



AG INITIATIV' Retraite 82

1. Questions d'actualité
2. L'utilisateur dans le système de santé



Questions d'actualité



L'actualité

La réforme des retraites est en panne !

Pour l'Autonomie on attend une loi cadre ...

Une consolation : la création de la cinquième branche (loi du 07/08/2020), que nous appelions de nos vœux, est déjà acquise !

Cette 5^{ème} branche est gérée par la C.N.S.A. (Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie) et financée par le PLFSS.

07.04.22



L'actualité

Elections présidentielles :

- Indexation des pensions de retraite sur les prix
- Harmonisation des pensions de réversion
- Suppression de la cotisation maladie de 1 %
- Assurer le financement de l'Autonomie et permettre le choix entre maintien à domicile, habitat intermédiaire et établissement,
- assurer un reste à charge adapté aux facultés de chacun
- Garantir un accès à la prévention et aux soins pour tous
- Accorder un crédit d'impôt aux retraités sur leurs cotisations aux complémentaires Santé
- Prendre en compte les préoccupations environnementales

07.04.22



L'actualité

Harmonisation des pensions de réversion :

- harmonisation de tous les régimes
- possibilité de la percevoir dès l'âge de 55 ans
- sans conditions de ressources
- 60 % de la pension du conjoint décédé

Le gouvernement propose 70 % des pensions du ménage

80 % des pensions de réversion concernent des veuves !

07.04.22



L'actualité : les EHPAD

Le livre « Les fossoyeurs de Victor Castanet »

- Contradiction entre mission de service public et gestion à but lucratif
- Le privé lucratif : 20% seulement des 450 000 places.
- Le secteur public a besoin d'améliorer aussi les conditions (pas le même niveau): effectifs, salaires, bâtiments... d'où augmentation tarifaire ... d'où débat public
- Il y a d'autres pistes que les EHPAD : investissons dans des formules modulaires avec une combinaison personnalisée accueil de jour, de nuit, soutien à domicile...
- I.R. : Nécessité de revoir la représentation des Usagers dans le médico-social (Conseils de la Vie Sociale ...)



L'actualité : la situation des caisses de retraite s'améliore

- **Le régime général : -2,6 milliards** au lieu de -6,2 milliards en 2020. Proche de l'équilibre pour un budget de plus de 200 milliards
- **AGIRC-ARRCO : + 2,6 milliards** au lieu de -4,1 en 2020 avec un résultat technique positif à 2 milliards. **Les partenaires sociaux vont-ils maintenir la sous-indexation de nos retraites par rapport à l'inflation qui prend aujourd'hui des proportions considérables?**
- **CNRACL structurellement déficitaire : -1,8 milliards**
Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (fonctions publiques territoriale et hospitalière)

07.04.22



L'actualité : le pouvoir d'achat

- L'inflation a repris (**autour de 5 % sur 1 an**)
- Soyons vigilants pour préserver au mieux le pouvoir d'achat des retraités

07.04.22



L'utilisateur dans le système de santé



Plan de déroulement de l'exposé

- Un système de santé fondé sur la solidarité dans le cadre de la Sécurité Sociale
- Un système cloisonné, à l'accès parfois compliqué
- Des dépenses de santé marquées par le poids croissant des pathologies lourdes
- Un financement collectif, mais qui peut laisser des restes à charge (RAC) importants
- Des propositions I.R. pour mettre l'utilisateur au cœur du système de santé.



1. Un système de santé fondé sur la solidarité dans le cadre de la Sécurité Sociale

- ▶ **Création de la Sécurité Sociale en octobre 1945 par le Conseil National de la Résistance**
- ▶ **À l'origine:**
 - ▶ Un objectif: Protéger les travailleurs et leurs familles contre les aléas de la vie = permettre d'avoir accès à des soins et de bénéficier de revenus de remplacement en cas d'impossibilité de travailler
 - ▶ Un principe: chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins
- ▶ **Regroupe l'ensemble des 4 « branches » : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse et retraites , famille**
- ▶ **... et depuis 2020: la branche Grand Âge et Perte d'Autonomie.**



Une solidarité professionnelle étendue progressivement à l'ensemble des résidents sur le territoire français (1)

- A sa création, la branche « **Assurance-maladie** » de la Sécurité sociale est gérée de façon paritaire (salariés/employeurs) sur une base professionnelle entraînant la création de nombreuses caisses ou régimes.
- Aujourd'hui, deux acteurs principaux interviennent:
 - **Le régime général de la Sécurité sociale (92% de la population)**
 - Les salariés du commerce et de l'industrie et leur famille,
 - Les assurés volontaires
 - les assurés de l'ex-RSI,
 - Les fonctionnaires via des caisses mutualistes (ex : MGEN, ..)
 - **La Mutualité sociale agricole (MSA)** assure les exploitants et salariés agricoles ainsi que leur famille, **soit environ 7 % de la population.**

A côté de ces deux régimes, subsistent encore:

- **Les régimes spéciaux (27)** pour des populations particulières : SNCF, RATP, Industries électriques et gazières, Marins, Mines, ... **qui représentent à peine 1 % de la population.**



Une solidarité professionnelle étendue progressivement à l'ensemble des résidents sur le territoire français (2)

- 1^{er} janvier 2016 : **PUMA (protection universelle maladie)** qui remplace la CMU :
Extension de la couverture « assurance maladie » à la quasi-totalité de la population.
- 2020 : **CSS (complémentaire santé solidaire)** =
CMU complémentaire (CMU-c) + ACS (aide au paiement d'une assurance complémentaire santé)
La CSS garantit un accès aux soins pour les plus modestes:

Fin décembre 2020 : **7,2 millions de personnes** bénéficiaient de ce nouveau dispositif.



2. Pour l'assuré : une liberté encadrée progressivement

De la création jusqu'en 2004:

- L'assuré choisissait son médecin généraliste et son pharmacien, était libre de consulter les spécialistes de son choix et pouvait de lui-même solliciter son hospitalisation.
- Les assurés payaient un ticket modérateur pour toutes les dépenses de santé remboursables et un forfait hospitalier en cas d'hospitalisation (qui était couvert totalement ou partiellement par une assurance complémentaire).



