

TVA sociale et franchises

Eléments de bibliographie

Mise à jour : 14 juin 2010

Bibliographie	1
Sur les franchises.....	1
Sur la TVA sociale.....	19
Lu dans la presse	28
Sites internet	31
Réglementation	32
Evaluation économique du dispositif des franchises médicales	33

TVA sociale et franchises font la une de l'actualité depuis le printemps 2007. Bien qu'ils relèvent l'un et l'autre de concepts très différents, ils sont envisagés comme moyens de financement de la Sécurité sociale.

- la franchise correspond à une participation forfaitaire des assurés sociaux à leurs frais de santé ;
- la TVA sociale se substituerait ou se rajouterait aux cotisations sociales dans le financement de la Sécurité sociale.

Pour l'instant, seules les franchises ont été entérinées dans un projet de loi : celui du financement de la Sécurité sociale pour 2008.

➤ Voici quelques documents de référence sur le sujet.

Bibliographie

Sur les franchises

DOCUMENT DE TRAVAIL

DEBRAND (T.), SORASITH (C.)

Le bouclier sanitaire : Choisir entre égalité et équité – une analyse à partir du modèle ARAMMIS.

Paris : IRDES, 2010/06

Document de travail Irdes ; 32.

Cette étude cherche à mesurer, à l'aide du modèle d'Analyse des réformes de l'Assurance maladie par micro-simulation statique (ARAMMIS), les effets de la mise en place d'un bouclier sanitaire financé par la suppression du régime des affections de longue durée (ALD). Notre étude repose sur la comparaison des conséquences redistributives de différentes règles de boucliers sur les restes à charge des patients dans le secteur ambulatoire en France. Nous attachons une importance particulière aux indicateurs permettant de mettre en évidence les modifications des restes à charge et de mesurer l'évolution du système en termes d'équité. Nous présentons, dans une première partie, le cadre général du système de santé en France pour mieux comprendre le contexte et les enjeux d'une refonte du mode de remboursement lié à l'Assurance maladie obligatoire. Dans une deuxième partie, nous décrivons les hypothèses retenues, la base de données et le

modèle de micro-simulation. Enfin, nous consacrons la dernière partie à la présentation des principaux résultats mesurant l'impact de la réforme tant au niveau des individus qu'au niveau du système.

OUVRAGE

Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

Droit de l'assurance maladie complémentaire. Garanties complémentaires santé.

Paris : CTIP

Pages : 129p., tabl.

Cote Irdes : A3999

Cet ouvrage, consacré au droit de l'assurance maladie complémentaire inclut l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables, au maintien et à la portabilité des garanties santé et prévoyance, à la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C), et l'assurance complémentaire santé (ACS), à la prise en charge des prestations et actes médicaux, et aux restes à charge de l'assuré.

RAPPORT

Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA

La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique.

Paris : HCSP

2009/11

Pages : 70p., annexes

Cote Irdes : B6803

Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et difficultés personnelles, familiales, professionnelles et sociales importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour les systèmes de santé, qui ont été conçus et développés pour répondre à la prise en charge de maladies aiguës, aussi bien dans leur mode de pensée, d'organisation, que de financement. Le dispositif médico-administratif dit des affections de longue durée (ALD) qui vise à gérer la prise en charge tant médicale que financière de ces maladies est progressivement devenu inadapté : aujourd'hui il ne permet pas de constituer une base d'amélioration des pratiques, ni de respecter la maîtrise des dépenses de santé, ni d'assurer une équité de répartition des restes à charge. Le système de santé s'est engagé, depuis de nombreuses années, dans des réformes structurelles visant à mieux organiser cette prise en charge, et en 2007 un ambitieux Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique a été lancé, qui doit être décliné jusqu'en 2011. Dans cette perspective, le Haut Conseil de la santé publique propose des recommandations visant à accompagner, renforcer ou proposer des mesures adaptées au regard des enjeux.

COMMUNICATION, INTERNET

GEOFFARD (P.Y.), LAGASNERIE (G.)

Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.). Paris. FRA

C.E.S.

Réformer le système de remboursement pour les soins de ville : une analyse par microsimulation.

31èmes Journées des économistes de la santé français.

Rennes

2009/12/03-04

Paris : CES

2009

Pages : 56p., 15 tabl.

Cote Irdes : En ligne

Les évolutions du système de remboursement des dépenses de soins par l'assurance publique ont fortement diminuée la couverture publique du risque maladie. Ce système laisse à la charge des assurés des sommes qui peuvent s'avérer importantes lorsque ceux-ci

traversent des épisodes de maladie longs et coûteux. Pour permettre la protection contre ces restes à charge élevés, le système des ALD (Affection de Longue Durée) a été instauré. Il offre une prise en charge totale des soins liées à l'affection. Malgré un tel dispositif, certains assurés (et même ceux en ALD) restent insuffisamment couverts lorsqu'ils doivent faire face à des dépenses élevées. Afin de garantir une meilleure couverture de ces assurés, il existe deux solutions. Tout d'abord, permettre à chacun de bénéficier d'une assurance complémentaire. Cette assurance couvre tout ou partie des soins non pris en charge par l'assurance publique. 7% de la population ne jouit pas d'une telle assurance. Et l'échec des différents dispositifs (Aide Complémentaire Santé) visant à diffuser plus largement ce complément d'assurance montre les limites de cette première solution. Cette étude privilégie donc une autre approche dans la lignée du bouclier sanitaire [Briet et Fragonnard, 2007]. Les caractéristiques du bouclier sont simples : au-delà d'un plafond, les dépenses de soins dans le périmètre de l'Assurance Maladie Obligatoire seraient prises en charge à 100% par l'assurance maladie publique. Pour le financer, à la différence de Briet et Fragonnard qui préconisent la suppression d'exonérations dont le système ALD, sera instaurée une franchise médicale individuelle annuelle (non remboursable par une assurance complémentaire) sur les dépenses de soins.

DOCUMENT DE TRAVAIL, INTERNET

KERLEAU (M.) , FRETTEL (A.) , HIRTZLIN (I.)

Université de Paris 1 - Panthéon - Sorbonne. Centre d'Economie de la Sorbonne. (C.E.S.).
Maison des Sciences Economiques. (M.S.E.). Paris. FRA

Réguler l'assurance santé privée en France : nouveaux défis pour la protection complémentaire d'entreprise.

Regulating Private Health Insurance in France : New Challenges for Employer-Based Complementary Health Insurance.

CES Working Paper; 2009.56

Paris : Centre d'économie de la Sorbonne
2009

Pages : 29p., tabl.

Cote Irdes : en ligne

En France, l'assurance maladie de base relève du système public de l'assurance sociale. En dépit d'une couverture qui reste étendue, l'élargissement des co-paiements et des franchises rend nécessaire l'accès à une assurance santé complémentaire. Dans un contexte qui voit les contraintes pesant sur les dépenses publiques se durcir, le marché pour l'assurance complémentaire est de fait appelé à se développer. Cette tendance n'est pas sans conséquence sur la régulation de l'assurance maladie privée. Au début des années 2000, les autorités publiques se sont dotées d'instruments destinés à inciter les employeurs à mettre en place des dispositifs d'assurance de groupe rendus obligatoires pour les salariés en même temps qu'elles encourageaient les partenaires sociaux à négocier collectivement l'implémentation de couvertures complémentaires dans l'ensemble des entreprises, quels que soient leur taille ou secteur d'activité. Ce document explore ce qui est en jeu dans cette nouvelle forme de couplage entre l'assurance santé et l'entreprise.

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. (C.C.S.S.). Paris. FRA

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008 - Prévisions 2009 et 2010. Tome 1.

Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale
2009/10

Pages : 294p.

Cote Irdes : Bc6775/1

Ce rapport propose une actualisation des prévisions des comptes des régimes de sécurité sociale (famille, retraite, maladie, accidents du travail, maladies professionnelles) pour 2009, compte tenu notamment des hypothèses de croissance retenues. A noter, un éclairage est

proposé sur la démographie et l'activité des infirmiers libéraux, sur la tarification à l'activité (T2A), sur les prescriptions d'IPP ainsi que sur l'évolution récente des grandes classes thérapeutiques de médicaments, sur la participation financière des patients en Europe. Un second tome présente les résultats des comptes des régimes autres que le régime général, des régimes de retraite complémentaire ainsi que des éléments de bilan du régime général. Chaque thématique est accompagnée de fiches éclairage. En ce concerne l'assurance maladie, les thèmes retenus sont : démographie et activité des infirmiers libéraux, prescription des inhibiteurs de la pompe à protons, évolution récente des grandes classes thérapeutiques des médicaments, participation financière des patients en Europe, comparaison internationale des dispositifs de fixation des tarifs d'activité des établissements de santé. Au niveau de l'invalidité/AT-MP : évolution du coût des accidents du travail.

CHAPITRE
ELBAUM (M.)

Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie.

Traité d'économie et de gestion de la santé.

Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
2009

Pages : 193-205., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3889

CHAPITRE, COMMUNICATION

HUANG-NGOC (L.)

Mutuelle Générale de l'Education Nationale. (M.G.E.N.). Paris. FRA, Groupe d'Histoire Sociale. (G.H.S.). Paris. FRA

Alternatives Economiques. Paris. FRA

Le système français de financement des dépenses de santé à la croisée des chemins.

Protection sociale et mutualité en Europe : quelle voie pour une approche solidaire de la santé ?

6e Rencontres européennes de la MGEN. : Paris, 2008/01/30

Paris : MGEN : 2009 : 69-76

Cote Irdes : A3885

Cet ouvrage rassemble les communications présentées aux sixièmes rencontres de la MGEN sur le thème : Protection sociale et mutualité en Europe. Il pointe sur les convergences existant dans les différents pays de l'Union européenne, pour mettre en oeuvre une politique de santé capable de juguler l'évolution des dépenses en préservant une certaine égalité sociale. Ce chapitre étudie le système français de financement des dépenses de santé.

CONGRES , OUVRAGE

GEOFFARD (P.Y.), BARTOLI (F.), DOURGNON (P.) et al.

TABUTEAU (D.) / dir.

HIRSCH (M.) / préf.

Le bouclier sanitaire :renforcement ou rupture du pacte de 1945 ?

Actes du colloque Chaire Santé. : ,

Paris : Les Presses de SciencesPo : Paris : Editions de santé : 2009 : 108p.

Cote Irdes : A3870

http://www.editionsdesante.fr/services/livres/nouveautes/e-docs/00/00/11/03/document_ouvrage.phtml

L'augmentation du ticket modérateur, la multiplication des forfaits et franchises, le développement des dépassements d'honoraires remettent en cause, en France, les conditions de l'égal accès aux soins et à la prévention. Le reste à charge (RAC), selon l'expression consacrée par les rapports administratifs, est, de surcroît, très inégalement réparti. La question de la création d'un « bouclier sanitaire » permettant de réduire ce « reste à charge » s'est récemment introduite dans le débat politique. C'est pourquoi la chaire Santé

de Sciences Po a souhaité organiser une journée d'étude sur ces questions. Ces travaux ont permis d'apprécier l'importance et les effets des dépenses de santé laissées à la charge des assurés sociaux, de s'interroger sur le régime des affections de longue durée et les conditions de prise en charge des soins les plus onéreux et, enfin, de débattre des formes que pourrait prendre un « bouclier sanitaire » et des interrogations que ce projet suscite.

L'organisation du système de soins : Comment responsabiliser ?

26/05/09 - Après une réflexion sur le financement de la protection sociale et sur l'avènement des ARS (voir lettre 351), Gérard ARCÉGA vous propose cette semaine une réflexion approfondie sur l'organisation du système de soins, essentiellement pour ce qui concerne la médecine de ville. Comment sortir des impasses et de la complexité de la situation dans laquelle on se trouve ? Faut-il décider qu'il y a des grands et des petits risques, quel partage envisager avec la complémentarité, faut-il des médecins référents ou des médecins traitants ? Comment responsabiliser, en faisant payer, en déremboursant les risques considérés comme mineurs, en instaurant des parcours de soins ? Pour toutes ces questions, une analyse et un diagnostic sont proposés, des solutions sont mises en débat, notamment celle d'un conventionnement à plusieurs options. Une situation d'une grande complexité, survolée en 8 pages. Prochain numéro : pour une gouvernance apaisée.

