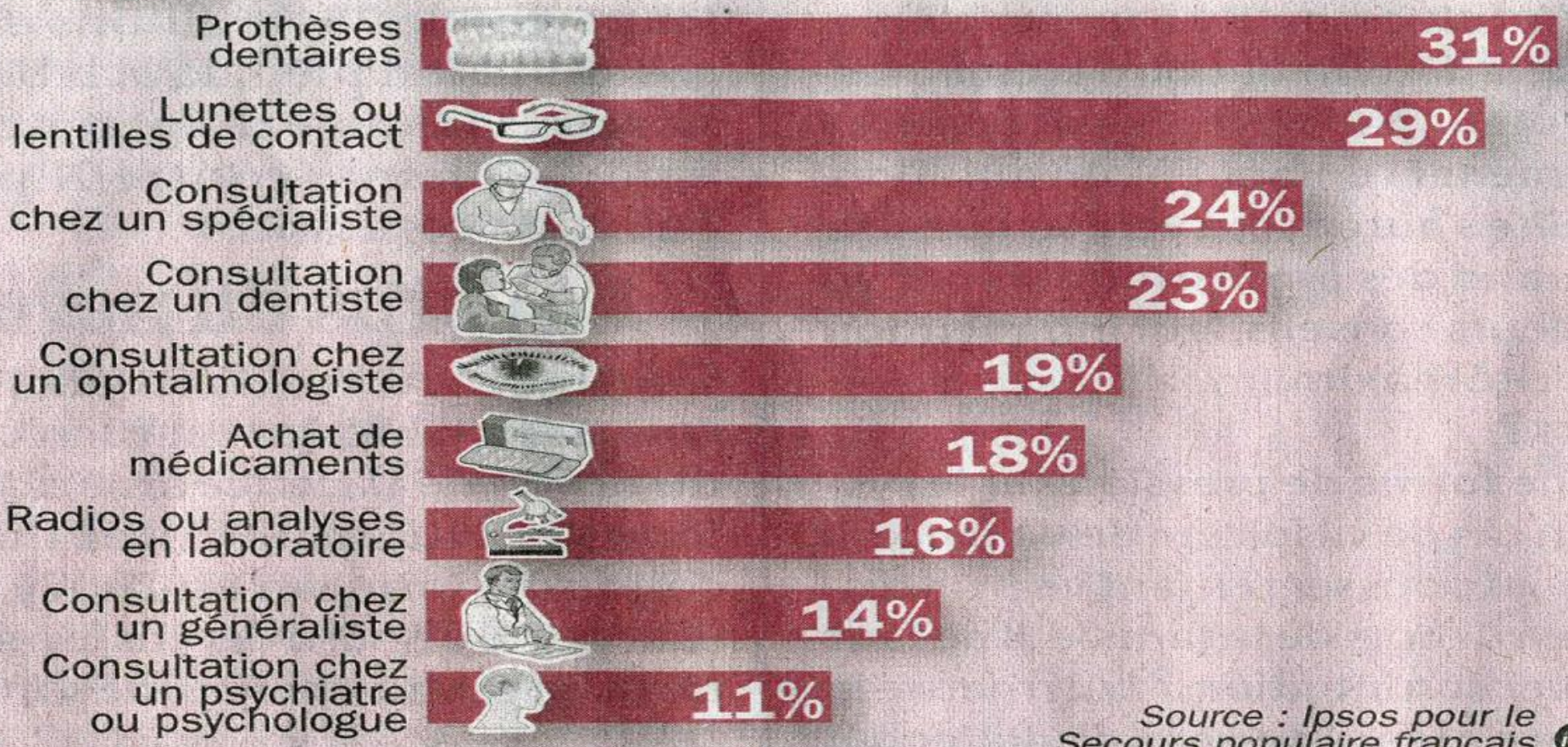
Ipsos secours populaire

4 Français sur 10 renoncent aux soins médicaux par manque d'argent



des Français déclarent avoir déjà renoncé à un soin, ou l'avoir retardé, en raison de son coût...

... dont, par type de soin :



Source : Ipsos pour le Secours populaire français

idé

Reste à charge: dents et oeil

RESTE À CHARGE, SELON LE TYPE DE DÉPENSE DU PATIENT
en euros et en %

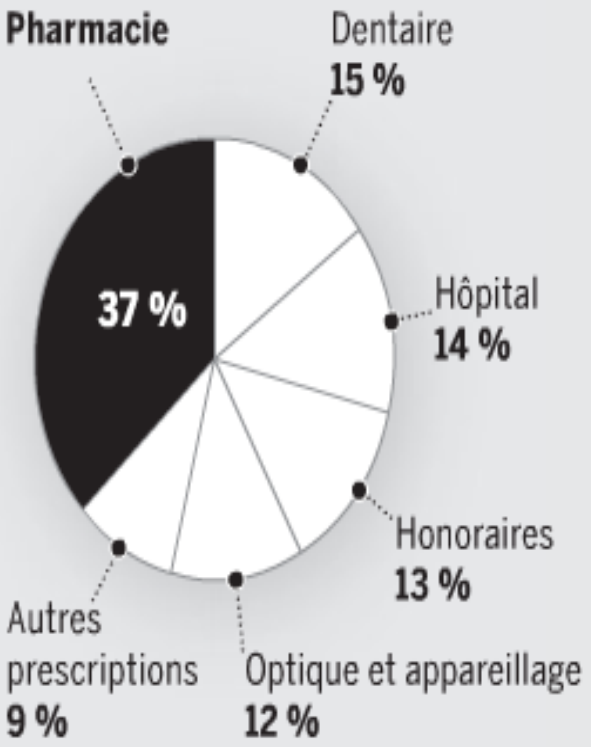
	Verres simples adulte	Verres progressifs	Couronne	Prothèse amovible 14 dents
Frais réels	249	549	509	1 070
Sécurité sociale	4	14	74	128
Complémentaire	167	287	236	391
Ménages, en euros	**78**	**248**	**198**	**551**
En %	**31,32**	**45,17**	**38,89**	**51,49**

SOURCE : JALMA

Part du revenu consacré à la santé

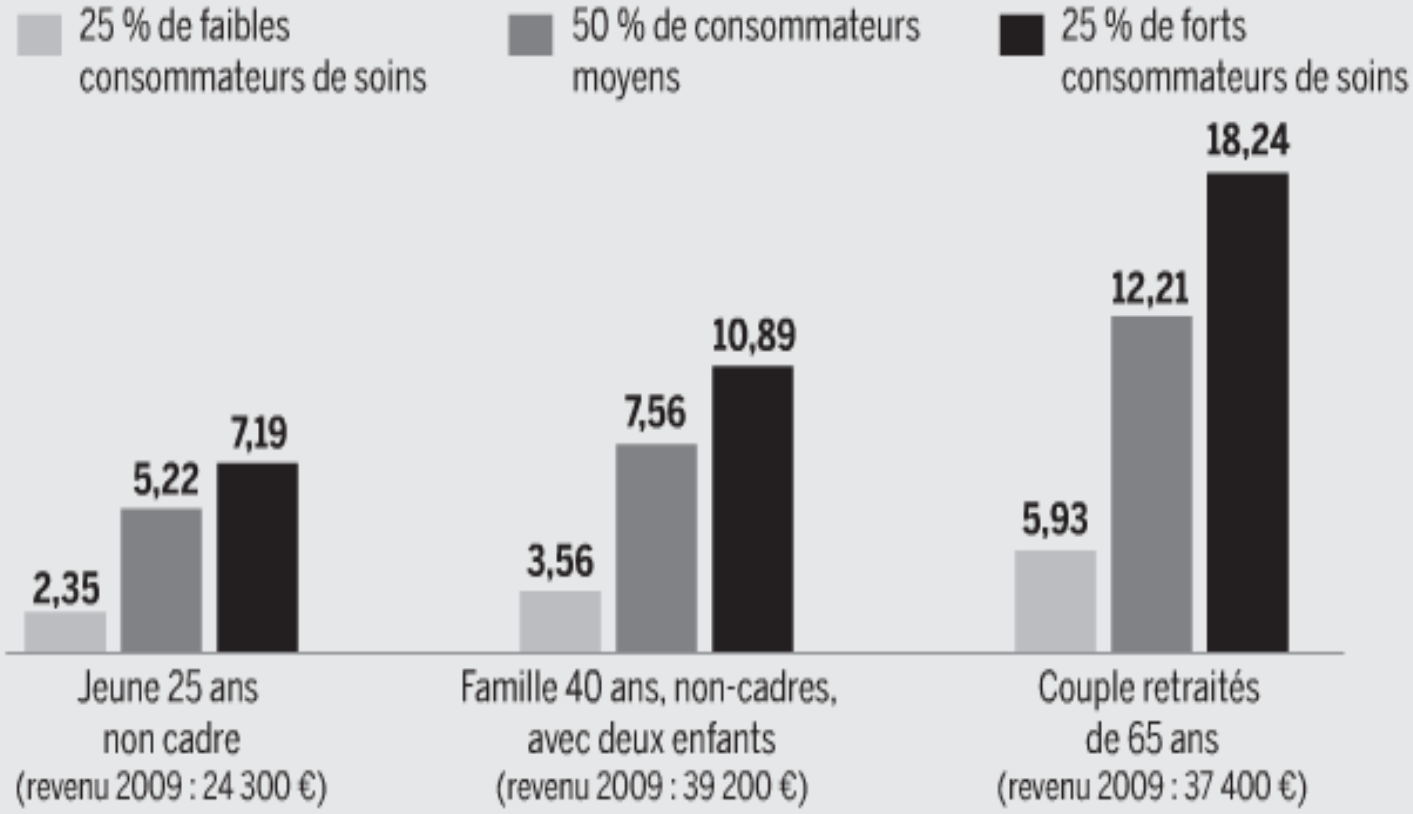
Les personnes âgées particulièrement touchées

RÉPARTITION DES PAIEMENTS DIRECTS DES MÉNAGES, en %



SOURCE : COMPTES NATIONAUX DE LA SANTÉ, DREES

PART DE REVENU CONSACRÉE À LA SANTÉ (EN ILE-DE-FRANCE)
en % (frais de complémentaire santé + montants non remboursés par la « Sécu » et la mutuelle)



SOURCE : JALMA

Enquête du CISS avec VIAVOICE 12 Octobre 2010

Les Français pensent que les priorités de la réforme du système de santé doivent être:

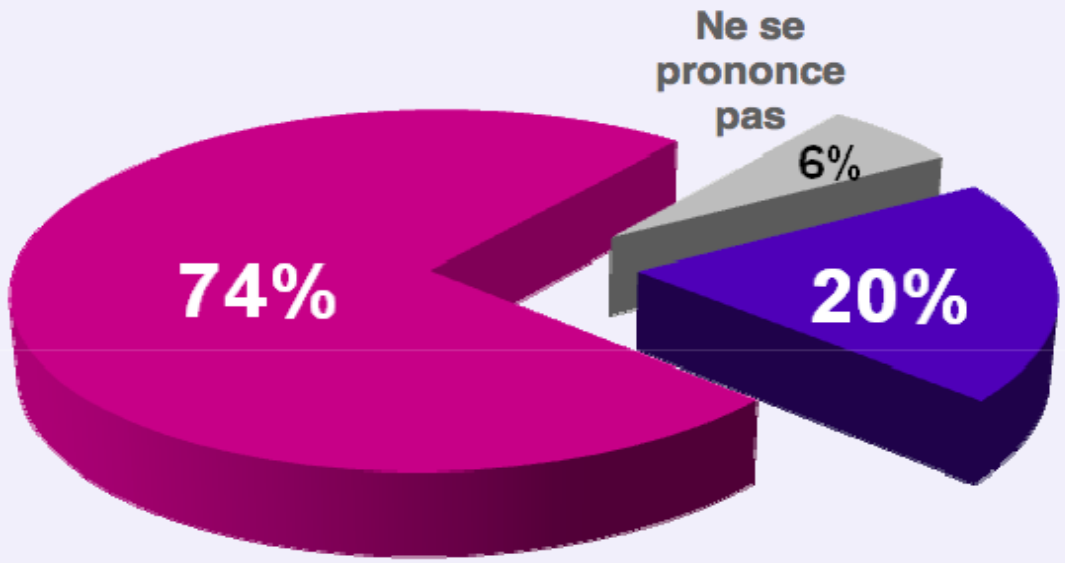
- ***53 % des sondés*** estiment que **la priorité d'une réforme du système de santé** devrait être de ***maintenir un bon niveau de remboursement par la " Sécu "***

- ***47% permettre une meilleure répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire***

- ***39% améliorer l'égalité d'accès aux soins***

- ***74%*** à affirmer que ***l'État doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que la Sécurité sociale rembourse le plus possible les dépenses de santé des Français*** (20% qui pensent que les Français doivent prendre davantage à leur charge les dépenses de santé compte tenu du déficit de la Sécurité sociale).

Pour 74% des Français l'Etat doit permettre à l'assurance maladie de rembourser le plus possible les dépenses de santé



Rappel octobre 2008 : 75 %

Rappel octobre 2008 : 21 %

L'Etat doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que la Sécurité Sociale rembourse le plus possible les dépenses de santé des Français

Les Français doivent davantage prendre à leur charge les dépenses de santé, compte tenu du déficit de la Sécurité Sociale

Tris significatifs :
Salarié du secteur public 83 %
25-34 ans 78 %

Tris significatifs :
65 ans et plus 25 %

Enquête du CISS avec VIAVOICE

Renoncements aux soins

36% des français déclarent y avoir déjà été confrontés ces dernières années

(41% chez les femmes, 49% parmi les 25-34 ans, 44% des personnes en ALD et 51% des bénéficiaires de la CMU).

Dans le détail, les chiffres sont tout aussi significatifs :

• ***les renoncements aux soins sont déclarés par 26% des Français*** (38% chez les bénéficiaires de la CMU, 36% parmi les personnes dont les revenus du foyer sont inférieurs à 1.500 € nets/mois, 33% pour les personnes atteintes d'une affection longue durée, 32% tranche d'age 25-34 ans)

• ***les reports de soins sont déclarés par 30% des Français*** (42% chez les bénéficiaires

L'Enquête du CISS avec VIAVOICE

Conséquences des transferts de charges

Pour financer le remboursement de la dette sociale, le PLFSS pour 2011 choisit de taxer les complémentaires santé qui vont répercuter cette taxe sur ceux qui peuvent encore se les offrir malgré l'augmentation constante de leur prix

Ces transferts de charge sont ressentis pour

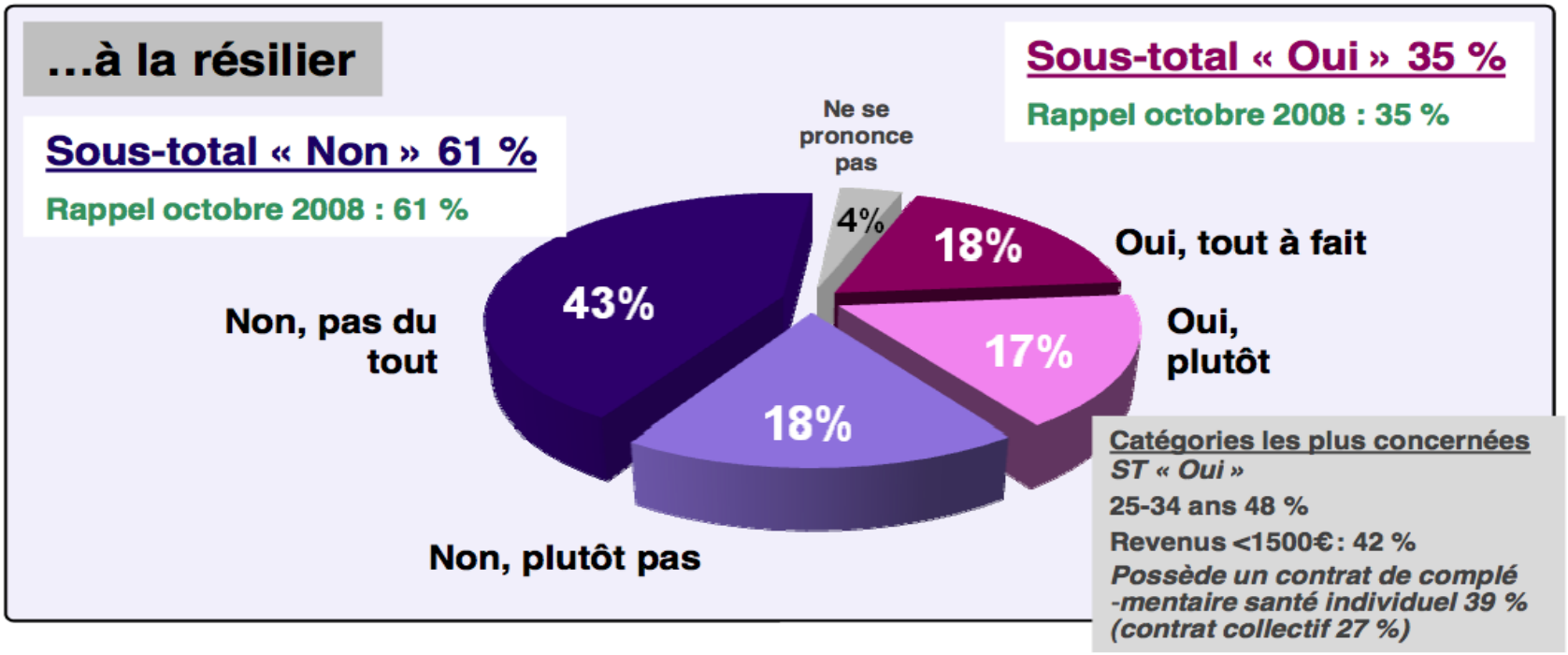
- 73% des Français comme un accroissement des inégalités de santé
- 54% des Français à la première étape de la privatisation du système de santé (63% dans la tranche d'âge des 35-49 ans et 62% pour les 25-34 ans)

