



# ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

## accès aux soins

Question écrite n° 64775

### Texte de la question

M. Laurent Hénart attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les préoccupations de l'Union régionale des retraites des organismes sociaux de l'Est relatives à la situation des retraités à l'égard de l'accès aux soins. Elle souligne que les retraités, confrontés à l'augmentation du coût de la vie, sont tout naturellement plus exposés à la maladie et à ses conséquences. Ils sont aussi de plus en plus concernés par la dépendance dont la prise en charge reposera sur l'effort individuel auprès du secteur privé des assurances. Elle relève aussi le désengagement de l'assurance maladie, aggravé du fait de la concession de nouveaux dépassements accordés aux médecins, et surtout lorsqu'il s'agit du recours à des soins plus lourds où interviennent les spécialistes, les établissements de soins. À cela s'ajoute l'accès de plus en plus difficile à certains soins, compte tenu d'un manque de praticiens qui perdure dans certaines zones géographiques. Face à ses inquiétudes, il lui demande sa position sur le sujet, et les mesures envisagées pour garantir l'accès aux soins pour tous les retraités.

### Texte de la réponse

Le Gouvernement est très attentif à l'accès aux soins des personnes âgées, et en particulier à l'accès à une couverture maladie complémentaire qui permet d'assurer une meilleure prise en charge des dépenses de soins. La France se situe en tête des pays de l'OCDE, avec près de 93 % des assurés couverts par une complémentaire. Les actions pour faciliter l'accès à une complémentaire santé ont été renforcées au cours des deux dernières années. Depuis 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) offre aux personnes disposant des ressources les plus faibles une complémentaire santé gratuite, assortie d'une dispense d'avance de frais. Au-delà de la CMUC, il existe, depuis 2005, une aide à la souscription d'une complémentaire santé (ACS) en faveur des personnes dont les revenus sont inférieurs au plafond de la CMUC, majoré depuis 2007 de 20 %. Cette aide a été conçue pour éviter les effets de seuil liés à la CMUC. Elle permet de prendre en charge en moyenne 50 % du montant de souscription à une complémentaire santé. Cette aide a été améliorée au cours des trois dernières années : en 2006, son montant a été fortement revalorisé, et l'effort le plus important a porté sur les personnes de soixante ans et plus, qui ont bénéficié d'une revalorisation de 60 %, l'aide passant de 250 à 400 euros (contre une revalorisation de 33 % pour les autres) ; en 2007, le plafond de ressources a été augmenté, passant de 15 % à 20 % de plus que le plafond CMUC ; ce sont ainsi plus de deux millions de personnes qui sont susceptibles de bénéficier de ce dispositif ; et depuis 2008 l'aide prend la forme simplifiée d'un chèque, ce qui permet à ses bénéficiaires de saisir immédiatement l'avantage financier consenti. Enfin, l'article 58 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a augmenté le montant de l'aide pour les personnes de plus de cinquante ans, ce qui le porte à 350 EUR (au lieu de 200 EUR) pour les personnes de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 EUR (au lieu de 400 EUR) pour les personnes de soixante ans et plus. L'ACS, dont le montant total pour 2008, financé par l'assurance maladie, s'est élevé à environ 87 MEUR bénéficiait à 489 000 personnes au 31 mai 2009 (bénéficiaires de l'aide ayant utilisé celle-ci auprès d'un organisme complémentaire), soit une augmentation de 28 % par rapport à mai 2008. En outre, le taux de personnes ayant utilisé leur attestation de droit à l'ACS auprès

