



La participation financière de l'assuré social à ses dépenses de santé et les dérogations

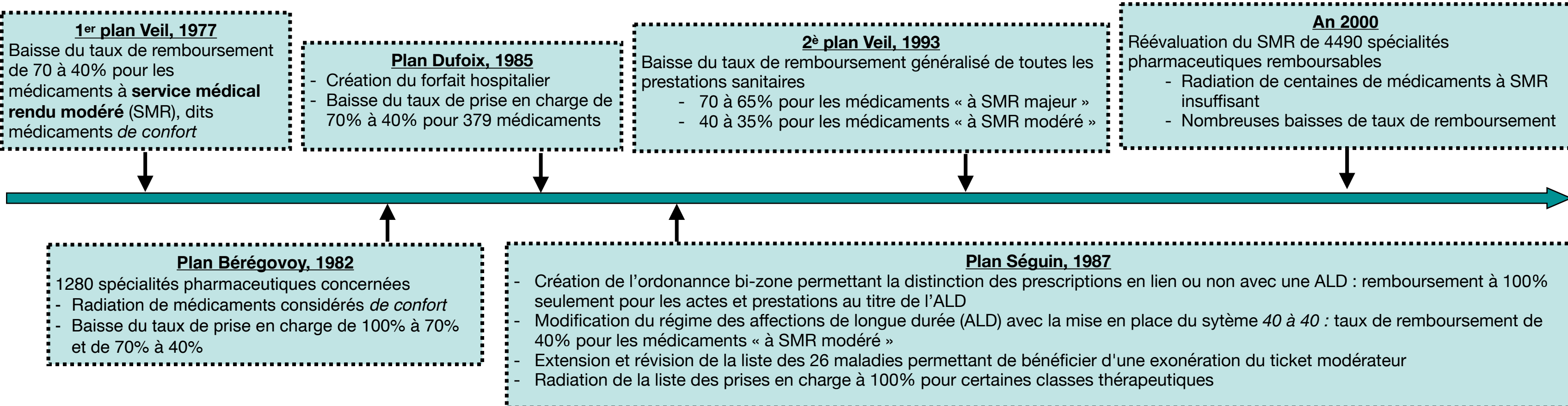
Lucie Barret^{1,2}, stagiaire sous la direction de Florence Taboulet

¹ Master 2 Droit de la santé, Université de Toulouse I - Capitole
² UMR 1295 CERPOP Inserm, Université de Toulouse III - Paul Sabatier

Contexte

En levant les freins financiers, le financement socialisé vise à l'évidence un objectif de santé publique : inciter les patients qui en ont besoin à recourir au système de santé. Pour autant, la dimension économique n'est pas complètement occultée en France. La **participation financière du patient à ses dépenses** constitue en effet un **principe fondamental du droit de la protection sociale**, depuis la création de la Sécurité sociale en 1945. Le reste à charge vise à modérer la dépense de santé et responsabiliser les patients. Les contours et les modalités de cette couverture partielle ont sans cesse évolué. Par diverses réformes et selon les actes et biens médicaux, le reste à charge a été **augmenté** et **diminué** ou, plus rarement **supprimé**.

Principaux plans de rationalisation des dépenses de santé



Augmentation du reste à charge : Incitation financière négative avec l'objectif de limiter la consommation de certaines prestations

Mécanismes d'incitations micro-économiques

- Orienter les comportements des patients
- Modifier les habitudes des consommateurs

Exonération du ticket modérateur : Incitation financière positive supprimant la dépense de santé pour le patient avec l'objectif d'encourager la consommation de certaines prestations

Composition du reste à charge

Ticket modérateur

Valeur proportionnelle au montant de la dépense

Franchises + Forfaits

Participation de l'assuré social sur certaines prestations

2€ applicable aux consultations ou actes réalisés par un médecin, examens radiologiques et analyses de biologie médicale

1€ par boîte de médicaments, 1€ par acte paramédical, 4€ par transport sanitaire

Plafonds maximaux

8€ par jour par professionnel de santé, 50€ par an pour toutes les participations forfaitaires confondues

4€ par jour pour les actes paramédicaux, 8€ par jour pour les transports sanitaires

Liste des exonérations du ticket modérateur Article L. 160-14 du Code de la sécurité sociale

Trois motifs

Nature de l'assuré social

- Personnes en situation de handicap
- Pensionnés ou blessés de guerre titulaires d'une pension militaire d'invalidité
- Personnes justifiant la fourniture d'un appareil ou d'une aide technique à usage individuel favorisant leur autonomie
- Affiliés titulaires d'une rente d'accident du travail
- Enfants et adolescents nécessitant des frais de transport pour recevoir des soins
- Assurés bénéficiant de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile
- Nouveaux-nés hospitalisés
- Assurés sociaux en établissement ou service social et médico-social
- Titulaires d'une pension d'invalidité
- Bénéficiaires d'aides financières : Allocation de solidarité pour les personnes âgées, Aide médicale d'Etat
- Assurés en établissement de santé autorisé à dispenser des soins de longue durée

Maladie

- **ALD** : maladies graves nécessitant un traitement prolongé et coûteux
- ALD 30 (diabète, maladie d'Alzheimer, accidents vasculaires cérébraux...)
- ALD 31 dites ALD « hors liste » : maladies qui évoluent sur une durée prévisible supérieure à 6 mois
- ALD 32 : polyopathologies pouvant entraîner un état invalidant en nécessitant des soins continus
- Accidents du travail et maladies professionnelles
- Assurés ne relevant plus du régime des ALD mais bénéficiant des actes et examens nécessaires à son suivi médical

Nature de la prestation

Prestations liées à la « maladie »

- Dépenses d'hospitalisation à partir d'un certain montant
- Bilans de prévention à certaines tranches d'âge
- Dépistages de certains cancers et infections sexuellement transmissibles (IST)
- Certains vaccins
- Dons d'organes et dons de sang
- Consultation unique de prévention des cancers et des addictions
- Examens de prévention bucco-dentaire
- Investigations nécessaires au diagnostic et au traitement de l'infertilité
- Frais médicaux liés aux sévices subis dans l'enfance entraînant des conséquences physiques ou psychologiques
- Frais de transport réalisés à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente

Prestations non liées à la « maladie »

- Hormone de croissance
- Aide médicale à la procréation pour une femme seule
- Interruption volontaire de grossesse
- Contraception d'urgence
- Préservatifs internes et externes pour les moins de 26 ans
- Consultations de prévention en matière de santé sexuelle

Deux typologies

Prestations à visée non plus seulement curative mais préventive, dans un objectif de santé publique : **dépistages de certains cancers et IST, bilans de prévention et examens bucco-dentaires**

Prestations dénuées de toute visée thérapeutique, destinées à répondre à des demandes sociétales : **grossesse et prestations en lien avec la santé reproductive**

- Largesses octroyées dans des domaines bien éloignés de la « maladie » : quelle équité en comparaison à la couverture attribuée aux vrais « malades » ?
- Quels messages associés à la « gratuité » perçue par les acteurs ? Ambigus et effets pervers : banalisation des prestations offertes de manière illimitée et surconsommation