

À la une : • Panorama de la santé européenne 2016 par l'OCDE : synthèse • Les premiers effets du « contrat responsable »

Panorama de la santé européenne 2016 par l'OCDE

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) vient de rendre public son « Panorama de la santé Europe » pour l'année 2016. Cette étude se livre à une analyse comparative des pays européens en matière de santé : premier constat : en 14 ans l'espérance de vie a augmenté de plus de six ans dans les Etats membres de l'Union Européenne. Elle est ainsi passée de 74.2 ans à près de 81 ans entre 1990 et 2014.

Pour autant, si les inégalités restent fortes entre les pays de l'Ouest de la zone, où l'espérance de vie dépasse de huit ans, en moyenne, celle des pays d'Europe centrale et orientale, de fortes inégalités s'observent aussi au sein de chaque pays entre les populations à niveau de vie et d'études élevés et celles plus défavorisées. Ces inégalités sont la conséquence d'une part d'une différence d'exposition aux risques sanitaires et d'autre part aux disparités d'accès à des soins de qualité.

A cet égard, bien que la France consacre 11% de son PIB à ses dépenses de santé, ce qui la place juste derrière l'Allemagne et la Suède, (pour une moyenne européenne à moins de 10%), les inégalités d'accès aux soins demeurent fortes pour les populations les plus défavorisées.

Ainsi, en matière de renoncement aux soins, la France affiche un taux plus faible que la moyenne européenne (2.8% contre 3.3%) mais, si l'on considère les 20% de la population les plus pauvres, ce même taux s'élève à : 6.6% contre 6.4% en moyenne en Europe. Ainsi, 12% de la frange la plus pauvre ne se font pas soigner, alors que ce n'est le cas que de 1,6 % des plus riches

Ces inégalités sont encore plus marquées dans le domaine dentaire, sans que ce soit une exception française : 5,5 % des Européens renoncent à se rendre chez le dentiste et ce taux atteint 10,4 % dans le quintile le plus pauvre (1.7% dans le plus riche). La cause en revient principalement aux soins prothétiques et orthodontiques qui sont chers et souvent très mal remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

Dans son panorama, l'OCDE met en évidence le rôle de la crise financière de 2008 dans le recul de l'accès aux soins médicaux ou dentaires. Si en France le taux de besoins médicaux non satisfaits en raison du coût parmi les personnes à faible revenus n'a cessé de croître depuis 2009 c'est en Italie et surtout en Grèce que cette situation est la plus criante avec un renoncement aux soins médicaux moyen supérieur à 16 % en 2014.

Par ailleurs, l'OCDE dans son étude pointe la faiblesse des dépenses allouées à la prévention en France, moins de 2% des dépenses de santé en comparaison des 4% que leur consacrent le Royaume Uni ou l'Italie, la moyenne européenne se situant à 3%. Concernant la densité médicale, si celle-ci est en France (3,3 médecins pour 1.000 habitants) proche de la moyenne européenne (3,5), elle se caractérise par un écart de densité médicale

entre les villes et les campagnes très marqué. Elle est aussi l'un des rares pays où le nombre de médecins par habitant n'a pas progressé depuis l'an 2000. Ces difficultés d'accès aux soins entraînent des renoncements aux soins ainsi que des hospitalisations qui pourraient être évitées.

.....

Les premiers effets du « contrat responsable »

Le nouveau « contrat responsable » de complémentaire santé a été mis en place en janvier dernier. Pour rappel, il avait pour objectif :

- de garantir le contenu de la couverture en fixant des planchers de prise en charge,
- de réduire le coût de l'optique,
- de réguler les dépassements d'honoraires.

Nous vous proposons un zoom sur les dépassements d'honoraires :

Pour rappel, le contrat responsable est combiné avec le contrat d'accès aux soins (CAS), créé en 2013, par lequel les professionnels de santé y adhérant s'engagent à modérer leurs dépassements d'honoraires en échange d'un allègement de leurs cotisations sociales.

Du côté des assurés, la consultation d'un médecin signataire du CAS a pour seul plafond de remboursement celui défini par leur contrat de complémentaire santé.

Le nouveau contrat responsable encadre le remboursement des médecins non signataires du CAS.

Pour la consultation d'un tel médecin, le remboursement des dépassements est soumis à une double limite dont la plus faible sera retenue :

plafonné à 100% de la « base de remboursement de la sécurité sociale » (base elle-même ramenée à celle du secteur 1 pour les spécialistes de secteur 2 non signataires du CAS – 23€ au lieu de 28€ en 2016)

au moins 20% inférieur au remboursement maximum autorisé par le contrat de complémentaire santé s'appliquant pour un médecin signataire.

Aujourd'hui 27% des médecins de secteur 2 (honoraires libres) sont signataires du CAS.

Selon des estimations réalisées par Mercer (avec 1,3 million de contrats en entreprise, dont 70 % qui ont souscrit l'un de ces nouveaux contrats), les premiers « effets secondaires » de ces contrats responsables seraient les suivants : Peu de baisses de tarif des médecins non signataires du CAS et, pour les assurés, une augmentation du reste à charge: 16.90€ contre 8.40€ sur les hospitalisations et 4.60€ contre 2€ pour les consultations de spécialistes.