ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

remboursement

Question écrite n° 46384

Texte de la question

M. William Dumas attire l'attention de Mme la ministre de la santé et des sports sur l'enquête publiée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé qui dresse un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale des Français. Chargé d'analyser l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins, cet institut révèle le contraste existant entre les ménages modestes et les plus aisés. En effet, alors que les seconds se reconnaissent en meilleure santé et bénéficient d'un accès plus facile à une complémentaire santé, les premiers pâtissent d'un plus mauvais état de santé, d'un taux de couverture en complémentaire santé des plus bas et de plus de renoncement aux soins. Ainsi, sur les 22 000 personnes interrogées, 7 % d'entre elles affirment ne pas avoir de couverture maladie complémentaire et 14 % avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Ces abandons concernent prioritairement les domaines où la part que doit payer de sa poche l'assuré, après remboursement de l'assurance maladie, est la plus élevée comme, par exemple, les soins dentaires, les lunettes ou les soins de spécialistes. Ce difficile accès aux soins, pour une partie de la population, a été aggravé par l'instauration des franchises médicales, et va l'être encore par le déremboursement des affections longue durée. Aussi, il lui demande les mesures que le Gouvernement entend prendre afin de pallier cette situation de contraste.

Texte de la réponse

Le montant de franchise estimé pour 2009 serait de plus de 900 MEUR pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Cette somme a permis de financer une part importante des moyens consacrés en 2009 aux trois priorités de santé publique que sont la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs. Toutefois, le dispositif des franchises ne constitue pas un frein pour l'accès aux soins comme le montrent les remboursements au titre des actes et prestations sur lesquels s'applique la franchise qui ont continué de progresser en 2009. Ainsi, la dépense remboursable en volume de médicaments a crû de + 4,9 % en 2009 tandis que les dépenses remboursables en volume des soins infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes ont augmenté respectivement de + 5,9 et de + 2,3 % (Source : CNAMTS, dépenses remboursables en dates de soins [liquidées à fin février 2010], en volume corrigé des variations saisonnières, Champ : régime général, France métropolitaine.). En outre, le prélèvement par assuré est plafonné à 50 EUR par an afin de ne pas pénaliser les plus malades et, avec le même objectif, le montant maximal journalier dû au titre de la franchise est de 2 EUR pour les actes des auxiliaires médicaux et de 4 EUR pour les transports. Cette règle s'applique par bénéficiaire, quel que soit le nombre de professionnels intervenant pour les actes d'auxiliaires médicaux, d'une part, et pour les transports, d'autre part. De plus, un mécanisme d'écrêtement garantit que le montant des franchises ne puisse être supérieur au montant du remboursement versé par l'assurance maladie à l'assuré. Enfin, pour tenir compte de la situation des assurés dont les ressources sont les plus modestes, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), les enfants mineurs jusqu'à leur majorité ainsi que les femmes enceintes sont exonérés du paiement de la franchise. L'accès à une couverture maladie complémentaire constitue un facteur décisif pour l'accès aux soins. 93 % des assurés sont couverts par une complémentaire, ce qui place la France

en tête des pays de l'OCDE. La déduction du revenu imposable des cotisations de prévoyance complémentaire n'est admise que sous certaines conditions et dans certaines limites : ces cotisations doivent être versées dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle et au titre d'un contrat d'assurance de groupe, s'il s'agit de travailleurs non salariés, ou revêtir un caractère obligatoire en vertu d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale de l'employeur, s'il s'agit de salariés. En effet, l'adhésion à un régime de prévoyance complémentaire a alors pour objet essentiel de garantir aux intéressés, en cas de maladie ou d'invalidité conduisant à l'interruption de l'activité professionnelle, le versement pendant la période correspondante d'un revenu de remplacement, en complément des prestations en espèces servies par les régimes de base de sécurité sociale. En contrepartie, ces prestations complémentaires sont soumises à l'impôt sur le revenu. En revanche, les cotisations versées auprès d'un organisme de prévoyance complémentaire dans le cadre d'une adhésion individuelle et facultative constituent un emploi du revenu d'ordre personnel. L'absence d'avantage fiscal au titre des primes versées a pour corollaire l'exonération d'impôt sur le revenu des prestations servies, le cas échéant, par des organismes de prévoyance complémentaire sous forme de rentes. La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) permet, depuis le 1er janvier 2000, à l'ensemble de la population non couverte, de bénéficier des prestations en nature d'un régime de base d'assurance maladie et maternité (CMU de base) et offre aux personnes disposant des ressources les plus faibles une couverture complémentaire gratuite en matière de santé, assortie d'une dispense d'avance de frais (CMU complémentaire). De plus, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a mis en place, depuis le 1er janvier 2005, une aide à la souscription d'une « complémentaire santé » (ACS). Cette aide a été instaurée en faveur des personnes dont les revenus sont inférieurs au plafond de la CMUc majoré, depuis 2007, de 20 % (752 EUR pour une personne seule en France métropolitaine). Cette aide qui a été conçue pour éviter les effets de seuil liés à la CMUc permet de prendre en charge en moyenne 50 % du montant de souscription à une complémentaire santé. Le Gouvernement reste cependant très attentif à l'accès au plus grand nombre à une couverture santé complémentaire de qualité. En effet, l'accès à la complémentaire santé, mise en place en 2004, bénéficie aux foyers disposant des revenus légèrement supérieurs au seuil d'accès à la CMUc. Cette aide a été améliorée au cours des trois dernières années : en 2006, son montant a été fortement revalorisé, et l'effort le plus important a porté sur les personnes de 60 ans et plus, qui ont bénéficié d'une revalorisation de 60 %, l'aide passant de 250 à 400 EUR (contre une revalorisation de 33 % pour les autres) ; en 2007, le plafond de ressources a été augmenté, passant de 15 % à 20 % de plus que le plafond CMUc ; ce sont ainsi plus de deux millions de personnes qui sont susceptibles de bénéficier de ce dispositif ; depuis 2008, l'aide prend la forme simplifiée d'un chèque, ce qui permet à ses bénéficiaires de saisir immédiatement l'avantage financier consenti. Ces actions portent leur fruit : on constate ainsi une augmentation de plus de 30 % par an du nombre de personnes ayant recouru à l'ACS, qui sont au nombre de 490 000 aujourd'hui. Certains bénéficiaires potentiels, notamment parmi les plus âgés, devaient faire un effort financier encore trop important pour s'assurer correctement. C'est pourquoi 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 le porte à 350 EUR (au lieu de 200 EUR) pour les personnes de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 EUR (au lieu de 400 EUR) pour les personnes de soixante ans et plus. Enfin, la loi de finances pour 2010 double l'aide pour les jeunes de 16 à 24 ans en relevant son montant à 200 EUR. Concernant la prise en charge des frais d'optique et de dentaire, il n'est pas prévu d'en modifier la prise en charge par l'assurance maladie. Il convient de noter que l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 renforce l'association des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles afin qu'ils puissent mettre en place, pour les dépenses qui les concernent, une véritable gestion du risque en particulier dans les secteurs de l'optique et des soins dentaires. L'ensemble de ces mesures témoigne que l'égal accès de tous à une complémentaire santé de qualité constitue une priorité constante des pouvoirs publics.

Données clés

Auteur : M. William Dumas
Circonscription : Gard (5e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 46384
Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Version web : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/13/questions/QANR5L13QE46384

Ministère interrogé : Santé et sports
Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clée(s)

Question publiée le : 14 avril 2009, page 3456
Réponse publiée le : 5 octobre 2010, page 10951