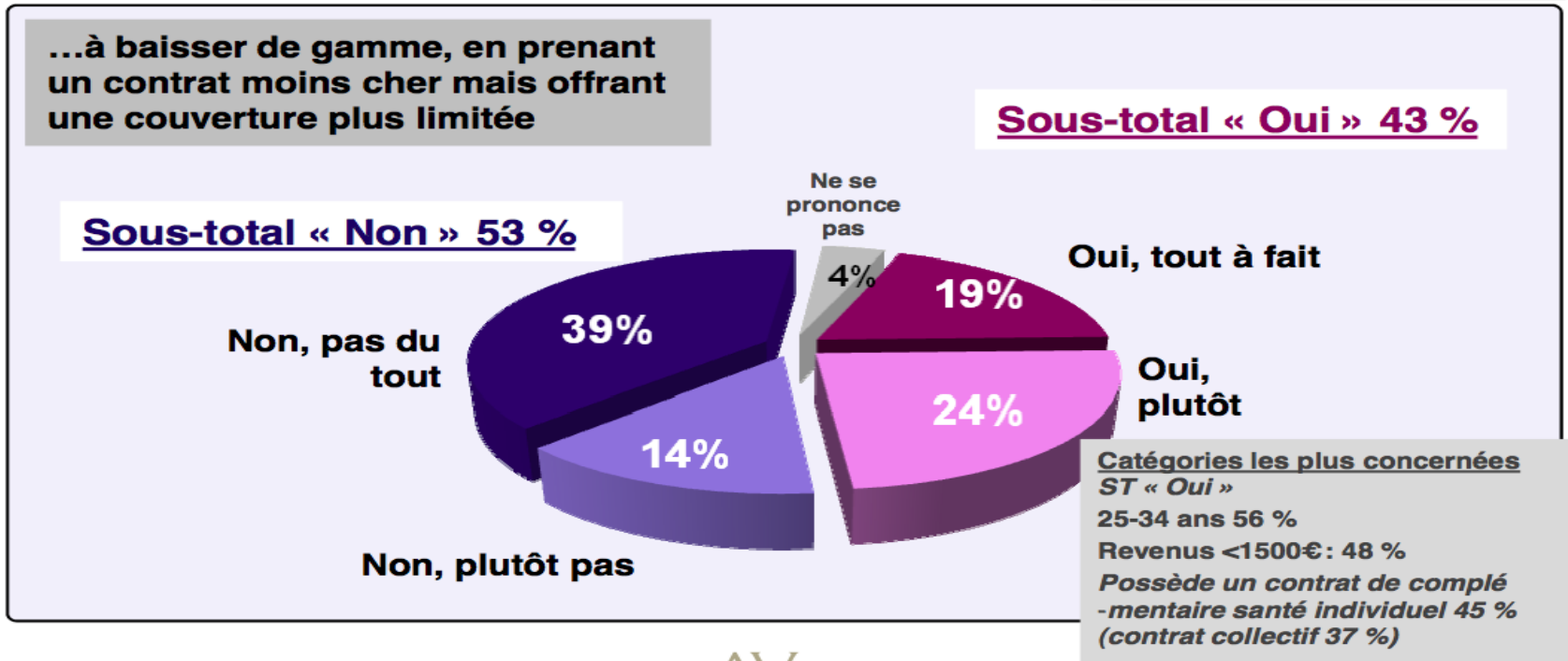
L'augmentation des cotisations des mutuelles et des assurances qu'induisent ces transferts de charges pourrait pousser les Français qui en disposent :

- à la résilier pour 35% d'entre eux (48% chez les 25-34 ans, 42% parmi les personnes dont les revenus du foyer sont inférieurs à 1 500 € nets/mois)
- à baisser de gamme en prenant un contrat moins cher mais offrant une couverture plus

Impact de l'augmentation des cotisations

Complémentaires: résiliation 35%, baisser la couverture 43%





Reste à charge pour les ménages

Le Monde 14 Octobre 2010

A l'hôpital la prise en charge reste pour tous supérieure à 90 %

En soins de ville la différence est nette:

- ***les patients en ALD y bénéficient d'un remboursement à 85 %*** par la " Sécu "

- ***les autres ne perçoivent effectivement que 55 %.***

Rien de plus logique à cela : si la part de l'assurance-maladie reste stable, comme les dépenses d'ALD ne cessent d'augmenter, d'autres postes ont diminué.

Les pouvoirs publics persistent à expliquer que le taux restant à la charge des assurés sociaux en France est de 9,4 %, soit l'un des plus bas des pays occidentaux

Mme le Ministre de la Santé en présentant le projet de loi de financement de la sécurité sociale a déclaré: “le reste à charge des français s'élève à 9,4%”

- ***Depuis 2004, ont été mises en place des mesures d'économies***, comme le forfait de 1 euro par consultation , la franchise sur les boîtes de médicaments, l'augmentation du forfait hospitalier... En 2011, dans le PLFSS le taux de remboursement des produits à vignette bleue devrait baisser de 35 % à 30 %, augmentation de la taxation des complémentaires santé...

- Fin 2009 l'économiste Didier Tabuteau affirmait que ***pour les soins courants les reste à charge pour lse ménages était de 45% !***

Le CISS déplore l’absence de courage politique qui mène à la déstabilisation de l’Assurance maladie solidaire et universelle au profit d’une logique assurantielle

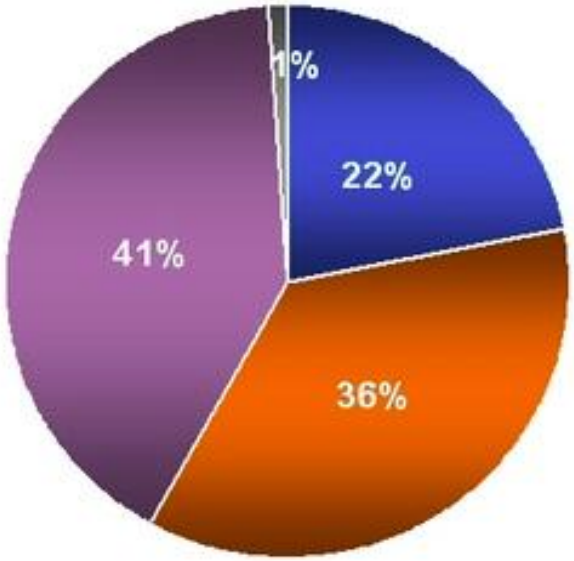
Les Français et la qualité des soins

Générale de santé IPSOS Septembre 2010

Entre ce qu'ils payent et ce qu'ils reçoivent, 36% se sentent perdants

Les Français s'estiment plutôt perdants que gagnants lorsqu'ils considèrent ce qu'ils payent et ce qu'ils reçoivent en retour.

Question : Au total, entre ce que vous payez pour le système de santé (honoraires des médecins, médicaments, cotisations sociales etc…) et ce que vous recevez en retour comme soins estimez-vous que vous êtes…



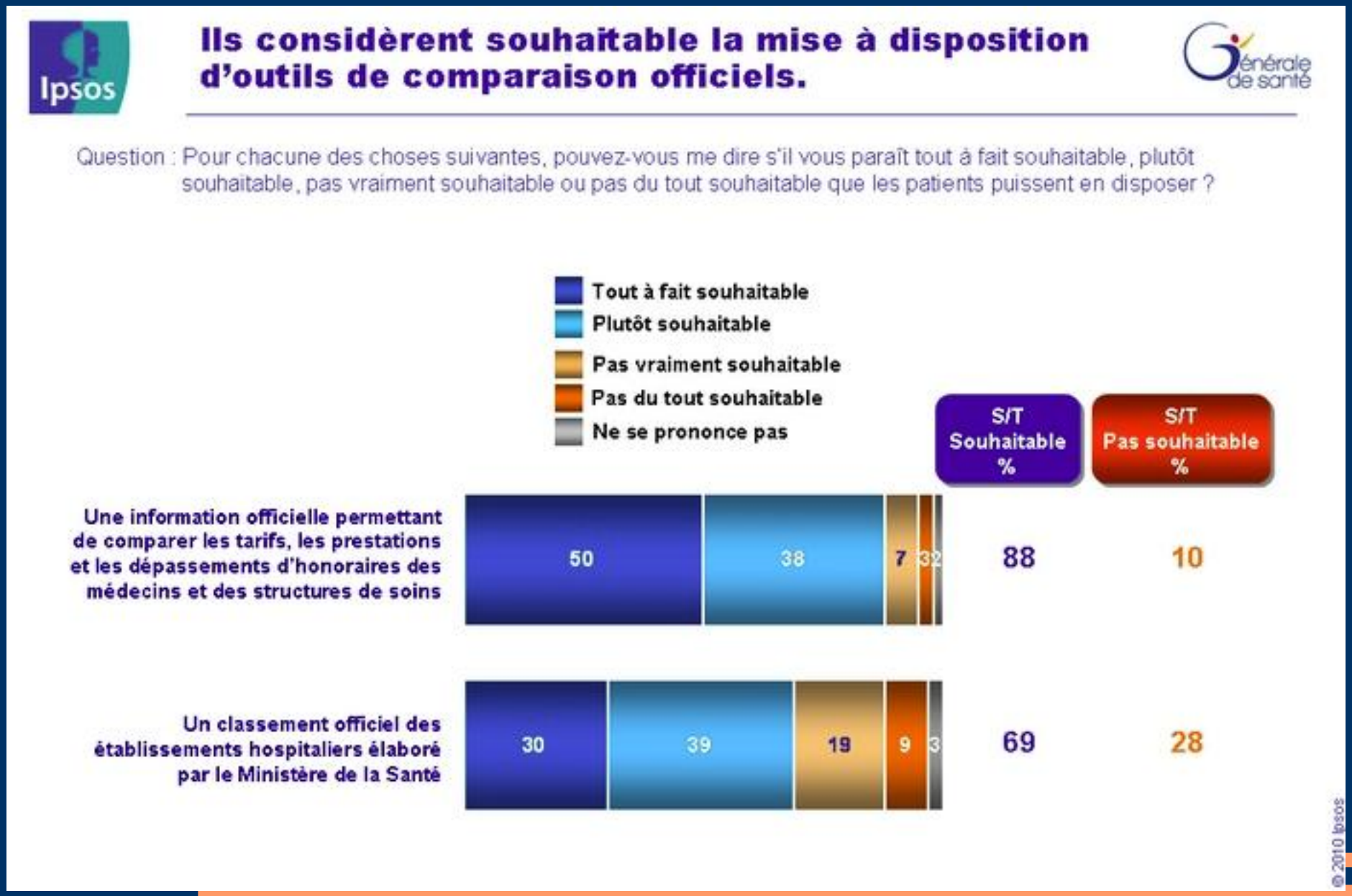
- Plutôt gagnant
- Plutôt perdant
- Les choses sont équilibrées
- Ne se prononce pas

© 2010 Ipsos

Les français et la qualité des soins

Générale de santé IPSOS Septembre 2010

« Il est souhaitable de comparer les tarifs, les dépassements d'honoraires: 88% »



Barômètre Cercle Santé-Europ Assistance 2010

- **Appréciation globalement positive sur l'organisation des systèmes de santé et la qualité des soins: 61%**

- **Le manque de financement public est ressenti dans tous les pays,**

- **Les inégalités d'accès aux soins, qui en 2009 occupaient la seconde position en Pologne, en Allemagne, en Suède et en France, conservent cette place**

- **La pénurie de médecins inquiète essentiellement les Britanniques (69 %), les Américains (66 %) et les Français (63% contre 51 % en 2006)**

- **Aux Etats-Unis comme en France, la préférence pour le recours au chirurgien de proximité reste élevée avec respectivement (49% et 40%) avec un pic à 55% pour les personnes relevant du régime** MEDICARE.

Barômètre Prévoyance Santé 2010

La mutuelle générale La Tribune TNS-SOFRES

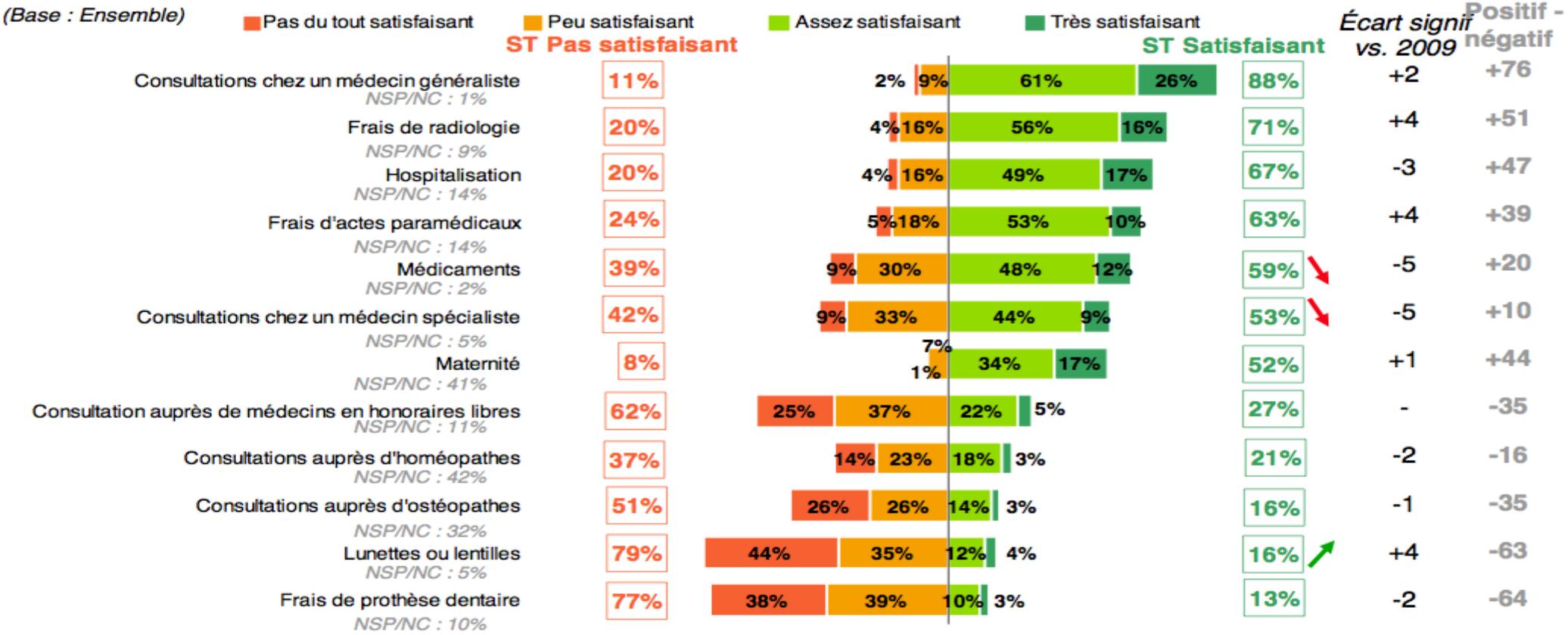
Pas satisfaits des visites chez le spécialiste 42% et avec honoraires libres 62%

Satisfaction sur les remboursements des soins : avis de plus en plus partagés sur le remboursement des « médicaments » et des « visites chez le spécialiste »

- **Toujours nettement insatisfaisants, les niveaux de remboursement sur les consultations en « honoraires libres » et les dépenses les plus coûteuses, « frais de prothèse dentaire » et « lunettes ou lentilles »**
- **Pour les personnes « concernées », satisfaction pour la « maternité »**

A5 Pour chacun des soins suivants, le niveau de remboursement des dépenses de santé pris en charge par la Sécurité sociale vous paraît-il très satisfaisant, assez satisfaisant, peu satisfaisant ou pas du tout satisfaisant ?

