ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

politique et réglementation

Question écrite n° 89377

Texte de la question

M. Gilles Artigues attire l'attention de M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sur les inquiétudes ressenties par la Confédération française des retraités sur le PLFSS qui prévoit l'instauration d'une franchise de 18 euros pour certains actes et des modifications affectant les tickets modérateurs. Ces dispositions ont un point commun : elles transfèrent des charges qui, jusque-là, relevaient de la sécurité sociale, vers les assurés et, le cas échéant, leurs mutuelles. En effet, celles-ci se verront certainement contraintes d'en tenir compte dans leurs tarifs et de les majorer en conséquence, d'autant qu'il n'apparaît pas que ces nouvelles charges soient compensées intégralement par d'autres mesures du PLFSS. En dernière analyse, ce sera bien l'assuré et lui seul, soit directement, soit par l'intermédiaire de sa mutuelle, qui supportera l'impact des nouvelles dispositions. Des mesures de ce type ont pour effet de réduire les dépenses de la sécurité sociale mais elles sont totalement inopérantes sur l'évolution de la dépense globale de santé de la nation. On peut donc légitimement se poser la question de savoir si le but recherché n'est pas uniquement d'améliorer les comptes de la seule sécurité sociale et de privilégier un effet d'annonce, au détriment de la stabilisation ou mieux du freinage des dépenses de santé de notre pays. Il le remercie de bien vouloir lui indiquer sa position sur ce point.

Texte de la réponse

Jusqu'à présent, pour tout acte médical inférieur à 91 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. Ainsi, un patient hospitalisé en chirurgie pour une endoscopie digestive sans anesthésie payait, puisqu'il ne subissait aucun acte chirurgical supérieur à 91 euros, un ticket modérateur de 20 % (soit 53 euros) sur l'ensemble des frais d'hospitalisation (d'un montant de 265 euros). En revanche, un patient également hospitalisé en chirurgie pour une endoscopie digestive avec anesthésie ne se voyait appliquer aucun ticket modérateur, puisque cette opération comporte un acte chirurgical 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 91 euros, une participation forfaitaire de 18 euros (correspondant à 20 % de 90 euros). Cette participation de 18 euros s'applique aux actes d'une valeur supérieure à 91 euros réalisés à l'hôpital ou en cabinet médical. Par ailleurs, elle ne peut excéder 18 euros, quels que soient la durée de l'hospitalisation ou le nombre d'actes effectués. Sont exonérées de cette disposition les personnes les plus fragiles ou aux ressources les plus faibles : les patients atteints d'une affection de longue durée (plus de 6 millions de personnes) ; les femmes enceintes ; les nouveaux-nés hospitalisés ; les titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité ; les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU complémentaire). Ce ticket modérateur de 18 euros n'a pas vocation à être acquitté par les assurés. Ce sont les organismes complémentaires de santé qui sont appelés à le prendre en charge. Les mesures prises dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (médicament notamment) représentent plusieurs centaines de millions d'euros d'économies pour les organismes complémentaires, de sorte que les assurés ne devraient pas subir de hausse de tarif de leur complémentaire santé en 2006. Par ailleurs, afin de garantir un

bon accès à une assurance complémentaire de santé pour tous les assurés, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a procédé à une revalorisation significative des montants de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Cette aide à l'accès à une couverture complémentaire (mutuelles, assurances privées et institutions de prévoyance) s'adresse aux quelque 2 millions de personnes dont le revenu excède de moins de 15 % le plafond de la CMU complémentaire (soit 675,23 euros par mois pour une personne seule). Les montants sont revalorisés de manière significative (de 33 % à 60 %) selon l'âge du bénéficiaire. L'aide est désormais de 100 euros par an pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 euros par an pour les personnes âgées de 26 à 59 ans, 400 euros par an pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

Données clés

Auteur : M. Gilles Artigues
Circonscription : Loire (1re circonscription) - Union pour la Démocratie Française
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 89377
Rubrique : Sécurité sociale
Ministère interrogé : sécurité sociale, personnes âgées, personnes handicapées et famille
Ministère attributaire : sécurité sociale, personnes âgées, personnes handicapées et famille

Date(s) clée(s)

Question publiée le : 21 mars 2006, page 2994
Réponse publiée le : 16 mai 2006, page 5241