Image not found or type unknown

La participation de l'assuré aux dépenses de santé

publié le **16/03/2013**, vu **2668 fois**, Auteur : Chris 37

Les dépenses assurées par l'assurance maladie sont scrutées et leur augmentation annuelle est limitée afin d'être rendue conforme à l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie votée chaque année par le parlement, et si le gouvernement affiche ses ambitions, est-il pour autant possible de faire évoluer séparément les systèmes de distribution de soins et de protection sociale ?

Le droit à la protection de la santé est un droit qui n'est plus contesté, il figure en effet à **l'article 11 du préambule de 1946** et est effectivement garanti par le système de protection sociale mis en place par les **ordonnances de 1945.**

Ces dernières ont cependant été largement révisées dans un sens pas toujours favorable aux assurés sociaux comme en témoigne les réformes successives connues par l'assurance maladie.

Néanmoins, les dépenses courantes de santé ont un prix évalué à **près de 12% du PIB en 2011 et 2012**, aussi sous l'impulsion des recommandations répétées de la Cour des comptes, il a été demandé une participation toujours plus importante des assurés à celles-ci.

Dans ce domaine, **la loi du 13/08/04 relative à l'assurance maladie** a été particulièrement douloureuse, engendrant une explosion du transfert de ses charges vers les ménages.

Les dépenses assurées par l'assurance maladie sont scrutées et leur augmentation annuelle est limitée afin d'être rendue conforme à l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie votée chaque année par le parlement, et si le gouvernement affiche ses ambitions, **est-il pour autant possible de faire évoluer séparément les systèmes de distribution de soins et de protection sociale ?**

La réponse à cette question appartient désormais à une nouvelle instance installée par le Premier ministre en date **du 26/09/2012, le Haut conseil du financement de la protection sociale**.

Dès lors s'interroger sur la question de la participation de l'assuré aux dépenses de santé revient à examiner les principes généraux d'économie dégagés par la loi **du 13/08/04** (I), puis sur le coût engendré par la mise en œuvre du forfait hospitalier (II)

I- Les principes d'économie dégagés par la loi du 13/08/04

Si, depuis, **le 01/01/09,** les assurés sociaux qui n'appliquent pas le parcours de soins coordonnés se voient désormais pénalisés (A), tous ces derniers doivent néanmoins depuis le **01/01/05**, s'acquitter d'une participation forfaitaire et de franchises (B)

A – Les sanctions de l'absence de respect du parcours de soin

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, les consultations du médecin traitant, de son remplacement ou d'un médecin chez qui il a été adressé par l'un ou l'autre de ses praticiens sont remboursés à 70% du tarif de base dit **« tarif conventionnel » ou « tarif opposable »** parce qu'il a été négocié entre les caisses nationales d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Les tarifs pratiqués par les médecins libéraux varient cependant en fonction de leur spécialité et de leur secteur, en secteur 1, ils ne peuvent appliquer des dépenses d'honoraires qu'en cas demande particulière, alors qu'en secteur 2 les honoraires sont libres, mais ils doivent le faire avec **« tact et mesure »,** enfin, il existe marginalement des praticiens qui exercent hors secteur et ne sont donc pas conventionnés, leurs patients sont ainsi remboursés sur la base d'un **« tarif dit d'autorité »,** fixé par **un arrêté du 09/03/1966** et équivalent à un remboursement de moins de 1 euro, tandis que le remboursement par l'assurance maladie est de 16% du tarif opposable pour les actes dits techniques depuis **un arrêté de 12/06.**

Le médecin traitant devient ainsi avec le patient le pilier du dispositif d'économie engagé par la CPAM, et, l'assuré désireux d'être remboursé au meilleur niveau doit désormais consulter en première intention, ce dernier, qui l'orientera par la suite chez un spécialiste.

Toute absence de respect de ce parcours entraîne la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré, la sécurité sociale ne remboursant désormais en ce cas que 30% de la consultation au lieu des 70% initialement prévu.

