

En premier lieu, France Assos Santé rappelle son attachement à une Assurance maladie obligatoire solidaire repositionnée au centre de la prise en charge avec une régulation des tarifs.

Le chantier du « RAC 0 » donne l'opportunité de repositionner l'Assurance maladie obligatoire comme financeur principal des soins. L'Assurance maladie complémentaire est aujourd'hui le premier financeur des frais liés aux 3 postes de soins visés par la réforme. Cela crée un système inégalitaire et augmente les cotisations d'assurance complémentaire santé, ce qui va à l'encontre de l'objectif visé. L'Assurance maladie obligatoire doit donc reprendre sa première place de financeur, pour retrouver un système solidaire et plus égalitaire.

❖ **Un Reste-à-charge zéro pour tous, partout**

Tous les professionnels de santé et distributeurs doivent proposer systématiquement un panier de soins RAC 0, quelle que soit la localisation du cabinet dentaire, de l'opticien ou de l'audioprothésiste. Ils doivent impérativement expliquer de façon claire et transparente aux usagers l'offre de soins ou de prestations correspondant à leurs besoins.

❖ **Un panier de soins de qualité, modulable en fonction des besoins individuels avec des nomenclatures évolutives et encadrées**

Le panier de soins RAC 0 devra répondre à des exigences de qualité afin de ne pas susciter le rejet des usagers et des professionnels. Les nomenclatures devront être révisées pour que les médecins puissent détailler leur prescription de façon à répondre aux besoins individualisés des patients. Et dans des cas plus spécifiques, non prévus dans le panier de soins général, les professionnels de santé pourraient utiliser des ordonnances spécifiques afin de répondre à ces besoins particuliers, à l'image des prothèses mammaires externes, visé par l'arrêté 4 avril 2016 portant modification des modalités de prise en charge des prothèses de sein.

Les nomenclatures devront aussi pouvoir évoluer pour prendre en compte les différentes innovations. Si l'assuré le souhaite, il doit avoir accès à un panier de soins « intermédiaire » lui laissant un reste-à-charge modéré et conserver ainsi sa liberté de choix.

Des Prix Limites de Vente (PLV) en cohérence avec les bases de remboursement de la sécurité sociale doivent également être fixés afin de circonscrire une potentielle inflation et permettre l'accès aux soins à tous.

❖ **Une meilleure lisibilité des prises en charge obligatoire et complémentaire**

Notre système de prise en charge des frais de santé est mixte et complexe. La compréhension de celui-ci reste difficile pour les usagers. Les termes employés sont obscurs pour la plupart (% PMSS, % BRSS...). Un travail de simplification et de clarification des différentes modalités de prise en charge est nécessaire. Une évaluation des dispositions, telles que celles prises par l'UNOCAM en 2010, doit être faite afin d'établir un état des lieux de ces engagements, avant de la mise en œuvre de nouveaux moyens pour améliorer encore leur lisibilité et la comparabilité des offres, en tenant compte notamment des recommandations émises le 19 février 2018 par la Commission des clauses abusives sur les contrats d'assurance complémentaires santé.

❖ **Une éducation à la santé renforcée, une prévention adaptée et efficace, un reste-à-charge zéro sans conditions**

La prévention est un axe majeur de la stratégie nationale de santé et de la COG 2018-2022 de la CNAM.

La mise en place d'une prévention efficace permettra sans doute d'éviter un certain nombre de recours aux soins prothétiques.

Une meilleure communication devra également être faite en direction des usagers à la fois sur l'importance des soins conservateurs, et sur leur bonne prise en charge par l'AMO qui les rend accessibles au plus grand nombre.

L'éducation à la santé doit permettre à chacun d'être l'acteur de son capital santé. Il convient avant tout de concentrer les moyens vers l'objectif d'une prévention efficace pour réduire les inégalités sociales de santé. Permettre à tous d'avoir accès à la prévention, c'est s'attacher à la responsabilité collective et surtout ne pas conditionner le reste-à-charge zéro à un comportement.

Enfin, pour aller au bout de la réforme initiée, les pouvoirs publics doivent considérer les situations de restes-à-charge les plus élevées, au-delà des trois secteurs concernés, et travailler à des solutions favorisant l'accès équitable de tous à la santé.