



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

frais pharmaceutiques

Question écrite n° 27532

Texte de la question

M. Jean-Yves Le Déaut attire l'attention de Mme la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative sur l'actuel démantèlement de notre système de santé. L'instauration de nouvelles franchises médicales perçue par certains comme source d'accroissement des obstacles dans l'accès aux soins et à la médecine préventive, ou encore le report des remboursements de la sécurité sociale sur les mutuelles, remettent en question les principes fondateurs de la sécurité sociale et notamment celui de la solidarité. Les professionnels de santé et les organismes en charge de ces questions s'inquiètent des dérives, qui mettent en cause l'égalité devant la santé, qui vont amoindrir encore un peu plus le pouvoir d'achat des plus fragiles. Cette logique de remboursements massifs qui déstabilise notre système d'assurance maladie solidaire fait craindre le pire pour les plus modestes. Enfin, il s'étonne que toutes ces mesures soient prises de façon autoritaire, sans concertation ni réflexion avec les professionnels de la santé. Aussi, à l'appel des professionnels et des organismes en charge de la santé dans notre pays, il souhaiterait savoir si le Gouvernement serait prêt à instaurer un « grenelle de la santé », qui permettrait d'étudier ensemble, les moyens pour remettre en ordre les comptes de la sécurité sociale et les principes d'une santé accessible pour tous.

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, certaines maladies comme la maladie d'Alzheimer ou les cancers voient leur nombre croître, et les besoins en termes de soins palliatifs sont plus importants. 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. La franchise vise à répondre à cette double exigence. Elle permet en effet : de dégager des marges de manoeuvre nouvelles pour progresser dans la prise en charge et la recherche sur ces maladies et pour développer les soins palliatifs. La mise en oeuvre des franchises a permis de dégager en 2008 un montant de l'ordre de 850 MEUR et de financer ainsi près des deux tiers de l'augmentation importante des moyens consacrés cette année à la lutte contre le cancer et à la lutte contre la maladie d'Alzheimer ; de faire preuve de responsabilité en évitant de reporter la charge de ce financement sur les générations futures et ainsi, maintenir un système solidaire. Il faut aussi rappeler que ce dispositif prévoit de nombreuses garanties pour préserver l'accès de tous aux soins et notamment des usagers les plus fragiles de notre système de santé. Ainsi, pour tenir compte de la situation des plus modestes, les bénéficiaires de la CMUC, les enfants mineurs ainsi que les femmes enceintes sont exonérés de la franchise. Afin de tenir compte de la situation des plus malades, le dispositif est doublement plafonné : plafonnement annuel à hauteur de 50 euros par an et un plafonnement journalier à hauteur de 2 euros par jour pour les actes paramédicaux et de 4 euros par jour pour les transports sanitaires. Un premier rapport d'évaluation des franchises a été remis au Parlement en amont du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009. Il a mis en évidence que les franchises n'ont pas provoqué de phénomène de renoncement aux soins. Le mécanisme de franchise inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ainsi pour effet de diminuer les dépenses de l'assurance maladie sans pour autant empêcher la progression justifiée des dépenses de soins. En outre, le Gouvernement est très

attentif à l'accès à une couverture maladie complémentaire qui permet d'assurer la meilleure prise en charge possible des prestations de soins. Depuis 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) offre aux personnes disposant des ressources les plus faibles (moins de 621 euros pour une personne seule en France métropolitaine, ce plafond étant majoré de 11,3 % dans les départements d'outre-mer), une complémentaire santé gratuite, assortie d'une dispense d'avance de frais. Mais au-delà de la CMUC, il existe, depuis 2005, une aide à la souscription d'une « complémentaire santé » (ACS) en faveur des personnes dont les revenus sont inférieurs au plafond de la CMUC majoré, depuis 2007, de 20 % (745 euros pour une personne seule en France métropolitaine). Cette aide a été conçue pour éviter les effets de seuil liés à la CMUC. Elle permet de prendre en charge en moyenne 50 % du montant de souscription à une complémentaire santé. Cette aide a été améliorée au cours des trois dernières années : en 2006, son montant a été fortement revalorisé, et l'effort le plus important a porté sur les personnes de soixante ans et plus, qui ont bénéficié d'une revalorisation de 60 %, l'aide passant de 250 à 400 euros (contre une revalorisation de 33 % pour les autres) ; en 2007, le plafond de ressources a été augmenté, passant de 15 % à 20 % de plus que le plafond CMUC ; ce sont ainsi plus de deux millions de personnes qui sont susceptibles de bénéficier de ce dispositif ; depuis 2008, l'aide prend la forme simplifiée d'un chèque, ce qui permet à ses bénéficiaires de saisir immédiatement l'avantage financier consenti. On observe que l'ACS, qui a coûté environ 87 MEUR à l'assurance maladie en 2008, bénéficiait (bénéficiaires de l'aide ayant utilisé celle-ci auprès d'un organisme complémentaire) à 442 000 personnes au 30 novembre 2008, soit une augmentation de plus de 34 % par rapport à novembre 2007. En outre, le taux de personnes ayant utilisé leur attestation de droit à l'ACS auprès d'un organisme de protection complémentaire est passé de 65 % lors des années antérieures à 74,5 % à la fin de l'année 2008. Enfin, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renforcé ces efforts en augmentant le montant de l'aide pour les personnes de plus de cinquante ans, ce qui doit le porter à 350 euros (au lieu de 200 euros actuellement) pour les personnes de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 euros (au lieu de 400 euros actuellement) pour les personnes de soixante ans et plus. L'ensemble de ces mesures témoigne que l'égal accès de tous aux soins constitue une priorité constante des pouvoirs publics.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Yves Le Déaut](#)

Circonscription : Meurthe-et-Moselle (6^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 27532

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Santé, jeunesse, sports et vie associative

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 15 juillet 2008, page 6087

Réponse publiée le : 29 septembre 2009, page 9274