



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

remboursement

Question écrite n° 105900

Texte de la question

M. André Wojciechowski attire l'attention de M. le ministre du travail, de l'emploi et de la santé sur l'augmentation de la franchise hospitalière suite à la publication d'un décret du Gouvernement. Ainsi, la franchise hospitalière passe de 51 euros à 120 euros, ce qui signifie que les assurés sociaux ne seront plus remboursés à 100 % après acquittement d'un forfait fixe de 18 euros dès le seuil de 91 euros mais seulement au-delà d'un montant de 120 euros. En deçà de ce seuil, le patient doit s'acquitter de 20 % du reste des soins. Il lui demande ce qu'il entend faire des quelques 5 millions de Français qui n'ont pas de mutuelle et donc pas les moyens de s'en payer une et qui vont devoir de fait retarder leurs soins.

Texte de la réponse

En application de l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré était depuis 2006 égale à 18 euros pour les actes ou les frais d'hospitalisation comportant des actes techniques dont le montant était égal ou supérieur à 91 euros ou dont le coefficient fixé par la nomenclature générale des actes professionnels était égal ou supérieur à 50. Les actes en deçà de ces seuils étaient soumis au ticket modérateur de droit commun (30 % à la charge de l'assuré pour les actes réalisés en ville et 20 % pour les actes réalisés en établissement de santé). Conformément aux arbitrages rendus dans le cadre de la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2011, afin de réduire le coût de ce dispositif pour l'assurance maladie, il a été décidé de relever, à compter du 1er mars 2011, le seuil à partir duquel il s'applique. Le ticket modérateur de 18 euros concerne désormais les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 euros (au lieu de 91 euros) et les actes affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 60 (au lieu de 50). La mesure relève également dans les mêmes conditions le seuil applicable aux actes de radiodiagnostic, d'IRM, de scanographie, de scintigraphie et de tomographie qui bénéficient d'une exonération totale de participation. Le montant dû par l'assuré pour les actes coûteux reste donc le même (18 euros) et fait l'objet d'une prise en charge par les régimes d'assurance maladie complémentaire. Par ailleurs, la mesure aura un impact limité sur le reste à charge des assurés. Pour les actes effectués en ville, la participation augmentera au maximum de 18 euros ; en établissement de soins, seuls 1,5 % des séjours à l'hôpital public et 2,4 % des séjours en clinique privée seront concernés par une augmentation de la participation des assurés. En outre, les personnes ayant de faibles ressources ne sont pas redevables de cette participation (prise en charge au titre de la CMUc) et les personnes souffrant d'une affection de longue durée en sont exonérées. Cette mesure n'a donc qu'un impact limité sur les dépenses de soins des assurés et ne remet pas en cause leur accès aux soins.

Données clés

Auteur : [M. André Wojciechowski](#)

Circonscription : Moselle (7^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 105900

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Travail, emploi et santé
Ministère attributaire : Travail, emploi et santé

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 19 avril 2011, page 3882

Réponse publiée le : 23 août 2011, page 9245