



# **Lancement du chèque santé** **pour l'acquisition d'une complémentaire** **santé**

## **Dossier de Presse**

**Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports**  
**Service de presse - 01 40 56 40 14**

## Sommaire

---

- I- Le chèque santé et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé
  
- II- Le dispositif info-soins de l'Assurance-maladie
  
- III- L'information des patients et les contrôles sur les dépassements d'honoraires

## **I – Le chèque santé et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé**

---

Près d'un Français sur 10 (8% de la population générale) déclare ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire (Enquête de l'IRDES, juillet 2006). Cette absence de couverture complémentaire est étroitement liée au niveau de revenu des ménages : 13% de la population générale déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Pourtant, des dispositifs existent comme la Couverture maladie complémentaire (4,9 millions de bénéficiaires) et le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS).

### **→ Les objectifs de l'ACS**

Le dispositif d'ACS a été conçu pour lisser les effets de seuil de la CMU complémentaire et favoriser l'accès à une couverture complémentaire santé.

Le bénéfice de celle-ci étant subordonné à des conditions de ressources, elle induit mécaniquement des effets de seuil. **L'ACS a donc pour objectif d'aider les personnes qui se trouvent juste au-dessus du seuil d'accès à la CMU complémentaire et qui ne peuvent donc en bénéficier, d'être néanmoins aidés pour acquérir une assurance complémentaire de santé.**

L'ACS permet ainsi de réduire très sensiblement le coût d'achat d'un contrat de prévoyance santé.

### **→ Les bénéficiaires potentiels**

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est attribuée, comme la CMU, sous condition de résidence en France régulière et stable et sous condition de ressources.

Elle s'adresse aux personnes dont les revenus sont compris entre le plafond de la CMU (7 272 € par an soit 606 € par mois) et ce même plafond majoré de 20% (8 727 € par an soit 727,25 € par mois). Ce plafond est majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer.

Le montant de l'aide est compris entre 100 et 400 € en fonction de l'âge de l'assuré et de sa situation de famille, ce qui **couvre 50% du coût d'acquisition d'une complémentaire santé** (contre 40 % du prix moyen d'une assurance complémentaire santé avant la revalorisation en 2007).

### Impact de l'ACS sur le coût d'acquisition d'une complémentaire santé

Nombre de bénéficiaire par contrat	Prix moyens de la complémentaire santé	Taux moyen du reste à charge	Taux d'effort moyen*
1	556,6 €	52,5%	4,1%
2	832,9€	52,2%	4,2%
3	920,5 €	52,3%	3,9%
4	1 074,9 €	48,9%	3,6%
5	1 228,8 €	45,2%	3,1%
6	1 341,9 €	41,7%	2,7%
7 et +	1 478,2 €	36,2%	2,1%
<b>Total</b>	<b>693,0 €</b>	<b>50,8%</b>	<b>3,8%</b>

Source : fonds de financement de la CMU-c, septembre 2007

\* *taux d'effort* : mesure le reste en charge du prix de la complémentaire santé pour le bénéficiaire en proportion de ses revenus annuels.

### → Fonctionnement de l'ACS

Cette aide se traduit, pour les organismes de protection complémentaire, par un crédit d'impôt sur les contrats et, pour les bénéficiaires, par une réduction sur le montant payé de prime d'assurance complémentaire.

Elle est ouverte pour tous les contrats individuels d'assurance complémentaire santé, pourvu qu'il s'agisse de **contrats responsables**, c'est-à-dire qu'ils respectent certaines obligations et interdictions de prise en charge liées au parcours de soins coordonné.

### → Mesures visant à simplifier l'accès au dispositif :

#### - le chèque santé

Mis en place depuis le 2 janvier 2008, le chèque santé est destiné à améliorer l'accès à une complémentaire santé par les foyers les plus modestes. Jusqu'à aujourd'hui, la complexité du dispositif permettant d'avoir accès à cette aide freinait considérablement son utilisation par les assurés.

