ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 117722

Texte de la question

M. Patrick Balkany appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur la couverture maladie universelle (CMU). Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a récemment été adoptée, il souhaiterait pouvoir disposer d'un bilan précis de la CMU, tant humain que financier. Parallèlement, le Gouvernement s'est engagé à lutter contre les fraudes et les abus dans le domaine de l'assurance maladie. Aussi, lui demande de bien vouloir indiquer si un renforcement des contrôles des bénéficiaires de la CMU est envisagé aussi bien en ce qui concerne l'attribution de ce droit que l'utilisation de la prestation, et le cas échéant d'en indiquer les modalités. Sans remettre en cause ce dispositif qui permet un accès aux soins à bon nombre de personnes en difficulté, il apparaît nécessaire d'instaurer une transparence sur le coût et la progressivité de cette dépense humanitaire.

Texte de la réponse

Le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie sous condition de résidence (couverture maladie universelle de base) avoisine 1,7 million en septembre 2006 d'après les statistiques de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cet effectif était quasi identique au 31 décembre 2005, d'environ 1,6 million au 31 décembre 2004 ainsi qu'au 30 novembre 2003 et de 1,4 million au 31 décembre 2002. Le coût de la couverture maladie universelle (CMU) de base est nul pour l'État puisqu'il s'agit d'un régime d'assurance maladie. Le nombre de bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (couverture maladie universelle complémentaire), instituée par l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, atteint 4,842 millions en 2006, alors qu'il était de 4,795 millions en 2005, selon les dernières données disponibles du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU). Cela représente une très légère augmentation par rapport aux années 2004, 2003, où étaient comptés 4,7 millions de bénéficiaires, et 2002 (4,6 millions de bénéficiaires). La dépense de CMU complémentaire à la charge de l'État comprend d'une part le versement aux régimes de base, d'autre part les déductions au titre des bénéficiaires de la CMU complémentaire de la taxe de financement de la CMU complémentaire payée par les organismes de protection complémentaire. Ces versements et déductions s'élèvent en 2006 à 340 euros par bénéficiaire et par an. D'après les données du fonds CMU de janvier 2007, les versements au régime de base s'élèvent à 1 267 millions d'euros en 2005 et sont estimés à 1 436 millions d'euros en 2006, par ailleurs les déductions pour les organismes de protection complémentaire s'élèvent à 195 millions d'euros en 2005 et sont estimés à 211 millions d'euros en 2006. Le Gouvernement a fait adopter des dispositions renforçant la lutte contre la fraude dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui prévoit notamment, à son article 92, l'obligation pour les directeurs des organismes de sécurité sociale de diligenter une enquête lorsqu'une fraude est soupçonnée et de déposer plainte lorsque la fraude est avérée et atteint un seuil minimum. Cet article prévoit également la suspension de l'instruction de toute demande de prestation servie par un organisme de sécurité sociale, telle la CMU complémentaire, pour laquelle les pièces justificatives indispensables à l'instruction ne seraient pas produites. En outre, des échanges systématiques d'informations entre les caisses d'assurance maladie et la Direction générale des impôts sont en cours de mise en oeuvre afin de détecter plus facilement

des fraudes manifestes au droit à la CMU complémentaire. Ces échanges ont été organisés à titre expérimental en 2006 sur certaines régions et devraient être généralisés au cours de l'année 2007. Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit une disposition nouvelle pour la CMU complémentaire, l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, les prestations familiales et le revenu minimum d'insertion, permettant aux caisses de sécurité sociale d'évaluer le train de vie du demandeur lorsqu'elles constatent, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou d'un contrôle, une disproportion marquée entre son train de vie et les ressources déclarées, selon des modalités qui seront définies par décret en Conseil d'État. Ce nouveau mécanisme donnera aux caisses de sécurité sociale les moyens de refuser le droit à une prestation sociale lorsqu'elles savent que le train de vie du demandeur, notamment son patrimoine, doivent lui permettre de ne pas recourir à la solidarité nationale. Cette mesure viendra donc renforcer considérablement la lutte contre la fraude ou les dissimulations de ressources en donnant les moyens juridiques aux caisses de sécurité sociale de faire échec à des stratégies de contournement pour bénéficier indûment de prestations financées par la solidarité nationale, au détriment des plus modestes auxquels notre système de solidarité est pourtant destiné.

Données clés

Auteur : M. Patrick Balkany
Circonscription : Hauts-de-Seine (5e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 117722
Rubrique : Santé
Ministère interrogé : santé et solidarités
Ministère attributaire : santé et solidarités (II)

Date(s) clée(s)

Question publiée le : 6 février 2007, page 1210
Réponse publiée le : 17 avril 2007, page 3863