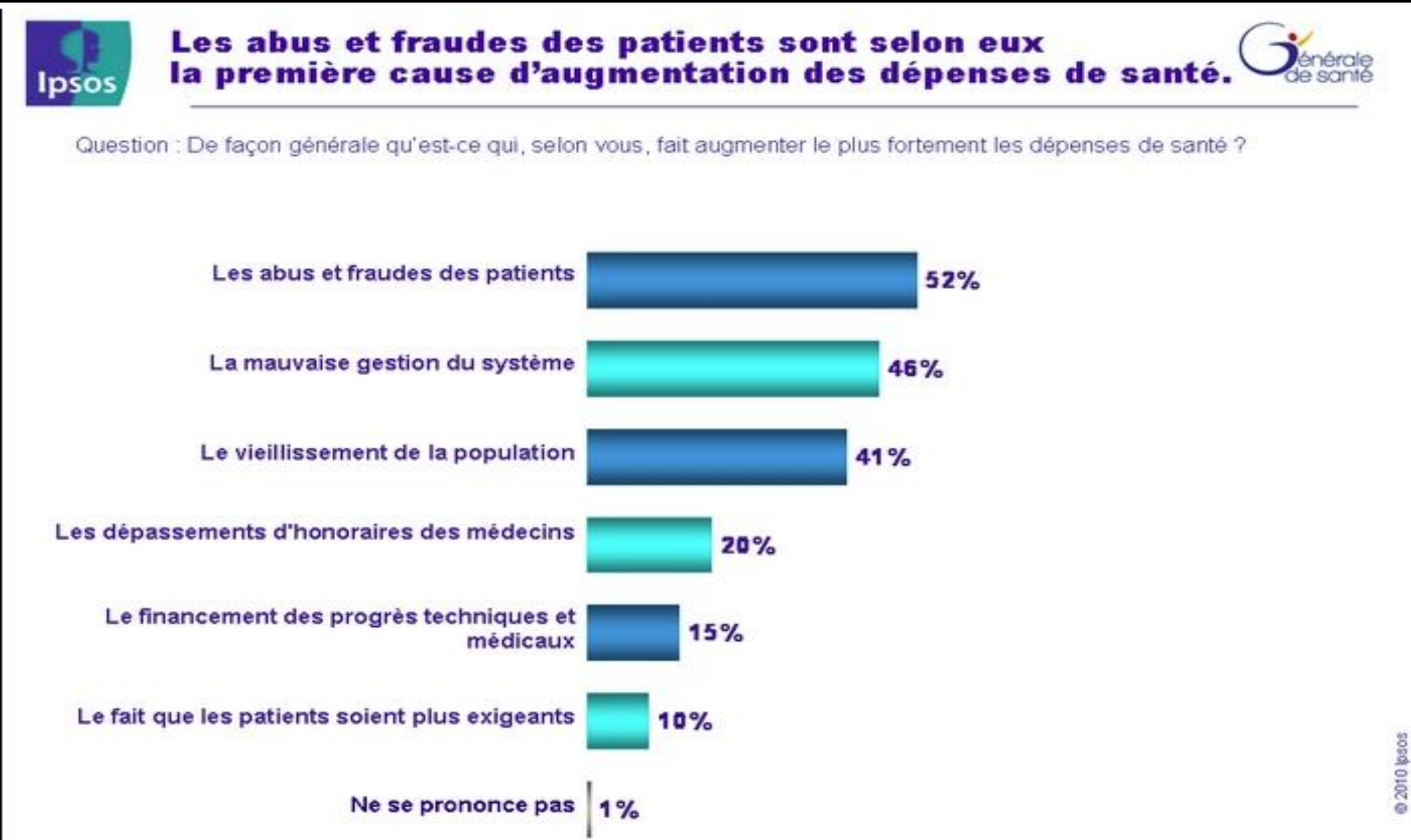
(Base : Ensemble)



Les français et la qualité des soins

Générale de santé IPSOS Septembre 2010

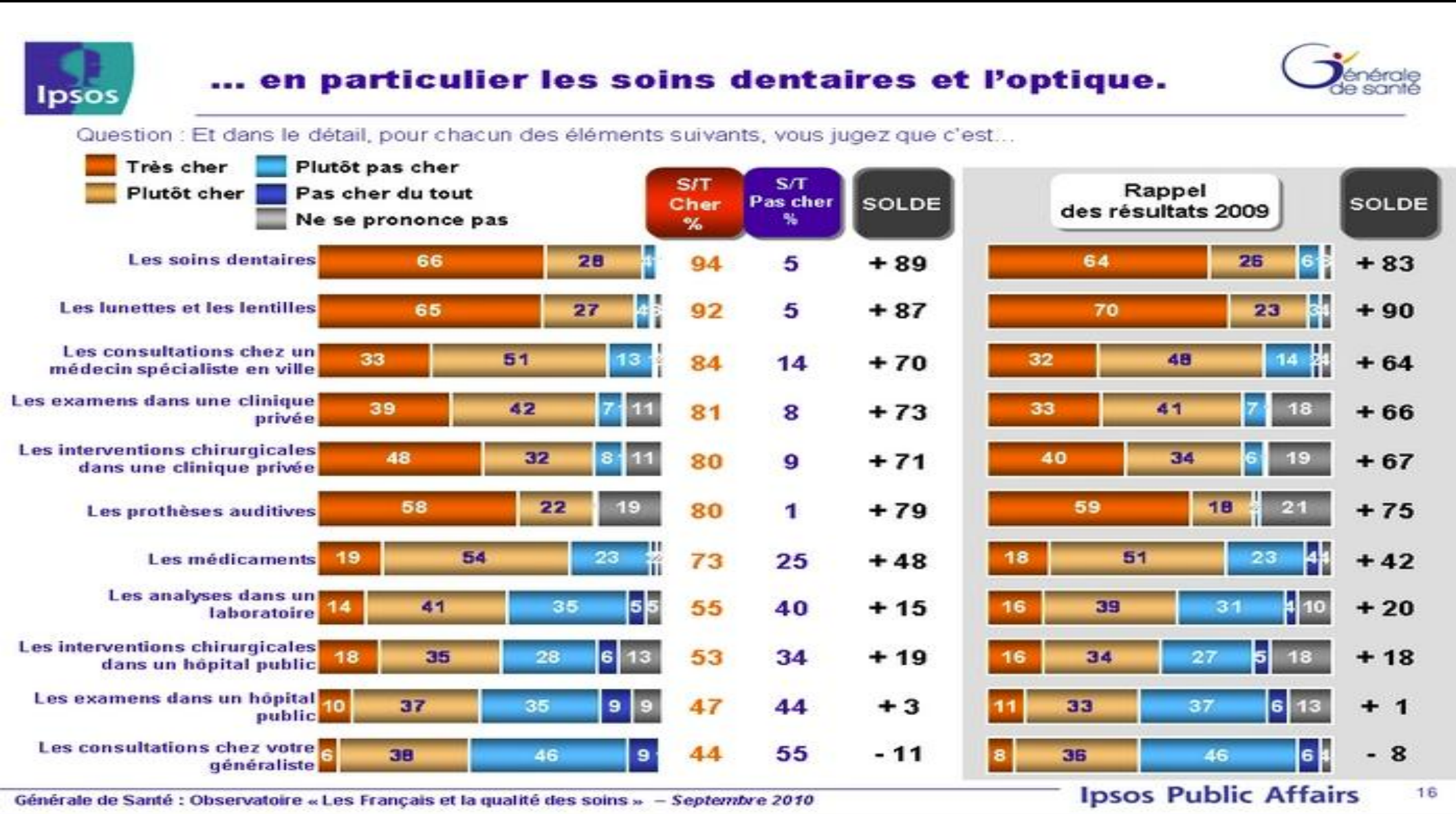
Augmentation des dépenses: 20% les dépassements d'honoraires



Les français et la qualité des soins

Générale de santé IPSOS Septembre 2010

Sont jugés chers les examens en clinique 81% et actes opératoires 80%, les spécialistes de ville 84%



Barômètre Cercle Santé-Europ Assistance 2010

- **Appréciation globalement positive sur l'organisation des systèmes de santé et la qualité des soins: 61%**

- **Le manque de financement public est ressenti dans tous les pays,**

- **Les inégalités d'accès aux soins, qui en 2009 occupaient la seconde position en Pologne, en Allemagne, en Suède et en France, conservent cette place**

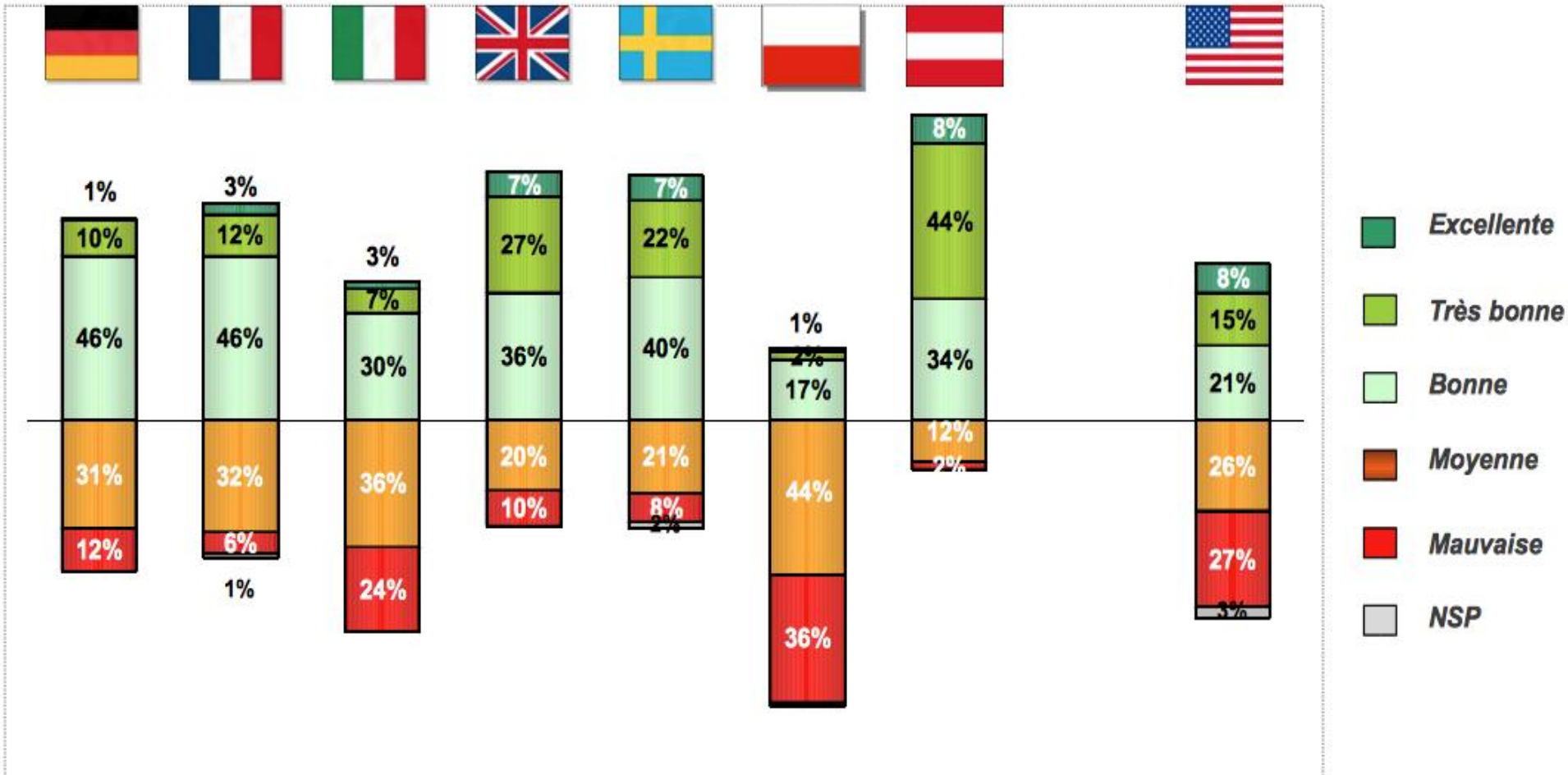
- **La pénurie de médecins inquiète essentiellement les Britanniques (69 %), les Américains (66 %) et les Français (63% contre 51 % en 2006)**

- **Aux Etats-Unis comme en France, la préférence pour le recours au chirurgien de proximité reste élevée avec respectivement (49% et 40%) avec un pic à 55% pour les personnes relevant du régime** MEDICARE.

Organisation du système de santé ?

Bon pour 61% des Français, 70% des Anglais, 57% des Allemands,

Comment jugez-vous l'organisation du système de santé en FR/UK/GE/IT/PO/SW/US/AU aujourd'hui ?



Les menaces sur le système de santé

Inégalités d'accès aux soins: Allemands 73%, Anglais 69%, Français 58%

Les menaces sur le système de santé

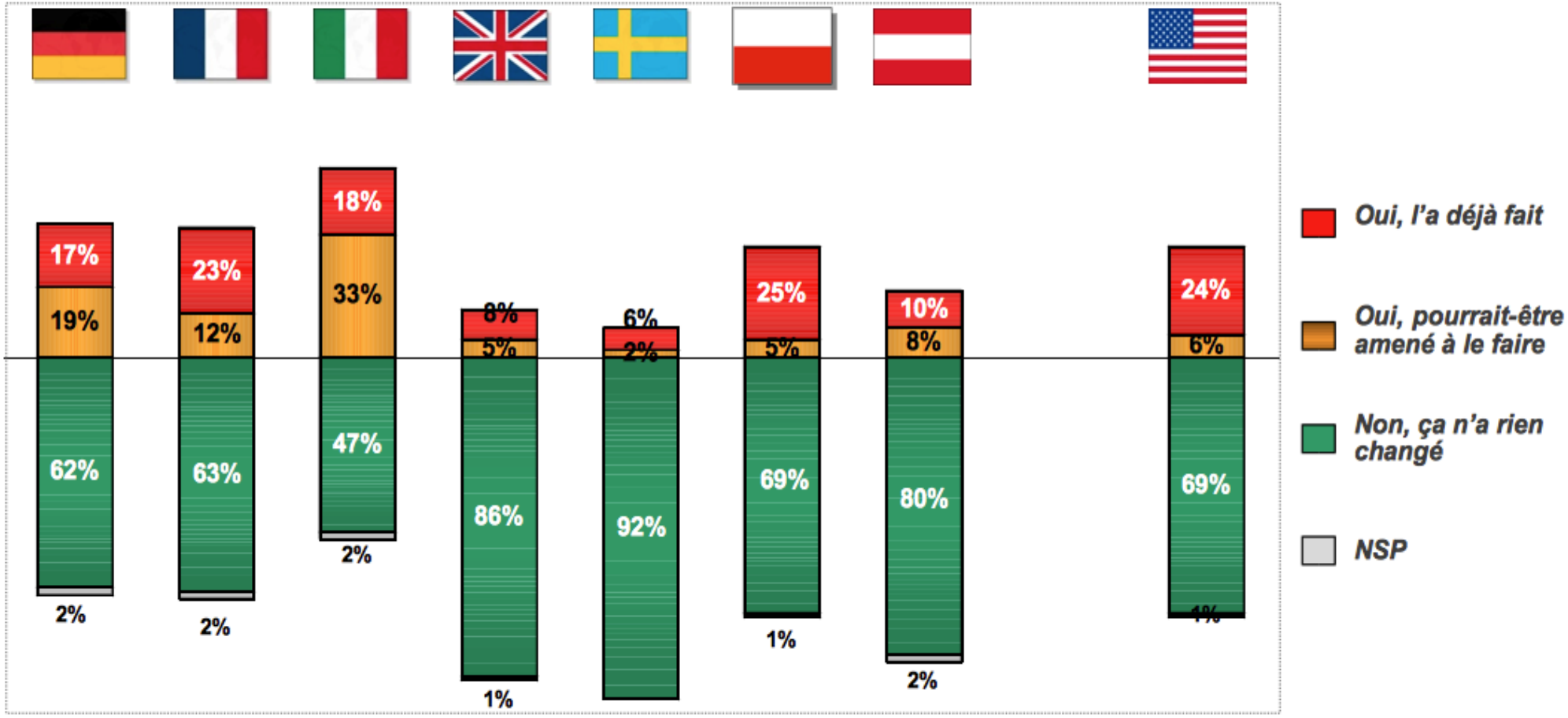
Notre système de santé aura à faire face dans les années à venir à plusieurs menaces que je vais vous citer :
Pour chacune d'elle, estimez-vous qu'il s'agit d'une menace très importante, assez importante, peu importante ou pas du tout importante :

Total : % très important								
Manque de financement public	72 %	58 %	45 %	77 %	53 %	77 %	62 %	56 %
Augmentation du financement personnel	73 %	53 %	47 %	49 %	21 %	67 %	52 %	63 %
Augmentation des prix des actes médicaux	72 %	48 %	51 %	55 %	35 %	67 %	49 %	76 %
Inégalités d'accès aux soins	73 %	58 %	50 %	69 %	55 %	73 %	38 %	63 %

Renoncement ou report des soins ?