d'un organisme de protection complémentaire est passé de 65 % lors des années antérieures à actuellement 80 %. L'ensemble de ces mesures témoigne de ce que l'égal accès de tous aux soins constitue une priorité constante des pouvoirs publics. Concernant l'application des participations forfaitaires et en particulier de la franchise, il est rappelé que le prélèvement par assuré relatif aux franchises est plafonné à 50 EUR par an afin de ne pas pénaliser les plus malades et que, avec le même objectif, le montant maximal journalier dû au titre de la franchise est de 2 EUR pour les actes des auxiliaires médicaux et de 4 EUR pour les transports. Le dispositif des franchises, qui a rapporté 890 MEUR en 2008, a permis de financer ainsi presque l'intégralité de l'augmentation importante des moyens consacrés en 2008 aux trois priorités de santé publique que sont la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs. Pour la seule année 2008, c'est ainsi au total 1 MEUR supplémentaire qui a été alloué à ces priorités. Concernant les dépassements, qui représentent 2 milliards d'euros sur 18 milliards d'euros d'honoraires, le Gouvernement mène tout d'abord, depuis 2007, une politique résolue visant à renforcer l'information des patients sur les tarifs facturés par les professionnels. L'assurance maladie a ainsi mis en place, à la demande du Gouvernement, un dispositif d'information sur le secteur conventionnel et les tarifs des professionnels de santé. Il s'agit de la plate-forme « Infosoins », disponible sur [ameli.fr](http://ameli.fr) et par téléphone. L'ordre des médecins s'est également saisi du problème en rappelant aux médecins leurs obligations déontologiques (accueil des patients bénéficiaires de la CMUC, respect du tact et de la mesure), en intervenant auprès des professionnels pour régulariser leurs dépassements. Ensuite, depuis le début de l'année, plusieurs textes d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 sont venus renforcer les obligations de transparence tarifaire des professionnels de santé à l'égard de leurs patients. L'obligation d'affichage des honoraires des professionnels de santé dans leurs cabinets a été renforcée par le décret du 10 février 2009. Ainsi, dès son entrée dans la salle d'attente, le patient peut désormais prendre clairement connaissance des tarifs des cinq prestations les plus courantes et des conditions de remboursement. Depuis le 1er février 2009, en vertu de l'arrêté du 3 octobre 2008, le professionnel de santé doit, s'il pratique un dépassement, délivrer à son patient une information écrite préalable sur le tarif des actes effectués, ainsi que sur le montant et la nature du dépassement facturé. Le non-respect de cette obligation peut faire l'objet, en cas de plainte des patients, d'une sanction financière prononcée par les caisses locales d'assurance maladie. Tout cela permet aux assurés de disposer d'une visibilité accrue sur le montant à payer et sur la base de remboursement et de mieux s'orienter dans le système de soins. Enfin, depuis le 1er janvier 2009, les dépassements contraires au tact et à la mesure peuvent être sanctionnés : le décret paru le 31 décembre 2008 définit l'appréciation du tact et la mesure au travers de cinq critères issus de la jurisprudence (notoriété, fortune du patient, technicité de l'acte, service rendu, moyenne des autres praticiens). Les termes de ce décret sont en passe d'être repris par le projet de décret d'application de l'article 54 de la loi HPST actuellement en cours de publication et qui définit le refus de soins et résume l'ensemble des sanctions applicables en cas d'entrave à l'accès financier aux soins : information écrite préalable, refus de soins et dépassements abusifs. Pour les dépassements d'honoraires abusifs, le décret précise l'intention du législateur et propose de fixer des montants maximaux de sanction à deux fois le montant des dépassements en cause et, en cas de récidive, retrait du droit à dépassement pendant cinq ans pour les médecins de secteur II ou arrêt de la participation au financement des cotisations sociales pendant la même durée pour les médecins de secteur I. En outre, un protocole d'accord sur le secteur optionnel a été signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) et le syndicat des médecins libéraux (SML) le 15 octobre 2009. Les discussions doivent se prolonger avec l'ensemble des partenaires concernés par ces questions d'accès aux soins et de dépassements. En effet, un certain nombre de points sont encore à améliorer pour arriver réellement à améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens, notamment : les conditions de convergence du secteur II vers le secteur optionnel, qui doivent être réelles ; la garantie concrète que les assurances complémentaires proposeront le secteur optionnel dans leurs contrats ; et la mise en place de contreparties réelles qui limitent le coût de cette mesure pour l'assurance maladie. La préoccupation du Gouvernement de garantir à tous l'accès - aussi bien géographique que financier - aux soins s'est traduite par l'élaboration progressive d'un certain nombre de dispositifs, de diverses natures : les mesures prises à l'échelle nationale relèvent soit de l'État, soit de l'assurance maladie et prennent essentiellement la forme d'incitations financières ; les mesures prises au niveau régional visent, quant à elles, plutôt la formation et les conditions d'exercice. Les exonérations de l'impôt sur le revenu pour la rémunération de la permanence des soins dans une zone déficitaire, et les exonérations de cotisations patronales pour l'embauche d'un salarié dans