Avec ce chèque santé, dont le montant peut aller de 100 à 400 euros, les assurés pourront connaître immédiatement le montant de l'aide qui leur sera accordée. La seule démarche de l'assuré sera d'envoyer ce chèque à la complémentaire santé de son choix pour en bénéficier : une démarche immédiate et simple pour permettre au plus grand nombre d'avoir accès à une complémentaire santé.

- **un effort d'information sur l'accès au dispositif par le réseau des caisses de sécurité sociale et les organismes de protection complémentaire.**

Des brochures et des affiches sont disponibles ou apposées à l'accueil des caisses de sécurité sociale, notamment, car beaucoup de personnes qui peuvent prétendre à cette aide ne la demandent pas tout simplement parce qu'elles ne sont pas informées de leurs droits.

Le réseau des caisses d'allocations familiales, en particulier, a reçu pour mission d'orienter vers les caisses d'assurance maladie les personnes qui se présentent à elles lorsqu'elles sont susceptibles de bénéficier de l'aide à la complémentaire santé.

- **des démarches facilitées :**

Un nouveau formulaire de demande, différent de l'actuel formulaire de demande conjointe de CMU-C et d'aide à la complémentaire santé, vient d'être élaboré.

Les personnes qui ne souhaitent pas faire simultanément une demande de CMU-C pourront utiliser ce nouveau formulaire qui vient d'être mis en ligne sur le site de la CNAMTS - ameli.fr - et qui peut être rempli directement sur écran.

- **l'envoi de courriers ciblés vers les bénéficiaires du minimum vieillesse et des prestations familiales** dont le niveau de ressources correspond approximativement aux publics éligibles

Ces courriers ont été transmis par les caisses d'assurance vieillesse en octobre 2007 et le seront au début de l'année 2008 par les CPAM, à partir des informations transmises par les caisses d'allocations familiales, de manière à inciter ces personnes à formuler une demande d'aide auprès de leur caisse d'assurance maladie.

## → L'Assurance Maladie enrichit l'information donnée par ses plateformes de service

L'Assurance Maladie propose à ses assurés une information plus complète sur l'offre de soins. Cette démarche s'inscrit dans la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004. Objectif : mieux informer pour mieux utiliser le système de soins.

Elle répond à un besoin d'informations pratiques des assurés. Ainsi l'expérimentation réalisée en 2006 dans 12 départements montre que **70% des appels concernent la recherche de coordonnées de professionnels de santé ou d'établissements.**

Désormais, en téléphonant au numéro de leur caisse d'Assurance Maladie, tous les assurés peuvent facilement connaître les coordonnées des professionnels de santé proches de chez eux et savoir s'ils prennent ou non la carte Vitale. Ils peuvent également obtenir une information sur les tarifs des consultations pratiqués par ces professionnels de santé et leur niveau de remboursement.

Pour les médecins à honoraires libres, l'Assurance Maladie donne un repère tarifaire : dans la majorité des cas, il s'agit d'une fourchette des tarifs les plus utilisés par le médecin et du tarif le plus fréquemment pratiqué.

Là aussi, le service répond à une attente : selon le baromètre d'opinion<sup>1</sup> de l'Assurance Maladie réalisé en novembre 2006 auprès des assurés, **6 personnes sur 10** pensent qu'il vaut mieux s'informer sur les tarifs des médecins avant de les consulter et jugent utile le service que l'Assurance Maladie met en place en janvier.

Le service ouvert aujourd'hui dans l'ensemble des CPAM est une première étape qui va s'enrichir en 2008 en proposant aussi les tarifs des actes techniques (d'imagerie, de chirurgie, ...) les plus fréquemment pratiqués en établissement ou en ville, ainsi que ceux des soins dentaires. Et ultérieurement, les assurés pourront s'informer sur les frais de séjour en établissement. Parallèlement, une réflexion s'engage avec le Conseil national de l'Ordre des médecins sur la possibilité d'élargir les informations disponibles à des éléments qualitatifs tels que l'évaluation des pratiques professionnelles.

