



# ASSEMBLÉE NATIONALE

## 14ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 84500

### Texte de la question

M. Alain Bocquet attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sur les constats en matière de santé publique, plus particulièrement dans le domaine des complémentaires santé. En 2012, selon l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), 3,3 millions de personnes ne bénéficiaient pas d'une complémentaire santé, ce chiffre étant en augmentation de 500 000 par rapport à 2010. Parmi elles, se trouvent des retraités, des demandeurs d'emploi de longue durée ou des jeunes en situation d'emploi précaire. Le renoncement aux soins est une réalité qui touche 29 % de la population et plus particulièrement pour les soins dentaires et l'optique. Force est de constater que la généralisation des complémentaires santé au sein des entreprises du secteur privé à compter du 1er janvier 2016, conformément aux dispositions de l'ANI, ne palliera pas les manques constatés puisque les difficultés d'accès aux mutuelles résident essentiellement en dehors du monde du travail ; et que la CMU complémentaire, compte tenu des barèmes imposés sur les douze derniers mois, laisse une frange de la population sans aucune possibilité de mutuelle. La maîtrise des restes à charge est plus que jamais nécessaire pour combattre les exclusions. Il lui demande les mesures envisagées par le Gouvernement pour remédier à ces inégalités.

### Texte de la réponse

L'accès aux soins constitue pour le Gouvernement une priorité. Ainsi, une grande attention est en particulier portée à la couverture fournie par l'assurance maladie obligatoire qui ne cesse de jouer un rôle majeur dans la mutualisation et la solvabilisation des dépenses de santé. Le taux de prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire a ainsi progressé sur les trois dernières années connues pour atteindre 76,6 % de la dépense en 2014 contre 75,9 % en 2011, témoignant des efforts entrepris récemment pour réduire la part de financement qui incombe aux ménages. Tenant compte du rôle joué en France par les complémentaires santé dans le financement des dépenses de soins, le Gouvernement s'est par ailleurs engagé dans une politique sans précédent en faveur de l'accès de tous à une complémentaire santé de qualité qui permette aux organismes complémentaires de jouer pleinement leur rôle dans la couverture des restes à charge des assurés et notamment des plus fragiles. La généralisation de la complémentaire santé en entreprise par la loi de sécurisation de l'emploi a ainsi marqué une étape importante dans ce processus en faisant bénéficier une très grande majorité de salariés d'une couverture complémentaire d'entreprise financée pour moitié par les employeurs. La mise en place de garanties collectives de protection sociale complémentaire à adhésion obligatoire permet en effet d'organiser une large mutualisation du risque et donc d'assurer tous les salariés, notamment les plus âgés et ceux en situation de risque aggravé qui ne trouveraient pas à s'assurer par ailleurs ou à des tarifs beaucoup plus défavorables. Les contrats courts ou à temps partiel sont en outre couverts grâce à la mise en place, par l'article 34 de la LFSS pour 2016, d'un versement santé. Il convient d'ailleurs de noter que le taux global de taxation applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire est le même que ceux-ci soient individuels ou collectifs, et qu'il n'a pas évolué depuis 2013. Ce taux est de plus inférieur de 7 points pour les contrats qui respectent les critères de solidarité et de responsabilité. Ainsi, l'accent a également été mis sur la qualité minimale des contrats, qu'ils soient collectifs ou individuels, proposés aux assurés.

Précisée pour les contrats collectifs par la généralisation de la complémentaire santé qui a suivi l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, l'obligation pour les contrats de complémentaire santé de comporter des

garanties minimales a été introduite en 2014 à travers la réforme des contrats responsables. Le ticket modérateur comme le forfait journalier hospitalier sont désormais, pour ouvrir droit aux avantages fiscaux et sociaux associés au dispositif des contrats responsables, obligatoirement pris en charge de manière illimitée tandis que des prises en charge minimales sont imposées en optique et en dentaire dès lors que les contrats proposent une couverture sur ces champs. Au-delà de ces réformes visant à améliorer l'accès à une complémentaire de qualité d'une grande majorité d'assurés, une vigilance particulière a dès 2013 été portée à l'accès aux soins des assurés les plus fragiles, tant par les ressources qu'ils sont en mesure de consacrer à leurs dépenses de santé que par les montants dont ils doivent s'acquitter à ce titre. L'extension de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), par la hausse exceptionnelle des plafonds de ressources de ces dispositifs en juillet 2013, ont permis à plus de 600 000 nouveaux bénéficiaires d'en bénéficier. La couverture offerte par ces deux dispositifs a été améliorée. Le panier de soins de la CMU-c a été enrichi au printemps 2014 tandis que l'ACS a connu depuis le 1er juillet 2015 une profonde réforme qui garantit à ses bénéficiaires – et après mise en concurrence des offres proposées par les complémentaires santé - des contrats d'un meilleur rapport qualité-prix que ceux qu'ils souscrivaient en moyenne jusque-là, réduisant (voire supprimant pour les plus jeunes) tant le reste-à-chARGE laissé à l'assuré au moment de la souscription de son contrat de complémentaire santé que de ses soins. De même, tout récemment, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a visé à améliorer la couverture complémentaire des personnes de plus de 64 ans dont le taux d'effort en matière de dépenses de santé demeure plus important que pour les autres tranches d'âge de la population compte tenu du niveau élevé de leurs dépenses de santé et de la couverture de leurs dépenses de santé par des contrats de complémentaire santé individuels, souvent moins couvrant que les contrats collectifs proposés aux salariés. Des contrats labellisés qui ouvriront droit aux organismes complémentaires qui les proposent à un crédit d'impôt de 1% des primes correspondantes et dont les garanties minimales et les prix maximum seront prochainement fixés par décrets, devraient ainsi être proposés à compter du 1er janvier 2017.

## Données clés

**Auteur** : [M. Alain Bocquet](#)

**Circonscription** : Nord (20<sup>e</sup> circonscription) - Gauche démocrate et républicaine

**Type de question** : Question écrite

**Numéro de la question** : 84500

**Rubrique** : Santé

**Ministère interrogé** : Affaires sociales, santé et droits des femmes

**Ministère attributaire** : Affaires sociales et santé

## Date(s) clée(s)

**Question publiée au JO le** : [7 juillet 2015](#), page 5083

**Réponse publiée au JO le** : [9 août 2016](#), page 7228