



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

remboursement

Question écrite n° 106082

Texte de la question

Mme Sylvia Pinel attire l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé sur la part de plus en plus importante des dépenses de santé qui est laissée à la charge du patient. En effet, nos concitoyens sont de plus en plus inégalement protégés : renoncement à la couverture complémentaire santé en augmentation régulière pour pallier la hausse des déremboursements de médicaments, la mise en place de franchises et la hausse du forfait hospitalier. Au final, le budget santé des ménages ne cesse d'augmenter et la conséquence directe de cette hausse des frais est dramatique. Elle entraîne un report des soins, voire trop souvent un renoncement pur et simple. Aussi, elle souhaite savoir ce que compte faire le Gouvernement pour stopper ces inégalités et pour revenir à un système de santé qui ne pénalisera pas les Français les plus modestes.

Texte de la réponse

Conformément aux mesures annoncées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et suite au décret n° 2011-56 du 14 janvier 2011 relatif à la participation de l'assuré, il est effectivement envisagé, dans les prochaines semaines, de réduire de 35 % à 30 % le taux de remboursement des médicaments à vignette bleue dont le service médical rendu (SMR) est modéré ainsi que des médicaments homéopathiques également remboursables aujourd'hui au taux de 35 %. Une baisse de taux de même amplitude est par ailleurs prévue pour les dispositifs médicaux individuels dont le niveau de remboursement devrait donc prochainement passer de 65 % à 60 %. Dans un contexte budgétaire difficile, ces baisses de taux de remboursement - au demeurant mesurées - doivent participer à la poursuite de notre politique de prise en charge des produits de santé innovants, sans menacer la pérennité financière de notre régime par répartition. Ces mesures ne devraient pas avoir de conséquences sur la prise en charge des produits de santé concernés pour les assurés sociaux affiliés à un organisme d'assurance maladie complémentaire. La mesure ne pénalisera pas les patients les plus modestes et ceux souffrant de pathologies chroniques, notamment les personnes exonérées de ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou celles bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Dans le cas des dispositifs médicaux, et compte tenu de ces procédures d'exonération, il y a lieu de souligner que le taux moyen « réel » de prise en charge est actuellement de 86 %. En outre, le développement de l'aide à la complémentaire santé a permis d'atténuer le coût des dépenses de santé pour ses attributaires qui disposent de ressources faibles excédant de peu le seuil d'éligibilité à la CMUc. En août 2009, près de 500 000 personnes bénéficiaient de cette aide à la complémentaire santé dont les montants ont été revalorisés par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Ainsi, globalement, le reste à charge sur les dépenses de santé des ménages les plus modestes demeure à un niveau stable - de l'ordre de 3,5 % du revenu - depuis le début des années 2000 malgré une progression sensible des dépenses de santé sur la même période. L'égal accès de tous aux soins demeure bien une priorité constante des pouvoirs publics.

Données clés

Auteur : [Mme Sylvia Pinel](#)

Circonscription : Tarn-et-Garonne (2^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 106082

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Travail, emploi et santé

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

[Date\(s\) clé\(s\)](#)

Question publiée le : 26 avril 2011, page 4185

Réponse publiée le : 14 juin 2011, page 6364