> <http://www.annuaire-secu.com/pdf/3-organisation-du-systeme-de-soins.pdf>

FASCICULE

LANCRY (P.J.)

Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation de Stratégies. (G.E.R.S.). Paris
. FRA

Bilan du marché pharmaceutique ville 2008.

POINT CHIFFRE DU GERS (LE)

2009:03 : () : 35p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : B6679

Cette analyse présente le marché du médicament en 2008 (marché remboursable, automédication...) et explique les raisons du fléchissement qu'a connu ce secteur (déremboursement de certains médicaments, instauration des franchises médicales, etc).

OUVRAGE

PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Que sais-je ; n° 3710.

Paris : Presses Universitaires de France

2009

Pages : 128p.

Cote Irdes : A3847

L'ensemble des pays développés cherche aujourd'hui à maîtriser l'augmentation des dépenses de santé. Mais pourquoi augmentent-elles ? Pourquoi sont-elles plus élevées et croissent-elles plus rapidement dans certains pays que dans d'autres ? La réforme de l'assurance maladie hante tous les gouvernements français depuis plus de vingt ans. Pourtant, dans d'autres pays, des solutions, souvent contrastées, ont été trouvées pour faire face à la croissance de la demande de soins. Alors que se prépare en France une nouvelle réforme du système de santé, cet ouvrage en expose explicitement les enjeux : peut-on encore concilier les objectifs contradictoires que sont l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, la viabilité financière du système, la liberté et le confort des patients comme des professionnels de la santé ?

ARTICLE

LEFORT (L.)

Les franchises poussent les grands conditionnements.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2008/11/29

Vol : N° : 2755-2756 Numéro spécial :

Pages : 10

Cote Irdes : c, P44

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Avis sur le médicament, adopté le 25 septembre 2008 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Paris : HCAAM

2008/09/25

Pages : 13p., tabl., graph.

Cote Irdes : B6607

Comme lors des travaux de juin 2006 le haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie s'est attaché essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance maladie. Ses analyses n'ont pas porté sur les autres aspects de ce secteur industriel et commercial qui constitue une importante contribution à l'économie nationale, et notamment son apport en investissements, en emplois, en exportations et en recherche-développement de molécules innovantes.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_avis_250908.pdf

ARTICLE

HONEKAMP (I.), POSSENRIEDE (D.)

Effets redistributifs dans le financement public des soins de santé.

Redistributive effects in public health care financing.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/11

Vol : 9 N° : 4

Pages : 405-416, fig.

Cote Irdes : P151

This article focuses on the redistributive effects of different measures to finance public health insurance. We analyse the implications of different financing options for public health insurance on redistribution of income from good to bad risks and from high-income to low-income individuals. The financing options considered are either income-related (namely income taxes, payroll taxes, and indirect taxes), health-related (co-insurance, deductibles, and no-claim), or neither (flat fee). We show that governments who treat access to health care as a basic right for everyone should consider redistributive effects when reforming health care financing.

RAPPORT

DOOR (J.P.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles - Familiales et Sociales.

Paris. FRA, Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité

Sociale. (M.E.C.S.S.S.). Paris. FRA

Rapport d'information sur les affections de longue durée.

Rapport d'information ; 1271.

Paris : Assemblée Nationale

2008

Pages : 217p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6597

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a demandé à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS) de se pencher sur la question des affections de longue durée (ALD). Ce sujet, en raison des

enjeux sanitaires et humains qu'il représente mais aussi de son poids financier, est central pour l'avenir de l'assurance maladie. Le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 indique ainsi qu'en matière d'assurance maladie, « le défi majeur pour l'équilibre des comptes réside dans la progression rapide des dépenses prises en charge en totalité par le régime obligatoire, au titre notamment du dispositif des affections de longue durée ». Cette question très sensible touche en effet au coeur même du « pacte social » de 1945. Elle est à relier à l'importance croissante des maladies chroniques et revêt une nouvelle acuité depuis que l'idée de mettre en place un « bouclier sanitaire » a été évoquée. Ce rapport rappelle l'intérêt du système actuel de prise en charge des ALD (I) et le poids de plus en plus prépondérant qu'il représente pour l'assurance maladie (II) ; il souligne aussi que le régime d'exonération ne permet pas toujours d'assurer la qualité de la prise en charge médicale et son équité financière (III) et propose plusieurs voies d'amélioration, dont la création du bouclier sanitaire (IV).
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1271.pdf>

INTERNET

Synthèse du rapport d'évaluation du dispositif des franchises.

LES ECHOS

2008/11

Pages : 3p., tab.

Cote Irdes : Dossier de presse : Economie de la santé - Généralités, maîtrise des dépenses Prévu par l'article 52 de la LFSS pour 2008 instaurant une franchise annuelle sur certaines prestations ou certains produits de santé : médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires, un rapport du gouvernement précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise ont été utilisés a été transmis au Parlement. Les Echos nous proposent en ligne la synthèse du document. "La mise en oeuvre des franchises a permis de dégager un montant de l'ordre de 800 millions d'euros et de financer ainsi près des deux tiers de l'augmentation importante des moyens consacrés cette année 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" (1,3 Md), peut-on lire dans le document. L'écart de 50 millions d'euros de rendement du dispositif par rapport à la prévision initiale "est lié d'une part à la difficulté de décompte des actes des auxiliaires médicaux (actes en série) et de transport et, d'autre part, à la mise en place d'un plafond journalier". Ce montant provient à 86 % de la franchise sur le médicament. Si la franchise a permis de changer certains comportements, notamment "en favorisant un essor vigoureux des grands conditionnements", "elle n'a pas eu cependant d'impact sensible sur l'évolution des volumes des prestations couvertes". Les exonérations représentent un montant d'actes non soumis à la franchise de 4,48 milliards d'euros sur un montant total d'actes entrant dans le champ de la franchise de 15,7Md (soit 28,5% du total).
<http://www.lesechos.fr/medias/2008/1110//300307397.pdf>

RAPPORT , NOTE

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Actualisation de la note sur le médicament, adoptée le 29 juin 2006 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Paris : HCAAM

2008/09/25

Pages : 55p., tabl., graph.

Cote Irdes : B5460bis

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a rendu le 29 juin 2006 son avis consacré au médicament. Un panorama complet et actualisé des principes et mécanismes qui régissent la politique du médicament en France (mise sur le marché, distribution et dispensation, prescription, prise en charge et régulation du marché, génériques)... Cette réactualisation s'attache essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance maladie. Elle n'aborde cependant pas un

nombre de points importants traités dans l'avis de 2006 et qui ont donné lieu depuis cette date à de nouvelles réflexions, tels que l'exercice pharmaceutique (approche européenne du monopole pharmaceutique, conditions de propriété des officines, conditions d'installation et densité professionnelle) ou les expérimentations du dossier pharmaceutique.
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/hcaam_note_250908.pdf

FASCICULE

DAVID (Marie), GALL (Bérengère)

L'évolution des opinions des Français en matière de santé et d'assurance maladie entre 2000 et 2007.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/08

N° : 651

Pages : 6p., graph

Cote Irdes : C, P83

L'enquête barométrique de la DREES menée en 2007 permet d'observer une meilleure acceptation par les Français des réformes du système de santé à condition que les qualités d'universalité de ce dernier soient préservées. Même s'ils se sentent mieux informés sur les questions de santé, l'enquête met en lumière leur préoccupation grandissante sur les risques sanitaires. Ainsi, une grande partie d'entre eux expriment des craintes concernant la qualité des produits alimentaires et disent leur inquiétude quant à l'évolution de l'état de santé de leurs concitoyens. Dans un contexte de réformes de l'assurance maladie, les Français semblent plus réceptifs à une possibilité de réduction des dépenses de santé sans qu'il y ait remise en cause de "l'accès pour tous au système de soin".

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er651.pdf>

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRANDFILS (N.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA
Fixation et régulation des prix des médicaments en France.

Drug price setting and regulation in France.

Document de travail Irdes ; 16

Paris : Irdes

2008/09

Pages : 24p.

Cote Irdes : DT16

In France, drug prices have historically been regulated but approaches to setting and regulating prices have been evolving in recent years. In 2003, the prices of new outpatient drugs, which had hitherto been entirely regulated, were semi-liberalised, with drug companies setting prices in line with those in neighbouring countries; and in parallel with this in 2004, the prices of expensive drugs and/or drugs qualifying for reassignment must now also be set in line with European prices. In addition to this, price/volume regulation has recently been introduced. This document describes the price setting rules applicable to each drug category and discusses different measures for regulating drug price, particularly the conventional policies implemented under successive framework agreements. The regulatory path for medicines and the different actors involved are presented in an Appendix.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT16DrugPriceSettingRegulationFrance.pdf>

FASCICULE

ELBAUM (M.)

Observatoire Français des Conjonctures Economiques. (O.F.C.E.). Paris. FRA
Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie.

LETTRE DE L'OFCE : OBSERVATIONS ET DIAGNOSTICS ECONOMIQUES

2008/09

N° : 301

Pages : 8p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P105

Après un historique sur la participation financière de l'assuré dans les soins médicaux, cet article analyse l'impact de l'instauration des franchises médicales, en janvier 2008, sur les dépenses de santé en France. Il démontre l'efficacité limitée de cette mesure, ainsi que l'inégalité sociale qui en découle.

<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/lettres/301.pdf>

ARTICLE

Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.). Paris. FRA

Médicament : franchise par boîte.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES (LES) : BULLETIN DE L'ORDRE DES PHARMACIENS
2008/06

N° : 399

Pages : 166

Cote Irdes : P29/1

Cet article analyse les dispositions de la loi de financement Sécurité sociale 2008 relatives à la franchise médicale instaurée par boîte de médicament. Cette mesure cherche à réduire les dépenses pharmaceutiques en responsabilisant le patient. .

COMMUNICATION, DIAPORAMA

CASES (C.)

Development Institute International. (D.I.I.). Paris. FRA

Les effets attendus de la franchise médicale au plan d'économie de la Sécurité sociale.

7e conférence annuelle sur la réforme de l'assurance maladie 2008.

Paris : 2008/04/08-09

Paris : DII : 2008

Pages : 10p.

Présenté lors de la 7e conférence annuelle de Development Institute International portant sur la réforme de l'assurance maladie, ce diaporama analyse l'impact de la franchise médicale instaurée par la loi de financement de la Sécurité sociale 2008 sur les dépenses d'assurance maladie.

OUVRAGE

PALIER (B.)

La réforme des systèmes de santé.

Que sais-je ; n° 3710.

Paris : Presses Universitaires de France

2008

Pages : 128p.

Cote Irdes : A3698

Franchises, parcours de soin, limitation des arrêts de travail... Les gouvernements accumulent les mesures et pourtant le déficit de l'assurance maladie continue d'exister. Peut-on maîtriser l'augmentation des dépenses de santé ? Pourquoi ces dépenses augmentent-elles partout, et plus vite dans certains pays (Etats-Unis, France, Allemagne) que dans d'autres (Grande-Bretagne, Suède) ? Toutes les réformes des systèmes de santé doivent arbitrer entre quatre objectifs souvent contradictoires que cet ouvrage analyse : assurer la viabilité financière des systèmes, mais aussi l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, enfin la liberté et le confort des patients et des professionnels. Les dernières mesures décidées en France semblent abandonner progressivement l'idée d'une médecine de ville solidaire au profit des trois autres objectifs.

<http://www.eyrolles.com/Entreprise/Livre/9782130562184/livre-la-reforme-des-systemes-de-sante.php>

ARTICLE

ECALLE (F.)

Le bouclier sanitaire en France.

FUTURIBLES

2008/04

N° : 340

Pages : 5-16, graph.

Cote Irdes : P166

Pour faire face au déficit chronique de l'assurance maladie, un système de franchise sur certains remboursements d'actes médicaux a été instauré en janvier 2008, laissant à la charge des assurés une partie de la dépense. Or, ce système s'avère inégalitaire sans la mise en place d'un bouclier sanitaire. Cet article expose en quoi pourrait consister ce bouclier sanitaire, un système dans lequel les dépenses de santé à charge des assurés seraient plafonnées en fonction de leur revenu, inspiré notamment de ce qui se pratique en Belgique ou en Allemagne.

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Avis sur les prestations en espèces - hors maternité et accidents du travail.

Paris : HCAAM

2008/02

Pages : 9p., tabl.