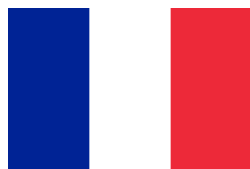
2. Pour l'assuré : une liberté encadrée progressivement

Depuis 2004, les assurés sont encadrés dans leur parcours de soins:

- **Le patient choisit librement son médecin traitant (référant). Le médecin traitant** le dirige, le cas échéant et avec son accord, vers le professionnel de santé le plus apte à traiter son cas spécifique. **C'est le « parcours de soins ».**
- **Hors de ce parcours,** majoration de la part restant à sa charge par modulation du taux de remboursement.
- **Des contributions forfaitaires à la charge des assurés :**
 - 1 € pour les actes réalisés par des médecins ;
 - 24 € pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60, pratiqués en ville ou à l'hôpital ;
 - franchise de 0,50 € par boîte de médicaments ou acte d'auxiliaire;
 - franchise de 2 € sur les transports sanitaires (plafond : 50 € par an).



Un système de santé très protecteur



Gratuit

**Exemple :
Pendant la crise - test dépistage Covid**



De 45 à 90 €



Notre système de santé en quelques chiffres

223 571 médecins

41 788 chirurgiens-
dentistes

74 489 pharmaciens

22 312 sages-femmes

660 611 infirmiers

390 000 aides-
soignants

Le secteur hospitalier

3 089 établissements
hospitaliers et 408 245 lits

12,4 millions de patients
hospitalisés une ou plusieurs fois

645 structures d'urgence
+ **95** pédiatriques

104 SAMU ayant reçu
28 millions d'appels

466 SMUR (services mobiles
d'urgence et de réanimation
pour **763 050** interventions

20,3 millions de passages
aux urgences

Plus de 1,4
million de
personnes de
santé



Notre système de santé en quelques chiffres

La médecine de ville

105 872 médecins libéraux

+ de **1 000** maisons de santé

1 933 centres de santé
dont **350** pluri-professionnels

200 projets de communautés
professionnelles territoriales de santé

116 800 infirmiers libéraux

61 250 kinésithérapeutes libéraux

et aussi

21 591 officines de pharmacie

1 000 laboratoires de biologie

PRÈS DE

200 MD€

DÉPENSE PUBLIQUE
POUR LA SANTÉ



2,2 MD€¹

DE FINANCEMENT
DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE,
D'ENSEIGNEMENT
ET D'INNOVATION

1. Hors financements consacrés aux Autorisations
Temporaires d'Utilisation SATU



Un système qui contribue à l'amélioration de notre état de santé

Année	HOMMES Espérance de vie (en années)	FEMMES Espérance de vie (en années)	Taux de mortalité infantile pour 1000 nés vivants
	à la naissance	à la naissance	
1946	59,9	65,2	77,8
1956	65,2	71,7	36,2
1966	67,8	75,2	21,7
1976	69,2	77,2	12,5
1986	71,5	79,7	8,0
1996	74,1	82,1	4,8
2006	77,2	84,2	3,6
2016	79,3	85,3	3,5
2017	79,5	85,3	3,6
2018	79,6	85,5	3,6
2019	79,8	85,6	3,6
2020	79,2	85,2	3,4
2021	79,4	85,5	3,4

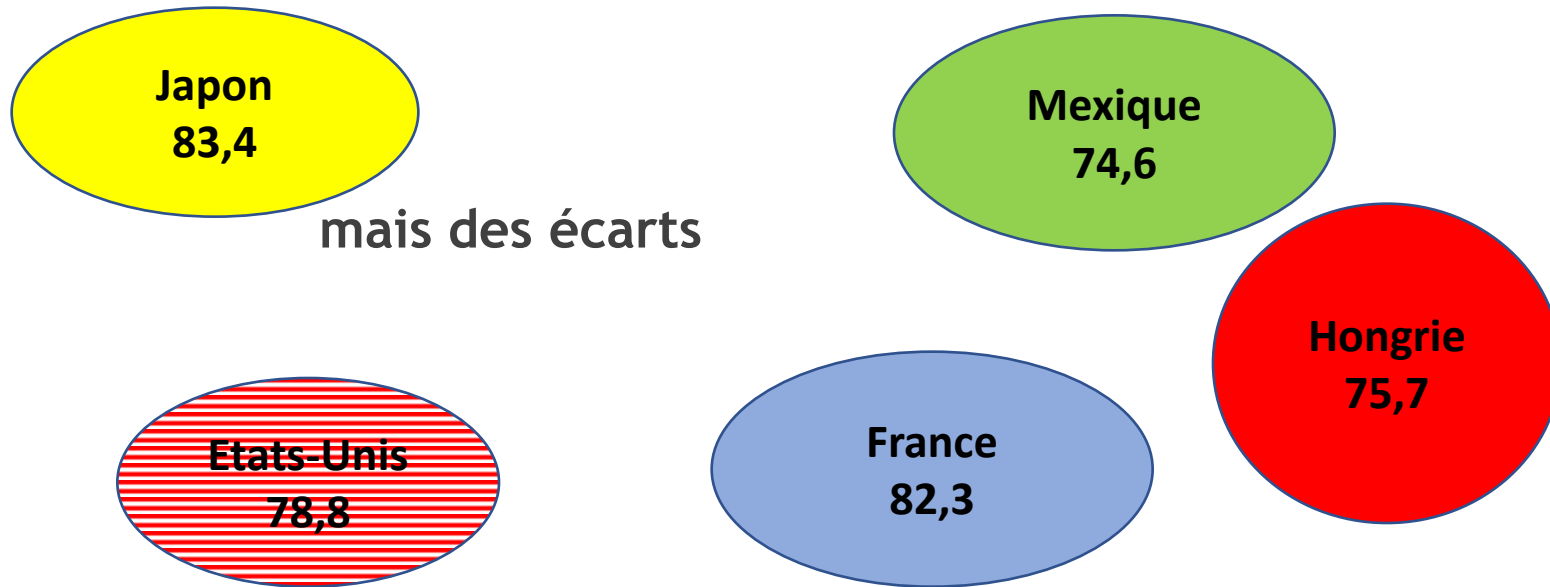
Espérance de vie :

+ 20 ans en 70 ans



Et qui se situe en haut du classement international en terme de performance

Moyenne OCDE : 80 ans et 6 mois



- Source : panorama de la santé 2015 -OCDE



Une difficulté d'accès aux soins généralisée et qui ne concerne pas que les zones rurales

