



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

frais d'hospitalisation

Question écrite n° 3788

Texte de la question

Un certain nombre d'hospitalisations sont prescrites par les médecins à l'extérieur du département de résidence du malade, et ce pour des raisons strictement médicales. Il en résulte souvent des difficultés de prise en charge intégrale des frais d'hospitalisation par les caisses d'assurance maladie. En conséquence M. Philippe Auberger demande à Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité s'il ne serait pas envisageable de mettre en place un système d'accord préalable avec les organismes de sécurité sociale avant toute hospitalisation de ce type, afin d'éviter des frais inattendus pour les patients.

Texte de la réponse

Conformément aux dispositions des articles R. 162-21 et R. 162-37 du code de la sécurité sociale, les frais d'hospitalisation et de traitement de santé sont pris en charge par les régimes d'assurance maladie dans la limite du tarif de responsabilité de l'établissement, public ou privé, le plus proche de la résidence de l'assuré et dans lequel il est susceptible, sous réserve de l'avis du contrôle médical, de recevoir les soins appropriés à son état. L'assuré qui choisit, pour des raisons de convenance personnelle (l'orientation par le médecin traitant étant assimilée à cette hypothèse), un établissement de santé plus éloigné, et dont le tarif est supérieur au tarif applicable à l'établissement le plus proche de sa résidence, doit supporter la différence entre le montant des frais engagés et le tarif de remboursement de l'organisme de base. Il y a lieu de souligner que cette règle est, en pratique, d'une application souple. Elle est inopérante à l'intérieur du département siège de l'établissement de référence ou à l'intérieur de la région en ce qui concerne l'Ile-de-France, dans le ressort de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales pour certaines disciplines spécialisées et dans tous les cas d'urgence. Cependant, l'application de la règle pouvait dans les autres cas entraîner des conséquences financières regrettables pour les assurés qui n'avaient pu exercer leur choix en toute connaissance des conséquences que celui-ci pouvait avoir. Dans ces conditions, une circulaire ministérielle en date du 21 novembre 1997, destinée aux échelons régionaux et départementaux et aux caisses nationales, est venue rappeler que, lorsque les assurés n'ont pas été informés, préalablement à leur hospitalisation, du plafonnement de la prise en charge par la caisse, la règle ne peut leur être opposée. Par ailleurs, il est souligné que la règle ne peut être appliquée que sur avis du service du contrôle médical, celui-ci étant seul à même de déterminer la structure de soins appropriée compte tenu de la technicité de l'intervention ou du traitement qui justifie l'hospitalisation. Ces mesures devraient résoudre les principales difficultés rencontrées par les assurés et limiter le nombre de cas de plafonnement de la prise en charge par les assurés et limiter le nombre de cas de plafonnement de la prise en charge par les caisses. Toutefois, le Gouvernement n'exclut pas de redéfinir les règles de facturation des frais de séjour et une révision des articles R. 162-21 et R. 162-37 précités, en concertation avec les différents acteurs concernés.

Données clés

Auteur : [M. Philippe Auberger](#)

Circonscription : Yonne (3^e circonscription) - Rassemblement pour la République

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 3788

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : emploi et solidarité

Ministère attributaire : emploi et solidarité

[Date\(s\) clé\(s\)](#)

Question publiée le : 29 septembre 1997, page 3143

Réponse publiée le : 27 avril 1998, page 2367