Cote Irdes : B6432

Cet avis sur les prestations en espèces hors maternité et accident du travail, adopté à l'unanimité sauf 2 abstentions, souligne les enjeux : les dépenses sont importantes ; la politique à mener doit être centrée sur la prévention des arrêts maladie et l'amélioration des prises en charge en vue (et lors) du retour au travail ; la protection des travailleurs est inégale notamment du fait des écarts dans la diffusion de la protection complémentaire et de la qualité des garanties qu'elle assure ; l'invalidité, risque pourtant de longue durée, est moins bien prise en compte que les arrêts maladie de courte durée. Pour améliorer le système de prise en charge, le Haut conseil préconise un redéploiement des prestations en espèces à enveloppe constante. Parmi les pistes de réforme, l'avis propose d'étudier un lissage modéré du taux de remplacement de la protection légale, au-delà de la phase des franchises, afin de mieux indemniser le risque lourd (arrêts de longue durée), et la suppression du régime fiscal préférentiel des IJ des assurés en longue maladie, ce qui générerait d'importantes plus-values en recettes fiscales. Ces plus values devraient être recyclées pour gager les améliorations envisagées (dessalement des conditions d'accès, amélioration du taux de remplacement dans les arrêts de longue durée, augmentation de l'IJ minimale...). Le Haut conseil suggère également de remettre en cause l'abattement sur le revenu d'activité auquel on procède au sixième mois d'IJ pour le calcul de l'aide au logement et évoque très prudemment, en raison de l'opposition du patronat, un "basculement de l'indemnisation des premières semaines d'arrêts maladie sur l'employeur", à l'instar des pays voisins, où la Sécurité sociale n'intervient que sur les arrêts longs. En contrepartie, les charges de Sécurité sociale seraient diminuées. Une option, qui selon le Conseil, aurait pour avantage de sensibiliser les employeurs à une meilleure politique de prévention et à une meilleure prise en compte des contraintes familiales. Concernant les pensions d'invalidité, seule une minorité des pensionnés – pour l'essentiel en catégorie 1 – ont une activité professionnelle, constate l'avis. L'action prioritaire à mener est de faciliter la reprise du travail. Le Haut conseil recommande qu'on examine si les règles d'intéressement – qui diffèrent de celles, récemment améliorées, mises en œuvre dans d'autres législations – sont suffisamment attractives. S'agissant des ressources des pensionnés, la priorité est de pousser à l'amélioration de la prévoyance en entreprise dont on sait qu'elle est inégalement répartie. Sont également préconisés un examen critique des conditions actuelles d'activité préalable, jugées trop sévères et qui forment une barrière d'entrée discutable pour

l'invalidité, et un desserrement progressif du plafond de ressources parallèlement à une augmentation du montant de la pension minimale. Enfin, la situation des pensionnés en matière de couverture maladie mérite réflexion.

<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/avis/avis.htm>

RAPPORT, INTERNET

LOONES (A.)

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie. (C.R.E.D.O.C.). Paris. FRA

Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

L'opinion des salariés et des employeurs sur la complémentaire santé et son évolution dans le cadre des réformes de l'assurance maladie. Synthèse des résultats.

Paris : Credoc

2008

Pages : 38p.

Cote Irdes : En ligne

En 2004 et fin 2005, le CTIP avait confié au Crédoc des enquêtes auprès d'un échantillon de 1 000 français, afin de connaître son niveau d'information et son opinion sur la réforme de l'assurance maladie. Fin 2007, dans la perspective des réflexions en cours (répartition régime obligatoire et complémentaire santé, bouclier sanitaire ...), le CTIP a souhaité réaliser une étude auprès des salariés du privé et des employeurs. L'objectif de ce nouveau sondage a été de recueillir leur opinion sur la complémentaire santé selon les différentes pistes évoquées pour faire évoluer le système d'assurance maladie dans les années à venir. Sujet d'actualité lié au thème de la santé et à celui de la protection sociale complémentaire, la prise en charge de la dépendance a été intégrée à cette étude. Le questionnaire destiné aux salariés est très proche de celui adressé aux employeurs. Il comprend trois parties : la complémentaire santé, l'évolution du système d'assurance maladie et la prise en charge de la dépendance.

ARTICLE

GRANDFILS (N.)

Fixation et régulation des prix des médicaments en France.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12

N° : 3-4

Pages : 53-72

Cote Irdes : R1697, P59

Le médicament est aujourd'hui un des éléments essentiels de la réforme de l'assurance maladie engagée en 2004 et le Gouvernement a fait le choix de renforcer ses actions dans un « plan médicament » dont l'exécution s'est étendue sur la période 2005-2007. On peut y distinguer plusieurs types d'actions : le développement de la consommation de médicaments génériques constitue l'un des leviers majeurs de la politique du médicament car il permet de réduire les coûts sans modifier la structure de prescription des médecins. Cette mission relève plutôt des caisses d'assurance maladie ; la maîtrise médicalisée des dépenses vise, quant à elle, à optimiser les prescriptions dans un souci d'efficacité et de sécurité pour le patient ; c'est l'objet de différents accords entre médecins, pharmaciens et assurance maladie, ainsi que de diverses campagnes d'informations auprès du grand public ; enfin, des mesures plus comptables sont regroupées sous la dénomination de « politique conventionnelle » ; elle englobe la politique de fixation des prix des médicaments au moment de leur inscription, mais également l'ensemble des accords entre l'État et les industriels, notamment sur les volumes de ventes. C'est l'ensemble de ces mesures qui seront détaillées dans cet article.

37313

ARTICLE

L'assurance maladie devra puiser dans ses caisses pour aider de nombreux usagers à payer les franchises.

INC HEBDO

2008/02-03

N° : 1465

Pages : 3

Cote Irdes : c, Dossier de presse : Protection sociale/Généralités

OUVRAGE

GIET (R.)

Faut-il sauver la Sécurité sociale ?

Collection Politiquement incorrecte.

Coulommiers : Editions Dualpha

2007

Pages : 171p.

Cote Irdes : A3666

La Sécu est malade depuis plus de 30 ans, et les gouvernements qui se succèdent proposent chaque fois la réforme de la dernière chance. La réforme de 2004 n'échappe pas à la règle. Elle devait permettre l'équilibre des comptes en 2007, mais le déficit se creuse chaque année d'environ 10 milliards d'euros. Et comme toujours, chacun a son idée pour sauver la Sécu : augmenter les cotisations, taxer les riches, demander aux médecins et aux assurés d'être raisonnables, créer des franchises, etc. La Sécu ne peut pas être réformée, car ses fondamentaux sont viciés. Créée à la Libération pour rembourser les soins tels qu'ils existaient en 1945, elle est restée la bonne fée qui rembourse tout et n'importe quoi. C'est un payeur aveugle, qui ne se soucie ni de l'organisation des soins, ni de leur utilité, ni de leur coût. Ainsi va le déficit, payé par l'emprunt qui anesthésie et rend euphorique. Mais le réveil sera dur pour nos enfants et petits enfants qui devront payer les soins qu'ils n'auront pas eux-mêmes consommés. Comprendre pourquoi le système ne peut pas être réformé, c'est le premier pas vers la rupture. Malgré l'acharnement thérapeutique, la Sécu ne survivra pas. Il est temps de nous réveiller pour imaginer un nouveau système, une autre Solidarité, basée sur des fondamentaux plus sains. On peut certainement se soigner mieux pour bien moins cher. Préface de Jacques Marseille. « C'est en sapant les bastilles qu'elles finissent par s'effondrer. Et dans ce travail de sape, l'ouvrage du docteur Giet apporte une nouvelle et rugueuse contribution » (extrait de la préface de Jacques Marseille).

<http://livre.fnac.com/a2200784/Regis-Giet-Faut-il-sauver-la-securite-sociale>

ARTICLE

SYMERY (M.)

Sécurité sociale et solidarité : quel avenir ?

Santé et polices.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2007

N° : 17

Pages : 105-114

Cote Irdes : P168

La diminution progressive de la prise en charge collective pour les soins qui ne concernent pas les affections longue durée, laissant peu à peu la place aux assurances privées et à une part croissante des frais à la charge du malade, contribue à créer des inégalités sociales, alors que le système assurantiel privé est reconnu moins efficace et plus coûteux que celui basé sur la solidarité. Plus qu'un choix de financement pour pérenniser notre système de santé, c'est un choix de société qui se présente. A nous d'être vigilant pour ne laisser personne au bord de la route.

RAPPORT

ATTALI (J.) / pres.

Commission pour la Libération de la Croissance Française. Paris. FRA
300 décisions pour changer la France : rapport de la Commission pour la libération de la croissance française.

Paris : la documentation française
2008/01

Pages : 245p.

Cote Irdes : B6389

Au mois d'août 2007, le président de la République et le Premier ministre ont demandé à Jacques Attali de réunir une Commission pour réfléchir aux moyens de retrouver une croissance forte. Pendant six mois, quarante quatre personnalités ont rencontré des centaines de professionnels des secteurs public et privé, dépouillé les suggestions reçues sur Internet, analysé les expériences étrangères. Le diagnostic est clair : dans ce monde emporté par la plus forte vague de croissance de l'histoire, la croissance économique en France stagne et le pays prend du retard. Il ne s'agit pas seulement ici d'un rapport, mais d'un véritable mode d'emploi, clairement structuré, qui envisage des changements radicaux et inédits pour que redémarre une croissance soutenue, sur le long terme. Selon les préconisations de la Commission, il est impératif que ces quelque 300 décisions, qui constituent un socle de réformes majeures, soient mises en œuvre ensemble (résumé d'auteur).

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000041/0000.pdf>

ARTICLE
MOULLE (V.)

L'officine française dans la tourmente.

PHARMACEUTIQUES

N° : 152:

Pages : 22-25, tab.

Cote Irdes : P28

ARTICLE
CUZIN (E.)

Bouclier sanitaire : le joker de la Sécu ?

PHARMACEUTIQUES

2007/12

Vol : N° : 152

Pages : 10

Cote Irdes : P28

La distribution totale du médicament représente environ 25 % du prix d'un médicament remboursable (hors taxes). Objet d'un vaste mouvement de dérégulation en Europe, elle est dans la ligne de mire des pouvoirs publics français. Sa rentabilité est donc mise à mal.

ARTICLE
MERCIER (Anne-Laure)

2007, année de la révolution franchise.

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

2007/10

Vol : N° : 2697

Pages : 16

Cote Irdes : C, P44

En France, la population se mobilise depuis un mois pour éviter une privatisation de l'assurance maladie, craignant que son système de protection maladie solidaire ne soit à terme dominé par les assurances privées. En cause, les franchises médicales inscrites au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2008. Après une vaste pétition contre cette mesure, la création du collectif national contre les franchises et pour l'accès aux soins pour tous, deux journées d'action ont réunis plus de 15000 opposants.

Avant sa présentation en conseil des ministres, le PLFSS a été soumis pour consultation aux organismes payeurs et les avis négatifs se sont succédé. Malgré cela, le PLFSS poursuit sa route et est débattu à l'Assemblée nationale.

RAPPORT
DOOR (J.P.)

Assemblée Nationale. (A.N.). Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales. (C.A.C.F.S.). Paris. FRA

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Tome II : Assurance maladie et accidents du travail.

Rapport de l'Assemblée Nationale ; 295
Paris : Assemblée Nationale
2007

Pages : 346p., tabl., annexes
Cote Irdes : B6315

Ce rapport analyse successivement : l'ONDAM pour 2008 ; les soins de villes, l'hôpital et les cliniques privées; les dépenses de prestations sociales et médico-sociales; les accidents du travail et les maladies professionnelles. La deuxième partie présente une analyse des dispositions de loi relative à l'assurance maladie et aux accidents du travail (dépenses 2007 et 2008, dispositions relatives à la lutte contre la fraude).

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rapports/r0295-tII.pdf>

ARTICLE
SIMON (J.)

Assurance-maladie : réponse à François Ecalle.

SOCIÉTAL

2007/10 ; vol. : n° 58 : 45-46

Cote Irdes : P114

Dans le numéro 56 de Sociétal, François Ecalle faisait une proposition sur le mode de remboursement des dépenses maladie visant à introduire des modulations dans les franchises et les tickets modérateurs fixées en fonction des revenus. Cette proposition est suffisamment novatrice pour avoir suscité des réactions très diverses. Cet article présente la réaction de Jacqueline Simon, qui, se référant aux pratiques connues dans l'assurance, propose plutôt la création d'une franchise maladie.