35% des Français en 2010, Allemands 36%, Anglais 13%, Suède 8%

Les conséquences de la crise économique vous ont-elles amené à renoncer ou à reporter des soins de santé tels que consultations médicales, examens, interventions chirurgicales, soins dentaires ou achats de médicaments ?



Barômètre Cercle Santé-Europ Assistance 2010

- S'agissant du renoncement ou du report des soins de santé en raison de la crise, la situation semble s'être globalement aggravée en France et Pologne suivies par l'Allemagne et l'Italie, avec respectivement une **progression de + 12 points**, + 12 points, + 5 points et + 5 points de personnes déclarant avoir été amenées à renoncer ou à reporter des soins de santé **entre 2009 et 2010**

- La tendance générale pour l'ensemble des pays est le désir de voir l'Etat dépenser ni plus ni moins en prévention, sauf en Pologne ou 46 % des personnes souhaitent une augmentation des budgets alloués.

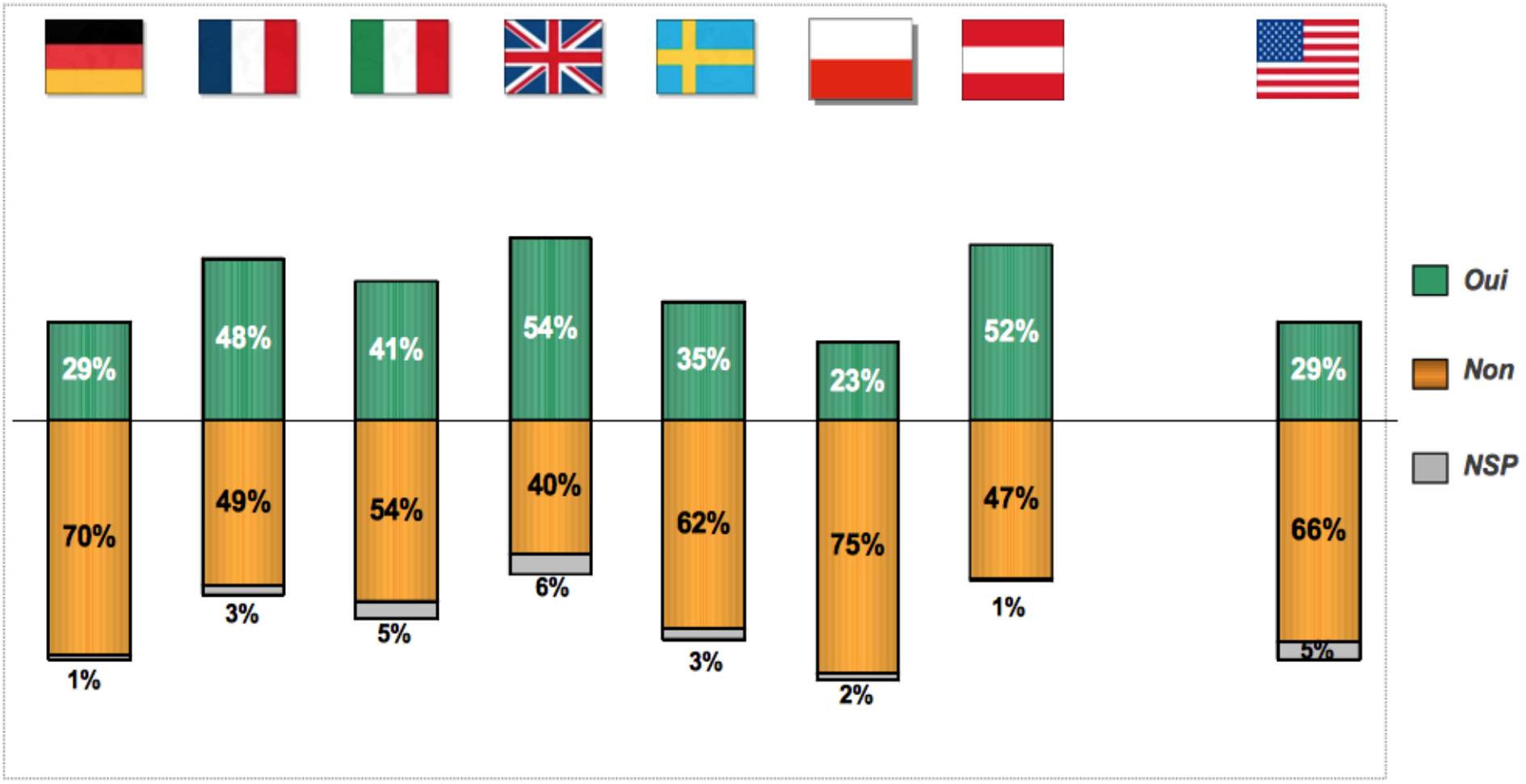
- Mode de financement: 60 % des Français considèrent que c'est aux employeurs de financer, et 46% sont pour une augmentation de l'assurance personnelle ou de leur mutuelle

-Le financement de **la prise en charge des personnes âgées et dépendantes** n'est pas du ressort de l'État seul: **60% des Français pour une prise en charge mixte publique et personnelle**

L'accès aux soins pour tous ?

Oui 48% Français, 54% Anglais, 29% Allemands

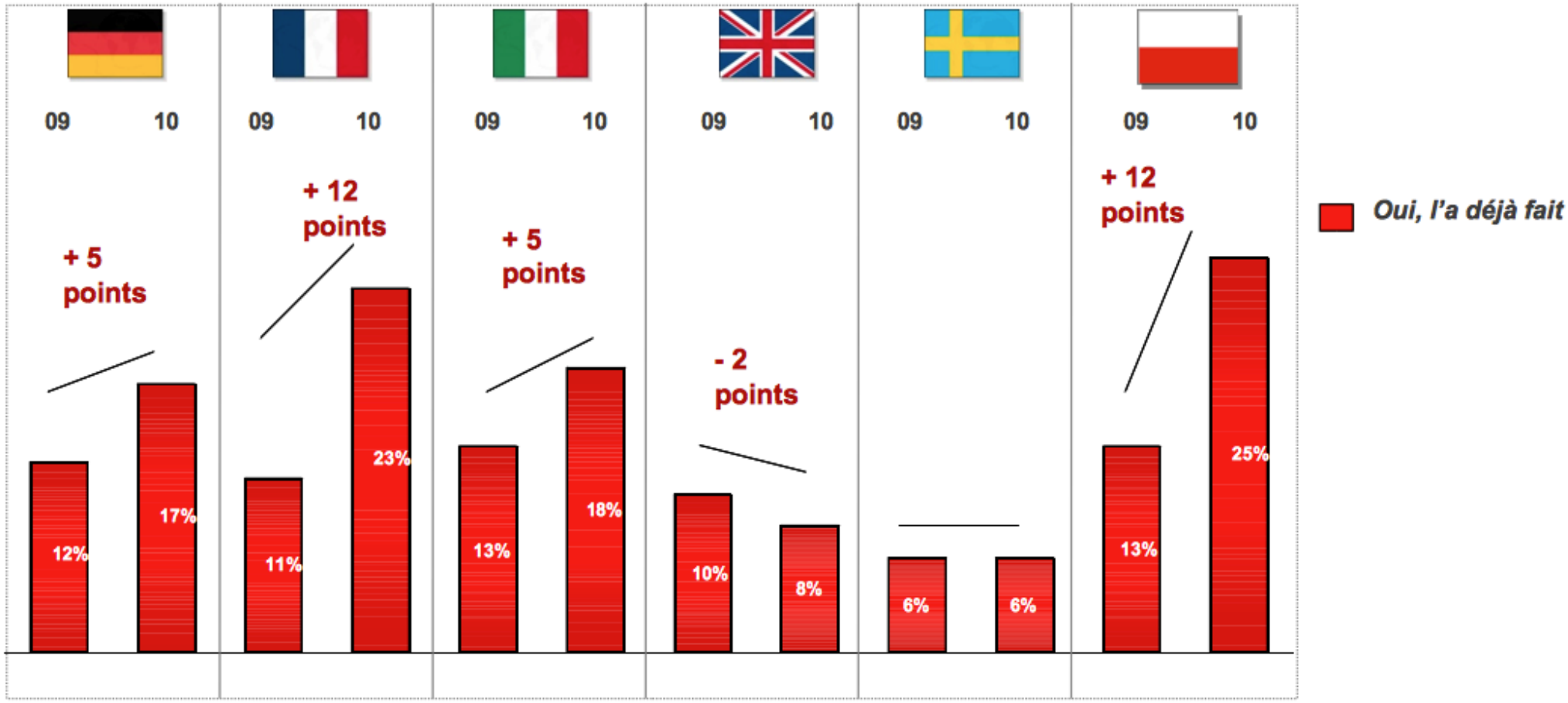
Le système de santé actuel garantit-il l'égalité d'accès aux soins médicaux pour tous les citoyens français/ UK/ GE/ IT/ PO/ SU/ US?



Renoncement ou report de soins entre 2009 et 2010 ?

+ 12% pour les Français

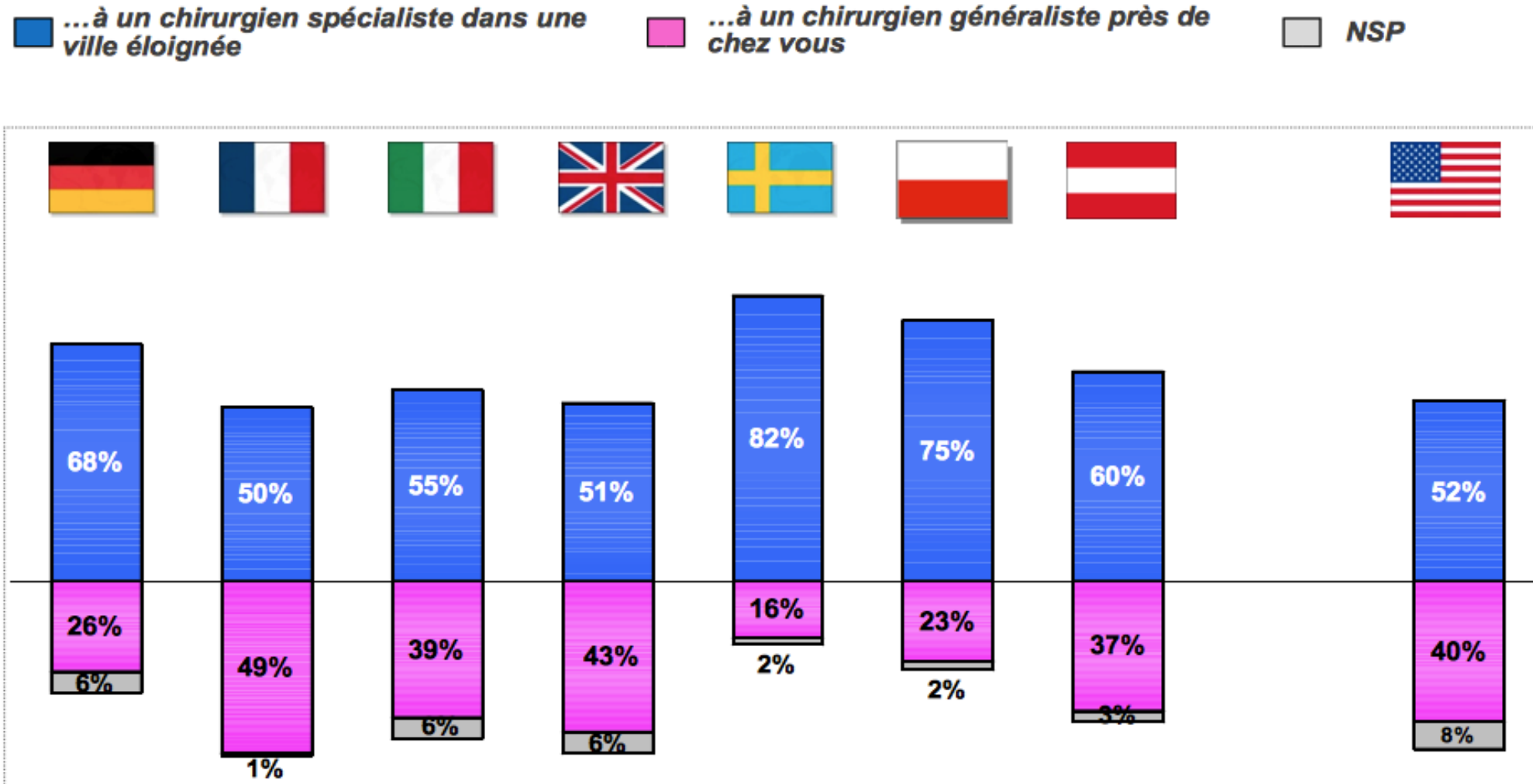
Les conséquences de la crise économique vous ont-elles amené à renoncer ou à reporter des soins de santé tels que consultations médicales, examens, interventions chirurgicales, soins dentaires ou achats de médicaments ?



Chirurgie de proximité ou spécialiste éloigné ?

50% Proximité France, 68% Allemagne, 51% Angleterre

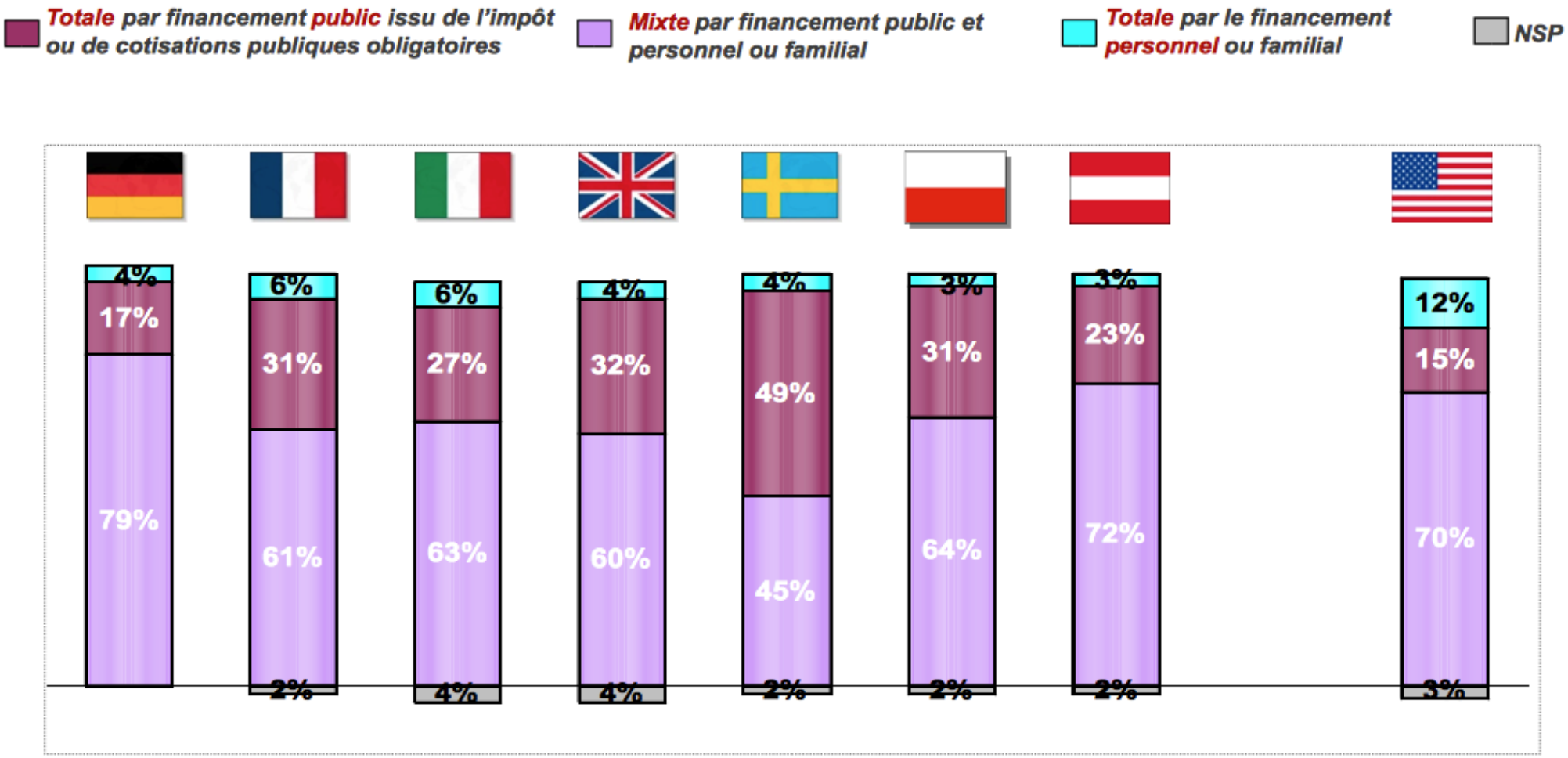
Imaginez que vous ayez besoin de vous faire opérer… Préféreriez-vous vous adresser :



Besoins de vie des personnes âgées et dépendantes: quel financement ?