Difficulté d'accès au généraliste pour un quart des français - 2016

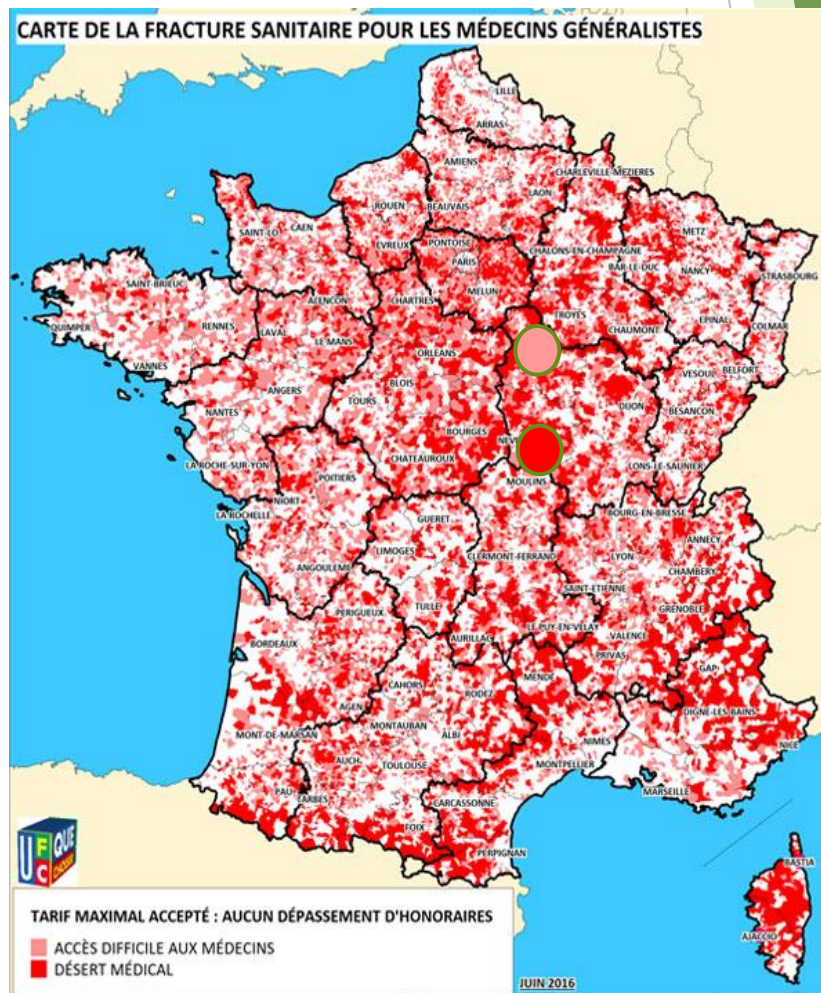
- 1/3 des Français a des difficultés d'accès aux spécialistes (pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes)

- 1/4 aux médecins généralistes

Pour se soigner au tarif de la sécurité sociale :

- 8 Français sur 10 manquent de gynécologues et d'ophtalmologistes sans dépassements d'honoraires à moins de 45 minutes de leur domicile

- l'offre au tarif conventionnement secteur 1 pour les trois spécialités (pédiatres, gynécologues, ophtalmologistes) s'est réduite depuis 2012 pour plus d'un Français sur deux .

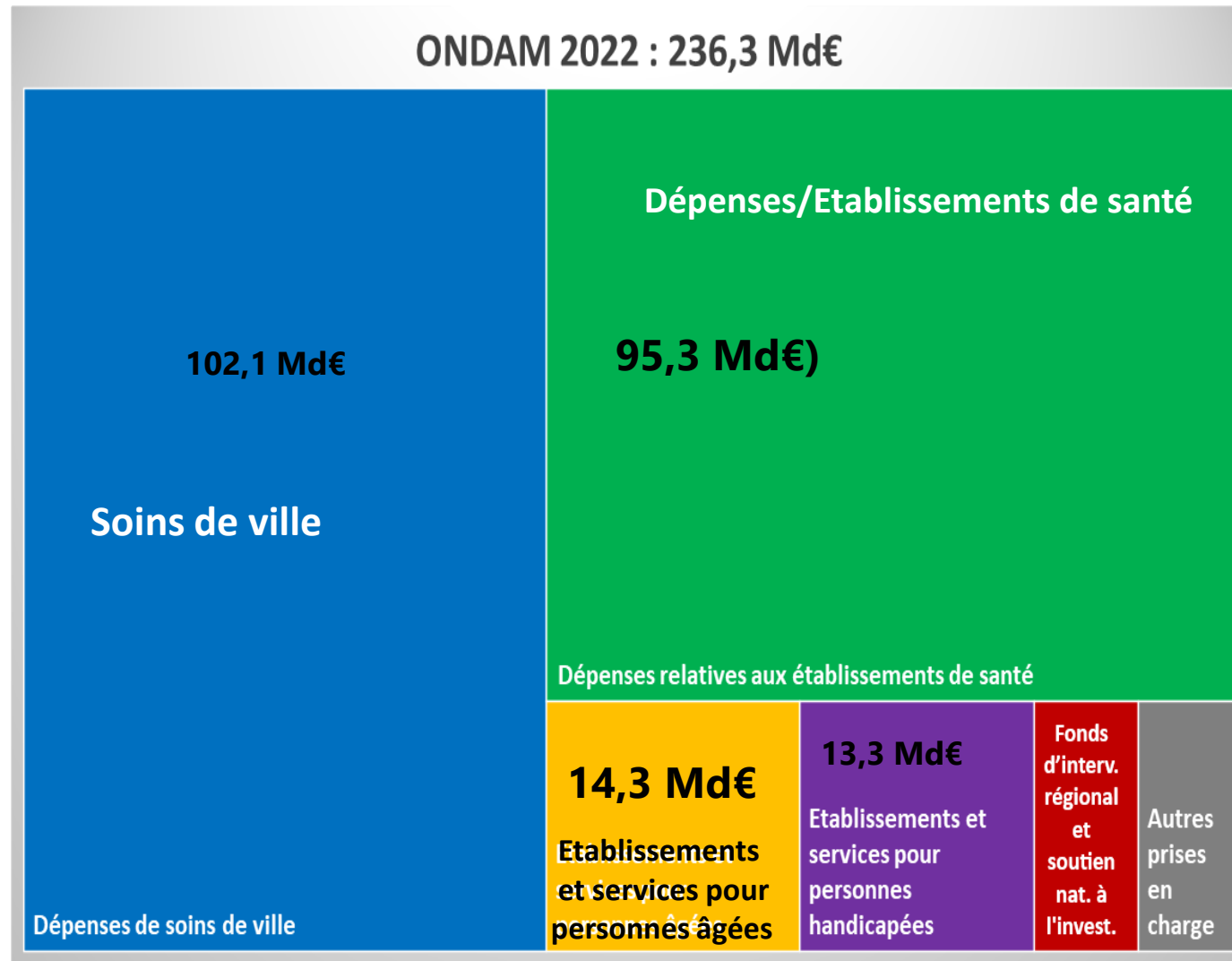




Des dépenses de santé marquées par le poids croissant des pathologies lourdes



Des dépenses de l'Assurance maladie :
près de 240 milliards d'euros au total,
toutes interventions confondues