ARTICLE

Franchises : pas seulement une question de principe.

REVUE PRESCRIRE : 2007/10 : Pages : 783

Cote Irdes : c, P80

Le développement de la part des dépenses de santé non remboursables par l'assurance maladie (franchises) remet en cause le principe de solidarité en France. En pratique, certaines personnes, notamment les moins couvertes par des assurances complémentaires, ont déjà des dépenses de santé non négligeables qui restent à leur charge.

ARTICLE

LE PEN (C.)

Pour ou contre les franchises médicales.

UNION SOCIALE : 2007 ; n° 210 : 28-31

Cote Irdes : Dossier de presse : Protection sociale/Généralités

Le gouvernement envisage la création des franchises sur certains actes de soins. D'où un lever de boucliers, du côté de ceux qui craignent que la solidarité s'effrite un peu plus, que les foyers à bas revenus renoncent aux soins... C'est la position du Collectif interassociatif sur la santé. Mais d'autres, comme Claude Le Pen estiment que la gratuité totale laisse filer les dépenses de santé, qu'on peut moduler la franchise en fonction des revenus. Cet article fait le point sur la question.

DOCUMENT DE TRAVAIL

Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). St Denis la Plaine. FRA

La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens.

St Denis la Plaine : HAS : 2007/09 : Pages : 41+58p., fig., tabl.

Cote Irdes : B6200

Ce rapport propose une analyse des mécanismes de participation financière aux dépenses de santé des patients dans cinq pays européens : l'Allemagne, la Belgique, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. L'organisation générale du système de santé est très différente selon les pays : des systèmes largement bismarckiens en Allemagne et en Belgique ; des systèmes dans lesquels tout ou partie de l'assurance maladie obligatoire est gérée par des assureurs privés aux Pays-Bas et en Suisse ; un système national de santé décentralisé en Suède. De plus, les sources de financement des dépenses de santé sont aussi relativement différentes selon les pays. Ces cinq systèmes ont toutefois pour point commun d'offrir à la population un accès relativement large aux soins et aux produits de santé : le « panier de soins » est comparable dans ces pays. Les différences observées en termes de répartition des dépenses entre acteurs ne traduisent donc pas un désengagement du secteur public (au sens large) pour certains types de biens et services mais des différences en termes de participation financière des patients.

<http://www.has->

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur_annexes.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur_annexes.pdf),

<http://www.has->

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/participation_patients_5_pays_eur.pdf)

ARTICLE

SEURET (F.)

Injustes franchises.

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2007/09 ; vol. : n° 261 : 24

Cote Irdes : P104

Pour faire face au déficit de l'assurance maladie (6,4milliards d'euros en 2007), le gouvernement a décidé d'instaurer des forfaits pour certains types de soins, restant à charge des assurés à partir du 1er janvier 2008. Ce système de franchises risque de pénaliser l'accès aux soins des assurés les plus pauvres. Cet article en démontre l'injustice.

RAPPORT

BRIET (R.), FRAGONARD (B.), LANCRY (P.J.)

Mission Bouclier Sanitaire. Paris. FRA

Mission bouclier sanitaire.

Paris : Mission Bouclier Sanitaire : 2007/09 : 57p., tabl.

Cote Irdes : B6156

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000602/0000.pdf>

Le bouclier sanitaire a pour objectif d'instituer un plafond des restes à charge (RAC) supportés par les patients sur la dépense remboursable. En dessous du seuil, les tickets modérateurs et participations forfaitaires resteraient à la charge de l'assuré ; au-delà, l'assurance maladie lui garantirait une couverture intégrale. Ce rapport présente les objectifs de la réforme (meilleure protection pour certains ménages aux revenus modestes, ciblage de la prise en charge à 100 % sur les seuls assurés qui supportent des RAC élevés, meilleur pilotage des dépenses de santé, modulation du plafond, amélioration du suivi des maladies chroniques...). Il analyse la portée et l'impact de la réforme, donne les résultats des simulations, propose des scénarii de repli, évalue ses effets sur la consommation, les incidences sur les couvertures complémentaires, ainsi que le sort des CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) et de l'ACS (aide complémentaire santé). Il évoque les problèmes de mise en oeuvre (champ d'application, suivi de la consommation des soins, gestion du critère de revenu...), notamment dans les établissements de santé. Il donne enfin

des pistes alternatives en cas de renonciation au bouclier sanitaire. De nombreuses annexes illustrent ce rapport, en particulier les systèmes de plafonnement du RAC en Belgique et en Allemagne.

ARTICLE

LAURENT (D.)

Financeurs publics et financeurs privés.

Concurrence et santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE : 2007/07 ; Pages : 31-37

La concurrence entre financeurs publics et financeurs privés peut être, au vu d'exemples européens concrets, sources d'innovations tant pour gérer le risque maladie que pour diversifier et améliorer la qualité des services offerts. Cette concurrence ne prend tout son sens que si elle contribue à améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur pertinence. Dans un contexte de concurrence assumée, la plupart des innovations présentées pourraient être mises en oeuvre pour améliorer la gestion et la qualité des systèmes publics, notamment en France.

Cote Irdes : P168

RAPPORT

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2007.

Paris : HCAAM : 2007/07 : 144p.

Cote Irdes : B6046

Trois ans après la loi du 13 août 2004, ce nouveau rapport dresse un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats. Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan 2004-2007. La situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée depuis 2004 grâce à de nouvelles recettes, une modération des dépenses et une politique pertinente sur le marché des médicaments. Cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. La situation en 2007 reste dégradée. La politique de maîtrise médicalisée ne produit d'effets que lentement. Dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A, la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs. Mais l'analyse des écarts de performance des établissements – très élevés – montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés. Enfin, les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé. Dans son rapport 2007, le Conseil a également examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir. Le premier porte sur le maintien à tous les assurés d'une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge. Les solutions préconisées : partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité ; améliorer rapidement les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents offreurs de soins ; mener à leur terme avec rigueur les actions de protocolisation, l'accréditation et de certification afin de garantir partout la qualité des soins. Quant aux conditions tarifaires, le Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Le second enjeu porte sur le coût et la soutenabilité du système d'assurance maladie, tant pour les finances publiques que pour les assurés, dans un contexte de progression des dépenses évoluant plus vite que le PIB. Le Haut Conseil dégage deux axes prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficacité. Il estime également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires : stabiliser au moins le taux de prise en charge et redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.

ARTICLE

BEAU (P.)

L'assurance maladie entre économies et "bouclier sanitaire".

ESPACE SOCIAL EUROPEEN

2007/07-09 ; vol. : n° 818 : 4-6, tabl.

Cote Irdes : P138

Pour cause de déficit accru, le gouvernement est contraint de traiter à nouveau le dossier de l'assurance maladie. Le projet de franchise médicale pourrait rebondir en un sens inédit au travers d'une approche inédite : le bouclier sanitaire. Dans son rapport 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie explore différentes voies d'action, s'inspirant d'expériences étrangères (Belgique, Pays nordiques...) Cet article fait le point sur la question.

ECALLE (F.)

Assurance-maladie : plafonner les franchises et tickets modérateurs en fonction du revenu.

SOCIETAL

2007/04

N° : 56 : Pages : 4-7, tabl.

L'analyse proposée dans cet article repose sur un ouvrage réalisé par l'Institut de l'entreprise : « C'est possible ! Voici comment... ». Dans cet ouvrage, il est proposé de mieux prendre en compte les revenus des ménages pour rembourser leurs dépenses de santé. Le reste à charge qui leur est laissé par l'assurance maladie obligatoire est actuellement, en effet, sans aucun rapport avec leur capacité contributive. Si le reste à charge supporté par chaque ménage était limité à un certain pourcentage de son revenu, la justice sociale serait sensiblement améliorée et, en modifiant ce pourcentage, les comptes de l'assurance-maladie pourraient être équilibrés.

Cote Irdes : P114

ARTICLE

BRAS (P.L.), GRASS (E.), OBRECHT (O.)

En finir avec les affections de longue durée (ALD), plafonner les restes à charge.

DROIT SOCIAL

2007/03 ; vol. : n° 3 : 463-471

Cote Irdes : P109

Après avoir présenté le dispositif français de couverture des restes à charge importants et en avoir analysé les limites, cet article propose la création d'un mécanisme de plafonnement du reste à charge sur la dépense remboursable, hors dépassement. Ce bouclier contre les restes à charge importants se substituerait notamment au régime d'exonération des affections longue durée. Plus équitable, il présente l'intérêt de libérer un temps médical conséquent pour l'amélioration de la qualité des pratiques.

NOTE

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base.

Paris : HCAAM

2005

Pages : 34p., fig., tabl, carte

Un avis consacré au périmètre de prise en charge intégrale par les régimes de base, adopté jeudi 27 octobre à la quasi unanimité par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, propose de remettre à plat les critères occasionnant une couverture intégrale des soins, afin de donner plus de cohérence à notre système, et envisage les conséquences du forfait de 18 euros sur les actes lourds. Le Haut Conseil ne conteste pas le fait que la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux, mais il observe que, en fait, on exonère non pas sur la seule constatation d'une dépense élevée mais aussi en fonction du statut de l'individu : état de santé, situation

du bénéficiaire (régime des accidents du travail, femmes enceintes...). Il en résulte des incohérences, certes à la marge mais choquantes. L'avis s'inquiète d'une telle distorsion [...] qui est de nature à diminuer l'attachement des Français à une Sécurité sociale obligatoire et solidaire. Quant au forfait de 18 euros sur les actes lourds (supérieurs à 91 euros), le Haut Conseil souligne qu'il s'agit d'une petite franchise qui représente 1 % des dépenses exonérées à ce titre. L'avis insiste aussi sur le fait que 2,3 millions d'assurés hospitalisés ne sont pas exonérés aujourd'hui (absence d'acte technique lourd), ce qui occasionne pour eux un reste à charge moyen de 500 euros. Si ce forfait de 18 euros peut apparaître comme un moyen de rééquilibrer les règles de prise en charge entre assurés hospitalisés, selon que leur séjour comporte un acte technique ou non, ce rééquilibrage reste partiel et ne résout en rien le fait que certains hospitalisés supportent des coûts très élevés. De plus, le fait d'exonérer du forfait de 18 euros les personnes en ALD, les femmes enceintes ou les titulaires d'une pension d'invalidité risque d'accroître la distorsion pointée par le Haut Conseil, entre les assurés pris en charge à 100 % et les autres.

Avis du 27 octobre 2005 : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/avis_271005.htm -

La note annexée : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/note_271005.pdf

Cote Irdes : B5123

1ARTICLE

SCHEIL-ADLUNG (Xenia)

Réglementation des dépenses de santé par des mesures d'incitation : observations et analyse comparative entre pays de l'OCDE.

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

1998/01-03

Vol : 51 N° : 1 :

Pages : 115-152, tabl., fig.

Dans tous les pays du monde, les systèmes de santé ont tendance à s'orienter de plus en plus vers le marché, et à se soustraire à l'influence de l'Etat. Ainsi, le marché de la santé, est considéré comme un marché aux légumes où règne la loi de l'offre et de la demande.

Toutefois, l'influence de l'Etat peut se faire sentir par des mesures d'incitation, dont la fonction correspond sur d'autres marchés à peu près à celle de privilèges fiscaux destinés à réaliser des buts déterminés. C'est pourquoi de nombreux systèmes de santé utilisent de telles mesures pour infléchir le comportement des acteurs du marché, en particulier les patients, les caisses de maladie, les médecins et les fournisseurs de produits pharmaceutiques par des perspectives de gains ou de pertes. Les franchises d'assurance (ticket modérateur), les structures concurrentielles entre les caisses maladie, les diverses formes d'honoraires pour les médecins ou d'autres mesures d'incitation sont souvent considérées comme un instrument de contrôle des coûts. Le présent article examine les mesures d'incitation susceptibles d'influencer sur les coûts existant dans les pays de l'OCDE et les analyse du point de vue de leurs buts et de leurs effets.

Cote Irdes : P55

ARTICLE

LACHAUD-FIUME (C.), LARGERON-LETENO (C.), ROCHAIX-RANSON (L.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

Franchise sur les soins ambulatoires et équité sociale.