Pour l'Assurance Maladie, ce développement de l'information délivrée à ses assurés s'inscrit dans une démarche d'amélioration globale de la qualité de service, aux côtés des téléservices et de la modernisation du site ameli.fr.

---

<sup>1</sup> Baromètre d'opinion réalisé par TNS Sofrès pour l'Assurance Maladie du 22 au 24 novembre 2006 sur un échantillon de 1020 personnes sélectionnées par la méthode des quotas.

## → Un service qui répond à un besoin

Dans le cadre de sa stratégie de service, l'Assurance Maladie a installé depuis 2002 des plateformes téléphoniques dans lesquelles 8 400 télé conseillers traitent environ 20 millions d'appels téléphoniques par an.

Ces plateformes ont été récompensées en 2006 par l'Association française des centres de relation client pour la qualité de leur accueil téléphonique<sup>2</sup>.

Cette année, elles élargissent leur offre de service, conformément à la loi de réforme du 13 août 2004 qui précise le rôle d'information des organismes d'Assurance Maladie auprès de leurs assurés et leur donne pour mission de « *fournir également tous les éléments d'information sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés et plus largement toutes les informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.* »

Ces informations répondent aux attentes des assurés. Selon le baromètre des opinions réalisé pour la Caisse nationale d'Assurance Maladie par TNS Sofrès en novembre 2006 :

- **62% des personnes** interrogées sont d'accord avec la proposition suivante : *Il vaut mieux s'informer sur les tarifs des médecins avant de les consulter.*

- **59% des personnes ont jugé utile** - les plus favorables étant les cadres et les professions intellectuelles (71%) et les Parisiens (69%) - de pouvoir, *à partir de janvier 2007, contacter sa caisse d'Assurance Maladie pour connaître les tarifs de consultation des médecins et autres professionnels de santé.*

## → En 2007 : un plus dans l'information des assurés

Aujourd'hui, les assurés ont de plus en plus besoin de repères pour s'orienter dans le système de soins : pour choisir ou changer de médecin traitant, connaître les tarifs d'un médecin spécialiste, obtenir les coordonnées d'un kinésithérapeute qui prend la carte Vitale, ou celles d'un établissement de santé.

Toutes les caisses d'Assurance Maladie fournissent désormais ces renseignements à leurs assurés et répondent à leurs questions les plus fréquentes. A la demande d'un assuré qui s'installe dans une nouvelle ville par exemple, les conseillers de l'Assurance Maladie pourront lui indiquer le nom et les coordonnées des professionnels de santé proches de son domicile.

Pour les médecins, l'assuré saura si celui-ci est conventionné en secteur 1 ou bien en secteur 2 à honoraires libres. Pour ces derniers, l'Assurance Maladie ne peut pas toujours donner un tarif précis car les tarifs, qui doivent être fixés avec tact et mesure, sont modulés en fonction de la situation spécifique des patients ou des actes médicaux pratiqués.

Et pour tous les professionnels de santé, les assurés pourront savoir s'ils prennent la carte Vitale.

---

<sup>2</sup> L'Assurance Maladie a reçu le Casque d'Or dans la catégorie secteur public le 4 avril 2006.

Pour l'Assurance Maladie, il ne s'agit pas de donner un conseil aux assurés mais simplement de les aider dans leur recherche et dans leur information. Ainsi, lorsque l'assuré demande les coordonnées d'une infirmière proche de son domicile, le téléconseiller donne **le nom des professionnels de santé** et leurs coordonnées.

Ce service propose, outre l'annuaire avec les coordonnées des professionnels exerçant à proximité de l'assuré, deux types d'indications sur les tarifs pratiqués par les médecins à honoraires libres :

- un tarif repère :
  - le tarif le plus fréquent, s'il est pratiqué dans plus de la moitié des consultations (plus de 75 % des cas),
  - ou si ce n'est pas le cas, un tarif médian (en ce cas, un tarif égal ou inférieur au tarif médian est appliqué à au moins 60% des consultations),
- Une fourchette haute et basse calculée à partir des 5 tarifs les plus fréquents, utilisés dans 90% des consultations.