Des dépenses qui reflètent le poids croissant des pathologies lourdes et chroniques

6,3 milliards d'€
**4% de la
dépense**

- Les soins courants qui concernent l'essentiel de la population.

37,4 milliards d'€
**22,4% de la
dépense**

- Les hospitalisations ponctuelles (c'est-à-dire non liées à une pathologie chronique, telle que le cancer, une pathologie cardio-vasculaire ou respiratoire)

103,6 milliards d'€
**62 % de la
dépense**

- Les pathologies lourdes et chroniques ont un poids majeur.

Ces dépenses sont calculées sur le seul champ des dépenses ventilables (soit un peu plus de 140 milliards d'euros) et non sur la totalité des dépenses.



4. Un financement collectif qui peut laisser des restes à charges importants

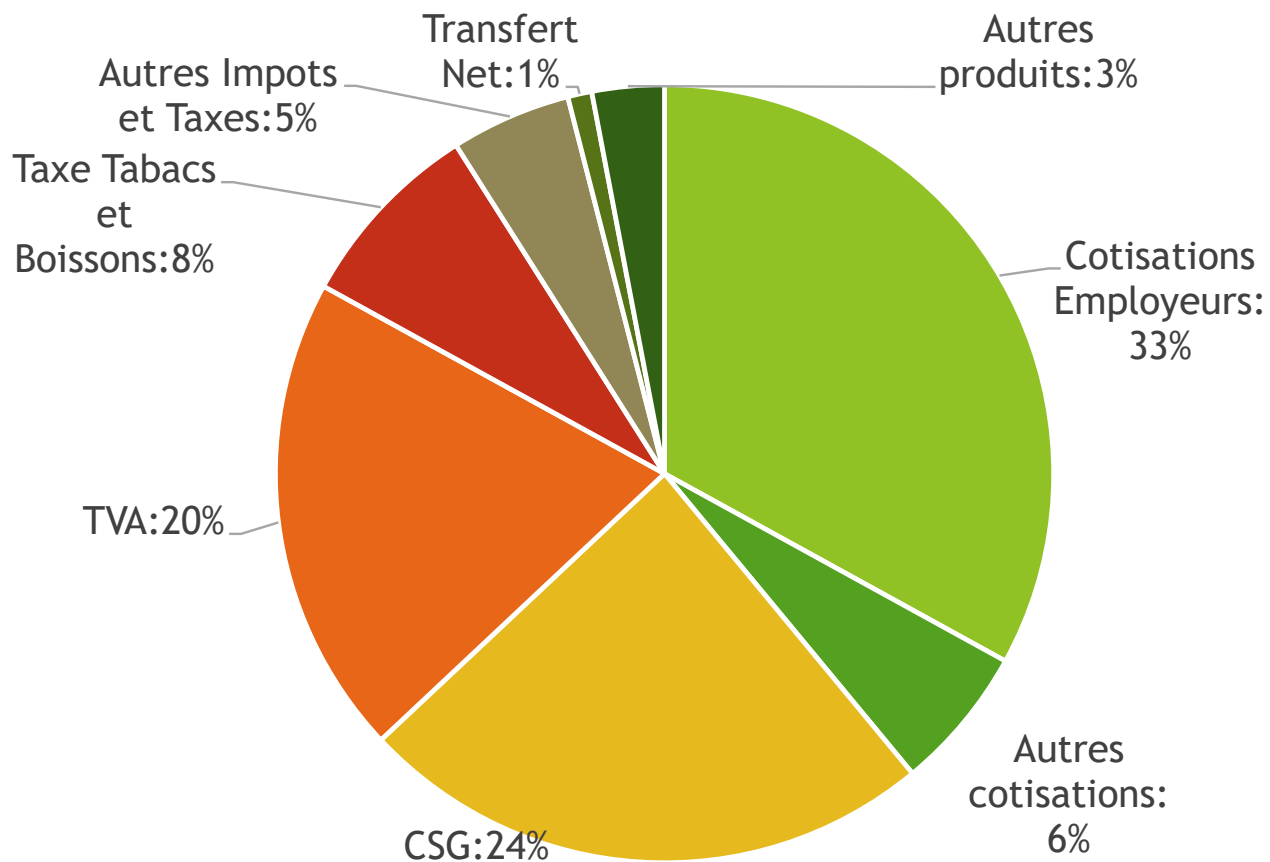
Les recettes de l'Assurance-maladie sont assurées :

- 1/3 les cotisations patronales et salariales,
- 1/4 la contribution sociale généralisée (CSG), calculée sur l'ensemble des revenus salariaux et non salariaux (un impôt et non une cotisation sociale)
- 1/3 une fraction du produit de la TVA et des impôts et taxes affectés (comme la taxe sur les tabacs).

Ces financements sont insuffisants pour assurer l'équilibre de la branche maladie et conduisent à des déficits.