ECONOMIE ET STATISTIQUE

1998/09

Vol : N° : 315:

Pages : 51-72, tabl., graph., ann.

La maîtrise des dépenses de santé s'est davantage portée, depuis le début des années 90, sur la régulation de l'offre que sur celle de la demande, en maintenant inchangés le niveau et la structure de la participation financière des usagers. Leur responsabilisation resta cependant au coeur du débat et dans cette hypothèse, la mise en place de franchises sur le remboursement des soins pourrait constituer un facteur efficace de réduction du « risque

moral ». Un modèle de microsimulation a été construit pour en évaluer les conséquences en termes d'équité et du point de vue de leur acceptabilité.

Cote Irdes : S18

ARTICLE

FIUME-LACHAUD (Claire), LETENO-LARGERON (Christine), ROCHAIX (Lise)

Portée et limites des franchises à la consommation de soins de santé.

Sécurité sociale.

PROBLEMES ECONOMIQUES

1998/02/04

Vol : N° : 2554

Pages : 22-26

Cote Irdes : P100

Sur la TVA sociale

CHAPITRE

GUBIAN (A.)

Quarante ans de financement de l'assurance maladie obligatoire.

Traité d'économie et de gestion de la santé.

Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

2009

Pages : 165-179., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : A3889

GAUTHIER (S.)

Un exercice de TVA sociale.

ECONOMIE ET PREVISION

2009 : n° 187 : 65-81, tabl., ann.

Cote Irdes : B6698

Ce texte s'intéresse aux effets sur l'économie réelle d'une substitution de la TVA à des cotisations sociales dans le cadre d'une politique dite de TVA sociale. La littérature académique retient qu'une telle mesure pourrait parfois se révéler neutre. Pour certains, l'assiette effective de la TVA coïnciderait en effet avec celle des cotisations ; pour d'autres, un argument d'incidence fiscale impliquerait l'inanité de la politique.

RUIZ (N.), TRANNOY (A.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA

Le caractère régressif des taxes indirectes : les enseignements d'un modèle de microsimulation.

Paris : Insee

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2008/11

N° : 413

Pages : 21-41

Cote Irdes : S18

La fiscalité indirecte française regroupe à la fois des taxes sur la valeur (TVA, taxe sur les conventions d'assurance, etc.) et, pour certains biens (alcools, tabacs, produits pétroliers, etc.), des droits portant sur les quantités consommées (ou droits d'accises) qui s'ajoutent à la TVA. Taxes et droits d'accises peuvent se ramener pour tous les biens à un taux unique implicite sur la valeur. La fiscalité indirecte pèse davantage sur les ménages modestes : ces

ménages consacrent en effet une part beaucoup plus grande de leur budget aux biens soumis aux accises que les ménages aisés. Le premier décile acquitte ainsi 4,3 % de son revenu en ces taxes, le dernier décile simplement 1,3 %. La mesure de l'impact d'une réforme (prenant la forme d'une modification des taux ou des accises au moyen de leurs taux implicites) suppose de pouvoir disposer d'une modélisation des comportements des consommateurs vis-à-vis des produits soumis à ce type d'impôt. Pour cela, on estime pour ces biens des élasticités-prix et des élasticités-revenu ensuite intégrées à un modèle de micro-simulation. Ces élasticités dérivent de fonctions de demandes dont l'estimation utilise des indices de prix dits « personnalisés » qui tirent parti pour chaque grand poste des différences de structure de consommation entre les différents ménages, ceci afin de disposer d'une variabilité dans les indices de prix. Ce modèle permet de mesurer l'impact de deux mesures : la première espace les taux de TVA, la seconde augmente les accises en diminuant le taux de TVA, les deux réformes étant conçues à solde budgétaire constant.
http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES413B.pdf

BERNARD (A.)

Ministère de l'Écologie - du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire.
Conseil Général des Ponts et Chaussées. Paris La Défense. FRA

La TVA sociale, pourquoi, comment, et après ?

Paris : La documentation française
2007

Pages : 29p., tabl.

Cote Irdes : B6555

Le présent document cherche à justifier la mise en oeuvre de la TVA sociale et à définir le dispositif le plus approprié pour atteindre les objectifs poursuivis, à savoir redonner une marge de compétitivité à l'économie française dans le contexte nouveau de mondialisation, inciter les entreprises à investir et à développer leurs capacités de production, contribuer au retour au plein emploi et favoriser la restauration des grands équilibres financiers, intérieur et extérieur. Le CGPC analyse les questions liées à la mise en oeuvre de la TVA sociale, sous les intitulés suivants : Pourquoi, Comment, Et après.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000533/0000.pdf>

HESPEL (V.) , BERTHOD-WURMSER (M.)

Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA

Rapport sur la pertinence et la faisabilité d'une taxe nutritionnelle.

Paris : Igas

2008

Vol : N° : Numéro spécial :

Pages : 71p., ann.

Cote Irdes : B6565

La taxe nutritionnelle, abordée par les sénateurs lors de l'examen du PLFSS pour 2008, ressuscite à l'occasion de la remise fin juillet d'un rapport rédigé conjointement par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des finances aux ministres Eric Woerth et Roselyne Bachelot. Les experts de l'IGAS et de l'IGF estiment justifiée une hausse de la fiscalité alimentaire au vu de la progression préoccupante de l'obésité et des pathologies liées tout en soulignant les difficultés pratiques et politiques d'une telle approche. Ils recommandent d'utiliser la fiscalité indirecte existante. Trois voies sont proposées, dont l'application du taux normal de TVA (19,6 %) au lieu du taux réduit (5,5 %) sur les produits alimentaires "trop gras, trop sucrés, trop salés qui ne sont pas de stricte nécessité", une taxe additionnelle spécifique pour les boissons sucrées et la hausse de la TVA sur le "snacking" (produits de grignotage, sandwichs, etc). La revalorisation des droits d'accises pesant sur l'alcool est un préalable indispensable à cet accroissement de la fiscalité pour l'IGAS et l'IGF, car il paraîtrait difficile de justifier que les boissons sucrées soient davantage taxées que la bière et surtout le vin, dont la fiscalité très modérée n'a pas évolué depuis 1982. Le rapport

présente cette action fiscale comme une mesure de financement de l'assurance maladie, produisant par ailleurs un effet de signal à l'égard des consommateurs et des industries agroalimentaires. Il cite aussi quelques chiffres alarmants sur le surpoids et l'obésité dans notre pays qui concerneraient pas moins de 41 % des Français, soit près de 20 millions de personnes. La prévalence de l'obésité, toutes classes d'âge confondues, est passée de 8,2 % en 1997 à 12,4 % en 2006, pour s'établir à 5,9 millions d'individus. Parallèlement, le nombre de patients traités pour diabète a crû de 25 % en cinq ans. Plus de 10 millions de personnes souffrent d'hypertension contre 8,6 millions il y a cinq ans.
<http://www.lesechos.fr/medias/2008/0805/300284514.pdf>

DUTHILLEUL (A.)

Conseil Economique et Social. (C.E.S.). Paris. FRA

Le financement de la protection sociale : projet d'avis.

Paris : CES : 2007 : 53p., 8 tabl., 3 graph., 1 fig.

Cote Irdes : B6359

Le Conseil économique et social a adopté le 19 décembre, en séance plénière, le rapport d'Anne Duthilleul sur le financement de la protection sociale par 106 voix (entreprises privées, artisanat, professions libérales) contre 64 (syndicats), les associations s'étant abstenues (28 voix). Un amendement modifiant sensiblement le texte a été proposé afin d'obtenir un vote plus consensuel mais il n'a pas été retenu. L'avis adopté propose donc une hausse de 0,25 % de la CRDS pour apurer les dettes sociales et une réduction immédiate de 3 à 4 points de cotisations employeurs et non salariés maladie, compensées sur une assiette fiscale pour créer un "choc de compétitivité favorable à la croissance et l'emploi". De nouvelles recettes fiscales telles une "taxe sur le carbone fossile" remplaceraient ces cotisations supprimées. La hausse de CRDS serait compensée pour les salariés par le transfert sur la CSG des derniers "0,75 % de cotisation maladie". Le CES critique par ailleurs la TVA sociale jugée inflationniste.

VASSELLE (A.)

Sénat. Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale et de la Commission des Affaires Sociales. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Rapport d'information sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.

Rapport d'information du Sénat ; 66

Paris : Sénat : 2007/10 : Pages : 233p.

Les déficits structurels qui affectent aujourd'hui les branches Maladie et Vieillesse de la sécurité sociale obligent à conduire une action vigoureuse pour maîtriser les dépenses. Or, cette démarche, certes prioritaire, ne suffira pas pour faire face à l'évolution prévisible des besoins d'une population vieillissante. Préparer l'avenir suppose donc aussi : la mobilisation de nouvelles ressources, dont l'assiette de prélèvement doit être à la fois productive, compatible avec l'ouverture de notre économie et socialement acceptée ; un pilotage plus efficace des finances publiques, tenant compte de la diversité des budgets de l'Etat, de la sécurité sociale et des collectivités locales, tout en offrant une vision globale des prélèvements obligatoires opérés sur nos concitoyens. De nombreux débats, parfois polémiques, ont été ouverts dans ces deux directions. La Mecss a souhaité en rendre compte pour forger sa propre doctrine sur les options à retenir : doit-on remplacer les cotisations assises sur les salaires par une taxe d'assiette plus large tenant compte de la valeur ajoutée ; par exemple, la TVA sociale ? Doit-on préconiser la fusion des lois de finances et des lois de financement ? Certaines branches de la sécurité sociale, la branche Famille notamment, devraient-elles être budgétisées ? Au terme d'un long travail préparatoire, la Mecss a constaté une convergence de vues sur la nécessité d'écarter des solutions inadaptées qui créeraient plus de difficultés qu'elles n'en résoudraient et a recensé d'autres pistes, à son sens plus prometteuses, que le présent rapport se propose d'explorer.
<http://www.senat.fr/rap/r07-066/r07-0661.pdf>

ARTICLE

MICHEL (C.), DEVAUX (S.)

Le passage à la TVA sociale : ni ponction sur le pouvoir d'achat ni dévaluation compétitive.

SOCIÉTAL

2007/10 ; vol. : n° 58 : 38-44

Cote Irdes : P114

Le débat sur la TVA sociale est devenu l'un des points forts du débat de politique économique. C'est un sujet délicat puisque certains analystes vont jusqu'à prétendre que son évocation pendant la campagne électorale a coûté cinquante députés à la majorité présidentielle. Pour l'aborder, Sociétal publie une analyse non pas de macroéconomiste, mais s'appuyant sur la façon dont sur le terrain les entreprises pourraient réagir à une telle mutation de notre dispositif fiscal.

RAPPORT

MARINI (P.)

Sénat. Commission des Finances - du Contrôle Budgétaire et des Comptes Economiques de la Nation. Paris. FRA

Rapport d'information sur les prélèvements obligatoires : Quels changements d'assiette pour les prélèvements obligatoires et sociaux ?

Paris : Sénat : 2007/10 : 93p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6219

<http://www.senat.fr/rap/r07-060-2/r07-060-21.pdf>

Dans la perspective de la revue générale des prélèvements obligatoires à laquelle doit se livrer le gouvernement pour le printemps 2008, la commission des finances a voulu, à l'occasion du débat consolidé organisé chaque année au Sénat avant les discussions de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale, insister sur trois thèmes qui ont pour point commun de concerner l'assiette des prélèvements et sa définition : la TVA sociale, la fiscalité environnementale et, en dernier lieu, la question de la fraude et des niches en matière de prélèvements fiscaux et sociaux. A chacun de ces niveaux, il convient de chercher à susciter ou à rétablir la « dynamique de l'assiette », dont le pays a besoin pour rester compétitif et préserver l'attractivité de son territoire. Le présent rapport est, pour la première fois, accompagné d'une annexe statistique, destinée à servir de référence pour donner un aperçu, aussi exhaustif et cohérent que possible, de l'évolution récente des prélèvements fiscaux et sociaux.

RAPPORT

BERNARD (A.)

Ministère de l'Ecologie - du Développement et de l'Aménagement Durable. Conseil Général des Ponts et Chaussées. Paris La Défense. FRA

La TVA sociale, pourquoi, comment, et après ?

