

DES REMBOURSEMENTS MODULABLES EN FONCTION DES REVENUS !

En France, en 2008, en moyenne, les assurés ont un reste à charge après paiement de l'assurance maladie obligatoire « RAC après AMO » d'environ 500 € (environ 40 €/mois).

Face à ce constat, le gouvernement précédent avait déjà engagé une réflexion sur l'instauration d'un bouclier sanitaire.

Le principe était de fixer un plafond annuel de « reste à charge », en fonction du revenu, et au-delà duquel la Sécurité sociale rembourse tout à 100 %.

La CFE-CGC s'y est opposée : ce bouclier sanitaire conditionne l'accès à la santé en fonction des revenus. Notre Confédération n'accepte pas la remise en cause de l'un des principes fondateurs de notre système de santé qui est « *que chacun contribue selon ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins* ».

L'idée du bouclier sanitaire n'a pas abouti. Mais le sujet est toujours resté en arrière-plan...

En mai 2013, deux économistes Pierre-Yves Geoffard et Grégoire de Lagasnerie rouvrent le débat des remboursements modulables en fonction des revenus avec un article « **Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation** » publié dans la revue de l'INSEE « Economie et statistique ».

QUEL SYSTEME ?

L'étude réalisée préconise une réforme des remboursements par la Sécurité sociale, des soins de ville, qui prendrait en compte le niveau de revenu des malades.

Ainsi, les deux économistes ne s'intéressent qu'aux dépenses remboursées dans le champ de l'assurance-maladie obligatoire. La CFE-CGC regrette que cette étude laisse de côté l'impact des dépassements d'honoraires¹ sur le reste à charge, qui sont pourtant un des premiers facteurs de renoncement aux soins.

¹ non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire,

PAR QUELS MECANISMES ?

La réforme proposée par ces deux économistes passe par deux mécanismes :

1. **L'instauration d'un système de franchise de remboursement modulable en fonction des revenus de l'individu.**
2. **L'instauration d'un plafond de reste à charge, modulable en fonction des revenus de l'individu.**

1. Les deux économistes proposent d'instaurer **une franchise médicale individuelle et annuelle sur l'ensemble des dépenses de soins de ville** qui serait fonction des revenus de l'assuré.

Cette franchise est non remboursable par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie complémentaire.

Les dépenses en deçà de cette franchise sont alors entièrement prises en charge par l'assuré.

Depuis plus de 20 ans, les réformes de l'Assurance Maladie n'ont fait qu'accroître la contribution des malades (la contribution à 1 €, le forfait à 18€, les diverses franchises médicales...).

Avec cette proposition, l'assuré malade met, une nouvelle fois, la main au porte-monnaie !

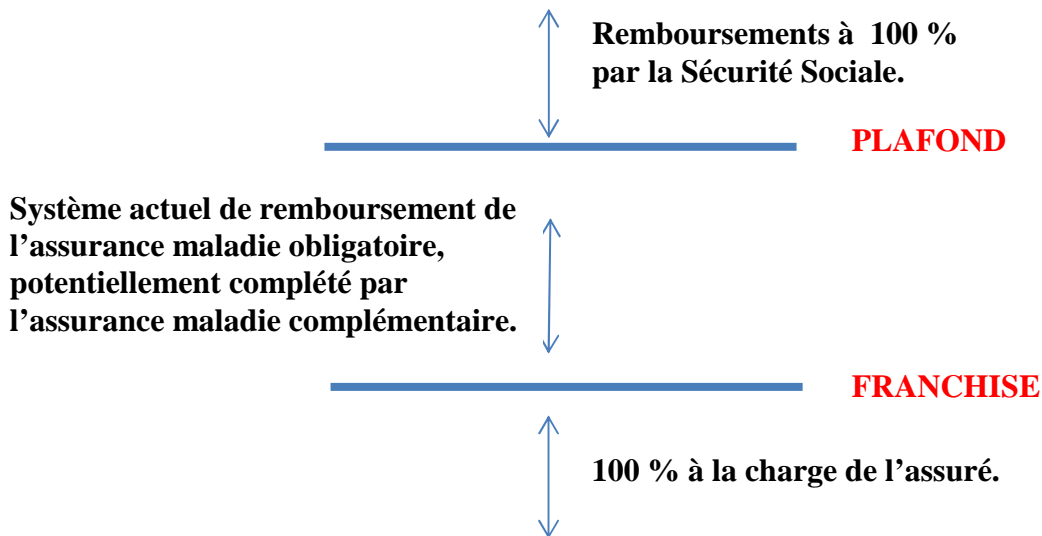
Cette logique de responsabilisation des usagers, visée par les franchises, est poussée à un niveau tel qu'aujourd'hui le risque de porter atteinte à l'égal accès aux soins des malades est bien réel.

2. Cette franchise financerait la mise en place **d'un plafond de reste à charge, également fonction du revenu**, au-delà duquel la Sécurité Sociale rembourserait intégralement l'assuré.

Entre les franchises et le plafond, c'est le système actuel qui perdure (remboursement de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire).

Ainsi, plus l'assuré a un revenu élevé, plus sa franchise et son plafond de dépenses seront élevés, donc moins sa part remboursée par l'assurance maladie obligatoire sera importante.

SCHEMA DU SYSTEME PROPOSE



Pour la CFE-CGC, cette proposition va clairement à l'encontre des principes de solidarité et d'universalité, piliers de notre système de santé français depuis 1945.

L'assurance maladie a pour philosophie originelle d'assurer l'accessibilité des soins pour tous les malades simplement parce qu'ils sont malades, sans considération de leurs revenus.

Or, cette étude individualise clairement le droit d'accéder à la santé en fonction des revenus.

Encore une fois, les classes moyennes sont lésées!

Elles ont tout à perdre avec de telles propositions car elles sont toujours appelées à cotiser proportionnellement à leurs revenus, pour être de moins en moins remboursées par le système.

A toujours faire porter les efforts sur la classe moyenne, le risque pourrait être à terme, de voir cette dernière, s'en détourner... **A trop charger la mule, on finit par la tuer !**

☺ Une question ? Contactez : barbara.reginato@cfecgc.fr ☺

Serge LAVAGNA
Secrétaire National du Secteur Protection sociale