ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

politique et réglementation

Question écrite n° 79261

Texte de la question

Mme Marie-Françoise Pérol-Dumont souhaiterait attirer l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les conséquences engendrées par l'instauration d'une franchise de 18 euros pour une grande majorité des actes médicaux et chirurgicaux. L'ampleur du déficit de la sécurité sociale avec 11,9 milliards d'euros bat une nouvelle fois tous les records. Ce triste constat montre l'échec de la réforme votée à l'été 2004. Face à cette situation sans précédent, les mesures envisagées, notamment à travers la fixation du budget de l'hôpital pour 2006 (ONDAM), risquent d'aggraver encore davantage la situation de l'hôpital public et de mettre en péril ses missions d'excellence sur le plan médical et sanitaire et d'altérer le service public. L'annonce de l'instauration d'une franchise de 18 euros pour les actes médicaux et chirurgicaux d'un montant supérieur à 91 euros est légitimement perçue comme injuste et inacceptable. Une fois de plus ce sont les assurés sociaux et les malades qui se trouvent sanctionnés et qui devront supporter les frais. Ajoutée au forfait de 1 euro sur chaque consultation, au forfait hospitalier de 15 euros, aux prélèvements et déremboursements supplémentaires, cette mesure va à l'encontre du principe même d'égalité d'accès aux soins et à la santé. Elle va probablement aussi instaurer une nouvelle pression sur les assurances complémentaires et les mutuelles et engendrer rapidement de nouvelles hausses de cotisations. Elle lui demande quelles dispositions il compte prendre pour que tous les citoyens, notamment les plus fragilisés, dont le nombre s'accroît chaque jour, bénéficient du même droit d'accès aux soins de qualité et à la santé et elle souhaiterait savoir s'il entend engager une véritable réforme de l'assurance maladie et de son financement de manière à assurer à tous un égal accès aux soins.

Texte de la réponse

Jusqu'à présent, pour tout acte médical inférieur à quatre-vingt-onze euros, il était appliqué un ticket modérateur (remboursé par la complémentaire santé) correspondant à 20 % du montant de l'acte. Au-delà, la sécurité sociale prenait en charge l'intégralité de ce ticket modérateur. En revanche, il n'était appliqué aucun ticket modérateur pour les actes médicaux dont le tarif est supérieur à 91 euros. C'est pourquoi a été instaurée, à compter du 1er janvier 2006, pour tout acte supérieur à quatre-vingt-onze euros, une participation qui ne peut excéder dix-huit euros (correspondant à 20 % de quatre-vingt-dix euros) quels que soient la durée de l'hospitalisation ou le nombre d'actes effectués. Cette participation n'a pas d'incidence sur les autres règles d'exonération du ticket modérateur (femmes enceintes, nouveau-nés hospitalisés, titulaires d'une pension d'invalidité, d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle, personnes atteintes d'une affection de longue durée). Par ailleurs, s'agissant d'un ticket modérateur plafonné, la participation de dix-huit euros a vocation à être prise en charge par les organismes complémentaires. L'accès aux soins des personnes les plus modestes est également préservé puisque la participation réduite de dix-huit euros est prise en charge par le dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c). Il convient ensuite de rappeler que la participation forfaitaire de un euro instaurée par l'article 20 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie n'est pas supportée par les ayants droit mineurs de l'assuré, les bénéficiaires de la CMU-c et les femmes relevant du régime de l'assurance maternité. De plus, afin de préserver l'accès aux soins, deux mécanismes ont été prévus par le législateur pour en assurer la modération : un plafonnement fixé à cinquante

euros par an et un plafonnement fixé à un euro par jour et par professionnel de santé. S'agissant du forfait journalier hospitalier, il est entièrement pris en charge par le dispositif de la CMU-c et il a également vocation à l'être par les organismes de protection complémentaire. Enfin, depuis la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, les personnes dont les revenus sont supérieurs au plafond d'accès à la CMU-c mais insuffisants pour avoir accès à une couverture complémentaire de droit commun, disposent d'une aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire. Cette aide prend la forme d'une déduction de prime ou de cotisation. Son montant a été relevé de 33 % pour les personnes de moins de soixante ans et de 60 % pour les personnes de soixante ans et plus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, passant de soixante-quinze euros par an à cent euros pour une personne de moins de vingt-cinq ans, passant de cent-cinquante euros par an à deux-cents euros pour une personne de vingt-cinq à cinquante-neuf ans et passant de deux cent cinquante euros par an à quatre cents eurospour une personne de soixante ans et plus.

Données clés

Auteur : Mme Marie-Françoise Pérol-Dumont
Circonscription : Haute-Vienne (3e circonscription) - Socialiste
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 79261
Rubrique : Sécurité sociale
Ministère interrogé : santé et solidarités
Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clée(s)

Question publiée le : 29 novembre 2005, page 10994
Réponse publiée le : 18 avril 2006, page 4284