



Association du comité de défense de l'hôpital public et de la maternité de Sarlat

Lettre d'information n°15-2019

Sarlat, le 1^e août 2019

Dépassements d'honoraires, déremboursement des médicaments, reste à charge...

TRIPLE PEINE POUR LES PATIENTS

Le Parisien du 28 février 2019 annonçait que, « selon une étude du ministère de la Santé, une fois que leurs médicaments ne sont plus remboursés, les labos augmentent leurs prix de 39% en moyenne. Une double sanction pour le patient ».

« Certains produits ont même vu leur prix plus que doubler. C'est le cas du bain de bouche Alodont en 200 ml (+ 144%) ou du décontractant musculaire Lumirelax en 500 mg (+ 111%) !

« Les parts de marché globales du médicament non remboursable ne cessent de progresser, passant de 9% en 2011 à 10,7% en 2016 (2,2 milliards d'euros) ». Source : Dress.solidarités-santé-gouv 2019.

Nous avons dénoncé les dépassements d'honoraires médicaux, ces pratiques tarifaires modulables sont en constante augmentation depuis la création du secteur 2 en 1980 (elles représentaient 10% de l'ensemble des honoraires en 2006, elles en sont à 14% aujourd'hui). Ces pratiques tarifaires sont la cause du renoncement aux soins pour raisons financières de plus d'un quart de la population.

On apprend aussi que certains médicaments non génériques seront moins bien remboursés en 2020... et on sait ce qu'il en est pour l'homéopathie !

RESTE A CHARGE

C'est la partie du coût des soins et des biens médicaux qui n'est pas remboursée par l'Assurance maladie.

Ticket modérateur

Part des dépenses qu'il reste à payer sur une consultation de 25 € : **8,50 €** (7,50 € après prise en charge de l'Assurance maladie +1€ de forfait non remboursable par les mutuelles)

Forfait à 18 €

Il remplace le ticket modérateur pour les actes coûtant plus de 120 €.

Participation forfaitaire de 1 €

A régler pour chaque consultation, acte médical, examen, analyse...

Franchise médicale

0,50 € par boîte de médicament, par acte médical.

2 € par transport médical.

Forfait hospitalier

20 € par jour à l'hôpital ou en clinique.

15 € par jour dans un service de psychiatrie d'établissement de santé.

Ensuite, interviennent les mutuelles ; mais il faut payer une cotisation toujours croissante pour réduire les restes à charge, et nous constatons que les ressources de certains patients ne leur permettent pas d'y accéder. Quand ils le peuvent, ils empruntent pour se faire soigner !

Lentement mais sûrement, les mutuelles et assurances privées prennent la place de la Sécurité sociale et nous éloignent ainsi de son principe fondateur : chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.