



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

accès aux soins

Question écrite n° 46470

Texte de la question

Mme Sandrine Doucet attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur la question des inégalités d'accès aux soins. Selon le septième baromètre CSA pour Europe assistance, 33 % des Français disent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières en 2013. Ce constat est d'autant plus alarmant que ce sont les publics fragiles, comme les femmes et les jeunes, qui y renoncent le plus. Une autre enquête, conduite par l'IRDES, montre que les renoncements sont plus élevés parmi les ménages aux revenus les plus faibles (24,3 %), les personnes n'ayant pas de complémentaire santé (30,4 %) et les bénéficiaires de la CMU-C (21 %). Les différentes taxes et contributions pèsent pour plus de 13 % du montant des cotisations mutualistes, soit un montant bien supérieur à la taxation des produits de première nécessité. Par ailleurs, le nombre de contrats collectifs est en augmentation, notamment car ils donnent droit à des exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et à des réductions d'impôts pour l'assuré, contrairement aux contrats individuels. La conséquence en est l'accroissement de la taxation des contrats individuels et l'augmentation de leurs tarifs, et donc une préférence pour des contrats moins chers avec de moindres niveaux de remboursement. Le Gouvernement a entrepris de nombreuses mesures sectorielles afin de favoriser l'accès aux soins, cependant, les taux de renoncement aux soins restent élevés, et corrélés à l'accès à une mutuelle. Elle souhaite donc savoir comment le ministère des affaires sociales et de la santé entend s'emparer de cette question. Elle la remercie de bien vouloir la tenir informée des suites données à ce dossier.

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 : [Mme Sandrine Doucet](#)

Circonscription : Gironde (1^{re} circonscription) - Socialiste, écologiste et républicain

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 46470

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 12 juillet 2016

Question publiée au JO le : [17 décembre 2013](#), page 13042

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