un cabinet installé dans une zone de revitalisation rurale s'appliquent à l'ensemble des médecins exerçant dans les zones respectives. En revanche, toutes les autres exonérations fiscales prévues, dont l'exonération de l'impôt sur le revenu et de la taxe professionnelle, sont conditionnées par la création d'un cabinet médical dans les zones déficitaires en offre de soins définies par les missions régionales de santé (MRS). Aucun avantage fiscal n'existe pour les reprises de cabinet suite à un départ en retraite. Toutefois, un certain nombre de mesures incitatives, pour encourager l'installation des médecins dans les zones déficitaires en offre de soins, ont été instaurées et peuvent être appliquées dans le cadre d'une reprise d'un cabinet médical. Ainsi, dans les zones rurales et les zones franches urbaines (ZFU), le contrat de bonne pratique ouvre droit pour le médecin à une indemnité de remplacement de 300 EUR par jour, dans la limite de dix jours maximum par an dans les zones rurales et de dix-huit jours maximum dans les ZFU, à laquelle s'ajoute le versement d'une indemnité de 240 EUR par vacation d'une demi-journée de prévention, d'éducation à la santé et de coordination médico-sociale. En outre, le fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (FIQCS) peut financer des actions pour faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires. Ce fonds soutient également le financement des maisons de santé pluridisciplinaires qui seront prioritairement mises en oeuvre dans les zones déficitaires en soins médicaux. Le montant de cette aide a été porté de 50 000 à 100 000 EUR par projet pour les 215 quartiers du plan Espoir Banlieues. Enfin, sous réserve que la nouvelle activité s'effectue en cabinet de groupe pour une durée de trois ans minimum dans une zone déficitaire définie par les MRS, l'avenant n° 20 à la convention médicale de 2005, approuvé par arrêté du 23 mars 2007, a prévu une rémunération forfaitaire annuelle représentant 20 % de l'activité du médecin généraliste (C + V). Cette aide, d'un montant moyen annuel pouvant aller jusqu'à 40 000 EUR, est directement versée au médecin par la caisse primaire d'assurance maladie à laquelle il est rattaché. Toutes ces mesures sont complétées par celles issues de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui place l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités. Ces mesures visent à inciter les médecins à s'installer ponctuellement ou définitivement sur les territoires déficitaires et à améliorer leurs conditions de travail : la création d'un volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins, destiné notamment à identifier les territoires où l'offre de soins se révèle insuffisante et à indiquer les implantations souhaitables de professionnels de santé et de structures ambulatoires afin de garantir un bon maillage du territoire ; la mise en place d'un contrat d'engagement de service public qui propose une contrepartie financière aux étudiants qui s'engagent, dès la deuxième année, à s'installer à la fin de leurs études dans les territoires considérés comme déficitaires par les schémas régionaux d'organisation sanitaire ; la création d'un contrat santé-solidarité qui fixe aux médecins installés dans des zones où la densité de professionnels de santé est excédentaire une ou plusieurs missions considérées comme nécessaires à la satisfaction des besoins de santé de la population des zones moins favorisées ; l'organisation et la gestion de la permanence des soins ambulatoires, qui pourra être organisée et financée avec plus de souplesse au niveau régional en fonction des spécificités locales ; la coopération entre professionnels de santé, qui sera facilitée au niveau local sur la base du volontariat, en fonction des besoins de la population.

## Données clés

**Auteur :** [M. Laurent Hénart](#)

**Circonscription :** Meurthe-et-Moselle (1<sup>re</sup> circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 64775

**Rubrique :** Santé

**Ministère interrogé :** Santé et sports

**Ministère attributaire :** Santé et sports

## Date(s) clé(s)

**Question publiée le :** 24 novembre 2009, page 11103

**Réponse publiée le :** 26 janvier 2010, page 921