Dans tous les cas, l'assuré est incité à se renseigner directement chez le médecin concerné.

#### **Exemples de questions que les assurés vont pouvoir poser à leur caisse d'Assurance Maladie :**

- Pouvez-vous me donner les coordonnées d'infirmières proches de mon domicile ?
- A quel pourcentage suis-je remboursé pour la consultation de mon médecin ?
- Quel est le prix de la consultation du médecin que l'on m'a indiqué ?
- Quelle est la différence entre un médecin de secteur 1 et un médecin de secteur 2 ?

#### **→ D'autres informations disponibles en 2008**

Le service ouvert aujourd'hui est une première étape ; outre la fonction annuaire, il s'applique uniquement aux tarifs des consultations en médecine de ville. L'élargissement aux actes techniques les plus fréquents, pratiqués aussi bien en médecine de ville qu'en établissements, est prévu pour septembre 2008, les tarifs des soins dentaires seront disponibles en avril 2008. Ultérieurement, les assurés pourront aussi s'informer sur le montant des frais de séjours en établissement.

Mais le choix d'un professionnel de santé ne se fait pas sur la seule question des tarifs. Il est donc indispensable d'enrichir ce service **d'éléments qualitatifs**. C'est dans ce sens que des réflexions s'engagent actuellement avec le Conseil national de l'Ordre des médecins afin de déterminer, en toute objectivité, les éléments qualitatifs qui pourraient faire aussi l'objet d'une information aux assurés.

### III – L’information des patients et les contrôles sur les dépassements d’honoraires

---

#### Dispositions déjà en vigueur avant la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2008

##### → Devoir d’information et de transparence

- Les professionnels de santé libéraux ont un devoir d’information sur les honoraires qu’ils pratiquent avant l’exécution de l’acte et sur les conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d’assurance maladie.

Ainsi l’article L. 1111-3 du code de la santé publique prévoit que « *Les professionnels de santé d’exercice libéral doivent, avant l’exécution d’un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d’assurance maladie* ».

Le code de déontologie, inclus dans le code de la santé publique, édicte également la règle selon laquelle un médecin doit répondre à toute demande d’information préalable et d’explications sur ses honoraires ou le coût d’un traitement : article R. 4127-53 CSP.

- Le même article R. 4127-53 CSP dispose que « *Les honoraires du médecin doivent être déterminées avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières* ».

Il n’existe pas de définition législative ou réglementaire du tact et mesure. Les critères retenus le plus souvent par le juge pour déterminer que des dépassements sont contraires au tact et à la mesure sont le caractère systématique du dépassement ou un montant du dépassement non justifié par la notoriété du praticien, la complexité de l’acte, la valeur du service rendu ou la situation financière du patient.

- L’article R. 4127-53 précise enfin que le médecin « *ne peut refuser un acquit des sommes perçues* » et qu’ « *aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades* », notamment en liquide donc.

Le CNOM a par ailleurs déjà précisé que la perception des honoraires par le médecin doit se faire en toute lumière et avec loyauté. En cas de dépassement, il doit en avertir le patient auparavant. Il ne peut imposer le mode de paiement, ni le versement d’une provision avant de donner ses soins.

## → Obligation d'affichage

Il est depuis longtemps prévu que les actes les plus pratiqués par le médecin doivent être affichés de manière visible et lisible dans la salle d'attente, en application de l'arrêté du 11 juin 1996 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux (JO du 22 juin 1996).

Cet arrêté, de la compétence des finances (DGCCRF) et pris sur la base notamment de l'article L. 113-3 du code de la consommation, impose aux médecins libéraux d'afficher de manière visible et lisible :

- Leur situation vis-à-vis de l'assurance maladie (conventionné ou pas, secteur d'exercice) ;
- Les honoraires ou fourchette d'honoraires pratiqués pour la consultation, la visite à domicile et les indemnités de nuit et de dimanche. Pour les praticiens ne pratiquant pas couramment ses actes (spécialistes notamment) : même information pour les 5 actes les plus couramment pratiqués ;
- Une mention expliquant que les remboursements s'effectuent sur la base des honoraires conventionnés (ou tarifs d'autorités pour les praticiens non conventionnés)

## → Un constat très mitigé sur l'efficacité de ces mesures

De nombreuses dispositions normatives et obligatoires concouraient donc déjà à l'établissement de relations claires entre les médecins et leur patient sur le sujet des honoraires et des dépassements.

***Toutefois, le rapport de la mission IGAS d'avril 2007 ainsi que l'enquête DGCCRF réalisée fin 2005 sur l'affichage obligatoire des honoraires ont mis en lumière le manque d'information des patients sur les dépassements d'honoraires et les tarifs prohibitifs pratiqués par certains médecins.***

Les dépassements constituent, certes, un droit pour certains praticiens. Mais dans certains cas ils représentent un surcoût très important pour les assurés (20% des chirurgiens pratiquent des dépassements supérieurs à 100% du tarif) et donnent lieu à des malentendus entre praticiens et patients qui sont souvent liés à un défaut d'information.

Par ailleurs, le niveau de dépassements d'honoraires pratiqués n'ayant pas d'incidence sur les finances de l'assurance maladie, ils sont peu sujets à contrôle et à sanction, en cas de non-respect du principe de tact et mesure.

Quant aux pratiques illégales consistant à réclamer des « dessous de tables », elles sont bien évidemment beaucoup plus difficilement quantifiables, mais on sait qu'elles existent bel et bien, même s'il faut peut être relativiser leur importance (en fréquence) en comparaison de la pratique des dépassements d'honoraires, le cas échéant au-delà du tact et de la mesure.

## → Les enjeux financiers

D'après le rapport IGAS d'avril 2007, 2/3 des dépassements sont à la charge des patients. Or, les dépassements représentent 2 milliards d'euros sur 18 milliards d'euros d'honoraires totaux.

Le rapport prend l'exemple de 4 actes courants sur lesquels un taux de fréquence des dépassements supérieur à 50% est observé. A titre d'exemple, 72% des patients ayant bénéficié d'une prothèse totale de hanche ont été confrontés à des dépassements (42% des opérés à l'hôpital pour un montant moyen de 225 € et 89% des opérés en clinique pour un montant moyen de 454 € avec un maximum de 964€ suite panel étudié).

Le reste à charge croissant pour les patients génère des inégalités d'accès aux soins constituant un recul de la solidarité nationale, sans que les possibilités de dépassements soient pour autant une garantie d'une qualité supérieure des soins. « Cette croissance résulte à la fois d'une hausse du taux de dépassement<sup>3</sup> des spécialistes à honoraires libres, qui passe de 29% en 1995 à 47% en 2004, mais aussi de l'augmentation de la part des praticiens en secteur à honoraires libres dans certaines spécialités ».

### **Mesures nouvelles inscrites dans la LFSS pour 2008**

Plusieurs dispositions votées en LFSS pour 2008 concourent à renforcer la transparence des honoraires pratiqués par les médecins, une certaine limitation de la pratique des dépassements, même lorsqu'elle est légale, et donc garantir un égal accès au système de santé.

Ainsi, l'article L. 1111-3 CSP a été complété (article 39 LFSS pour 2008) afin :

**→ d'améliorer les conditions d'information des patients sur les compléments d'honoraires facturés par les professionnels de santé (article 39 LFSS 2008).**

Il s'agit notamment d'éviter les dépassements les plus abusifs.

Cette amélioration passe par le principe d'une information écrite. Cette mesure, correspondant à une des propositions du rapport IGAS sur les dépassements d'honoraires d'avril 2007, concerne les médecins mais également les chirurgiens dentistes.

La loi prévoit désormais que le médecin (ou le chirurgien dentiste) devra remettre une information écrite préalable précisant le tarif des actes qu'il se propose d'effectuer, ainsi que, éventuellement, la nature et le montant des dépassements qu'il facturera.

Cette disposition ne sera obligatoire que lorsque les honoraires envisagés seront supérieurs à un seuil qui sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et la sécurité sociale (la loi n'entrera donc concrètement en vigueur qu'à la publication de l'arrêté). Le seuil devra être fixé à un niveau suffisamment élevé pour ne concerner que les actes lourds pour lesquels la pratique du devis est déjà très répandue.

Toutefois, lorsque le médecin prescrira un acte devant être réalisé lors d'une consultation ultérieure, l'obligation de l'information écrite préalable sera applicable dans tous les cas, même si les honoraires envisagés pour l'acte prescrit sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté.

Par ailleurs, pour que les caisses d'assurance maladie puissent opérer les vérifications nécessaires, elles auront accès aux informations sur les dépassements facturés.

---

<sup>3</sup> Rapport entre les dépassements et les honoraires sans dépassement

Les nouvelles dispositions permettront donc de mieux apprécier la réalité en matière de dépassement d'honoraires par des données consolidées.

Elles devraient également dissuader certains professionnels de santé de pratiquer des dépassements excessifs ou irréguliers et donc de conduire certains assurés sociaux à s'écarter du système de soins pour des raisons financières. Par ailleurs, en donnant plus de visibilité à l'assuré du coût d'un acte, l'information écrite préalable lui permettra de mieux appréhender son reste à charge.

### **→ de renforcer les obligations d'affichage (article 39 LFSS)**

Cette obligation est désormais inscrite dans le code de la santé publique.

La loi précise en outre que doivent faire l'objet d'un affichage par le praticien les informations relatives aux honoraires, « y compris les dépassements qu'il facture ». L'affichage devra donc faire apparaître clairement la pratique du médecin en la matière.

Un décret en Conseil d'Etat doit préciser les modalités d'application ainsi que les sanctions en cas de non respect de cette mesure. Les travaux avec la DGCCRF, co-auteur, sont déjà engagés.

### **→ de renforcer les sanctions en cas de non respect des nouvelles dispositions**

Ainsi, le non respect de l'obligation d'information écrite préalable pourra faire l'objet d'une sanction administrative en application de la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Dans le cadre de cette procédure, il revient au directeur de la caisse locale de prononcer la sanction après avis d'une commission constituée au sein de la caisse. Cette commission comprend également, s'agissant de sanction un professionnel de santé, des représentants de la profession.

L'initiative de la procédure appartient également à la caisse et son directeur. Il sera donc important de communiquer auprès des assurés afin que ceux-ci pensent à saisir la caisse des problèmes qu'ils pourraient rencontrer en la matière.

La sanction de l'article L. 162-1-14 est une condamnation au versement d'une pénalité financière ne pouvant excéder 2 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

La constatation de l'infraction à l'obligation d'affichage reste de la compétence des médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique et de toutes les personnes habilitées à constater les infractions à la législation sur la répression des fraudes, et donc notamment les agents de la DGCCRF. Les sanctions seront définies dans le décret en Conseil d'Etat déjà mentionné.

Enfin, le non respect du tact et de la mesure, pourra également faire l'objet d'une sanction pécuniaire selon la procédure de l'article L. 162-1-14 déjà mentionnée.

Il faudra cependant pouvoir caractériser ce non respect ce qui, compte tenu de l'absence de définition reposera finalement sur la construction jurisprudentielle qui a déjà pu se déployer et qui ne manquera pas de se développer d'avantage encore si les directeurs de caisse applique

cette disposition assez souvent, compte tenu du recours juridictionnel sans doute assez systématique. Les sanctions pécuniaires prononcées dans le cadre de la procédure prévues à l'article L. 162-1-14 CSS sont susceptibles de recours devant le tribunal administratif.