Les recettes de la branche maladie en 2021



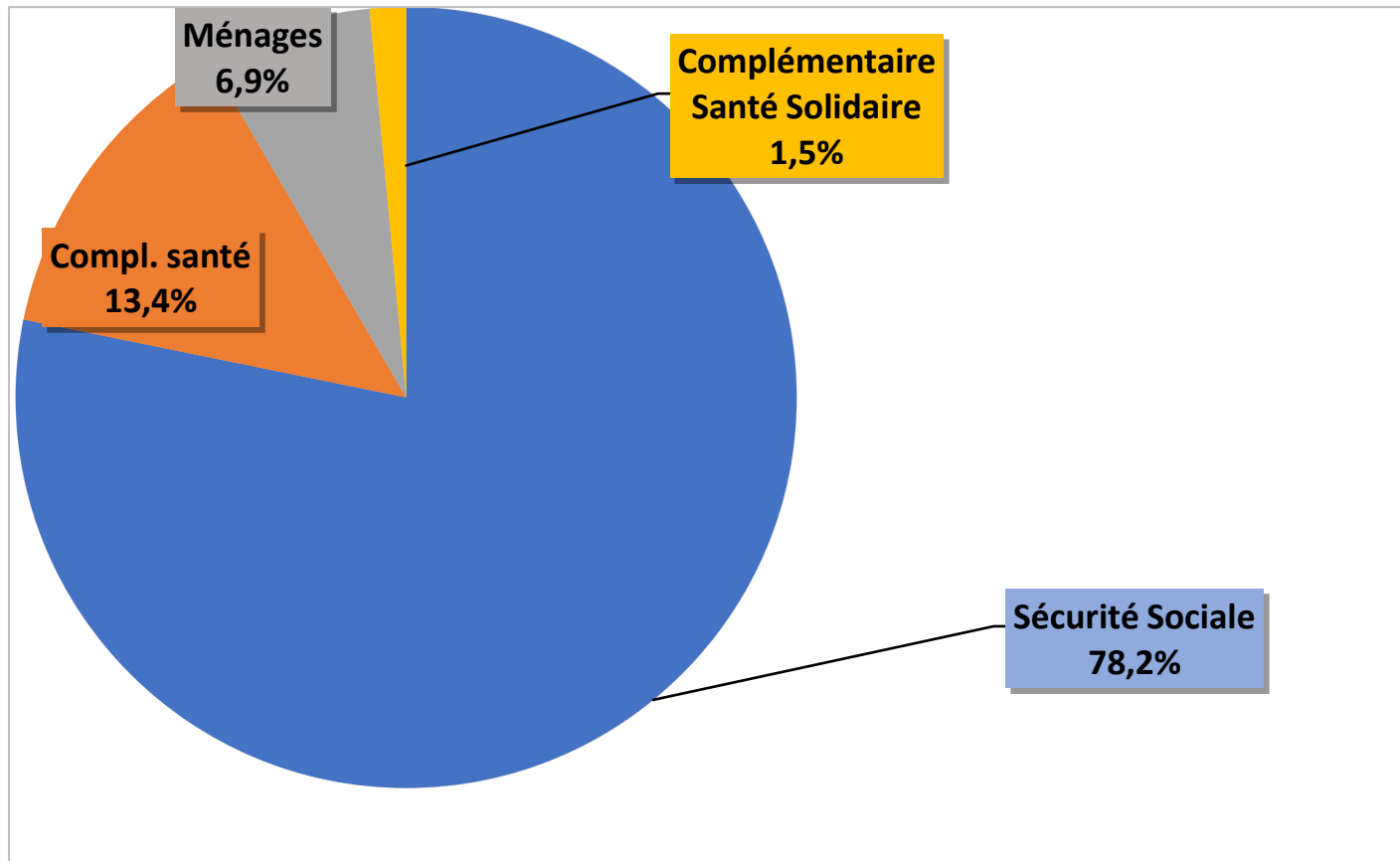


L'assurance maladie n'est pas le seul financeur de la dépenses de soins

- Les régimes d'assurance maladie obligatoire de base
- Les régimes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance)
- Les financeurs publics (Etat)
- Les ménages



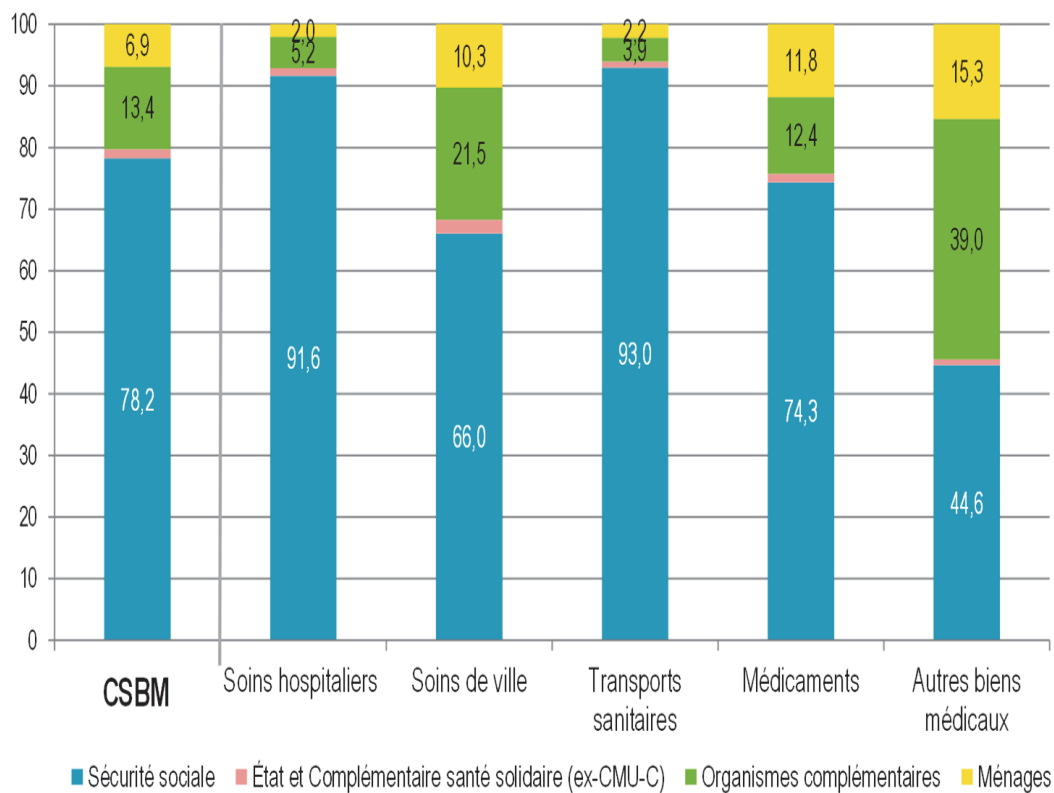
FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DES BIENS ET SERVICES DE SANTE EN 2019





FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DES SERVICES ET BIENS DE SANTE EN 2019

Structure du financement des grands postes de la consommation de services et biens de santé en 2019





FINANCEMENT DE LA CONSOMMATION DES SERVICES ET BIENS DE SANTE EN 2019

Structure du financement des grands postes de la consommation de services et biens de santé en 2019

A retenir sur la totalité des dépenses

78,2 % Sécurité Sociale

13,4 % Complémentaires santé

6,9 % Ménages

1,5 % Complémentaire santé solidaire

A retenir sur les autres biens médicaux (optique, audioprothèse, dentaire, ..)

