



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

équilibre financier

Question écrite n° 7596

Texte de la question

M. Michel Liebgott interroge Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur les franchises médicales. L'instauration de franchises médicales qui seront inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 est un premier pas dans le but non avoué d'une privatisation de notre système de sécurité sociale. Seront bien entendu au premier chef touchées par ces mesures les personnes à faibles revenus, pour lesquelles remboursements et franchises diverses viennent grever lourdement un budget déjà resserré sur l'essentiel. Les quatre nouvelles franchises dont l'instauration est prévue - l'hospitalisation, les visites médicales, les examens et les achats de médicaments - n'auront qu'un effet placebo et de courte durée sur un déficit de la branche maladie entretenue artificiellement. D'autres mesures sont possibles. Ainsi récemment le dernier rapport de la Cour des comptes précise-t-il, à titre d'exemple, que les 50 premiers bénéficiaires de stocks-options auraient à eux seuls pu apporter 3 millions d'euros à la sécurité sociale. Dans ce même rapport est également mis en lumière l'accroissement du revenu des médecins spécialistes par rapport aux généralistes (3,3 % contre 1,8 % depuis cinq ans) alors même que leur nombre est trop important, quand on manque de généralistes - spécifiquement dans certaines zones géographiques -, spécialistes qui pratiquent des dépassements d'honoraires pouvant aller jusqu'à 3 ou 4 fois le tarif opposable. Le rapport préconise enfin qu'il pourrait être mis en place des incitations négatives (prise en charge réduite des cotisations de sécurité sociale) pour les médecins refusant de s'installer en zones médicalement sinistrées. Enfin, les 15 milliards d'euros redistribués aux contribuables les plus aisés par le biais du bouclier fiscal ramené à 50 % auraient pu être bien plus judicieusement employés, qu'il s'agisse des comptes de la sécurité sociale ou des comptes de l'État. Il lui demande donc de remettre en cause les franchises médicales et de concevoir un plan de financement équitable, à même de réduire, puis supprimer le déficit qui pour 2007 s'établirait pour la branche maladie à 6,7 milliards, contre 5,9 milliards en 2006.

Texte de la réponse

Le montant de franchise estimé pour 2009 serait de plus de 900 MEUR pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Cette somme a permis de financer une part importante des moyens consacrés en 2009 aux trois priorités de santé publique que sont la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, la lutte contre le cancer et le développement des soins palliatifs. Toutefois, le dispositif des franchises ne constitue pas un frein pour l'accès aux soins comme le montrent les remboursements au titre des actes et prestations sur lesquels s'applique la franchise qui ont continué de progresser en 2009. Ainsi, la dépense remboursable en volume de médicaments a crû de + 4,9 % en 2009 tandis que les dépenses remboursables en volume des soins infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes ont augmenté respectivement de + 5,9 et de + 2,3 % (Source : CNAMTS, dépenses remboursables en dates de soins [liquidées à fin février 2010], en volume corrigé des variations saisonnières, Champ : régime général, France métropolitaine.). En outre, le prélèvement par assuré est plafonné à 50 EUR par an afin de ne pas pénaliser les plus malades et, avec le même objectif, le montant maximal journalier dû au titre de la franchise est de 2 EUR pour les actes des auxiliaires médicaux et de 4 EUR pour les transports. Cette règle s'applique par bénéficiaire, quel que soit le nombre de professionnels

