



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

équilibre financier

Question écrite n° 12613

Texte de la question

M. Jean-Louis Gagnaire attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur l'objectif des franchises médicales adoptées par l'Assemblée nationale le 30 octobre dernier. En effet, les débats parlementaires n'ont pas été très éclairants et plusieurs interprétations quant au rôle du texte ont été exprimées, y compris par le Gouvernement, accentuant ainsi l'incompréhension. S'agit-il de « responsabiliser » les assurés sociaux ? Si tel est le cas, on peut relever que ce sont précisément les personnes par nature non responsables de leur situation et de leur souffrance qui payeront le plus les franchises. On peut également relever le risque sanitaire ainsi pris à l'heure où le phénomène de renonciation aux soins se développe de manière inquiétante. Cette volonté de « responsabilisation » ne devrait-elle pas être étendue aux prescripteurs, notamment aux dépassements d'honoraires de plus en plus fréquents, ou encore aux laboratoires dont les dépenses destinées à la promotion, notamment par le biais des visiteurs médicaux, ont récemment été soulignées par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales ? S'agit-il de financer le plan Alzheimer ? Si tel est le cas, on peut s'étonner de cette volonté de taxer certaines maladies pour financer la lutte contre d'autres maladies. On peut également s'étonner de l'inadéquation du produit attendu, de l'ordre de 850 millions d'euros selon le gouvernement, et de l'ampleur de l'objectif poursuivi. S'agit-il de lutter contre les déficits de l'assurance maladie ? Si tel est le cas, on peut s'étonner de la faiblesse du produit escompté mais également du mode de financement choisi alors que l'on peut mesurer l'ampleur de l'échec de la franchise sur la consultation adoptée pour 2004. Ou alors s'agit-il de décourager la masse des petits consommateurs de soins de l'assurance maladie obligatoire et de préparer ainsi une future privatisation de la santé alors que les Français la refusent massivement ? Dans l'hypothèse où l'objectif poursuivi est de lutter contre les déficits de l'assurance maladie, pourquoi ne pas s'appuyer sur les conclusions de la Cour des comptes qui relève dans un récent rapport que les exonérations de cotisations sociales représentent un manque à gagner de 3 milliards d'euros, une somme très largement supérieure au produit des nouvelles franchises, pour choisir un financement plus légitime, au coût social nul et au produit nettement plus important ? Il lui demande donc si la suppression de ces exonérations est à l'étude, et dans l'hypothèse d'une réponse positive, à quelle échéance un projet de loi pourrait être présenté par le Gouvernement.

Texte de la réponse

Les progrès médicaux de ces dernières années ont permis une amélioration constante de l'espérance de vie des Français. Mais, parallèlement, l'allongement de l'espérance de vie entraîne une augmentation du nombre de malades atteints d'Alzheimer ou du cancer et le développement des besoins en termes de soins palliatifs. Il faut donc assurer le financement de ces besoins nouveaux et, dans le même temps, agir pour prévenir la dérive des comptes de l'assurance maladie. Les franchises visent à répondre à cette double exigence. Elles permettent, en effet, de dégager des recettes nouvelles pour progresser dans la prise en charge et la recherche sur ces maladies et pour développer les soins palliatifs, mais également de faire preuve de responsabilité en évitant de reporter la charge de ce financement sur les générations futures et ainsi, de maintenir un système solidaire. Le décret d'application des franchises apporte toutefois toutes les garanties nécessaires pour préserver les

principes fondamentaux de notre système de santé. Pour tenir compte de la situation des plus modestes, il a été prévu d'exonérer du paiement de la franchise les bénéficiaires de la CMUc, les enfants mineurs jusqu'à leur majorité ainsi que les femmes enceintes, soit quinze millions de nos concitoyens. Les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) et les titulaires d'une rente (AT-MP) accident du travail maladies professionnelles continuent de bénéficier d'une prise en charge très élevée. En outre, le prélèvement par assuré est plafonné à 50 par an afin de ne pas pénaliser les plus malades. Des règles particulières ont également été prises afin que soit bien respectée l'égalité de tous devant les soins : le montant maximum journalier dû au titre de la franchise est de 2 pour les actes des auxiliaires médicaux et de 4 pour les transports. Cette règle s'applique par bénéficiaire, quelque soit le nombre de professionnels intervenant pour les actes d'auxiliaires médicaux d'une part et pour les transports d'autre part ; le montant des franchises ne peut être supérieur au montant du remboursement versé par l'assurance maladie à l'assuré : un mécanisme d'écrêtement de la franchise est prévu. Le cas échéant, le montant maximum de la franchise qu'aura à payer l'assuré ne pourra dépasser le montant de son remboursement ; les ayants droit mineurs continuent d'être exonérés des franchises l'année de leur majorité, afin d'éviter de créer des effets de seuil en cours d'année.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Louis Gagnaire](#)

Circonscription : Loire (2^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 12613

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 11 décembre 2007, page 7777

Réponse publiée le : 9 septembre 2008, page 7849