Majorité mixte France et Angleterre 60%, Allemagne 79%,

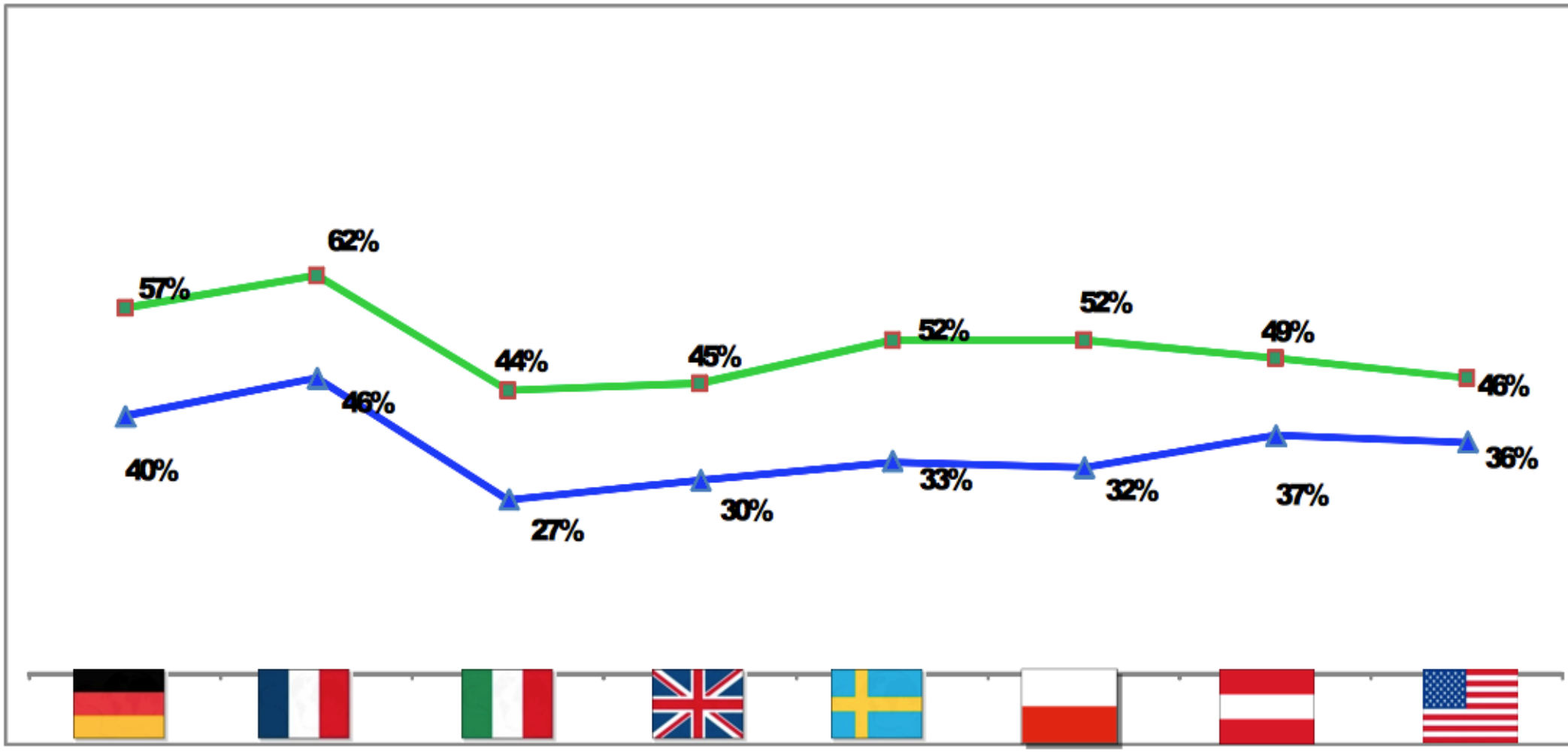
Pour payer les services et les aides qui permettent de répondre aux besoins de la vie quotidienne des personnes âgées et dépendantes, deux sources de financement sont possibles : le financement public issu de l'impôt et de cotisations publiques obligatoires ou le financement personnel et familial issu d'une assurance personnelle ou du paiement direct. Vous-même, à quelles modalités de prise en charge êtes-vous le plus favorable ?



Personnes âgées dépendantes: financement public ou privé ?

*Etes-vous pour ou contre une assurance obligatoire **privée** pour couvrir la prise en charge financière des besoins de la vie quotidienne des personnes âgées et dépendantes ?*

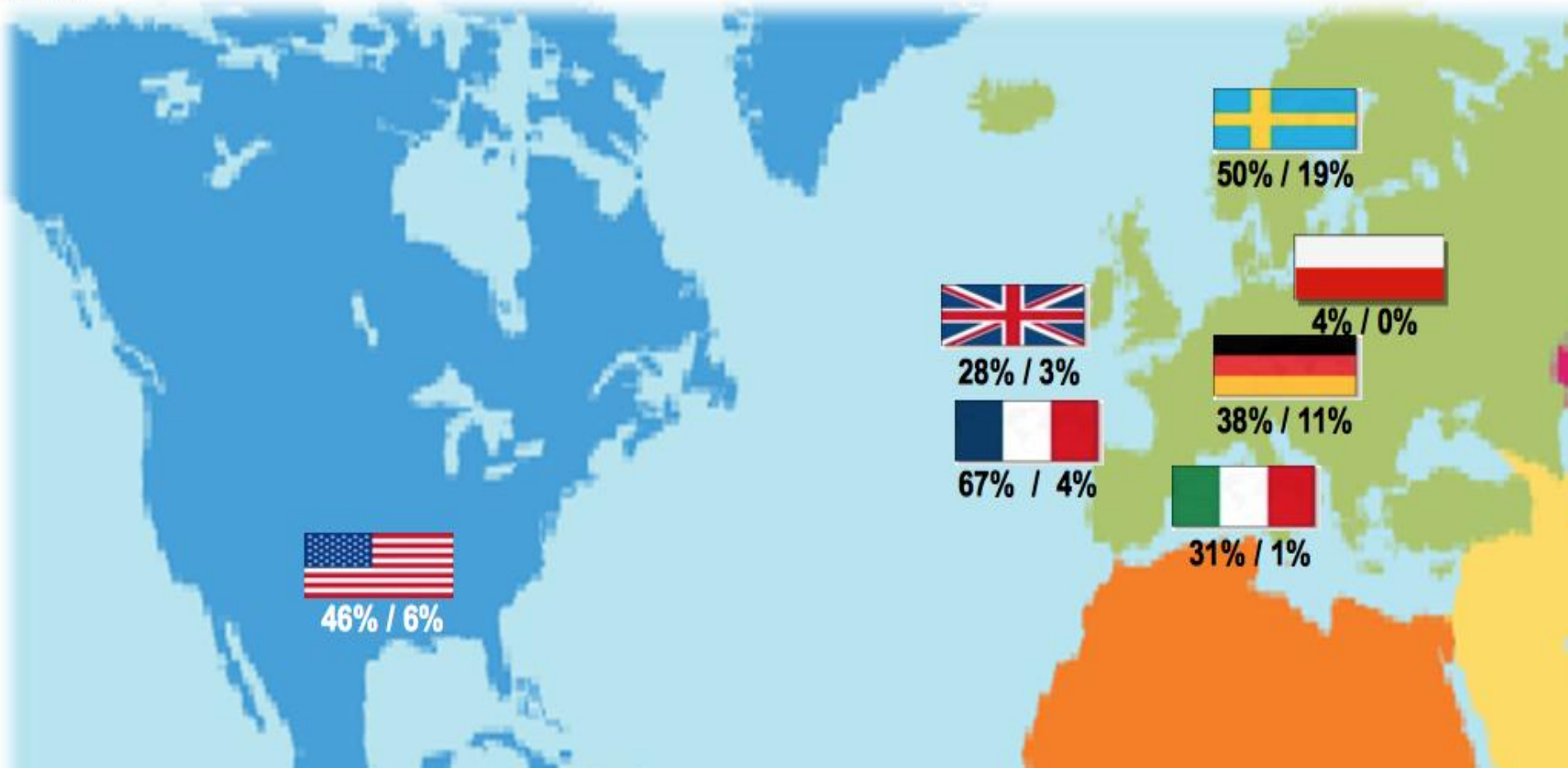
*Etes-vous pour ou contre une assurance obligatoire **publique** pour couvrir la prise en charge financière des besoins de la vie quotidienne des personnes âgées et dépendantes ?*



Les meilleurs soins ?

Parmi ces 7 pays, dans lequel, est–on le mieux soigné?

Allemagne
Angleterre
Etats-Unis
France
Italie
Pologne
Suède



Le meilleur remboursement ?

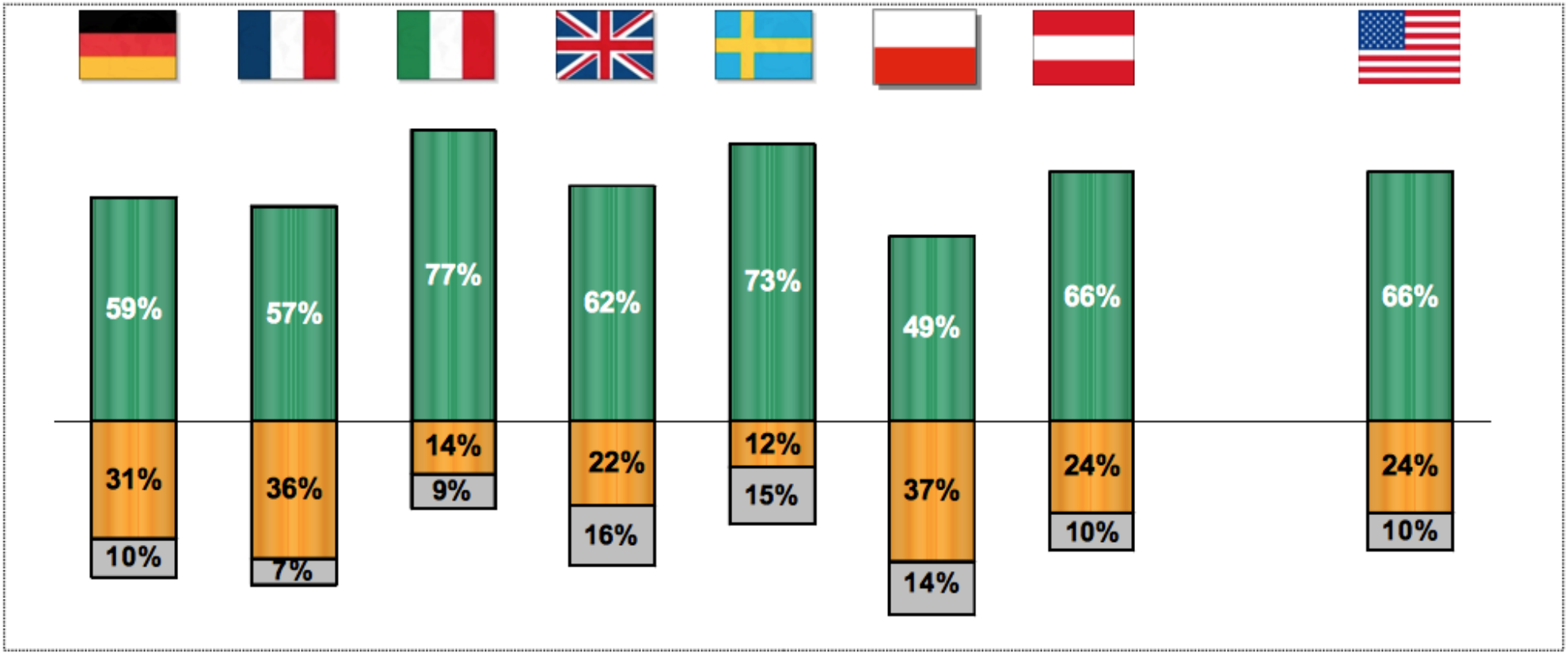
Parmi ces 7 pays, dans lequel est-on le mieux remboursé pour les frais de santé?

Allemagne
Angleterre
Etats-Unis
France
Italie
Pologne
Suède

XX% / YY% : perception des interviewés du pays vs. perception des interviewés des autres pays

Le secteur santé est-il une charge ou contribue-t-il à la croissance ?

Diriez-vous que le secteur de la santé qui regroupe les activités autour de l'hôpital, du matériel médical, des soins, des consultations, des médicaments, est-il un secteur qui, pour vous ...

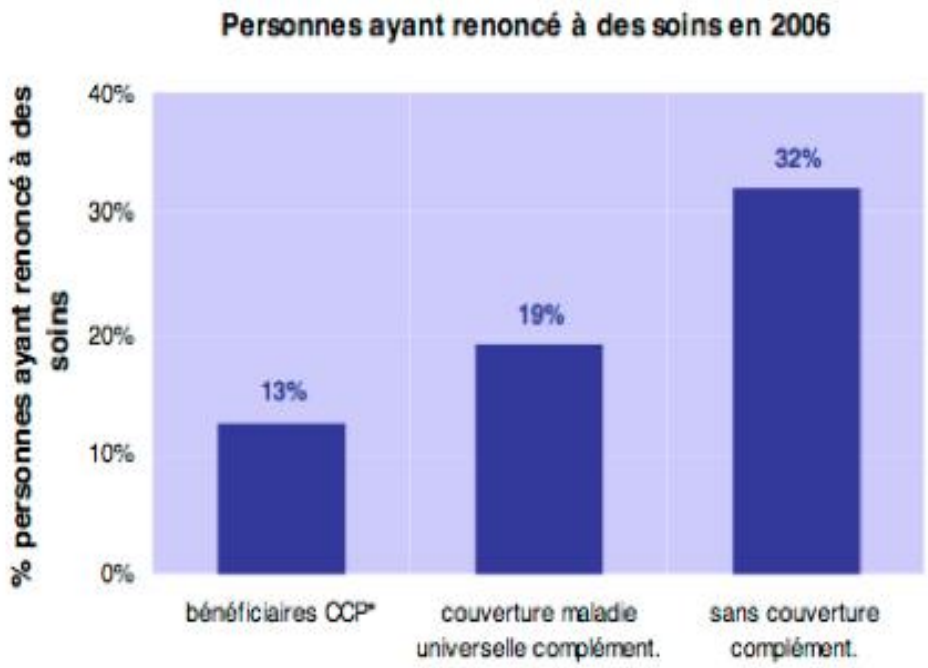


Les complémentaires santé aggravent les inégalités

Enquête de Que Choisir

Le taux de renoncement aux soins est X 3 en l'absence de couverture complémentaire comparé à une couverture complémentaire privée

Figure 2 Taux de renoncement aux soins selon le type de couverture complémentaire