44,6 % Sécurité Sociale

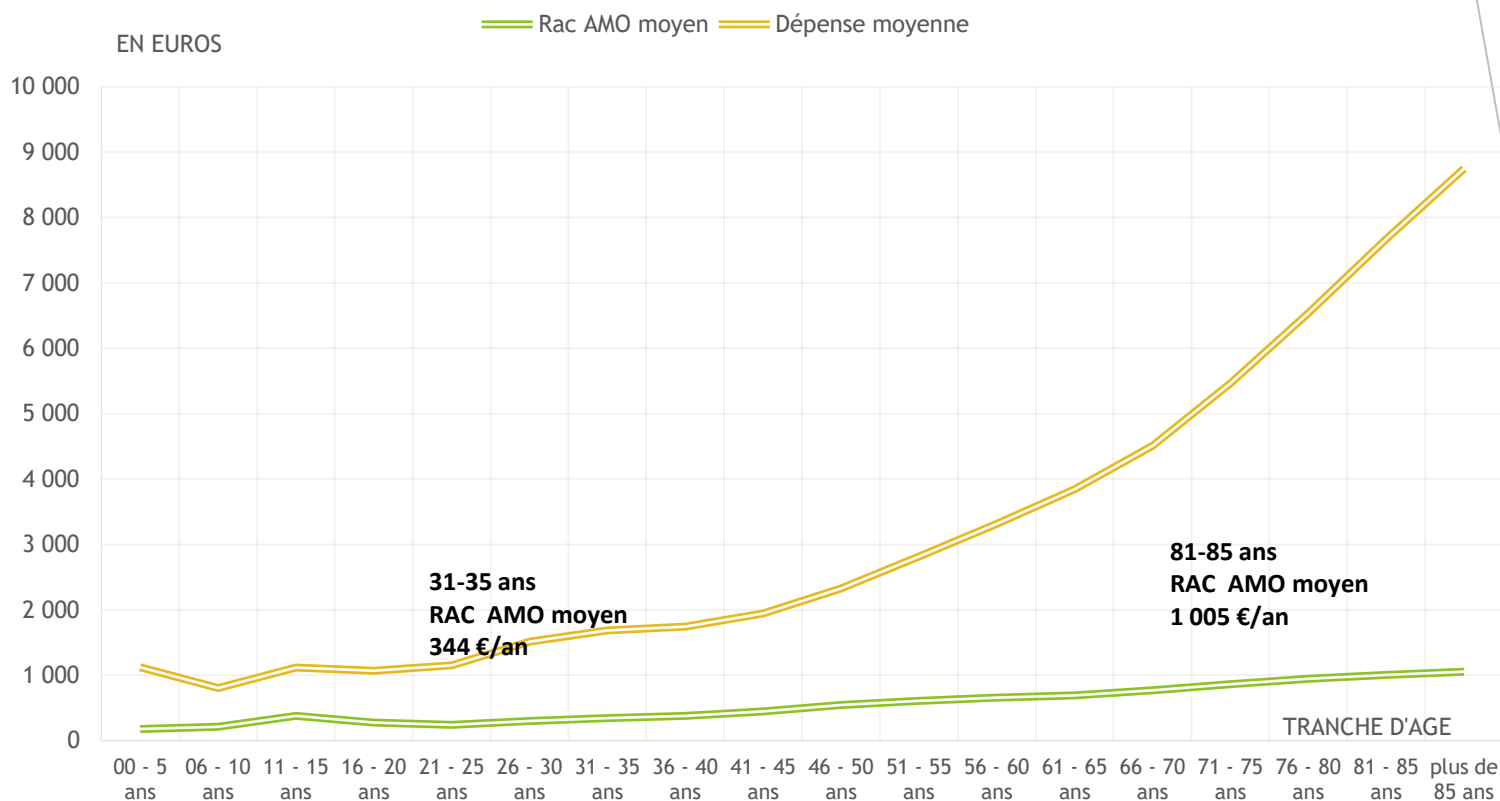
39,0 % Complémentaires santé

15,3 % Ménages

1,5 % Complémentaire santé solidaire



Un reste à charge (RAC) qui croît avec l'âge



<https://www.vie-publique.fr/en-bref/277493-depenses-de-sante-un-reste-charge-fortement-lie-lage>



Le reste à charge ... c'est:

• Avant intervention des complémentaires:

- Le ticket modérateur = dépenses de santé qui restent à votre charge une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part sur la base du tarif conventionnel de remboursement (attention, les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en compte pour le calcul du ticket modérateur)

Exemple : médicaments remboursés à 65% : le ticket modérateur est de 35 %

- Le dépassement d'honoraires : Le dépassement d'honoraires est la différence entre le tarif établi par les médecins et le tarif fixé par la Sécurité sociale. (il n'est jamais remboursé par la Sécurité sociale)

Exemple: Le spécialiste vous facture sa consultation 40 euros: le dépassement est de 40 euros -25 euros (tarif conventionnel) = 15 euros

Et le ticket modérateur est égal à 30 % de 25 euros = 7,50 euros

Au total, le reste à charge sera de 15 euros +7,50 euros = 22,50 euros

- Le forfait journalier à l'hôpital
- Le ticket modérateur à l'hôpital pour les séjours sans actes opératoires
- Les suppléments: chambre seule , TV

...



Pour les médecins : deux secteurs qui conditionnent les tarifs pratiqués

Deux secteurs différents :

- Médecin conventionné secteur 1 : pas de dépassement d'honoraires
- Médecin conventionné secteur 2 : dépassements non remboursés par l'AM

En souscrivant au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM), le spécialiste s'engage, sur une durée d'un an renouvelable, à limiter ses dépassements d'honoraires.

En 2018, 26 000 médecins conventionnés secteur 2 ont signé le DPTAM, ce qui représente un taux d'adhésion de 49,6%.