intervenant pour les actes d'auxiliaires médicaux, d'une part, et pour les transports, d'autre part. De plus, un mécanisme d'écrêtement garantit que le montant des franchises ne puisse être supérieur au montant du remboursement versé par l'assurance maladie à l'assuré. Enfin, pour tenir compte de la situation des assurés dont les ressources sont les plus modestes, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), les enfants mineurs jusqu'à leur majorité ainsi que les femmes enceintes sont exonérés du paiement de la franchise. L'accès à une couverture maladie complémentaire constitue un facteur décisif pour l'accès aux soins. 93 % des assurés sont couverts par une complémentaire, ce qui place la France en tête des pays de l'OCDE. La déduction du revenu imposable des cotisations de prévoyance complémentaire n'est admise que sous certaines conditions et dans certaines limites : ces cotisations doivent être versées dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle et au titre d'un contrat d'assurance de groupe, s'il s'agit de travailleurs non salariés, ou revêtir un caractère obligatoire en vertu d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale de l'employeur, s'il s'agit de salariés. En effet, l'adhésion à un régime de prévoyance complémentaire a alors pour objet essentiel de garantir aux intéressés, en cas de maladie ou d'invalidité conduisant à l'interruption de l'activité professionnelle, le versement pendant la période correspondante d'un revenu de remplacement, en complément des prestations en espèces servies par les régimes de base de sécurité sociale. En contrepartie, ces prestations complémentaires sont soumises à l'impôt sur le revenu. En revanche, les cotisations versées auprès d'un organisme de prévoyance complémentaire dans le cadre d'une adhésion individuelle et facultative constituent un emploi du revenu d'ordre personnel. L'absence d'avantage fiscal au titre des primes versées a pour corollaire l'exonération d'impôt sur le revenu des prestations servies, le cas échéant, par des organismes de prévoyance complémentaire sous forme de rentes. La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) permet, depuis le 1er janvier 2000, à l'ensemble de la population non couverte, de bénéficier des prestations en nature d'un régime de base d'assurance maladie et maternité (CMU de base) et offre aux personnes disposant des ressources les plus faibles une couverture complémentaire gratuite en matière de santé, assortie d'une dispense d'avance de frais (CMU complémentaire). De plus, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a mis en place, depuis le 1er janvier 2005, une aide à la souscription d'une « complémentaire santé » (ACS). Cette aide a été instaurée en faveur des personnes dont les revenus sont inférieurs au plafond de la CMUc majoré, depuis 2007, de 20 % (752 EUR pour une personne seule en France métropolitaine). Cette aide qui a été conçue pour éviter les effets de seuil liés à la CMUc permet de prendre en charge en moyenne 50 % du montant de souscription à une complémentaire santé. Le Gouvernement reste cependant très attentif à l'accès au plus grand nombre à une couverture santé complémentaire de qualité. En effet, l'accès à la complémentaire santé, mise en place en 2004, bénéficie aux foyers disposant des revenus légèrement supérieurs au seuil d'accès à la CMUc. 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 60 ans et plus, qui ont bénéficié d'une revalorisation de 60 %, l'aide passant de 250 à 400 EUR (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. Ces actions portent leur fruit : on constate ainsi une augmentation de plus de 30 % par an du nombre de personnes ayant recouru à l'ACS, qui sont au nombre de 490 000 aujourd'hui. Certains bénéficiaires potentiels, notamment parmi les plus âgés, devaient faire un effort financier encore trop important pour s'assurer correctement. C'est pourquoi 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 le porte à 350 EUR (au lieu de 200 EUR) pour les personnes de cinquante à cinquante-neuf ans et à 500 EUR (au lieu de 400 EUR) pour les personnes de soixante ans et plus. Enfin, la loi de finances pour 2010 double l'aide pour les jeunes de 16 à 24 ans en relevant son montant à 200 EUR. Concernant la prise en charge des frais d'optique et de dentaire, il n'est pas prévu d'en modifier la prise en charge par l'assurance maladie. Il convient de noter que l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 renforce l'association des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles afin qu'ils puissent mettre en place, pour les dépenses qui les concernent, une véritable gestion du risque en particulier dans les secteurs de l'optique et des soins dentaires. L'ensemble de ces mesures témoigne que l'égal accès de tous à une complémentaire santé de qualité constitue une priorité constante des pouvoirs publics.

Données clés

Auteur : [M. Michel Liebgott](#)

Circonscription : Moselle (10^e circonscription) - Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 7596

Rubrique : Assurance maladie maternité : généralités

Ministère interrogé : Santé, jeunesse et sports

Ministère attributaire : Santé et sports

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 16 octobre 2007, page 6302

Réponse publiée le : 5 octobre 2010, page 10951