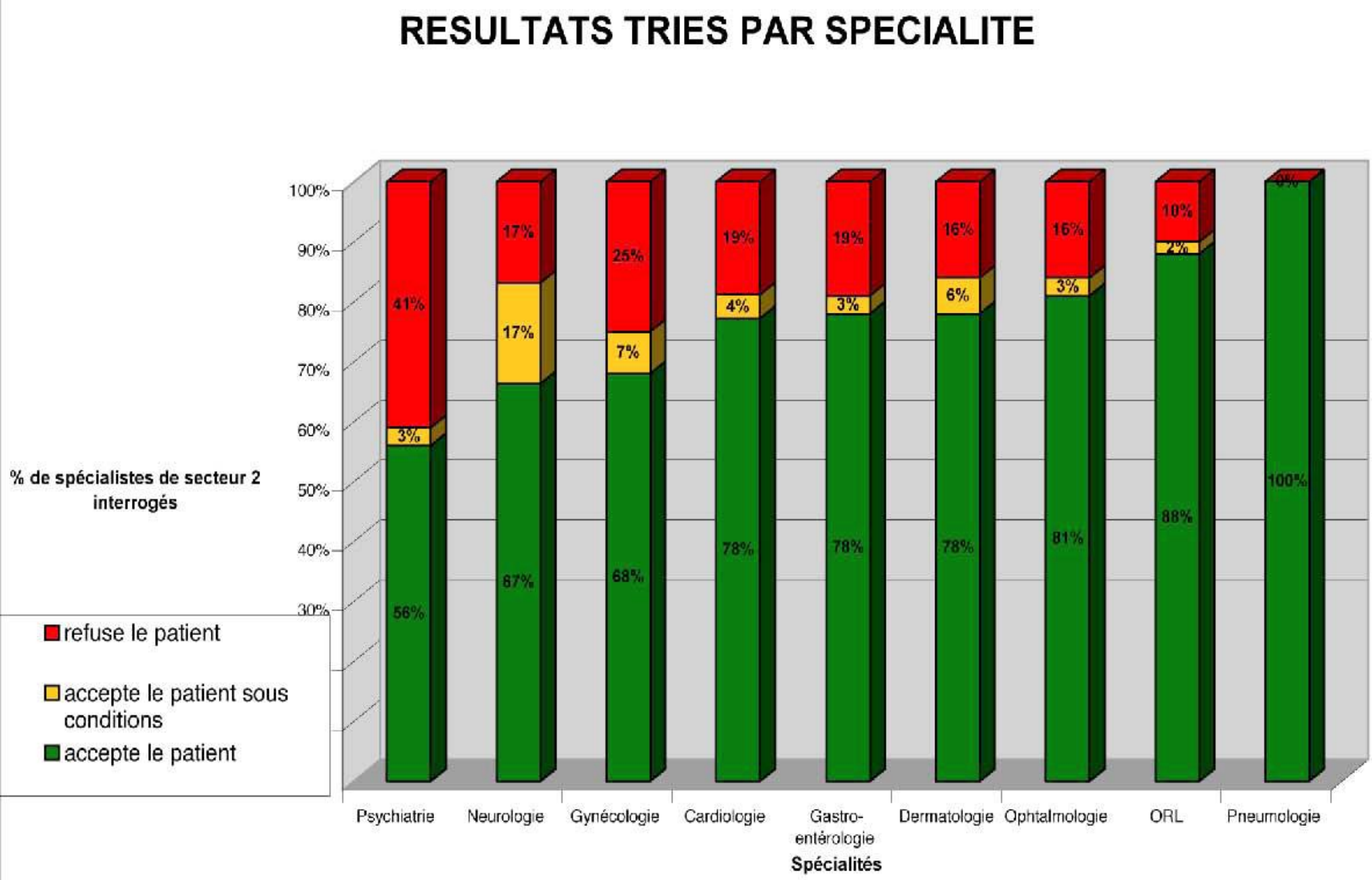


**CCP: couverture complémentaire privée*

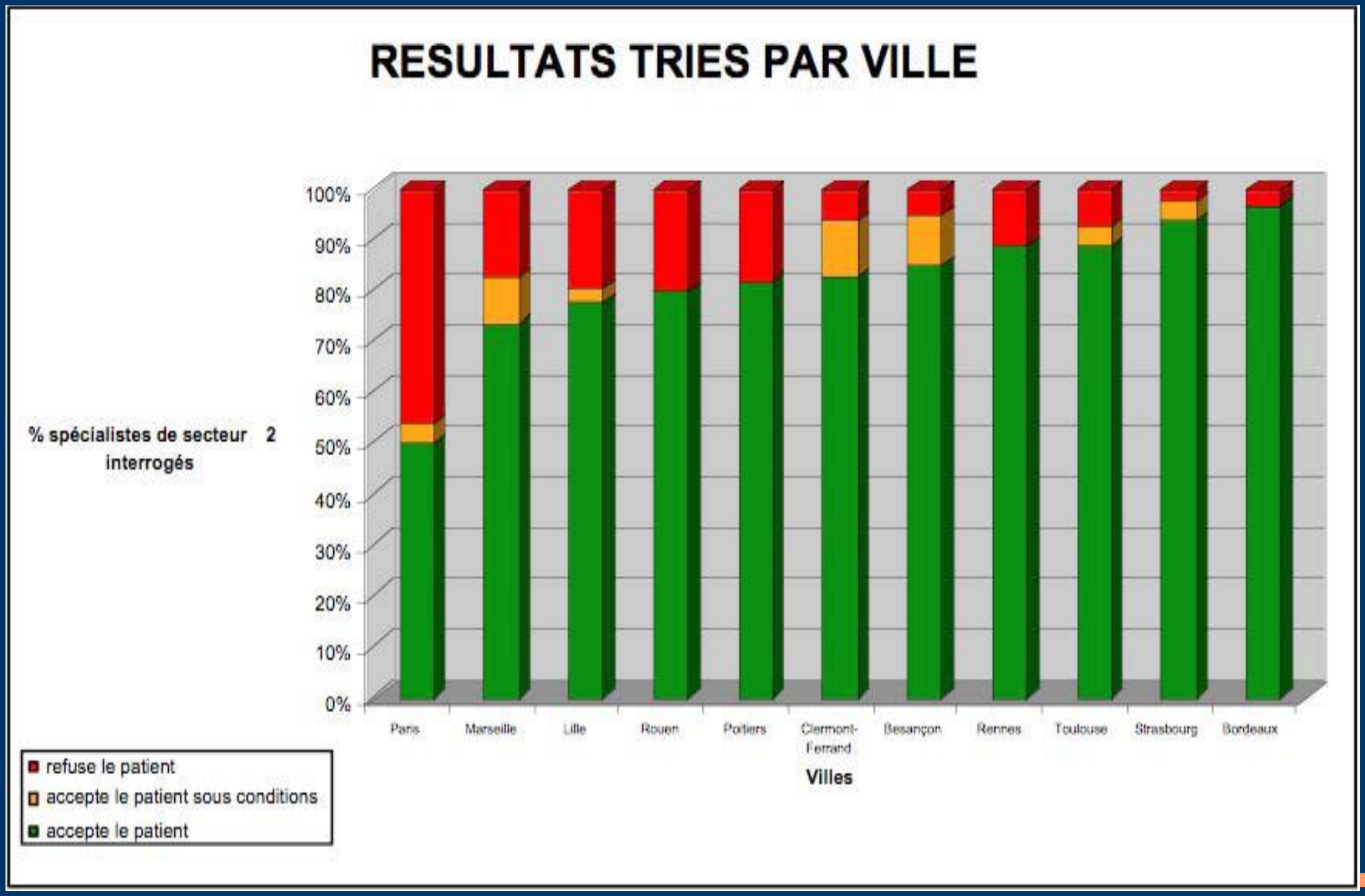
Source UFC-Que Choisir d'après IRDES - Données : ESPS 2006

En effet, comme on peut le voir en figure 2, parmi les personnes qui ne disposent pas de complémentaire santé, une sur trois renonce chaque année à des soins pour des raisons financières ; c'est près de trois fois plus que ce qu'on observe sur le reste de la population. **Conséquence de la baisse chronique des remboursements de l'assurance-maladie, la couverture complémentaire privée devient de plus en plus un pré requis pour pouvoir se soigner.**

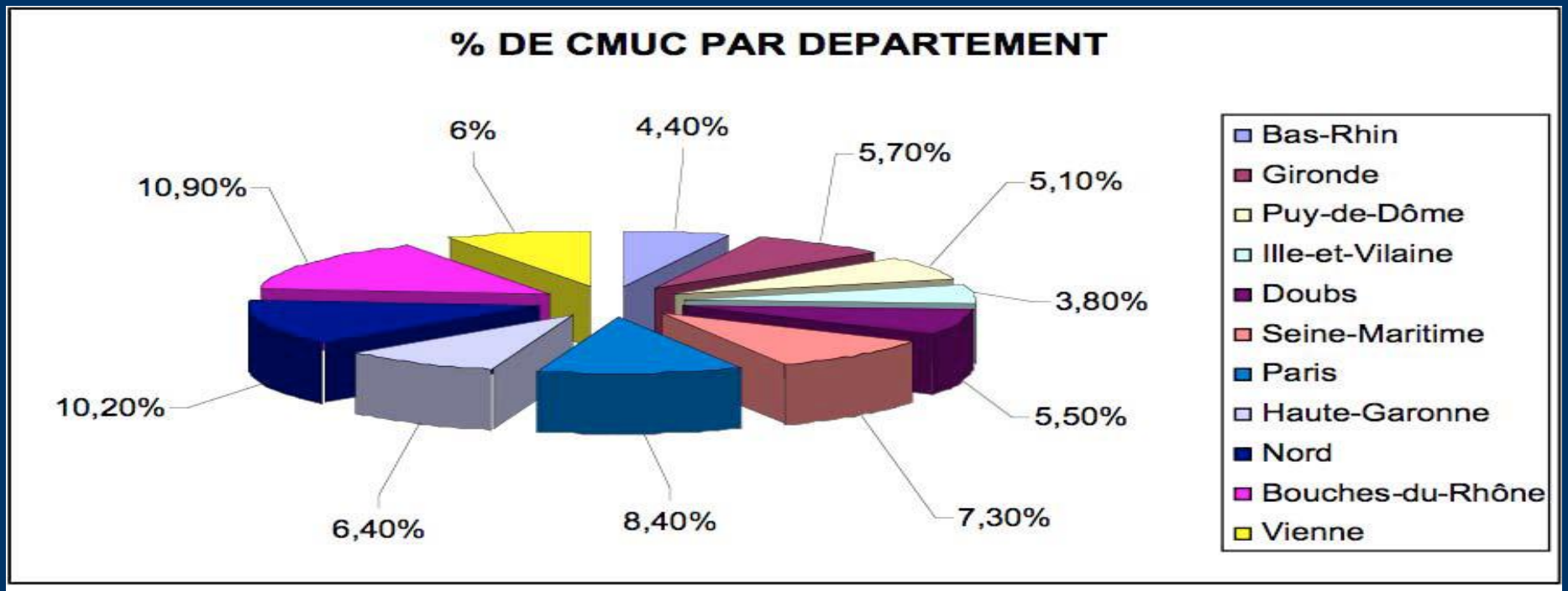
Refus de soins: Enquête du CISS

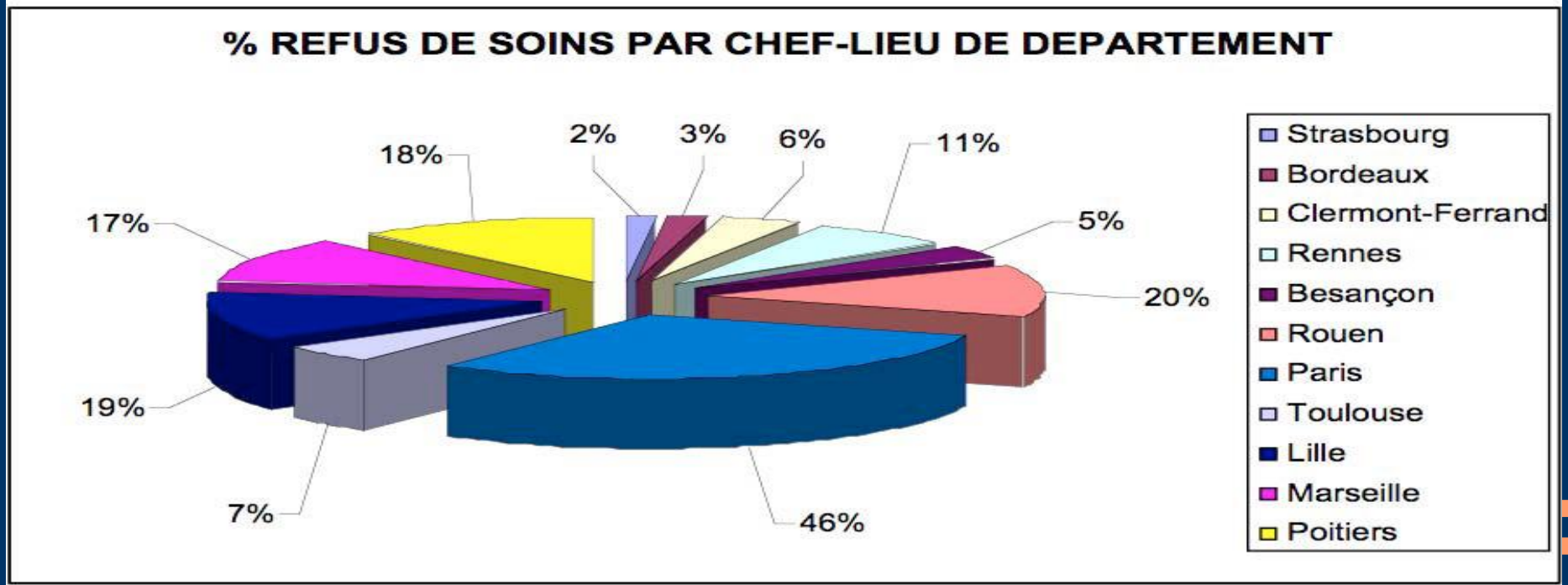


Refus de soins: Enquête du CISS



Refus de soins: Enquête du CISS





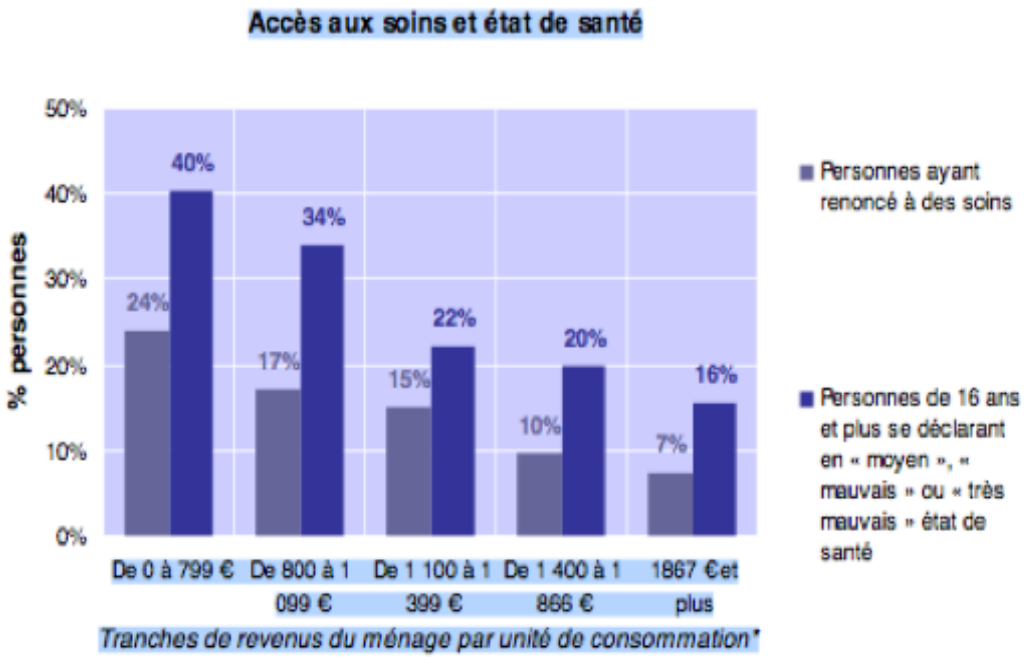
Etude de l'UFC-Que choisir sur les contrats complémentaires de santé

28 Septembre 2010

Le budget que doivent consacrer chaque année les ménages pour leur santé a augmenté de plus de 50% entre 2001 et 2008, en raison principalement du coût des complémentaire santé

1/4 renoncent à des soins dans les 20% de français les plus modestes

Figure 3 Taux d'effort pour l'achat d'une complémentaire santé et couverture complémentaire selon le revenu en 2006



*Tranches de revenus du ménage par unité de consommation**

Source UFC-Que Choisir d'après IRDES, données 2006

Revenu par unité de consommation

Le revenu par unité de consommation (UC) permet de comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente à partir de l'échelle de l'OCDE qui retient la pondération suivante :