Rôle des assureurs complémentaires

- **Prendre en charge tout ou partie du reste à charge :**
 - Ticket modérateur dans la limite du 100 % du tarif de l'Assurance Maladie
 - Dépassements d'honoraires des médecins
 - Frais dentaires, hors remboursement de l'Assurance-maladie, et parfois les soins qui ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie
 - Optique : tout ou partie de la différence entre le prix facturé par le professionnel de santé et le remboursement de l'Assurance Maladie

- **Le niveau d'intervention par l'assureur complémentaire (« les garanties ») dépend du montant de la cotisation**

A garanties équivalentes, le montant de la cotisation dépendra également de la nature du contrat : contrat individuel (+€) ou contrat de groupe (-€)



Un accès plus coûteux pour les retraités à l'assurance complémentaire

Pour un contrat avec renfort dentaire et optique:

Profil de l'assuré	Prix mensuel moyen*
Étudiant 20 ans	35
Actif 30 ans	42
Famille 40 ans	49
Actif 50 ans	63
Retraité 65 ans	81

Source : tarifs moyens constatés sur Hyperassur, pour des simulations à garanties identiques (octobre 2021)



Le 100 % santé



Le 100% santé

Objectif et principe

- Dispositif visant à lutter contre le renoncement aux soins.
- Toute personne bénéficiant d'un contrat complémentaire santé bénéficie d'une prise en charge intégrale pour les équipements suivants: Lunettes, Prothèses dentaires et Audioprothèses

Le fruit d'un effort partagé entre :

- Assurance Maladie : Augmentation de la base de remboursement
- Professionnels de santé: Prix Limite de Vente (PLV) sur les équipements « 100% Santé » définis réglementairement
- Organismes complémentaires : Obligation de compléter le remboursement de l'Assurance Maladie afin d'aboutir à un RAC 0.



- **Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2020**
- **2 paniers de soins :**
 - le panier A composant le 100% santé
 - le panier B où le tarif est libre.

Il est possible de mixer les paniers (ex : verres 100% santé et monture hors offre)

- **Quelles obligations pour les opticiens?**

Présenter un devis comportant au minimum et obligatoirement un équipement 100 % Santé.



L'optique

Concrètement :

		Composition de l'équipement	Prix Limite de vente	Assurance Maladie		Complémentaire santé	
				Base (BR)	Remboursement	Remboursement	Plafond
Panier A (100% Santé)	Monture	Adultes : 17 montures Enfants : 10 montures	30 €	9 €	5,4 €	24,6 €	-
	Verres	En fonction du niveau de correction	En fonction du verre entre 65€ et 340€	En fonction du verre		En fonction du verre	
Panier B (libre)	Monture	libre	-	0,05 €	0,03 €	99,97€	100 €
	Verres	libre	-	0,05 €	0,03 €	En fonction du niveau de correction : planchers et plafonds définis dans le décret	

/!\ aucune prise en charge d'une monture seule (sans verres) et aucune prise en charge des équipements solaires (sauf pathologie)



Renouvellement possible tous les 2 ans à date d'achat

Dérogation possible en cas:

- d'évolution de la vue sous respect des conditions suivantes :

	ADULTES	ENFANTS (< 16 ans)
Evolution de la vue	Selon des critères bien définis (minimum de 0,50 sur 1 œil ou 0,25 par œil)	
Délai minimum	1 an minimum à date d'achat	Verres : aucun Monture : 1 an à date d'achat ou 6 mois pour les - de 6 ans si mauvaise adaptation de la monture
Justificatif	Nouvelle ordonnance ou renouvellement par l'opticien suite examen mentionné sur ordonnance	Nouvelle ordonnance de l'ophtalmologiste OBLIGATOIRE

- de pathologie définie dans le décret (DMLA, cataracte, photophobie..)



Dentaire

- **Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2020 (sauf prothèses amovibles : 1^{er} janvier 2021)**
- **Trois paniers de soins ont été définis**:
 - le RAC □ (liste de prothèses avec prix limite de vente)
 - le panier libre
 - le RAC modéré (prix limite de vente)

L'implantologie ne rentre pas dans le cadre du 100% santé

La catégorisation est liée à la localisation de la dent et au matériau utilisé.



Dentaire

PLV 2021

type de prothèse

	position de la dent			
	Incisivés Canines	1ère Prémolaire	2ème Prémolaire	Molaires
Métallique	 290 €			
Polycristalline Monolithique Zircone	 440 €			Tarif maîtrisé 440 €
Céramique Monolithique hors zircone	 500 €		Tarif maîtrisé 550 €	
Céramo-métallique	 500 €		Tarif maîtrisé 550 €	Tarif libre
Céramo-céramique	Tarif libre			
Métallique précieux	Tarif libre			
Couronne sur implant	Tarif libre			
Inlay-Core	175 € si couronne 100% santé ou maîtrisé			
Prothèse transitoire	60 € si couronne 100% santé ou maîtrisé			
Prothèse amovible (dentiers en résine)	 1 100 €			Tarif maîtrisé 1 600 €



EXEMPLE

Martine, 49 ans, doit poser une couronne en céramique

Avant la
réforme

Martine paie sa couronne
550 €

Assurance Maladie
rembourse 75 €

Complémentaire Santé
rembourse 280 €

Reste à charge : 195 €

Après la réforme
(01/01/20)

Sous condition que
Martine choisisse une
couronne dans le panier

Martine paie sa couronne
500 €

Assurance Maladie
rembourse 84 €

Complémentaire Santé
rembourse 416 €

Reste à charge : 0 €



audiologie

- Entrée en vigueur : 1^{er} janvier 2021
- 2 paniers de soins :
 - Classe 1 = l'offre 100% santé (avec prix limite de vente)
 - Classe 2 = l'offre à tarif libre (sans PLV)

Renouvellement possible d'un équipement tous les 4 ans.