Paris : La documentation française

2007

Pages : 29p., tabl.

Cote Irdes : B6555

Le présent document cherche à justifier la mise en oeuvre de la TVA sociale et à définir le dispositif le plus approprié pour atteindre les objectifs poursuivis, à savoir redonner une marge de compétitivité à l'économie française dans le contexte nouveau de mondialisation, inciter les entreprises à investir et à développer leurs capacités de production, contribuer au retour au plein emploi et favoriser la restauration des grands équilibres financiers, intérieur et extérieur. Le CGPC analyse les questions liées à la mise en oeuvre de la TVA sociale, sous les intitulés suivants : « Pourquoi », « Comment », « Et après ».

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000533/0000.pdf>

FASCICULE

CARRE (M.) , CARTON (B.) , GAUTHIER (S.)

Centre d'Etudes Prospectives et d'Informations Internationales. (C.E.P.I.I.). Paris. FRA

Financement de la protection sociale : l'attrait des grandes assiettes.

La Lettre du CEPII : 2007/08 : N° : 269

Cote Irdes : Dossier de presse - Protection sociale

L'idée qu'une baisse des cotisations sociales compensée par une hausse de la TVA pourrait favoriser l'emploi et la compétitivité fait l'objet de débats. Cet article montre ici qu'une telle mesure n'est pas neutre à long terme : à situation budgétaire inchangée, les effets des allègements de cotisations devraient l'emporter et favoriser l'emploi, quoique modestement. A court terme cependant, si la mesure améliore la compétitivité, elle détériore le pouvoir d'achat des ménages. Par ailleurs, des calculs menés à un niveau sectoriel fin montrent que cette substitution ne bénéficie pas de la même façon à tous les secteurs : dans les activités haut de gamme, qui forment le coeur de la spécialisation européenne, les gains de compétitivité sont très faibles. Le dilemme est alors le suivant : favoriser la demande de travail non qualifié à long terme ou renforcer la compétitivité des secteurs exposés à court terme. Enfin, d'une façon générale, l'efficacité de la mesure n'est pas indépendante des effets redistributifs qu'elle produit, que ce soit au sein des secteurs, des entreprises ou des ménages.

RAPPORT

CHARTIER (J.)

Union Pour Un Mouvement Populaire. (U.M.P.). Paris. FRA

Rapport du groupe de travail sur la TVA sociale.

Paris : UMP : 2007 : 109p., tab.

Cote Irdes : B6174

<http://www.u-m-p.org/pdf/jc-rap-tva-sociale.pdf>

Ce rapport réalisé par le Groupe UMP sous la direction de Jérôme Chartier fait un historique de la naissance du concept de TVA sociale en France et présente quelques expériences réalisées notamment en Allemagne et aux Pays-Bas. Il propose la mise en oeuvre d'une "TVA pouvoir d'achat" permettant de financer une baisse des cotisations sociales des salariés par des augmentations ciblées de TVA. Selon ce rapport, il serait question à court terme de transférer 3,15 points de cotisations salariale vers la TVA (14 milliards) et de les imputer sur la TVA en redéfinissant la relation assiette-taux, sur certains produits ou services

RAPPORT

LAGARDE (C.)

Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. Paris. FRA

Etude sur la possibilité d'affecter une partie de la TVA au financement de la protection sociale en contrepartie d'une baisse des charges sociales pesant sur le travail : note d'étape.

Paris : Premier Ministre : 2007/09 : 20p., tabl., ann.

Cote Irdes : B6152

Le principe de la TVA sociale est de substituer une fraction de la TVA à des cotisations sociales assises sur les seuls salaires. Mettre en place la TVA sociale ne consisterait donc pas à accroître le montant des prélèvements obligatoires, mais à substituer un prélèvement à un autre. La présente note ne se prononce pas sur le principe de la création d'une TVA sociale. Elle identifie les prélèvements qui pourraient être réduits en contrepartie d'une hausse de TVA et dégage quelques options en expertisant leur faisabilité technique, juridique et financière. Selon les promoteurs de la TVA sociale, l'assiette de la TVA serait moins localisable et plus large que celle des cotisations : la TVA taxe en effet tous les produits consommés, quelle que soit l'origine –salariale ou non salariale – des revenus et quelle que soit l'origine géographique des produits. Cet élargissement de l'assiette permettrait en principe de baisser le coût du travail, ce qui aurait pour effet : • de stimuler l'emploi dans tous les secteurs, qu'ils soient exposés ou abrités de la concurrence

internationale ; • d'améliorer la compétitivité des produits français puisque les exportations bénéficieraient de la baisse de charges tandis que les importations seraient renchéries par la hausse de TVA. C'est à ce titre que la TVA sociale est parfois comparée à une dévaluation monétaire. Une hausse de TVA aurait également un effet sur le niveau des prix, faute d'une répercussion rapide et complète auprès du consommateur final d'une baisse des charges sur les entreprises. Cette hausse aurait probablement des répercussions, du moins à court terme, sur la consommation et la croissance. Fondée sur les travaux d'expertise réalisés par les différentes directions concernées du ministère de l'Economie des Finances et de l'Emploi, en liaison avec celles du ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, cette note d'étape présente sous quelles conditions les enchaînements qui viennent d'être rapidement décrits pourraient se matérialiser si la décision d'instaurer une TVA sociale était prise. Etant donné l'impact conjoncturel probable qu'aurait l'introduction d'une TVA sociale, les moyens d'atténuation de ces effets sont également étudiés. Sans se prononcer sur l'opportunité de mettre en place la TVA sociale, quelques enseignements peuvent être tirés de ces premiers travaux.

RAPPORT
VASSELLE (A.)

Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA

Rapport d'information sur l'état des comptes de la Sécurité sociale en vue de la tenue du débat sur les orientations des finances sociales.

Paris : Sénat : 2007/07 : 137p.

<http://www.senat.fr/rap/r06-403/r06-4031.pdf>

Le présent rapport, établi par le président de la Mecss (Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale), pour la préparation du débat d'orientation des finances sociales, dresse un bilan à mi-parcours de l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Selon le rapport, après l'amélioration constatée en 2006, l'exercice en cours pourrait se traduire par une rechute grave des comptes de la protection sociale, avec un déficit qui s'établirait à 12 milliards d'euros en fin d'année. Le rapporteur juge que le nouveau Gouvernement a lancé plusieurs actions pour tenter d'enrayer cette « dérive » : plan d'économies pour l'assurance maladie, déclarations du ministre des comptes publics sur la volonté de l'Etat de rembourser sa dette à l'égard du régime général, dans un objectif d'apurement comptable... Pour permettre un retour durable à l'équilibre des quatre branches de la sécurité sociale, plusieurs propositions sont par ailleurs émises par l'auteur : préserver l'acquis de la réforme des retraites de 2003 menacée par la dégradation des comptes de l'assurance vieillesse ; aller au-delà du plan d'économies pour l'assurance maladie ; étudier l'instauration d'un nouveau prélèvement social (« TVA sociale »).

Cote Irdes : C, B6054

RAPPORT
MAAREK (G.)

La réforme du financement de la protection sociale. Essais comparatifs entre la "TVA sociale" et la "TVA emploi".

Nice : Edhec business school ; 2007/07 : 19p., tabl.

http://professoral.edhec.com/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=8393

Cette étude montre que le gain attendu d'une baisse de 25 milliards d'euros des cotisations sociales (salariales ou employeurs), soit 3,8 % de la masse salariale brute (660 Mds d'euros) compensée par une hausse de 3,6 points de TVA, aurait sur le long terme un effet positif mais modéré sur l'emploi (+61 000 emplois) et permettrait une amélioration du solde du commerce extérieur (les importations baissent de 0,3 % ; les exportations sont plus soutenues avec une croissance de +1,7 %). Ces effets positifs de long terme sont cependant largement relativisés par des risques inflationnistes de court terme. En effet, la baisse des prix hors taxes n'est à court terme que de 0,3 %, contre 2,8 % attendue à long terme. Elle ne

suffit donc pas à contrarier la hausse des prix de détail, soit 1,2 %, résultant immédiatement de l'augmentation du taux de TVA. Sur le marché du travail, les mécanismes d'indexation continuant de jouer, le taux de salaire brut augmente à due proportion. Le risque existe donc que s'enclenche une spirale prix-salaires, qui pourrait contrarier la baisse des prix de production et à terme annuler voir renverser les résultats positifs de long terme. L'EDHEC souligne que la « TVA Sociale » présente également un risque non négligeable de dégradation des comptes publics. En effet, la réussite des objectifs de long terme passe par une hausse de TVA qui à court terme pourrait ne pas compenser la perte de recettes liées à la baisse des cotisations sociales et aggraverait le déficit de 5,2 milliards d'euros. En conclusion de cette étude et compte tenu des risques de court terme, l'EDHEC maintient sa position en faveur de la « TVA Emploi ».

Cote Irdes : B6129

ARTICLE
LAURENT (D.)

Financeurs publics et financeurs privés.

Concurrence et santé

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE : 2007/07 : N° : 15 : Pages : 31-37

La concurrence entre financeurs publics et financeurs privés peut être, au vu d'exemples européens concrets, sources d'innovations tant pour gérer le risque maladie que pour diversifier et améliorer la qualité des services offerts. Cette concurrence ne prend tout son sens que si elle contribue à améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur pertinence. Dans un contexte de concurrence assumée, la plupart des innovations présentées pourraient être mises en oeuvre pour améliorer la gestion et la qualité des systèmes publics, notamment en France.

ARTICLE

Institut National de la Consommation. (I.N.C.). Paris. FRA

L'Union fédérale des consommateurs prédit un impact négatif historique de la TVA sociale sur le budget des ménages.

INC HEBDO : CONSOMMATEURS ACTUALITES : 2007/07/02-08 : N° : 1438

L'UFC-Que Choisir estime qu'une augmentation de TVA aurait un impact négatif historique sur le budget des consommateurs, et serait également très inéquitable.

RAPPORT

ARTHUIS (J.)

Sénat. Commission des Finances. Paris. FRA

Rapport d'information sur la TVA sociale comme mode alternatif de financement de la sécurité sociale destiné à renforcer la compétitivité des entreprises françaises et l'emploi.

Rapport d'information du Sénat ; n° 283

Paris : Sénat

2007/03

Pages : 61p.

ISBN : ISSN :

Le rapport d'information fait au nom de la commission des Finances du Sénat sur le thème de la TVA sociale comme mode alternatif de financement de la sécurité sociale destiné à renforcer la compétitivité des entreprises françaises et l'emploi identifie les avantages et inconvénients de la TVA sociale.

<http://www.senat.fr/rap/r06-283/r06-2831.pdf>

Cote Irdes : B5943

RAPPORT

BOISSIEU (C. de), GUESNERIE (P.), AGHION (P.), COHEN (E.), BLANCHARD (O.), CAHUC (P.), DIDIER (M.), MARTINEZ (M.), FITOUSSI (J.P.), WASMER (E.), SAINT-PAUL (G.), TRAINAR (P.)

Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA

Avis du CAE sur le projet d'élargissement de l'assiette des cotisations sociales employeurs.

Paris : Conseil d'Analyse Economique

2006/07

Pages : 50p., tabl., graph.

Après le groupe de travail interministériel de fin mai 2006 et le Conseil d'orientation de l'emploi du 20 juillet 2006, le CAE a présenté, le 27 juillet 2006, son avis sur le projet d'élargissement de l'assiette des cotisations sociales employeurs. Comme le COE, le CAE est plutôt réservé sur la création d'une contribution sur la valeur ajoutée (CVA), considérée comme une nouvelle cotisation aux avantages incertains et limités. Il privilégie trois pistes de réformes s'appuyant sur les prélèvements existants : la TVA sociale, l'affectation au financement de la protection sociale d'une partie de l'impôt sur les sociétés ou un relèvement de la CSG, sur lesquels il estime nécessaire d'approfondir les études.

www.cae.gouv.fr/avis_cotsoc.htm

Cote Irdes : B5647

RAPPORT

MARINI (P.)

Sénat. Commission des Finances. Paris. FRA

Rapport d'information sur les prélèvements obligatoires et leur évolution.

Rapport d'information du Sénat ; n° 41.

Paris : Sénat

2006/10

Pages : 103p., tabl., ann.