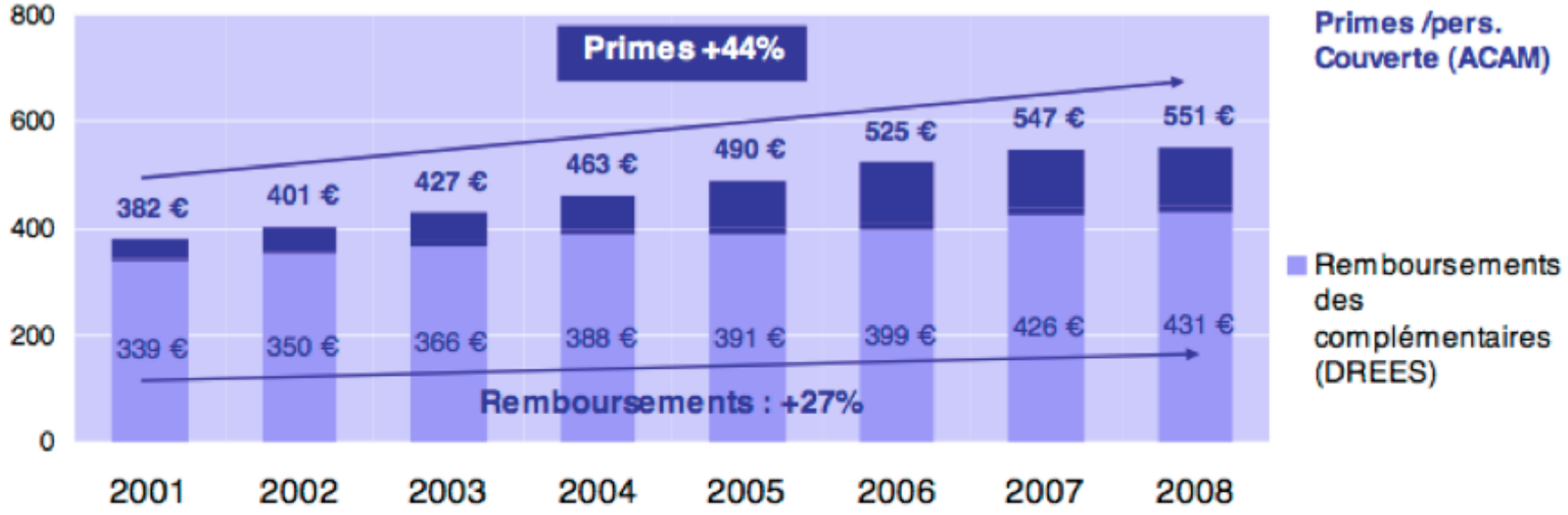
- 1 UC pour le premier adulte du ménage
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Entre 2001 et 2008 augmentation du reste à charge de 52%, des cotisations de 44% et des remboursements que de 27%

Des hausses injustifiées des montants des primes d'assurance-santé: les primes augmentent plus comparés aux remboursements

Figure 5 Les cotisations progressent plus vite que les prestations de remboursement

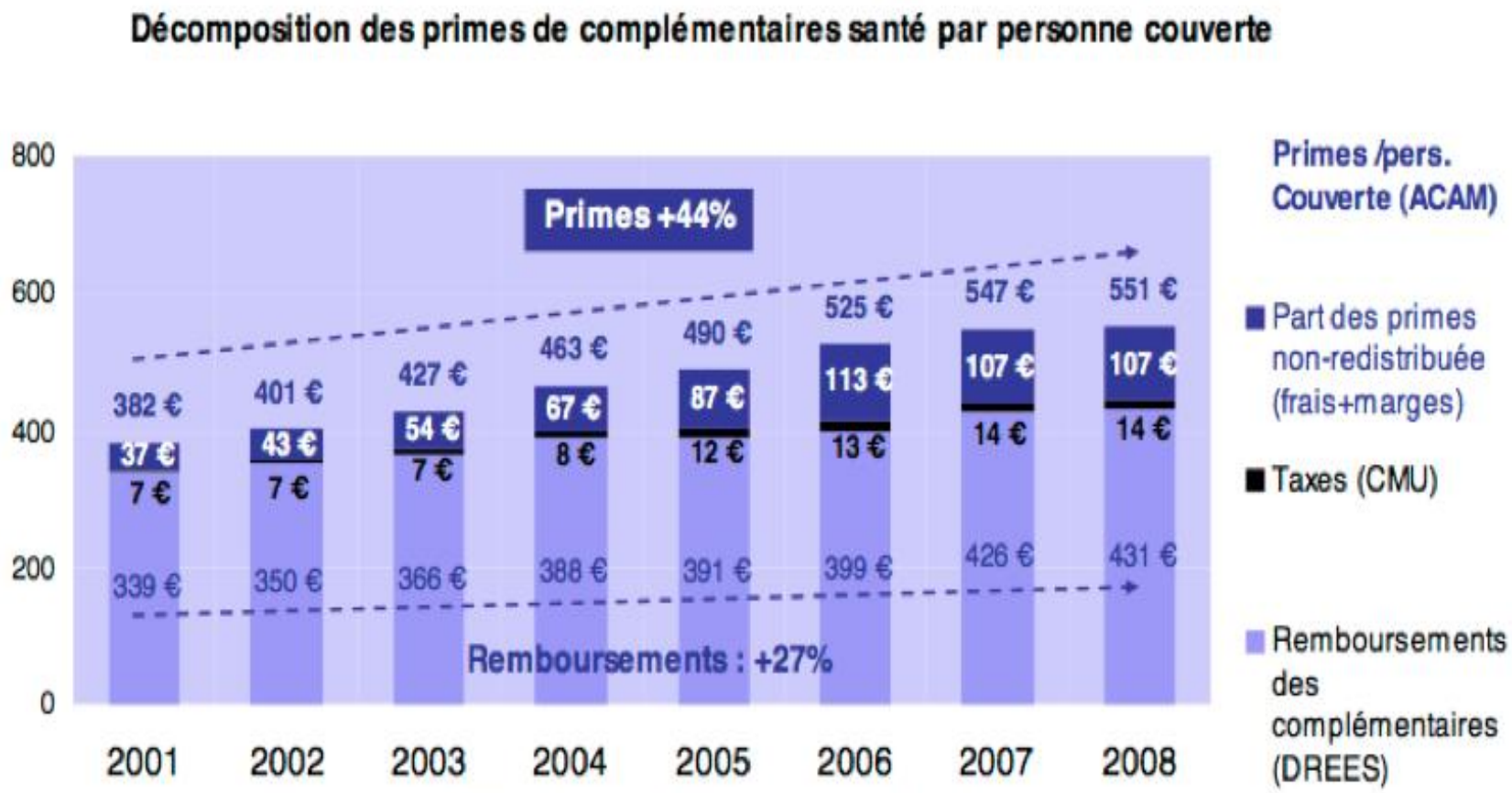
Evolutions des primes et remboursements des complémentaires santé par personne couverte



Source UFC-Que Choisir d'après DREES, ACAM

Accroissement des frais de fonctionnement et des marges des complémentaires

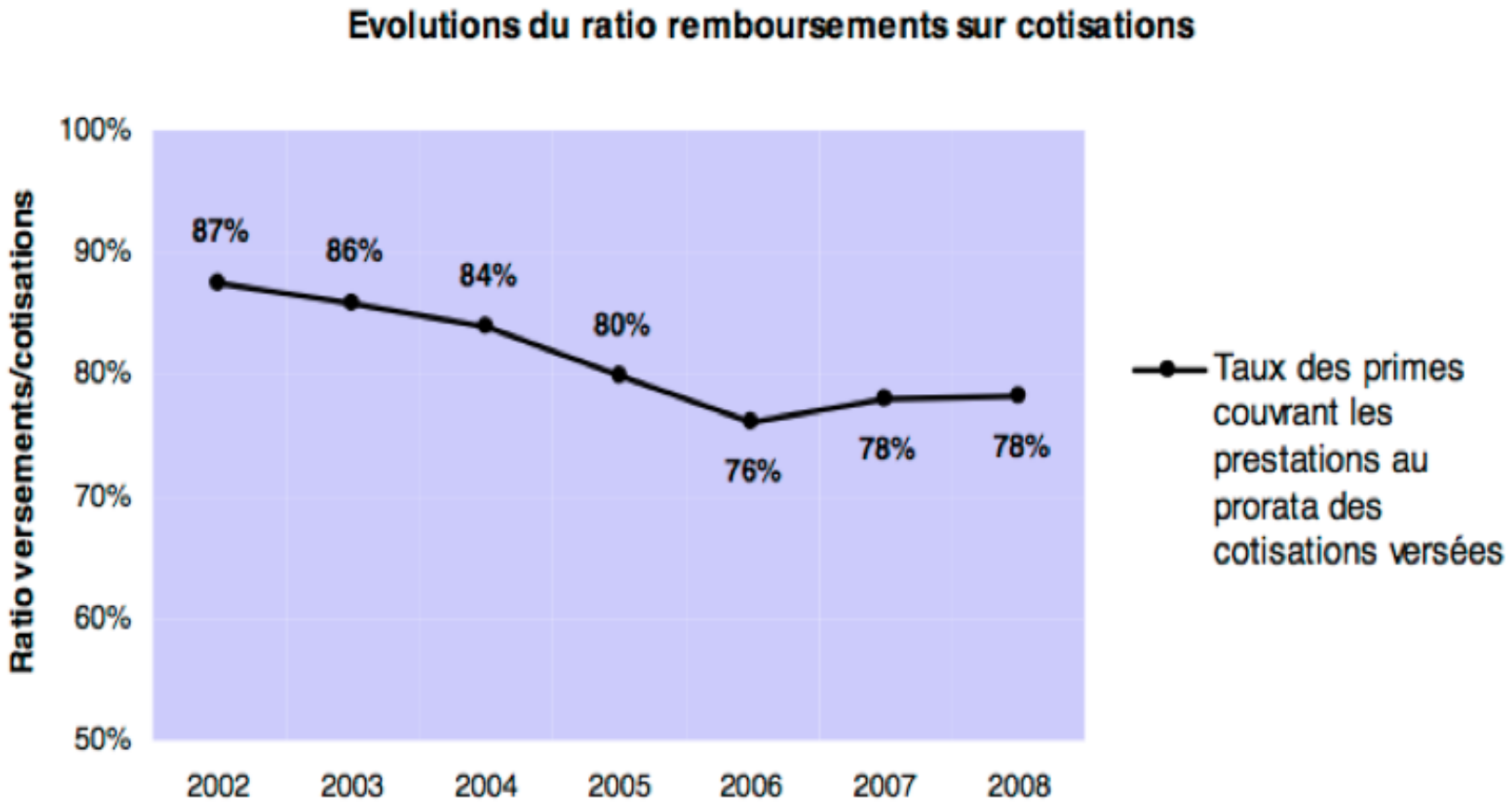
Figure 8 Décomposition des primes des complémentaires par personne couverte



Source UFC-Que Choisir d'après DREES, ACAM

Dégradation des remboursements par les complémentaires: 2001: 87% et 2008: 78%

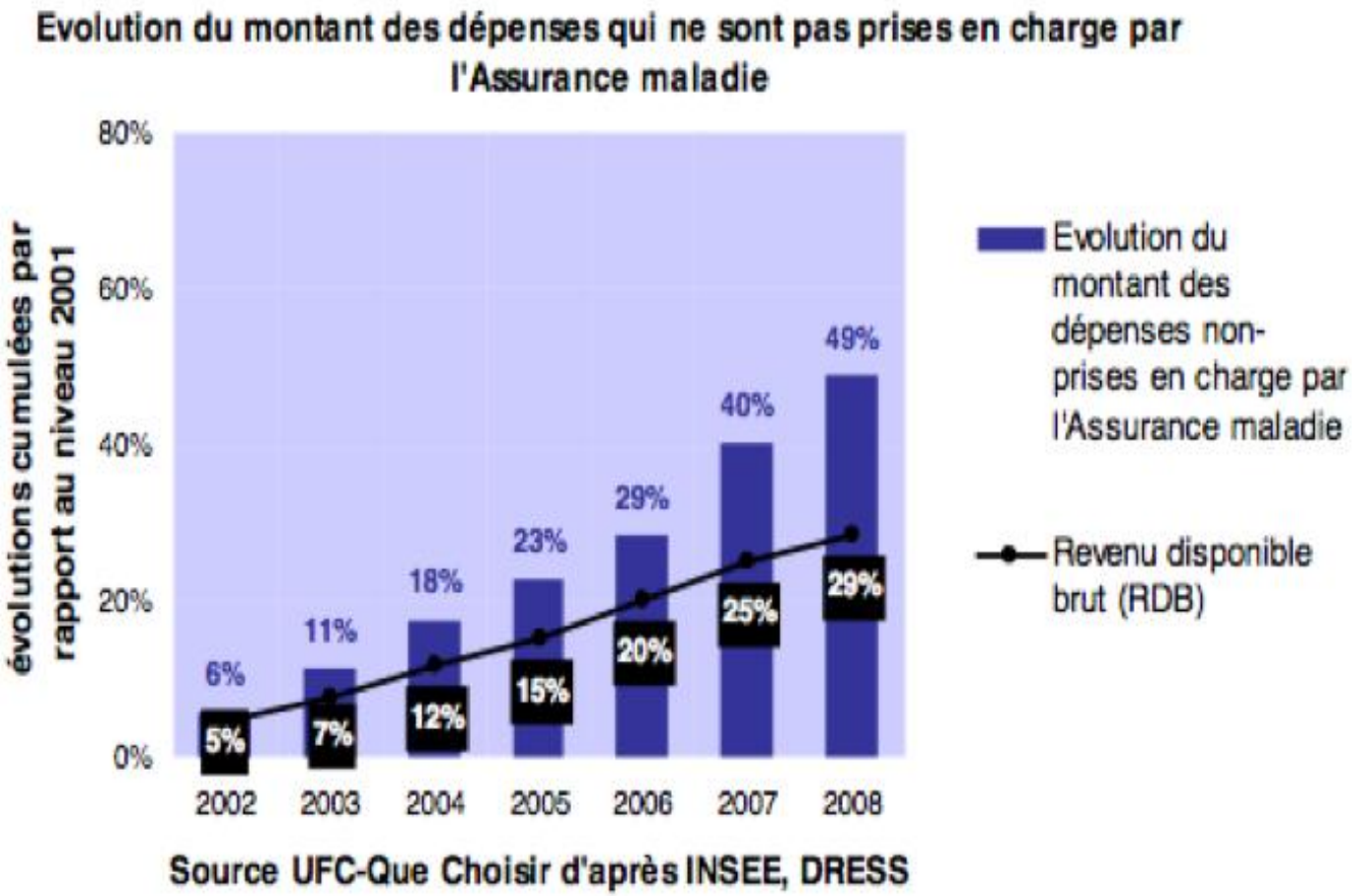
Figure 7 La détérioration de la performance de couverture des complémentaires santé



Source UFC-Que Choisir selon DRESS, ACAM

Plus forte augmentation des dépenses de santé non prises en charge comparée à l'augmentation des revenus entre 2002 et 2008

Figure 1 Hausse des dépenses de santé qui ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie



Suivant de type d'organisme mutuelle ou assurance privée : part reversée

Figure 10 Le ratio remboursements sur primes en santé selon le type d'organismes

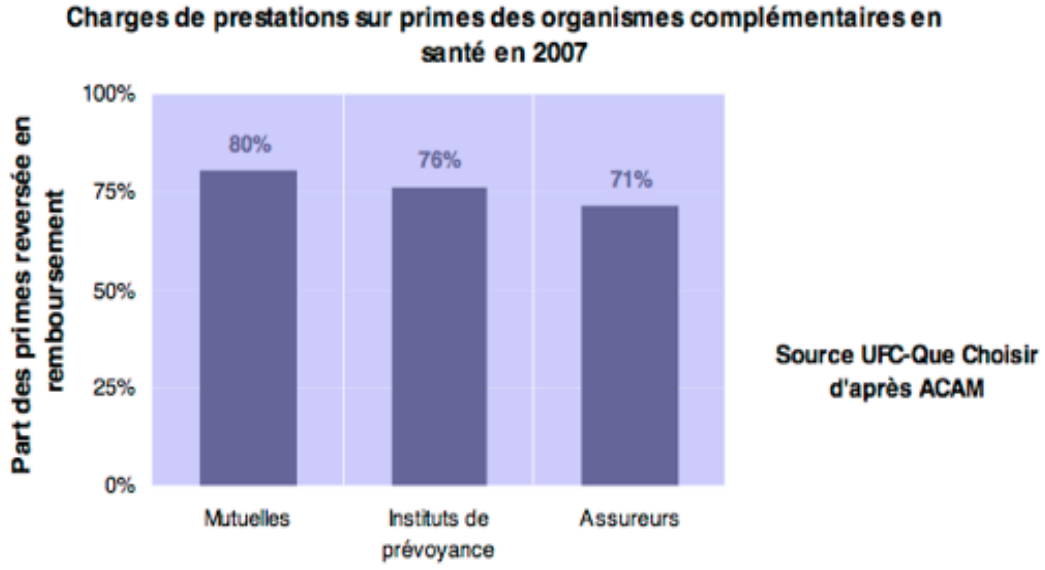
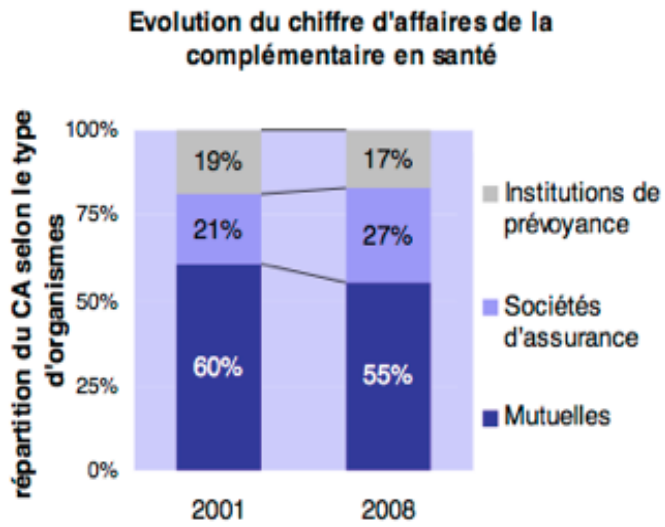


Figure 11 Les évolutions des parts de marchés entre les acteurs du marché



Source : données ACAM redressées

Perspectives avec le PFLSS 2011

- Ainsi, **les nouvelles mesures de déremboursement évoquées qui transfèrent 500 millions d'euros de dépenses supplémentaires aux complémentaires** pourraient représenter, si elles étaient intégralement reportées sur les consommateurs, un **surcoût annuel de 22€ par personne** couverte sur les primes d'assurance santé.

