



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 93084

Texte de la question

M. Jean-Claude Lenoir attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur les inquiétudes exprimées par de nombreux assurés sociaux à la suite du nouveau plan d'économies annoncé pour 2011 en vue de limiter le déficit de l'assurance maladie. Ce plan prévoit notamment la baisse de 35 % à 30 % du taux de remboursement des médicaments à vignette bleue ainsi que le relèvement du seuil en dessous duquel les assurés s'acquittent du ticket modérateur en cas d'hospitalisation. Il touche également les malades atteints d'affections de longue durée à travers la suppression du remboursement automatique des frais de transports à 100 %, la suppression du remboursement à 100 % pour les nouveaux malades atteints d'hypertension bénigne ou encore la limitation du remboursement des bandelettes d'autotest de glycémie pour les patients diabétiques. S'ajoutant aux mesures de déremboursement déjà prises par le passé, ces nouvelles dispositions inquiètent les personnes modestes, qui craignent de devoir renoncer à certains soins faute de pouvoir faire face aux dépenses mises à leur charge. Il souhaiterait connaître les mesures prévues pour répondre aux inquiétudes des assurés sociaux et leur garantir l'accès à des soins de qualité.

Texte de la réponse

Dans un contexte financier très contraint, les baisses de taux de remboursement des médicaments, au demeurant mesurées, concernent les médicaments à service médical rendu modéré et les médicaments homéopathiques. Elles participent à la poursuite de la politique de prise en charge des produits de santé innovants, sans menacer la pérennité financière de notre régime. Ce même objectif est également poursuivi s'agissant du bon usage des produits de santé et des soins, conformément aux recommandations médicales de la Haute Autorité de santé (HAS). Tel est, par exemple, le cas de la limitation du nombre de bandelettes pour auto surveillance glycémique remboursées. Tel est aussi le cas de la suppression de l'automaticité de la prise en charge à 100 % des frais de transport pour les patients en affection de longue durée (ALD) conservant une autonomie suffisante pour se déplacer seuls. Les patients en ALD affectés d'une déficience ou d'une incapacité leur interdisant de se déplacer par eux-mêmes continueront toutefois à bénéficier d'une exonération totale des frais de transport. La même exonération perdurera aussi, au titre de l'hospitalisation, pour les patients en ALD suivant des soins comme une dialyse ou une chimiothérapie. Dans une optique similaire, la suppression de l'hypertension artérielle (HTA) isolée de la liste des affections de longue durée est envisagée pour les nouveaux malades présentant cette affection. En accord avec la Haute Autorité de santé, il a été constaté que l'HTA isolée constituait plus un facteur de risque qu'une pathologie avérée et relevait à ce titre, non d'une inscription sur la liste des ALD, mais d'un dispositif d'éducation thérapeutique, de suivi et d'accompagnement des patients concernés. Bien entendu, les malades atteints d'une HTA compliquée (insuffisance cardiaque ou maladie coronaire) ou d'une pathologie associée (diabète par exemple) seront exonérés de tout ticket modérateur au titre de ces ALD spécifiques. Outre les cas d'exonération de ticket modérateur liés aux affections chroniques, il convient également de rappeler l'existence de dispositifs protecteurs pour les patients les plus modestes, notamment les personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. En effet, le développement de ce dispositif d'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. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renforcé ces efforts en augmentant le montant de l'aide pour les personnes de plus de cinquante ans, ce qui doit la porter à 350 euros (au lieu de 200 euros auparavant) pour les personnes de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros (contre 400 euros auparavant) pour les personnes de soixante ans et plus. L'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a poursuivi cet effort en portant le plafond de ressources de l'ACS au niveau du plafond de la CMU complémentaire majoré de 26 % (soit un plafond de 799,17 euros par mois), ce taux devant être porté à 30 %, au 1er janvier 2012. Ainsi, globalement, le reste à charge sur leurs 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 donc bien une priorité des pouvoirs publics.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Claude Lenoir](#)

Circonscription : Orne (2^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 93084

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Santé et sports

Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clée(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 5 avril 2011

Question publiée le : 9 novembre 2010, page 12180

Réponse publiée le : 12 avril 2011, page 3743