



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

politique et réglementation

Question écrite n° 80590

Texte de la question

M. Kléber Mesquida souhaite attirer l'attention de M. le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille sur les mesures relatives à la protection sociale. Les dispositions prises par le Gouvernement, et sans concertation préalable avec les partenaires sociaux, semblent être en totale opposition avec l'esprit qui fut à l'origine de la création de la Sécurité sociale : la solidarité entre les générations et un accès de tous et pour tous aux soins. Or, le Gouvernement, au travers de ses dernières mesures, instaure un transfert des coûts vers les assurés sociaux, les malades et les organismes complémentaires : création d'une franchise de 18 euros, augmentation de la contribution des complémentaires aux fonds de financement de la CMU, création d'un taux de remboursement de 15 %, etc. Aussi, il lui demande quelles mesures il compte prendre pour rétablir l'esprit même de la Sécurité sociale et s'il compte réorienter ou revenir sur ces mesures.

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 nouveau-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. S'agissant des médicaments, le ministre a choisi de suivre l'avis de la Haute Autorité de santé fondé sur des critères strictement scientifiques et médicaux. Cette décision est motivée dans un souci d'efficacité médicale et par le vécu de nombreux Français. L'ensemble des médicaments jugés par la HAS comme rendant un service médical insuffisant seront donc déremboursés au 1er mars 2006, sauf les veinotoniques qui voient leur taux de remboursement baisser à 15 % pendant une période transitoire de deux ans (1er janvier 2006 à début 2008). Ce choix est celui de la pédagogie et du pragmatisme.

Données clés

Auteur : [M. Kléber Mesquida](#)

Circonscription : Hérault (5^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 80590

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) clé(s)

Question publiée le : 13 décembre 2005, page 11473

Réponse publiée le : 16 mai 2006, page 5240