- En 2011, une nouvelle taxe va faire son apparition : **la taxe sur les contrats d'assurance (TCA ou TSCA) de 3,5% sur le chiffre d'affaires des complémentaires santé.** Cette taxe survient après la **hausse de la taxe CMU-C qui, depuis 2009, est passé à 5,9%,** induisant une augmentation des contrats des complémentaires en 2009 et 2010. **Surcoût annuel de 26€ par personne** En 2011, une nouvelle taxe va faire son apparition : la taxe sur les contrats d'assurance (TCA ou TSCA) de 3,5% sur le chiffre d'affaires des complémentaires santé. Cette taxe survient après la **hausse de la taxe CMU-C qui, depuis 2009, est passé à 5,9%**, induisant une augmentation des contrats des complémentaires en 2009 et 2010. **Surcoût annuel de 26€ par personne**

- **Le Président de la mutualité avance une augmentation moyenne des primes de 8 à 11% en 2011** et ceci **avant la mise en route du secteur optionnel : dépassements officiels des honoraires de médecins de 50% pour les obstétriciens, anesthésistes et chirurgiens n'ayant pas accès aux honoraires libres Secteur II**. Les mutuelles prendront en charge le dépassement de 50% et **les dépassements qui ont augmenté de 14% par an en secteur II ces dernières années resteront illimités de 50 à 600% !!!**

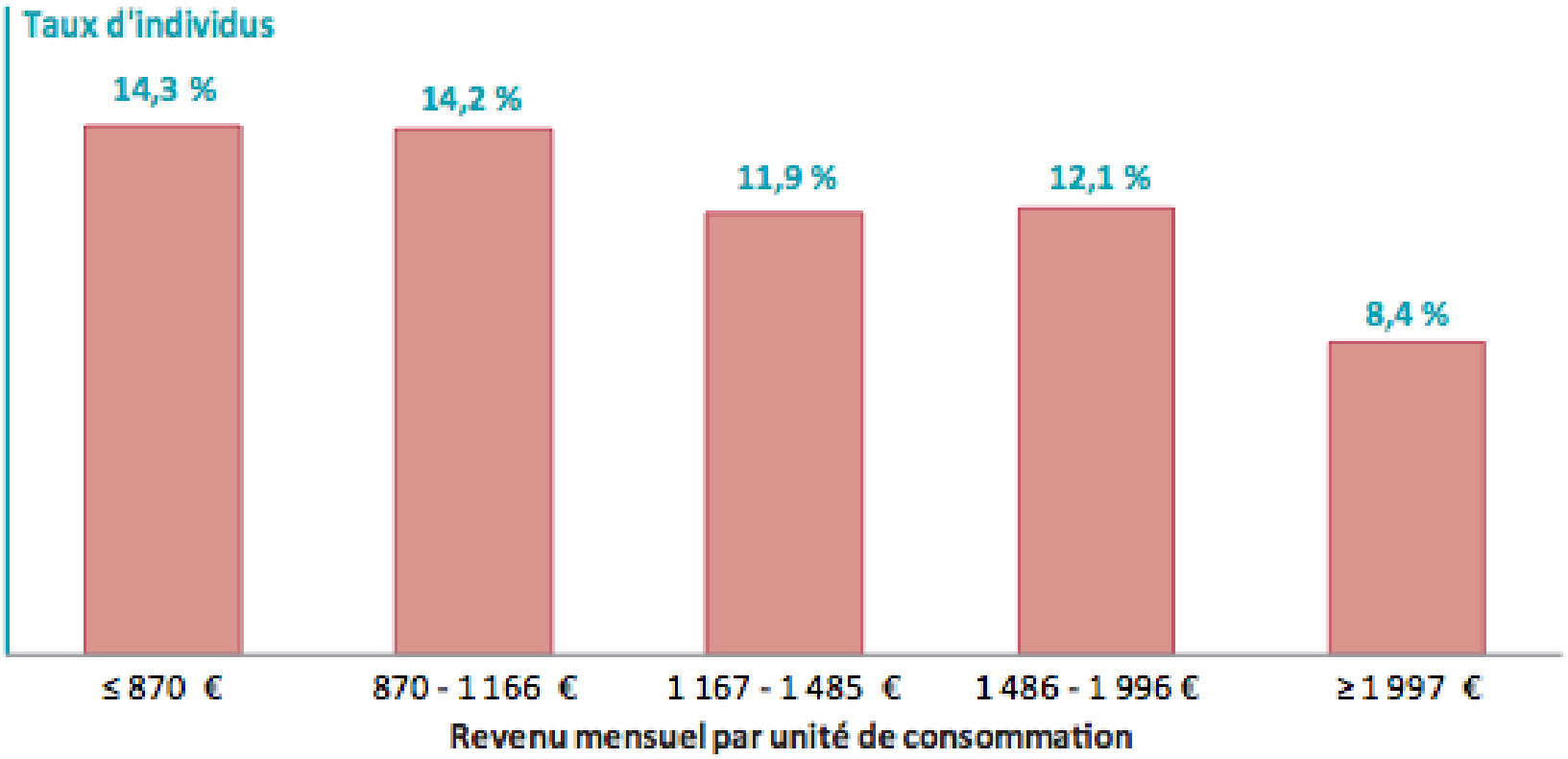
Les échecs des politiques successives d'aide à l'acquisition d'une complémentaire

- **En 2005**, un premier dispositif a vu le jour : **l'aide à l'acquisition de la complémentaire santé (ACS).** Néanmoins, après 3 années, l'échec du dispositif était diagnostiqué, ce qui a conduit à son abandon.En **2008, seules 200 000 personnes en bénéficiaient soit 10% de l'ensemble des bénéficiaires potentiels**. Le ministère de la santé expliquait l'échec du dispositif par sa « complexité pour les assurés ».

- En **janvier 2008, un nouveau dispositif a été mis en place : le chèque santé.** Cependant au regard des résultats, force est de constater que **cette solution n'a pas encore apporté de réponse satisfaisante au problème même si l'échec est moins patent que celui de l'ACS**. Aujourd'hui, selon les projections, **sur les deux millions de bénéficiaires qui pourraient y prétendre, seul un quart en profiterait effectivement.**

Impact des franchises

Taux de personnes ayant déclaré avoir modifié leurs achats de médicaments suite à l'introduction des franchises, selon le revenu par unité de consommation



Champ : Individus âgés de 18 ans et plus, hors bénéficiaires de la CMU-C et femmes enceintes depuis 6 mois au moins.

Données : Enquête santé protection sociale 2008.

CMU COMPLÉMENTAIRE

Le plafond de ressources applicable à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été relevé (rétroactivement au 1er juillet) et porté à

7 611,36 € ***pour une personne seule.***

Ce plafond concerne ***l'e****nsemble des ressources effectivement perçues au cours des douze derniers mois précédant la demande, nettes des cotisations sociales obligatoires, CSG et CRDS* ; il varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

CMU COMPLÉMENTAIRE: relèvement des plafonds

Plafond annuel des ressources

1 personne : 7611€ (634€ / mois)

2 personnes : 11417€

3 personnes : 13700€

4 personnes : 15984€

L'aide complémentaire santé

Chèque santé annuel en cas de ressources au maximum 20% au dessus du plafond. Selon l'âge de 100 à 500€ pour la cotisation de la complémentaire santé

Dispense d'avance des frais sur la partie prise en charge par l'assurance maladie

Financement de la CMU COMPLÉMENTAIRE

Les ***ressources provenant des organismes de protection complémentaire*** (mutuelles, assurance privées et instituts de prévoyance) ***risquent d'être mises à mal par la crise économique***.

Le chiffre d'affaires des organismes de protection complémentaire santé (OC) n'a augmenté que de 2,61 % entre le 2ème trimestre 2010 et le 2ème trimestre 2009, et de 3,42 % en comparaison avec le semestre 2010/2009 (+ 10,6 % en moyenne de 2004, ou les + 5,2 % et + 6,5 % de 2007 à 2009)

Depuis le 1er janvier 2009, explique Jean-François Chadelat, le directeur du fonds CMU, ***le fonds est exclusivement financé par la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam), prélevée sur leur chiffre d'affaires santé hors taxe***. D'un taux fixé à 5,9 %, la contribution a rapporté près de 1,8 milliards d'euros de ressources au fonds en 2009 (une croissance réduite à + 3,4 % au premier semestre 2010)

Cette décélération inquiète le Fonds de financement de la couverture maladie, qui fournit ces chiffres.

Enquête EPIDAURE: Afflux des patients sans mutuelle dans les centres de santé (CDS)

- ***63% de la population considérée comme socialement vulnérable*** a recours aux centres de santé (CDS) contre 35% de la population générale

- ***30% des patients sont inactifs*** contre 7% en population générale

- ***de plus en plus de populations intermédiaires (environ 25 %)***, pas assez pauvres pour accéder à la CMU mais pas assez riches pour financer une complémentaire santé (pratique du tiers payant et respect des tarifs conventionnels)

L'enquête Epidaure démontre que les patients fréquentant exclusivement les CDS ont aussi moins recours à des dépenses de santé adjacentes (efficience de la prévention et de l'éducation thérapeutique).

Fragilité financière***

La PASS pour les plus démunis

Soins gratuits dans les hôpitaux

- Prise en charge des personnes en situation de précarité afin de faciliter l'accès au système de santé et accompagnement pour les démarches afin de faire reconnaître leurs droits
-Accueil médico-social (médecin-assistance sociale): personnes ayant des difficultés d'accès aux soins et droits sociaux (couverture sociale, mutuelle, logement, finances...)
- Accès aux soins : Consultation spécifique, délivrance gratuite de médicaments, collaboration avec les services de spécialité, dispensaire, libéraux...
- Droits sociaux : CMU,CMU C, AME; hébergement, associations, service social de secteur ou spécialisé...

La PASS pour les plus démunis

Soins gratuits dans les hôpitaux

- Centre hospitalier d'Albi : Accueil 24/24h aux urgences
- Consultation Spécifique : Dr Isabelle RAYET Le Mardi et Vendredi matin (Urgences)

Localement il y a difficulté pour les soins dentaires

Avec le blocage en 2010 et 2011 par le gouvernement des enveloppes budgétaires MIGAC (missions d'intérêt général et et d'aide à la contractualisation) le financement reste alléatoire

La PASS pour les plus démunis

Soins gratuits dans les hôpitaux

- Sur le papier, l'initiative est bonne. Mais en réalité, c'est plus difficile. **Le système est financé par un budget modeste**. A l'hôpital d'Orléans, par exemple, l'Etat ne verse que 100.000 euros chaque année. **Une somme vite dépensée qui ne permet pas d'offrir toute la gamme de soins**, regrette Marie-Lise Lecocq, responsable du service social. *"On ne peut pas assurer de soins dentaires, c'est regrettable parce que quand* ***vous avez en face de vous une personne qui a mal aux dents et qui vous demande un dentiste que vous ne pouvez pas offrir****, ça n'est pas juste, c'est pas normal. S'ils sont venus là, c'est parce qu'ils n'ont pas pu ailleurs. Donc cela veut dire que personne ne peut leur venir en aide.* ***C'est une société à deux vitesses****, on ne peut pas accepter ça".*

Soins aux étrangers : la réforme de l'AME en suspens

- **L'aide médicale d'Etat (AME)** permet la gratuité des soins pour les sans-papiers les plus démunis. 210 000 personnes en bénéficient chaque année.

- Les députés de la majorité qui militent âprement pour une ***refonte de l'Aide médicale d'Etat (AME)*** et pour ***limiter le nombre de personnes pouvant bénéficier d'un titre de séjour eu égard à leurs conditions de santé*** n'ont pas vu tous leurs amendements adoptés mais ont pu constater qu'ils bénéficiaient d'un soutien assez marqué du gouvernement

- Depuis les lois Debré et Chevènement ***toute personne atteinte d'une pathologie grave et qui ne peut « effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays »*** peut demander en France un titre de ***séjour temporaire,*** Thierry Mariani a porté devant l'Assemblée un amendement qui modifie cette notion de « non accès effectif » en « indisponibilité »

Soins aux étrangers : la réforme de l'AME en suspens

- Eric Besson a estimé que ces questions devaient être renvoyées à l'examen du budget pour 2011, mais que le débat aurait lieu car ***« les dérives »*** du système avaient entraîné une ***augmentation des dépenses de 13 % en un an.*** Les frais hospitaliers représentent les deux tiers des dépenses globales et 45 établissements ont en effet vu progresser de 16 % leur poste de dépenses lié à l'AME l'an dernier

- ***Le durcissement du droit d'asile, ferait grossir le nombre de personnes sans papier***. D'autres organisations évoquent quant à elles un ***afflux d'immigrants d'Europe de l'Est et de l'ancienne Union soviétique.***

-Mais, pour Médecins du Monde, ***modifier les conditions d'accès à l'AME provoquerait des retards de soins, donc un surcoût***. Réclamée lors de l'examen de la loi sur l'immigration par des députés UMP, sa refonte a été renvoyée aux débats sur le projet de loi de finances. Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances, prévu fin novembre, devrait permettre d'y voir plus clair sur le dispositif.

Centre de "Médecins du monde"

l'accès aux soins des démunis s'est " brutalement dégradé " en 2009

L'ONG s'oppose à la limitation de la gratuité des soins aux sans-papiers envisagée par la majorité:

le principe de la gratuité totale des soins aux sans-papiers est remis en cause par le gouvernement

- Lors de leur première consultation, *85 % des patients n'ont ni AME ni couverture maladie universelle (CMU)*. Avec chaque nouvel arrivant, la question est évoquée par l'équipe. C'est à la permanence de la Caisse primaire, qui dispose d'une antenne dans le centre d'accueil, qu'est évalué de quoi les candidats vivent. Les petits boulots sont pris en compte, mais aussi le fait d'être nourri ou hébergé, ou de recevoir de l'argent de la part de proches. Il n'est pas possible de déclarer vivre de rien.

- *Le bénéficiaire peut, grâce à l'AME, se faire soigner en ville comme à l'hôpital*. Ce dispositif permet ainsi aux malades sans papiers d'éviter d'encombrer les urgences, et, au final, de réduire les coûts pour la collectivité.

Centre de "Médecins du monde"

l'accès aux soins des démunis s'est " brutalement dégradé " en 2009

- **UNE AUGMENTATION de 17 % des visites dans ses centres de santé entre 2007 et 2009**, des personnes qui consultent de plus en plus avec retard, ce qui conduit à l'aggravation de leur état de santé, une **hausse de 30 % du nombre de patients mineurs** : selon le ***rapport annuel de Médecins du monde*** *(MDM)*, publié mardi 12 octobre, l'accès aux soins des plus démunis a subi une *" dégradation brutale "* en 2009.

- La principale raison invoquée par l'association humanitaire, **les dysfonctionnements des permanences d'accès aux soins de santé (Pass)**. « Saturées souvent, inexistantes parfois, les Pass ne peuvent prendre en charge tous les patients en grande précarité

- Dans les villes où les PASS fonctionnent correctement, au Havre ou à Nantes par exemple, les centres de soins de Médecins du Monde constatent à l'inverse une diminution des consultations

- **Hausse des cas de retard de soins:** 22% des patients venus consulter accusaient un retard de recours aux soins contre 11% en 2007 et 17% en 2008