Le débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution se tient chaque année au Sénat avant la discussion du projet de loi de finances. Le rapport de la Commission des finances du Sénat montre que, pour la première fois en 2006, les prélèvements sociaux représentent la majorité absolue des prélèvements obligatoires. Il insiste sur la nécessité d'une approche consolidée des finances publiques et souligne l'impact du vieillissement démographique, qui pourrait porter la dette publique à des niveaux insupportables à en juger par les études réalisées par la Commission européenne. Attirant l'attention sur la tendance à l'augmentation de la part des ressources fiscales dans le total des ressources de la Sécurité sociale qui atteint aujourd'hui 28 %, et sur le caractère complexe et peu compréhensible des relations financières Etat/Sécurité sociale, ce rapport en appelle à une remise à plat du mode de financement de la protection sociale fondée sur la distinction entre les logiques d'assurance (quand les prestations sont liées aux cotisations comme en matière de chômage et de retraite) et de solidarité (maladie, famille...). Sur cette base, il serait envisageable de fiscaliser complètement, ou très majoritairement, les ressources des branches santé et famille, en conjuguant cette réforme avec la mise en œuvre de la TVA sociale, et faire apparaître des blocs cohérents de recettes afin de mieux responsabiliser les gestionnaires et de clarifier les flux financiers actuels, tout en assurant une évolution des produits conforme à la tendance de progression naturelle des dépenses en cause. Il propose un nouveau compromis social consistant en la révision du système des lois de financement de la Sécurité sociale de 1996, qui doit évoluer afin de permettre une maîtrise globale des finances publiques, et l'intégration au sein du budget de l'Etat des ressources et des charges des branches famille et maladie qui sont majoritairement ou très largement financées par l'impôt, tout en conservant la présence des partenaires sociaux, ceci pourrait être réalisé par la transformation des caisses nationales d'assurance maladie et d'allocations familiales en opérateurs de l'Etat. Une synthèse de ce rapport est en ligne sur le site du Sénat - " Quels prélèvements obligatoires pour quels besoins collectifs ?".

<http://www.senat.fr/rap/r06-041/r06-041.html> -
http://www.senat.fr/commission/fin/presentation_po_fichiers/frame.htm
Cote Irdes : B5639

RAPPORT

BICHOT (J.)

Institut Montaigne. Paris. FRA

TVA, CSG, IR, cotisations... Comment réformer la protection sociale.

Paris : Institut Montaigne

2006/05

Pages : 79p.

Le financement de notre protection sociale est à bout de souffle : les prélèvements obligatoires sans contrepartie ont atteint les limites du supportable, et la complexité du système est redoutable. Bricoler une fois de plus ce moteur obsolète ne réglera rien. L'ère du rationnement approche - à moins, justement, que l'on ne se décide à construire un moteur moderne, adapté à ce qu'est devenue la protection sociale : une production de services, qui relèvent un peu de la redistribution, et beaucoup de l'assurance et de la finance. Chacun à sa manière, de nombreux pays, anglo-saxons ou scandinaves, l'ont compris : l'assuré social est un client. Au tour de la France de faire sa révolution culturelle en la matière ! Sur quelle base conceptuelle, et avec quels instruments ? Exception faite de l'assistance aux plus démunis, qui doit impérativement être pérennisée mais sur une base transparente, les autres services s'achètent, et il faut en prendre acte. Il ne suffira pas pour cela de remplacer quelques points de cotisations par un prélèvement sur la valeur ajoutée : il faut être beaucoup plus ambitieux, trouver un cheminement conduisant les mentalités à évoluer sur la base d'un consensus national permettant ensuite de légiférer utilement. Concrètement, la suppression des cotisations patronales, remplacées par des cotisations salariales susceptibles de se transformer ensuite en primes d'assurance, constitue le changement stratégique central à mettre en oeuvre. Mais une vraie remise à plat suppose aussi que l'on bascule les retraites dans un système à cotisations définies, que l'on fusionne l'impôt sur le revenu et la CSG et que l'on utilise la TVA pour simplifier le code des impôts, voire pour financer l'emploi en réduisant les cotisations sociale (Résumé de l'auteur).

http://www.institutmontaigne.org/medias/note_bichot_sans_trait_de_coupe_avec_couv.pdf

Cote Irdes : B5630

RAPPORT

BENARD (Y.), NICOLAS (J.B.), DELPAL (B.)

Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I.). Paris.FRA. Conseil d'Orientation pour l'Emploi. (C.O.R.). Paris. FRA

Rapport du groupe de travail sur l'élargissement de l'assiette des cotisations employeurs de Sécurité sociale.

Paris : La documentation française

2006/05

Pages : 70p., tabl., graph., fig., ann.

Lors du comité interministériel sur l'assiette des cotisations sociales patronales du 31 janvier 2006, le Premier ministre a décidé la mise en place d'un groupe de travail chargé d'étudier un nouveau mode de calcul des cotisations employeurs reposant sur la valeur ajoutée des entreprises. Installé à la fin du mois de février 2006, ce groupe de travail a été animé par le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (direction de la législation fiscale) et le ministère de la santé et des solidarités (direction de la sécurité sociale), assistés de trois rapporteurs. Conformément aux conclusions du comité interministériel, le groupe de travail a examiné diverses pistes de réforme permettant d'élargir l'assiette sociale à la valeur ajoutée (création d'une cotisation sur la valeur ajoutée, modulation des cotisations en fonction de la valeur ajoutée, " TVA sociale "), ainsi que des pistes de réforme alternatives. Pour autant, l'objet de ses travaux n'est pas de dresser la liste exhaustive des diverses voies de réforme du financement de la sécurité sociale. Les différentes options ont été examinées au regard

de cinq critères, en fonction des outils disponibles : impact sur l'emploi ; impact sur la compétitivité de la France ; impact sur le financement durable de la protection sociale ; impact sur les différents secteurs économiques ; compatibilité avec la Constitution et le droit européen et communautaire. Le groupe de travail a également examiné la faisabilité pratique de chacune des options envisagées. Le rapport est accompagné de onze annexes qui décrivent de manière plus détaillée les conditions de mise en oeuvre et les conséquences prévisibles de chaque solution.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000470/0000.pdf>

Cote Irdes : B5501

Voir aussi sur le site de la Documentation française :

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports/actualite/tva-sociale.shtml>

Lu dans la presse

Les enjeux cachés du bouclier sanitaire

Espace social européen, n°860-861, 10 juillet-4 septembre 2008, p. 23

Franchises médicales : mauvaise chose pour 57 % des Français (Sondage TNS-Sofres)

Le Quotidien du médecin, n° 8384, lundi 2 juin 2008, p. 4

Le bouclier sanitaire, un projet incontournable ?

Espace social européen, n° 853, 16 au 22 mai 2008, p. 15

Bachelot contre le bouclier sanitaire

La tribune, n° 3878, 26 mars 2008, p. 27

Les franchises ont fait économiser 69 millions d'euros en janvier

Le Quotidien du médecin, n° 8316, 21 février 2008, p. 3

La franchise trébuche sur le tiers payant

Protection Sociale Informations, 9 janvier 2008, p. 13

Nouvel an, nouvelles franchises médicales : une réforme qui fait toujours des vagues

Le Quotidien du médecin, n° 8284, mardi 8 janvier 2008, p. 4

Remboursement des soins : des franchises à partir du 1er janvier

Le Monde, dimanche 30 – lundi 31 décembre 2007, p.20

Les franchises médicales entrent en vigueur

La Tribune, jeudi 27 décembre 2007, p. 16

Financement de la protection sociale : le Conseil économique et social rend son avis

Le Quotidien du médecin, n° 8281, mercredi 19 décembre 2007, p. 4

La franchise cautionnée est d'essence mutualiste

Espace social européen, n° 833, 17 décembre 2007 au 3 janvier 2008, p. 15

Financement : le CES contre la TVA sociale

Le Quotidien du médecin, n° 8278, vendredi 14 décembre 2007, p. 6

Sur la constitutionnalité des franchises médicales
Espace social européen, 7 décembre 2007, p. 9

Ticket modérateur, forfaits, franchises médicales ; Raoul Briet croit aux vertus du bouclier sanitaire
Le Quotidien du médecin, n° 8258, vendredi 16 novembre 2007, p. 6

Les franchises médicales suscitent de vifs débats à l'Assemblée.
Le Monde, 30 octobre 2007, p.10

Franchises médicales ? Soyons clairs. Faire payer le malade ne réglera pas le déficit de la « Sécu ».
Le Monde, mardi 9 octobre 2007, p.22

Bouclier sanitaire. Le rapport dérangeant.
Espace Social Européen, 5-11 octobre 2007, p.4-5

Les dessous du bouclier sanitaire.
Impact Médecine, 4-10 octobre 2007, p.10

Fronde des CPAM de Midi-Pyrénées contre les franchises médicales
Le Monde, jeudi 4 octobre 2007, p.8

« La vérité sur les franchises médicales » Par Roselyne Bachelot-Narquin
Le Monde, Jeudi 27 septembre 2007, p. 19

Seniors, franchises et hôpital au menu du projet de la Sécu
La Tribune, lundi 24 septembre 2007, p. 28

« Les effets médicaux des franchises », libre-propos du Dr Elie Arié
Le quotidien du médecin, lundi 24 septembre 2007, p. 28

Le casse-tête des franchises
Espace social européen, n° 820, 14 au 20 septembre 2007, p. 11

Recettes , franchises, maîtrise, prévention : le nouveau centre a des idées et veut exister
Le Quotidien du médecin, n° 8215, vendredi 14 septembre 2007, p. 4

Le débat sur la TVA sociale : les rapports Lagarde et Besson, prudents et mitigés
Le Quotidien du médecin, n° 8214, jeudi 13 septembre 2007, p. 5

Franchises : qui paiera l'addition à 50 euros par an
Impact médecine, n° 210, 13 au 19 septembre 2007, p. 6, 8

Le projet de TVA sociale en question : Fillon saisit le Conseil économique et social
Le Quotidien du médecin, n° 8213, mercredi 12 septembre 2007, p. 4

TVA sociale : les autres pistes
La Tribune, n° 3741, mercredi 5 septembre 2007, p. 25

Mission d'étude sur le « bouclier sanitaire » : les deux experts s'approprient à remettre leur copie
Le Quotidien du Médecin, n°8205, jeudi 30 août 2007, p.3

Franchises médicales : les nouvelles pistes

Le Quotidien du Médecin, lundi 27 août 2007, p.2-3

La Franchise médicament inquiète

Le Moniteur des pharmaciens, n°2689, samedi 25 août 2007, p.10

Assurance maladie : la franchise ne règle pas le déficit

La Tribune, n°3733, vendredi 24 août 2007, p.15

Vif débat en vue sur la TVA sociale.

La Tribune, n°3727, jeudi 16 août 2007, p.15

Franchises médicales : les clés pour comprendre.

La Tribune, n°3720, lundi 6 août 2007, p.14-15

"Pour le président de la Mutualité française, "avec les franchises, on sort du système solidaire de financement de la santé" – entretien

Le Monde, 3 août 2007

De nouvelles franchises pour les assurés sociaux.

Le Monde, jeudi 2 août 2007, p.8

La franchise médicale plafonnée à 50 euros.

La Tribune, n°3717, 1 août 2007, p.18

Contre la franchise médicale. Une idée improvisée sans aucune réflexion.