La loi du 13/08/04 illustre ainsi la nécessité d'une bonne communication entre tous les intervenants parce qu'aux yeux de ses promoteurs, la qualité des soins et du suivi des patients n'a de sens que si ces obligations sont bien respectées.

Les taux de remboursement annoncés par l'assurance maladie ne seraient en fait que des taux de référence, car depuis **le 01/01/05,** il existe une participation forfaitaire sur chaque consultation

B – Les assurés doivent désormais s'acquitter d'une participation forfaitaire et de franchises

La participation forfaitaire a été fixée à 1 euro sur chaque consultation, chaque acte médical, réalisé par un praticien à son domicile, son cabinet ou à l'hôpital, ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie.

Elle est néanmoins limitée à 4 euros par jour pour un même professionnel de santé, puis pour les

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

actes de biologie, à 4 euros par jour et par laboratoire exécutant.

Ce principe de reste à charge pour l'assuré social s'applique désormais assez largement, car depuis le **01/01/08**, il existe aussi une franchise de :

- 0.50cts d'euros sur chaque acte paramédical, avec un plafond journalier de 2 euros.
- 0.50cts d'euro sur chaque boite de médicaments
- 2 euros par transport sanitaire

Le montant total du reste à charge de l'assuré est cependant limité pour l'ensemble des actes et des prestations concernées à 50 euros.

Ces mesures touchent dès lors tous les assurés sociaux âgés de plus de 18 ans à l'exception des bénéficiaires de la CMU-c et de l'AME, ainsi que durant la grossesse des femmes.

En général, les frais d'hospitalisation sont pris en charge à hauteur de 80% par l'assurance maladie, néanmoins, depuis le **01/01/07,** a été mis en place un forfait hospitalier.

II – Coût pour l'assuré de la mise en œuvre du forfait hospitalier

Il convient de distinguer dans ce cadre le **« forfait hôtelier » (A) du « forfait thérapeutique » (B)**

A- Le forfait hôtelier

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures que l'établissement soit public ou privé, il existe un forfait journalier hospitalier qui représente la **partie « hôtelière »** de l'hospitalisation, ces frais d'hébergement sont dus par tous les patients à l'exception des femmes hospitalisées pendant les 4 derniers mois de grossesse, pour l'accouchement ou durant les 12 jours suivant la naissance de l'enfant et de multiples exceptions.

Le montant du forfait hospitalier dépend du service dans lequel va séjourner le patient, il est ainsi de **18 euros par jour** en hôpital ou en clinique, **contre 13.50 euros** par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé, il n'est jamais pris en charge par l'assurance maladie, mais peut l'être intégralement par les complémentaires santé, il est alors remboursé à l'assuré s'il avance les frais, il s'applique cependant quelque soit l'heure à laquelle la sortie à lieu.

Il ne peut être réclamé qu'une seule fois par séjour à l'hôpital et qu'une seule fois, lorsqu'un praticien au cours d'une même consultation pratique plusieurs actes.

Au 01/09/06, il avait cependant déjà été crée un forfait dit thérapeutique ou de diagnostic

B- Le forfait thérapeutique

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

Pour les actes thérapeutiques ou diagnostics dont le tarif conventionné est égal ou supérieur à 120 euros ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 60, il a été mis en place une participation forfaitaire qui remplace le ticket modérateur.

Elle est de 18 euros et elle s'applique aux actes, qu'ils soient pratiqués en ville, dans un centre de santé ou dans un établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe ou d'une hospitalisation, y compris à domicile.

Elle est réglée directement au professionnel de santé ou à l'établissement, cette dernière est par ailleurs généralement prise en charge par les complémentaires de santé et en tous les cas n'est pas due par l'assuré qui bénéficie d'une prise en charge à 100 % de ses dépenses de santé en raison de son état ou de sa situation sociale, ce qui recouvre bon nombre d'exceptions.

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés