

ASSEMBLÉE NATIONALE

17 octobre 2014

PLFSS POUR 2015 - (N° 2252)

Commission	
Gouvernement	

Retiré

AMENDEMENT

N° 449

présenté par

Mme Iborra, M. Aboubacar, M. Aviragnet, M. Aylagas, M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bouziane, Mme Bulteau, Mme Carlotti, Mme Carrillon-Couvreur, Mme Clergeau, M. Cordery, Mme Michèle Delaunay, Mme Françoise Dumas, M. Ferrand, Mme Hélène Geoffroy, M. Gille, Mme Huillier, Mme Hurel, M. Hutin, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Laclais, Mme Lacuey, Mme Le Houerou, Mme Lemorton, M. Liebgott, Mme Louis-Carabin, Mme Orphé, Mme Pane, Mme Pinville, M. Robiliard, M. Sirugue, M. Touraine, M. Véran et M. Vlody

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 29, insérer l'article suivant:**

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1^{er} juin 2015, un rapport visant à étudier la possibilité d'exonérer les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et de la franchise mentionnée au III du même article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Deux dispositifs (L. 322-2 du CSS) visant à « responsabiliser » les assurés sociaux, de plus de 18 ans, face à leur consommation de soins ont été successivement mis en place :

- La participation forfaitaire de 1 €, mise en place depuis le 1^{er} janvier 2005. Elle s'applique à chaque consultation, acte médical, examen radiologique, analyse de biologie, pris(e) en charge par l'assurance maladie ; réalisé(e) par un médecin généraliste ou spécialiste dans un cabinet, au domicile du patient, dans un dispensaire, dans un centre de soins ou à l'hôpital (consultations et urgences).

- Les franchises médicales, mises en place depuis le 1^{er} janvier 2008. Elles s'appliquent sur les boîtes de médicaments (0,50 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,50 euro par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport sanitaire).

Ces deux dispositifs sont respectivement plafonnés à 50 euros par assuré. Certains actes comme certains publics en sont exonérés.

En 2010, une étude de l'Irdes[1] démontre que si l'instauration des franchises a peu modifié la consommation de soins (88 % des personnes ayant déclarées avoir consommé des soins) elle a néanmoins eu des effets parmi les personnes les plus malades et aux plus faibles revenus. L'Irdes relève ainsi que « ce comportement est influencé par le niveau de revenu et l'état de santé : la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats est de 7 points plus élevée chez les individus gagnant moins de 870 €par mois, comparés à ceux gagnant plus de 1 167 €par mois, soit un quasi-doublement de cette probabilité. Elle est plus élevée de 2 points chez les individus souffrant d'une pathologie chronique, comparés aux autres. »

Depuis 2012, la majorité maîtrise avec sérieux les dépenses de l'assurance maladie. Cet effort sans précédent est réalisé sans remettre en cause le niveau prise en charge de l'assurance maladie obligatoire.

Qui plus est, tout en maîtrisant les dépenses, l'amélioration de l'accès aux soins est une priorité comme l'illustre la revalorisation, depuis le 1^{er} juillet 2013, du plafond de la CMU-C et de l'ACS, portant ainsi mécaniquement le plafond de l'ACS au niveau du seuil de pauvreté.

Les bénéficiaires de la CMU-C étant d'ores et déjà exonérés des franchises et des participations forfaitaires, il pourrait être opportun d'élargir le champ des exonérations aux 1,2 millions bénéficiaires de l'ACS, parmi lesquels 22 % sont atteints d'une affection de longue durée.

Cette mesure d'accès aux soins accompagnerait la mise en œuvre du tiers payant intégral pour les bénéficiaires de l'ACS, tel que le prévoit l'article 29 du présent projet de loi.

[1]Irdes, Bidénam Kambia-Chopina, Marc Perronnina, Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ?, N°158, octobre 2010