ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 6701

Texte de la question

M. Hervé Féron attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur les difficultés d'accès croissantes aux soins médicaux. En effet, le nouveau baromètre du cercle Santé Europ Assistance vient de dévoiler les résultats de son étude concernant l'accès des Français aux soins médicaux. Il démontre que 27 % des Français reportent ou renoncent à des soins médicaux faute de moyens pour les financer. Ainsi, selon l'enquête, les Français renoncent pour 19 % d'entre eux aux soins dentaires, en priorité. Viennent ensuite les achats de lunettes (10 %), et ceux de médicaments (5 %). Les résultats soulignent par ailleurs que les Français craignent une augmentation des cotisations personnelles pour leur santé. Ainsi, il lui demande les mesures que le Gouvernement entend prendre afin de permettre aux personnes les plus vulnérables, dans une conjoncture particulièrement difficile, d'accéder aux soins de manière durable.

Texte de la réponse

L'égal accès de tous aux soins fait partie des priorités du Gouvernement. La France se trouve parmi les pays de tête de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en termes de part de la dépense publique dans le financement des dépenses de santé. En 2011, 75,5 % de la dépense de santé étaient pris en charge par l'assurance maladie tandis que 13,7 % étaient couvert par les organismes d'assurance maladie complémentaire et 9,6 % restaient à la charge des assurés, ce qui représente le deuxième plus faible taux de reste à charge des ménages (après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire), derrière les Pays-Bas. Toutefois, environ 15 % des Français déclarent avoir renoncé à des soins au cours de l'année, notamment pour certains soins courants. C'est dans l'objectif d'un meilleur accès aux soins que la ministre des affaires sociales et de la santé a décidé d'engager une négociation sur les dépassements d'honoraires, pour les encadrer, étendre l'offre à tarif opposable et sanctionner les dépassements abusifs, qui a donné lieu en octobre 2012 à la signature de l'avenant 8 à la convention médicale. Celui-ci encadre les dépassements d'honoraires, définit un régime de sanctions et interdit notamment les dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS). Il est par ailleurs nécessaire de favoriser un meilleur accès à la couverture complémentaire santé, pour mettre en oeuvre l'objectif fixé par le Président de la République de généralisation de l'accès à une couverture complémentaire santé. L'enquête sur la santé et la protection sociale de l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), de 2010, a montré le rôle important de la complémentaire santé, et notamment de la CMU-c, dans l'accès aux soins puisque les personnes sans complémentaire santé renoncent deux fois plus que celles qui en ont une, aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), créée en 2000, offre aux personnes disposant des ressources les plus faibles une complémentaire santé gratuite, assortie d'une dispense d'avance de frais et de l'interdiction des dépassements d'honoraires. Outre la CMU-c, il existe, depuis 2005, une aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) en faveur des personnes dont les revenus dépassent le plafond de la CMU-c dans la limite de 35 % (966 € pour une personne seule en France métropolitaine à compter du 1er juillet 2013). Cette aide a été conçue pour éviter les effets de seuil liés à la CMU-c. Elle permet de prendre en charge en moyenne 56 % du montant

de souscription à une complémentaire santé. L'ACS permet également, lors des consultations chez les médecins, de bénéficier d'une dispense d'avance de frais sur la part des dépenses remboursées par l'assurance maladie de base, ainsi que d'un tarif sans dépassement d'honoraires. Le plafond de ressources ouvrant droit à la CMU-c ainsi que celui ouvrant droit à l'ACS ont été augmentés de 7%, en sus de l'inflation, le 1er juillet 2013, conformément à la décision annoncée par le Premier ministre dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale (pour la CMU-c, à compter du 1er juillet 2013, le plafond est fixé à 716 € en moyenne mensuelle pour une personne seule en France métropolitaine, ce plafond étant majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer). Cela permet d'ouvrir les dispositifs d'aides à la complémentaire santé (CMU-c et ACS) à toutes les personnes dont les ressources sont inférieures ou égales au seuil de pauvreté. En parallèle, les garanties offertes par la CMU-c en matière de niveau de prise en charge dans le cadre du « panier de soins », notamment dans le secteur de l'optique, de l'audioprothèse et des prothèses dentaires, seront améliorées afin de supprimer les situations de reste-à-charge encore constatées pour ces publics. En outre, les efforts doivent être poursuivis pour que tous nos concitoyens, et en particulier les plus modestes, puissent bénéficier d'une couverture complémentaire correspondant à leurs besoins. Une nouvelle étape au profit de l'ensemble des salariés a pu être franchie grâce à la loi sur la sécurisation de l'emploi qui, en transposant l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, a permis de rendre effectif le principe de la généralisation de la couverture santé en entreprise. La loi, qui pose une obligation pour l'ensemble des entreprises de mettre en place une couverture santé collective au 1er janvier 2016, permettra ainsi d'une part de couvrir les 25 % des salariés qui selon une étude de l'IRDES ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire, d'autre part de fixer un panier de soins minimal pour l'ensemble des garanties santé. En complément, le Gouvernement a chargé le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie d'engager les consultations et d'effectuer les propositions nécessaires à la réalisation l'objectif de généralisation, à l'horizon de 2017, de l'accès à une couverture complémentaire de qualité pour tous. Enfin, les dispositifs de régulation des prestations de soins qui génèrent des reste à charge élevés (optique, audioprothèse, soins prothétiques dentaires notamment) doivent être encouragés. C'est le cas notamment des réseaux de soins, qui permettent une réduction des reste à charge pour les assurés. Une proposition de loi en ce sens a été examinée en première lecture à l'Assemblée nationale le 28 novembre 2012, puis le 24 juillet 2013 par le Sénat.

Données clés

Auteur : M. Hervé Féron
Circonscription : Meurthe-et-Moselle (2e circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 6701
Rubrique : Santé
Ministère interrogé : Affaires sociales et santé
Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clée(s)

Question publiée au JO le : 9 octobre 2012, page 5429
Réponse publiée au JO le : 24 septembre 2013, page 9930