



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

lois de financement de la sécurité sociale

Question écrite n° 98957

Texte de la question

M. Jean-Claude Fruteau attire l'attention de Mme la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sur le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale du mois de septembre 2010, rapport qui souligne que l'évolution du secteur dentaire constitue un «enjeu majeur de l'accès aux soins en France». D'après les comptes nationaux de la santé, le montant des dépenses de soins dentaires atteignait, en 2008, 9,65 milliards d'euros. Elles représentent 5,7 % de la consommation de soins et biens médicaux mais seulement 2,5 % des remboursements de la sécurité sociale. Cet écart qui va croissant traduit un désengagement financier de l'assurance maladie qui a peu d'équivalent dans d'autres secteurs de la santé. Il s'explique principalement par l'importance des dépassements de tarifs qui concernent aujourd'hui près de la moitié des honoraires remboursables. Par ailleurs, il convient d'y ajouter un certain nombre d'actes non-remboursables, de plus en plus répandus. Ainsi, aujourd'hui, la sécurité sociale ne prend plus à sa charge que le tiers (34 %) de ces dépenses (contre plus de la moitié en 1980), et en particulier, seulement 18 % des soins prothétiques qui sont les plus coûteux. L'ampleur de ces dépassements explique que les problèmes dentaires représentent à eux seuls, selon les études disponibles, plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières. Ainsi par exemple, dans le domaine des prothèses dentaires, la Cour des comptes souligne que «le développement des importations induit un phénomène de rente profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés» et ce, en dépit de l'obligation de transparence en matière de prix prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui doit contribuer à un certain rééquilibrage des relations entre les assurés et les praticiens. Il souhaite donc connaître sa position à ce sujet ainsi que les mesures qu'elle entend mettre en oeuvre pour lutter contre ce phénomène de rente qui pénalise l'accès aux soins d'une très grande partie de la population.

Texte de la réponse

Des mesures récentes ont d'ores et déjà contribué à améliorer la transparence tarifaire, lesquelles ne sont d'ailleurs pas toutes spécifiques au secteur dentaire. Tout d'abord, l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 instaure une information écrite préalable, dès lors que le professionnel de santé facture un dépassement. Cette information porte sur le tarif des actes effectués, la nature et le montant du dépassement facturé et est obligatoirement délivrée quand le montant des honoraires demandés, dépassements inclus, sont supérieurs à 70 euros, et pour l'acte lorsque le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation extérieure. Ce dispositif concerne principalement les médecins libéraux de secteur 2 et les chirurgiens-dentistes qui sont autorisés dans certains cas à pratiquer des honoraires libres. Par ailleurs, le renforcement de l'obligation d'affichage de leurs tarifs : alors qu'auparavant cette obligation existait concrètement pour les médecins et les masseurs-kinésithérapeutes, la loi de financement de la sécurité sociale 2008 et le décret du 10 février 2009 imposent à chaque professionnel de santé d'afficher, dans la salle d'attente ou dans son lieu d'exercice, le tarif des actes ou prestations les plus couramment effectués, ainsi que le tarif de remboursement par l'assurance maladie. Cette information assure aux patients une meilleure visibilité sur ce qui

leur reste à charge, avant prise en charge par l'assurance complémentaire. Enfin, s'agissant plus particulièrement des chirurgiens-dentistes, il existe depuis de très nombreuses années une obligation de remettre un devis avant la réalisation d'un traitement prothétique. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires puis la loi modifiant certaines dispositions de la loi HPST du 10 août 2011 sont venues compléter les mentions de ce devis « lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure, l'information écrite délivrée gratuitement au patient comprend, de manière dissociée, le prix de vente de l'appareil proposé et le montant des prestations de soins assurées par le praticien, ainsi que le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, (...) le montant du dépassement facturé. Le professionnel de santé remet au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. L'information écrite mentionne le ou les lieux de fabrication du dispositif médical ». Enfin, s'agissant de la fixation de plafonds, des mesures spécifiques ont été prises pour favoriser un meilleur accès aux soins prothétiques des bénéficiaires de la CMU. En effet, si les soins conservateurs sont pris en charge dans la limite des tarifs imposés à tous les assurés, pour ces publics, les soins réparateurs font l'objet d'un prix maximum, alors que les tarifs sont libres pour les assurés de droit commun. Il s'agit notamment des prothèses dentaires adjoindées, des prothèses dentaires conjointes (couronnes) et de l'orthopédie dento-faciale.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Claude Fruteau](#)

Circonscription : Réunion (5^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 98957

Rubrique : Finances publiques

Ministère interrogé : Santé

Ministère attributaire : Santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 1er février 2011, page 865

Réponse publiée le : 17 janvier 2012, page 695