L'audiologie

	Composition de l'équipement	Prix Limite de vente	Assurance Maladie		Complémentaire santé	
			Base (BR)	Remboursement	Remboursement	Plafond
Classe 1 (100% Santé)	Large choix d'appareils aux caractéristiques variées + garantie 4 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	-
Classe 2 (libre)	libre	-	400 €	240 €	Selon prix de vente et garantie	Sur la base d'un plafond de 1 700 €



EXEMPLE

Daniel, 67 ans, a besoin d'une prothèse auditive pour son oreille droite

Avant la réforme

Daniel paie son aide auditive 1500 €

Assurance Maladie et Complémentaire : 650 €

Reste à charge : **850 €**

Après la réforme (01/01/21)

Sous condition que Daniel choisisse une aide auditive dans le panier 100% santé

Daniel paie son aide auditive 950 €

Assurance Maladie et Complémentaire : 950 €

Reste à charge : **0 €**



Le 100 % santé : premier bilan

➤ Le reste à charge moyen :

- en baisse de 9 points pour les aides auditives (-282 € par bénéficiaire)
- en baisse de 12 points pour les prothèses dentaires (-75 € par bénéficiaire).
- En revanche, **en optique, une hausse du reste à charge moyen par assuré de +6 points** (+ 40 € par bénéficiaire) et un taux de recours au 100% santé qui ne décolle pas:
 - Peu de concurrence entre les opticiens
 - Les équipements (monture + verre) 100 % santé ne sont pratiquement jamais proposés ou mis en avant par les opticiens.



Le 100 % santé : premier bilan

- **Le taux de recours s'améliore nettement en audiologie**, le nombre des bénéficiaires qui consomment augmente de 51%, ce qui montre que le renoncement aux soins était important :

Les Assureurs complémentaires contribuent très majoritairement au financement des offres « 100% Santé » :

- 72% des dépenses au titre du panier « 100% Santé » pour les aides auditives,
- 78% pour les prothèses dentaires
- 80% pour les équipements optiques.
- **Une conséquence : hausse des tarifs des Assureurs de 7 à 10% pour les contrats en cours, notamment pour les contrats couvrant les retraités.**



CONCLUSIONS

**Des propositions I.R. pour mettre plus
encore l'utilisateur au cœur du système de
santé et portées par la CFR**



Des propositions IR pour mettre plus encore l'utilisateur au cœur du système de santé

PREVENTION

- Promouvoir les bonnes pratiques de vie et d'alimentation, pour entretenir son capital santé, à tous les âges de la vie
ex: programme Vita Santé (ateliers Vitalité; Nutrition; Mémoire; Sommeil; Sophrologie; ...)
- Développer les consultations de prévention gratuites en santé physique et mentale aux moments clés de la vie pour prévenir les risques de santé spécifiques à chaque personne.
ex: dépistage précoce des cancers du sein et colorectal; Parcours Prévention Santé (Mémoire - Vision - Audition)



Des propositions IR pour mettre plus encore l'usager au cœur du système de santé

FONCTIONNEMENT DU SYSTÈME DE SANTE :

1. Garantir à chacun l'accès aux soins et la continuité des soins en proximité, 24h/24 sur tout le territoire, en développant de nouveaux lieux de santé pluridisciplinaires : installation et collaboration de médecins généralistes et spécialistes, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de dentistes...
2. Réguler la répartition de tous les professionnels de santé sur l'ensemble du territoire et notamment dans les zones sous-dotées, en fonction des besoins de la population.
3. Rapprocher les professionnels de santé des populations éloignées des soins et/ou à mobilité réduite en généralisant les permanences médicales et les équipes de soins mobiles, et les dispositifs territoriaux de coordination.
4. Privilégier une rémunération des professionnels de santé au forfait plutôt qu'à l'acte pour favoriser l'accès aux soins de qualité, un comportement des professionnels de santé basé sur l'écoute, la compréhension et les explications, et éviter les examens redondants et les soins inutiles.
5. Faire le bilan de la pandémie pour aller vers une prise en charge globale du patient (corps, mental, esprit, ..)



Des propositions IR pour mettre plus encore l'usager au cœur du système de santé

FINANCEMENT DU RESTE A CHARGE :

6. Rechercher une articulation des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires qui réduise le reste à charge pour le panier de soins le plus large, **sans peser sur le pouvoir d'achat des retraités** (100 % santé),
7. Proposer une offre de contrats complémentaires en santé adaptés aux besoins des retraités, dans un cadre partenarial, et obtenir des aides aux financements à travers des dispositions fiscales,
8. Garantir **par un financement solidaire** la prise en charge de la limitation d'autonomie, quels que soient l'âge et le lieu de vie.



Des propositions IR pour mettre plus encore l'utilisateur au cœur du système de santé

PARTICIPATION DES USAGERS AU SYSTÈME DE SANTE

9. Promouvoir, le rôle et l'implication des usagers au sein de notre système:

- . En consolidant la démocratie sanitaire au sein des établissements de santé et en incitant les membres de nos Associations à devenir Représentants des Usagers dans les CDU
- . En faisant évoluer les missions et la composition des Conseils de la Vie Sociale (CVS) fonctionnant au sein des établissements médicaux sociaux, en véritables lieux de concertation et d'échanges
- . En développant le rôle et l'intervention des « patients experts » dans les parcours de soins, en partenariat avec les professionnels de santé et dans un cadre sécurisé (formation, évaluation).



Des propositions IR pour mettre plus encore l'utilisateur au cœur du système de santé

RENDRE L'USAGER ACTEUR DE SA SANTE

10. Faire de mon « Espace numérique de santé » une réussite:
développer les usages du numérique en santé et proposer un accompagnement humain à l'utilisation des outils numériques ainsi qu'une alternative physique systématique pour faciliter l'accès à tous les services de santé (sécurité sociale, hôpitaux, lieux de soins...)



Les RU : représenter les usagers dans les établissements de santé

- **Le Représentant des Usagers** siège au sein de la Commission des Usagers, espace de dialogue et de débat entre les professionnels et les usagers qui a pour mission d'améliorer le fonctionnement et l'organisation des établissements de santé. A ce titre, il est un acteur de la démocratie sanitaire.
- **La Commission des Usagers assure le suivi des événements indésirables graves**, est associée à l'organisation des parcours de soins, peut s'autosaisir de tout sujet lié à la qualité et à la sécurité des soins et mettre en place un projet des usagers.

Elle est en situation de porter un regard sur l'ensemble des activités de l'établissement, notamment celles des services.
- **Les RU ont vu leur rôle et leur implication s'accroître régulièrement** : participation aux instances internes de l'hôpital (Conseil de surveillance, CLIN, CLAN, Comité d'éthique,..) , participation active au processus de certification, représentation au sein des structures de coordination des parcours de soins ville-hôpital , ...



MERCI POUR VOTRE ATTENTION