Depuis 2012, les conditions d'accès aux soins sont une priorité pour ce gouvernement, qui a permis de meilleurs remboursements par la sécurité sociale, fait baisser les dépassements d'honoraires et engagé une politique qui doit permettre d'enrayer la hausse continue de certains tarifs. Contrairement à certains propos de presse, la prise en charge des Français en matière de santé s'est améliorée. Au moment où les candidats à la primaire de la droite annoncent des franchises médicales, des baisses de remboursement par l'assurance maladie et une plus grande liberté tarifaire, Marisol TOURAINE rappelle l'engagement du gouvernement à l'égal accès à la santé de tous, qui repose d'abord sur l'assurance maladie solidaire et non des assurances complémentaires qui remboursent d'autant plus qu'on les paie plus cher.

1) La **prise en charge par la sécurité sociale** a augmenté continûment depuis 2012, comme le montrent les comptes de la santé : la prise en charge solidaire est passée de 77,2 % en 2011 à 78 % en 2014.

Dans le même temps, la part à la charge des ménages, après intervention de l'assurance maladie et des complémentaires, a diminué : elle est passée de 9,1 % en 2011 à 8,5 % en 2014. Cela représente un gain de pouvoir d'achat de plus de 1 milliard pour les ménages.

Ainsi, les franchises médicales ont été supprimées pour les 1,2 million d'assurés modestes bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé. Le gouvernement a instauré la prise en charge à 100 % de plusieurs actes (contraception pour les mineures, dépistage organisé du cancer du sein, interruption volontaire de grossesse). Il a permis un accès rapide aux nouveaux traitements contre l'hépatite C.

2) Les **dépassements d'honoraires** ont baissé depuis 2012 alors qu'ils avaient explosé depuis 15 ans : alors que le dépassement moyen était passé de 38 % en 2000 à 56 % en 2011, il est passé à 53 % en 2015. Cela tient à la détermination forte du gouvernement et à l'engagement d'un nombre croissant de professionnels dans les contrats d'accès aux soins qui, en échange de la modération des tarifs, permettent de mieux rembourser les patients. Un tiers des médecins de secteur 2 se sont engagés dans cette démarche.

3) La **mise en place des contrats responsables** a deux objectifs : mieux couvrir les dépenses de tous et éviter l'escalade des tarifs pratiqués par quelques-uns. Pour la première fois, les assurances complémentaires sont obligées de proposer une prise en charge minimale pour les lunettes par exemple, et de prendre en charge le forfait journalier hospitalier sans limite de durée. Avant la réforme 34 % des contrats ne prenaient en charge ce forfait que pour une durée limitée, laissant des coûts élevés à la charge des patients en cas de séjour long à l'hôpital.

4) **Mieux prendre en charge, c'est aussi limiter l'escalade de certains tarifs**. Trop souvent, des patients se voient demander le montant du remboursement de leur mutuelle par un professionnel qui ajuste ses tarifs en conséquence. Pour cette raison, il faut limiter les prises en charge complémentaires les plus élevées. Seulement 12 % des assurés paient des dépassements allant au-delà des plafonds de remboursements encadrés, ce qui veut dire qu'ils payent des soins à des tarifs qui sont 2, 3 voire 4 fois ceux de l'assurance maladie. Seule une partie d'entre eux de toute façon bénéficiait avant la réforme d'une couverture complémentaire allant jusqu'à ces niveaux.

Le gouvernement a la volonté de protéger l'accès à la santé de tous, en améliorant la prise en charge par l'assurance maladie et en favorisant des tarifs raisonnables et adaptés. Le débat est clairement posé face à ceux qui veulent que ceux qui ont des revenus élevés soient mieux remboursés. Pour ce gouvernement, la justice passe par l'égal accès aux soins de tous.