



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

équilibre financier

Question écrite n° 78682

Texte de la question

M. Jean-Yves Le Déaut appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les conditions de soins aux assurés sociaux. En effet, au moment où l'arrêté Chazelles est abrogé, le Gouvernement appelle à la négociation des agents du secteur privé et instaure un certain nombre de mesures sans aucune concertation avec les acteurs de la protection sociale. Il observe l'indignation que soulève, au sein de nombreuses mutuelles, cette manière de procéder. Elles sont beaucoup à évoquer l'instauration en catimini d'une franchise de 18 euros sur les actes dits « onéreux », le non-respect de l'avis de la Haute Autorité en santé de ne plus rembourser totalement des produits jugés insuffisamment efficaces pour être des médicaments et l'absence des négociations menées au sujet du financement de la protection sociale. Il demande, dans ces circonstances, si le Gouvernement est suffisamment conscient de l'aggravation sans précédent des conditions d'accès aux soins pour les assurés sociaux et s'il entend entamer des négociations avec les acteurs de la protection sociale.

Texte de la réponse

L'attention du ministre de la santé et des solidarités est appelée sur les conditions de soins aux assurés sociaux et la nécessaire concertation avec les acteurs de la protection sociale. S'agissant de l'abrogation de l'arrêté Chazelle, des réflexions en vue de rénover le dispositif actuel d'aide à la protection sociale complémentaire en matière de santé des fonctionnaires sont en cours au niveau interministériel, afin de le rendre pleinement compatible avec les règles nationales et communautaires. Cette rénovation a pour souci de préserver un dispositif auquel les fonctionnaires sont légitimement attachés. Une négociation est en cours avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives et la mutualité française. Elle doit permettre de consolider le caractère solidaire de cette protection. Par ailleurs, est évoquée la mise en oeuvre de la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes dont le montant est égal ou supérieur à 91 euros ou dont le coefficient est égal ou supérieur à K 50. Or, jusqu'à présent, pour tout acte médical inférieur à 91 euros, il était appliqué un ticket modérateur (remboursé par la complémentaire santé) correspondant à 20 % du montant de l'acte. Au-delà, la sécurité sociale prenait en charge l'intégralité de ce ticket modérateur. Ainsi, un patient hospitalisé en chirurgie pour une endoscopie digestive sans anesthésie payait, puisqu'il ne subissait aucun acte chirurgical supérieur à 91 euros, un ticket modérateur de 20 % (soit 53 euros) sur l'ensemble des frais d'hospitalisation (d'un montant de 265 euros). En revanche, un patient également hospitalisé en chirurgie pour une endoscopie digestive avec anesthésie ne se voyait appliquer aucun ticket modérateur, puisque cette opération comporte un acte chirurgical dont le tarif est supérieur à 91 euros. C'est pourquoi a été instaurée, à compter du 1er janvier 2006, pour tout acte supérieur à 91 euros, une participation forfaitaire de 18 euros (correspondant à 20 % de 90 euros). Cette participation de 18 euros s'applique aux actes d'une valeur supérieure à 91 euros réalisés à l'hôpital ou en cabinet médical. Par ailleurs, elle ne peut excéder 18 euros quelle que soit la durée de l'hospitalisation ou le nombre d'actes effectués. Sont exonérées de cette disposition les personnes les plus fragiles ou aux ressources les plus faibles : les patients atteints d'une affection de longue durée (plus de 6 millions de personnes) ; les femmes enceintes ; les nouveaux-nés hospitalisés ; les titulaires d'une rente pour accidents du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité ; les bénéficiaires de la couverture maladie universelle

complémentaire (CMU complémentaire). Ce ticket modérateur de 18 euros n'a pas vocation à être acquitté par les assurés. Ce sont les organismes complémentaires de santé qui sont appelés à le prendre en charge. Par ailleurs, afin de garantir un bon accès à une assurance complémentaire de santé pour tous les assurés, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a procédé à une revalorisation significative des montants de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Cette aide à l'accès à une couverture complémentaire (mutuelles, assurances privées et institutions de prévoyance) s'adresse aux quelque 2 millions de personnes dont le revenu excède de moins de 15 % le plafond de la CMU complémentaire (soit 675,23 euros par mois pour une personne seule). Les montants sont revalorisés de manière significative (de 33 % à 60 %) selon l'âge du bénéficiaire. L'aide est désormais de 100 euros par an pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 euros par an pour les personnes âgées de 26 à 59 ans, 400 euros par an pour les personnes âgées de 60 ans et plus. En outre, l'ensemble des médicaments jugés par la HAS comme rendant un service médical insuffisant ont été déremboursés au 1er mars 2006, sauf les veinotoniques qui voient leur taux de remboursement baisser à 15 % pendant une période transitoire de deux ans (1er février 2006 à début 2008). Le ministre a choisi de suivre l'avis de la Haute Autorité de santé fondé sur des critères strictement scientifiques et médicaux. L'avis rendu par la HAS a permis de s'assurer que le déremboursement de ces médicaments ne nuira pas à la santé des Français. La commission de la transparence a estimé notamment que les mucolytiques n'ont pas montré qu'ils apportaient un service médical suffisant dans les affections broncho-pulmonaires, qu'elles soient aiguës ou chroniques. Les membres de cette commission sont tous des scientifiques, médecins et pharmaciens de terrain (généralistes, spécialistes, pharmaciens hospitaliers et d'officine), appuyés, dans leurs évaluations, par des experts spécialistes de chaque discipline, par exemple pour les mucolytiques, des pneumologues et ORL. La commission a également pris soin de consulter les spécialistes des maladies les plus rares comme la mucoviscidose, afin de s'assurer que cette décision ne priverait aucun malade d'un médicament qui lui apporte un réel bénéfice sur son état de santé.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Yves Le Déaut](#)

Circonscription : Meurthe-et-Moselle (6^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 78682

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : santé et solidarités

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 4 juillet 2006

Question publiée le : 22 novembre 2005, page 10752

Réponse publiée le : 11 juillet 2006, page 7382