Le Monde, 22-23 juillet 2007, p.13

Nouveau plan d'économies : la Cnam hésite à défendre les franchises

Le Monde, La Tribune, 13 juillet 2007

Les dépenses de santé pèsent surtout sur les ménages pauvres : le HCAAM juge positivement le bouclier sanitaire

Le Monde - 13 juillet 2007, p. 10

La franchise, une erreur médicale, sociale et économique

Le Monde, jeudi 12 juillet 2007, p. 17

Plaidoyer pour la TVA sociale par M. Arthuis

Le Monde, mercredi 11 juillet 2007, p. 17

La TVA sociale, très mauvaise idée : d'après Jean Peyrelevade

Le Monde, samedi 7 juillet 2007, p. 22

Franchises médicales : l'idée d'un bouclier sanitaire fait son chemin

Panorama du médecin, n° 5066-5067, 5 juillet 2007, p. 12

Fillon joue la prudence

Le Quotidien du médecin, n° 8200, jeudi 5 juillet 2007, p. 3

La déclaration politique du Premier ministre – TVA sociale, franchises : François Fillon joue la prudence

Le Quotidien du médecin, n° 8200, jeudi 5 juillet 2007, p. 3

Le projet de franchise médicale : le débat prend de l'ampleur

Le Quotidien du médecin, n° 8199, mercredi 4 juillet 2007, p. 2

Une franchise médicale amenée à évoluer
La Tribune, mercredi 4 juillet 2007, p. 25

Le projet de franchise médicale : le débat prend de l'ampleur
Le Quotidien du médecin, n° 8199, mercredi 4 juillet 2007, p. 2

Une franchise médicale amenée à évoluer
La Tribune, mercredi 4 juillet 2007, p. 25

Claude Guéant, secrétaire général de l'Elysée: « La franchise médicale pourrait tenir compte du revenu »
La Tribune, n°3695, 2 juillet, p.26-27

La TVA sociale en débat.
Espace social européen, n°816, 29 juin-5 juillet 2007, p. 4-6

Pour ou contre la franchise ?
Le Généraliste, vendredi 15 juin 2007, p. 10-11

Vive la franchise médicale ! par Claude Le Pen et Guy Vallencien
Le Monde, samedi 16 juin 2007, p. 24

La franchise médicale, une mesure de rigueur pour les assurés
La Tribune, lundi 18 juin 2007, p. 28

TVA sociale : un projet très controversé qui se précise
Pour l'économiste Marc Guillaume : « une façon d'élargir l'assiette »
Le Quotidien du médecin, vendredi 15 juin 2007, p. 3

Dix questions sur les franchises de remboursement
Espace social européen, 15 juin 2007, p. 4-6

Pour ou contre la franchise ?
Le Généraliste, vendredi 15 juin 2007, p. 10-11

La franchise médicale va-t-elle équilibrer le système de santé ?
La Tribune, jeudi 7 juin 2007, p. 40

Franchise : pourquoi tant d'opposition ?
Protection Sociale Informations, mercredi 6 juin 2007, p. 3

Pour un reste à charge fonction des revenus
Protection Sociale Informations, mercredi 6 juin 2007, p. 3

Sites internet

> [Site d'Ameli](#) : Les franchises en pratique

> [Site du collectif contre les franchises](#)

> [Site de la TVA sociale](#)

> [TVA sociale - Protection sociale, pour un financement durable : dossier de Vie Publique](#)

- > La TVA sociale, un remède miracle ? La contribution des chercheurs de l'OFCE (mai 2007)
- > les malades trinquent pour les malades : Communiqué du CISS "Franchises" (21 juillet 2007)
- > Les Français et la rentrée économique : Sondage CSA / La Tribune (août 2007)
- > La TV sociale n'aura pas d'effet sur l'emploi : point de vue de l'OCDE (septembre 2007)
- > Franchises médicales : mais où sont les vraies réformes ? la Mutualité française (septembre 2007)
- > Franchises médicales : la FNATH regrette une décision incohérente du Conseil Constitutionnel (communiqué du 13 décembre 2007)
- > La FNATH et l'Andeva ont déposé un recours devant le Conseil d'Etat contre les franchises (22 janvier 2008)
- > Les franchises médicales échapperont-elles à l'"effet vignette auto"? (31 janvier 2008)
<http://www.rue89.com/2008/01/31/ou-va-largent-des-franchises-medicales>
- > Le bouclier sanitaire, un projet incontournable ? (Point de vue de Pascal Beau, Espace social européen, du 16 mai 2008)

Réglementation

- Décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 du 13 décembre 2007
<http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2007/2007558/2007558dc.htm>
- Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008, JO du 21/12/07
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=BCFX0766311L>
- Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007, JO du 30/12/07, relatif à l'application de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SJSS0773653D>

◀ Franchises médicales : le Conseil d'Etat annule en partie le décret et encadre leur montant (annuaire sécu, 20 mai 2009)
Dans un arrêt rendu le 6 mai dernier, le Conseil d'Etat a annulé l'article 2 du décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007 parce qu'il obligeait les caisses à prélever le montant des franchises sur les autres prestations perçus par les bénéficiaires du tiers payant, méconnaissant ainsi les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. La loi permettait, en effet, à l'assuré dispensé de l'avance de frais de verser directement la franchise à l'organisme d'assurance maladie ou à ce dernier de récupérer les sommes dues sur « les

prestations de toute nature à venir ». L'article du décret imposant le seul prélèvement sur les prestations à venir est contraire à la loi, estime le Conseil d'État. La FNATH, association des accidentés de la vie, et l'ANDEVA avaient introduit un recours en excès de pouvoir contre ce texte. Malgré cette annulation, les deux associations "regrettent que le Conseil d'Etat n'ait pas souhaité répondre à la question de savoir s'il était légitime, en droit, de faire payer aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle le coût des dépenses de santé générées par la faute de l'employeur, sans pouvoir se retourner vers celui-ci". Et "si le Conseil d'Etat n'a pas remis en cause le principe même des franchises, il reconnaît implicitement que leur montant peut être de nature à « compromettre le droit à la santé ». Le gouvernement ne pourra plus augmenter indéfiniment leur montant", estime la FNATH. Mais la nuance contenue du Conseil d'Etat est tout de même une bien maigre réponse.

Du point de vue pratique, cette décision "devrait entraîner une modification dans la pratique des caisses", se borne à indiquer la FNATH. Alors que la CNAMTS qui interprète la décision "de façon différente", "se contente pour l'heure de renvoyer la balle au ministère du Travail", rapporte la lettre Protection sociale informations (20-05).

> Le communiqué de la FNATH et l'arrêt du Conseil :
<http://www.fnath.org/?action=detail&id=566>

Circulaire interministérielle n° DSS/2A/2009/128 du 11 mai 2009 relative au recouvrement par les organismes de sécurité sociale de la participation forfaitaire et des franchises prévues au II et III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. Le mode de récupération des franchises médicales en cas de dispense d'avance des frais est aménagé suite à l'annulation partielle du décret du 26 décembre 2007 par le Conseil d'Etat

http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/05/cir_25865.pdf

Evaluation économique du dispositif des franchises médicales

► Les recettes attendues :

Applicable depuis le 1^{er} janvier 2008, le prélèvement des franchises est en pratique indolore pour le patient, puisque le montant de 0,50 euro par boîte de médicaments est déduit directement par les caisses d'assurance maladie au fur et à mesure des remboursements. En cas de tiers payant, c'est sur un remboursement ultérieur que s'effectue le prélèvement par les caisses.

Le plafond prévu est de 50 euros par an, tous prélèvements confondus. Non prévu pour les médicaments, un plafond journalier de 2 euros pour les actes médicaux et de 4 euros pour les transports sanitaires est mis en place.

Les recettes escomptées par ces prélèvements s'élèvent à 850 millions d'euros. Elles seront essentiellement destinées à financer la lutte contre le cancer, l'amélioration des soins palliatifs et la maladie d'Alzheimer. Un rapport sera présenté tous les ans devant le Parlement pour préciser l'affectation des montants récoltés.

► Les résultats obtenus :

Régime général

> Cnamts : 69 millions d'euros épargnés grâce à la franchise (Communiqué de presse CNAMTS, 19 février 2008)

> RSI : Décélération des dépenses – l'effet des franchises est toujours fort (Communiqué de presse , 20 août 2008)

Régime social des Indépendants

RSI : une progression modérée et stabilisée des remboursements de soins de ville en 2009 : données à fin décembre 2009. 1^{er} février 2010.

Mutualité sociale agricole

> MSA : Franchises : 51,7 millions d'euros d'économies (Communiqué de presse, août 2008)

> MSA : l'économie réalisée au titre des franchises est estimée à 55,1 millions d'euros (Infostat, septembre 2008)

MSA : Progressions modérées des dépenses de santé (Infostat, décembre 2009)

MSA : Progressions très modérées des dépenses de santé (Infostat, février 2009)

> MSA : Les dépenses de soins de ville restent modérées, janvier 2010. Infostat, février 2010.

> Synthèse du rapport d'évaluation du dispositif des franchises médicales, 10 novembre 2008

Prévu par l'article 52 de la LFSS pour 2008 instaurant une franchise annuelle sur certaines prestations ou certains produits de santé : médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires, un rapport du gouvernement précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise ont été utilisés a été transmis au Parlement. Les Echos nous proposent en ligne la synthèse du document. "La mise en oeuvre des franchises a permis de dégager un montant de l'ordre de 800 millions d'euros et de financer ainsi près des deux tiers de l'augmentation importante des moyens consacrés cette année 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" (1,3 Md), peut-on lire dans le document. L'écart de 50 millions d'euros de rendement du dispositif par rapport à la prévision initiale "est lié d'une part à la difficulté de décompte des actes des auxiliaires médicaux (actes en série) et de transport et, d'autre part, à la mise en place d'un plafond journalier". Ce montant provient à 86 % de la franchise sur le médicament. Si la franchise a permis de changer certains comportements, notamment "en favorisant un essor vigoureux des grands conditionnements", "elle n'a pas eu cependant d'impact sensible sur l'évolution des volumes des prestations couvertes". Les exonérations représentent un montant d'actes non soumis à la franchise de 4,48 milliards d'euros sur un montant total d'actes entrant dans le champ de la franchise de 15,7Md (soit 28,5% du total).

Comptes de la Sécurité sociale

Comptes de la Sécurité sociale : 2008-2009

Pages 142 et suivantes

La LFSS pour 2008 a mis en place une nouvelle modalité de participation des assurés qui vient s'ajouter au ticket modérateur et à la participation forfaitaire de 1 € sur les actes médicaux et les analyses biologiques : la franchise de 50 centimes par boîte de médicament et par acte d'auxiliaire médical et de 2 € par transport.

En 2008, le rendement de la mesure serait proche de 900 M€

Le rendement au titre du régime général approcherait les 750 M€¹. Près de 625 M€ sont liés aux franchises sur les boîtes de médicaments, soit 85 % du rendement total et 2,4 % de la dépense en médicaments remboursables. Les franchises sur les actes d'auxiliaires s'élèvent à 102 M€, réparties pour moitié entre actes d'infirmières et actes de masseurs kinésithérapeutes, soit à peu près 1,5 % de la dépense remboursable de chaque poste. Le rendement de la franchise sur les transports est moindre au regard de la dépense remboursable (2,5 Md€ pour le régime général), de l'ordre de 17 M€. Au total, une extrapolation laisse présager un rendement tous régimes de l'ordre de 890 M€ pour 2008, légèrement supérieur aux 850 M€ initialement prévus.

Pas d'effet notable sur la consommation d'actes d'auxiliaires...

Le graphique 1 met en évidence qu'il n'y a pas eu d'infléchissement notable de la dépense remboursable des infirmiers et des masseurs en 2008 par rapport à 2006 et 2007. Comme précisé au tableau 1, le taux de croissance s'est ralenti en 2008 par rapport aux deux années

antérieures (taux de croissance diminué de l'ordre de 1,6 point), mais ce ralentissement est moindre que celui de la dépense remboursable de médicaments dont le taux de croissance baisse de presque 3 points.

... mais une contribution à l'infléchissement de la consommation de médicaments ?

Le développement des ventes de conditionnements trimestriels pour traiter certaines maladies chroniques est un objectif d'efficience poursuivi par l'assurance maladie. Ce développement avait déjà été important en 2007 avec une augmentation de près de 178 % par rapport à 2006 à partir d'un niveau initial très bas, mais il s'est encore accéléré en 2008, puisque l'augmentation a été de 219 % par rapport à 2007 (cf. graphique 2). Cette accélération a pu être favorisée par la mise en place des franchises : la contribution de 50 centimes par boîte a pu inciter les patients à s'orienter vers ce type de conditionnement. Au-delà de l'effet sur les grands conditionnements, on constate une inflexion notable du nombre de boîtes par rapport à la croissance constatée auparavant : en 2008, la baisse est de 0,9 %² alors que sur le même champ l'augmentation était de 1,4 % en 2006, et de 1,6 % en 2007. Les causes de cette inflexion ne peuvent être facilement identifiées, mais la France étant un des pays consommant le plus de médicaments au monde, il peut s'agir d'une modification structurelle des comportements à travers l'impact de la maîtrise médicalisée ou de la franchise.

Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2008 - Prévisions 2009 et 2010. Tome 1.

Pages 178 et suivantes

La participation financière des patients en Europe