

Dossier sur la réforme de l'Assurance maladie

Assurance maladie : ce que vous devez savoir de la réforme

La réforme de l'Assurance maladie poursuit quatre objectifs : équilibrer les recettes et les dépenses, coordonner les soins, responsabiliser le patient et améliorer l'usage des médicaments. Condition nécessaire à sa réussite : une attitude responsable de la part de tous les acteurs, professionnels de la santé, régimes obligatoires et complémentaires et assurés.

Soigner mieux en dépensant moins

L'organisation des soins autour du médecin traitant a été conçue pour réguler les dépenses de santé. Soigner mieux en dépensant moins, c'est possible :

- en améliorant la coordination et la qualité des soins

Selon le ministère de la Santé, « entre 170 000 et 250 000 hospitalisations seraient liées à des événements indésirables graves liés aux soins (...) dont 70 000 à 110 000 pourraient être évitées si les soins étaient conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante ». Parmi les causes expliquant ces événements graves : l'absence de protocoles et l'insuffisance d'échanges d'informations entre les professionnels et le patient.

- en préservant et en améliorant les conditions d'accès aux soins

Le médecin traitant s'engage à informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé de son patient et certains de ces délais auprès des spécialistes seront réduits si nécessaire.

- en respectant le libre choix du patient

Le patient choisit son médecin traitant et peut en changer quand il le souhaite. Il donne également son accord au moment du choix d'un médecin correspondant pour les soins spécialisés.

1^{ère} partie : Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Au 1er janvier 2005, les assurés dont les revenus ne dépassent pas de plus de 15 % le seuil de ressources de la CMU complémentaire bénéficieront d'une aide à la souscription d'une complémentaire santé.

■ Qui peut en bénéficier ?

Depuis le 1er janvier 2005, les assurés dont les revenus ne dépassent pas de plus de 15 % le seuil de ressources de la CMU complémentaire.

Ce plafond varie selon la composition du foyer et la résidence (France métropolitaine ou outre-mer).

Pour en savoir plus sur ce plafond :

<http://www.ameli.fr/261/DOC/1841/fiche.html?page=2>

Pour bénéficier de cette mesure, le contrat souscrit doit être « responsable ». Votre mutuelle doit donc respecter un au respect d'un cahier des charges (notamment non remboursement de la franchise de 1 € par consultation, inclusion de prestations à caractère préventif.)

C'est le cas de la grande majorité des contrats individuels des Mutuelles UMC.

■ Comment bénéficier du crédit d'impôt ?

Adressez-vous à votre caisse d'Assurance Maladie pour obtenir l'attestation à remettre ensuite à votre mutuelle : vous pourrez ainsi adhérer à une garantie aidée. Son montant sera déduit de votre cotisation.

Comme pour la CMU, cette aide est limitée dans le temps.

Pour en savoir plus :

<http://www.ameli.fr/261/DOC/1841/fiche.html?page=3>

■ A quoi avez-vous droit ?

Avec le crédit d'impôt, vous avez droit à une aide financière pour vous aider à acquérir ou préserver un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Le montant de l'aide varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année en cours :

100 euros pour les personnes âgées de moins de 25 ans,

200 euros pour les personnes âgées de 25 à 59 ans,

400 euros pour les personnes âgées de 60 ans et plus.

L'aide est accordée pour un an et ne peut excéder le montant de la cotisation de votre contrat de complémentaire santé.

2^{ème} partie : **Le médecin traitant**

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du Dossier Médical Personnel (DMP).

Pivot du nouveau système de soins, c'est l'héritier moderne du médecin de famille traditionnel. Interlocuteur privilégié du patient, il assure les soins de première intention, conseille et oriente, en fonction de sa situation et avec son accord, vers un médecin correspondant.

Désignation du médecin traitant

Coordinateur de l'information médicale du patient, le médecin traitant est celui qui connaît le mieux son dossier médical : c'est donc lui qui l'oriente vers d'autres confrères, s'il l'estime nécessaire.

Pour consulter d'autres professionnels de santé (appelés « médecins correspondants»), le patient doit donc être recommandé par son médecin traitant, excepté s'il s'agit des

spécialités de pédiatrie, d'ophtalmologie, de gynécologie, dentaires et de neuro-psychiatrie.

Chaque membre de la famille peut choisir son propre médecin traitant.

Pour un enfant de couple séparé, une seule déclaration de désignation peut suffire. Lorsque l'enfant est géographiquement éloigné du médecin déclaré, il peut en consulter un autre plus proche, sans conséquence sur le remboursement de la consultation.

■ Comment déclarer son médecin traitant ?

Téléchargez le formulaire de déclaration de choix du médecin traitant sur le site de l'Assurance maladie :

<http://www.ameli.fr/261/DOC/1640/article.html>

Renvoyez ce formulaire à votre caisse qui enregistrera l'information dans ses bases de données.

■ Missions du médecin traitant

Les missions du médecin traitant sont clairement définies par le protocole d'accord sur la convention médicale, qui ouvre la voie à l'application effective de la réforme de l'assurance maladie.

Il doit «assurer le premier niveau de recours aux soins », c'est-à-dire être le professionnel de santé consulté en 1ère intention.

▶ Il devra « orienter le patient dans le parcours de soins coordonnés », autrement dit l'adresser à d'autres professionnels de santé (nommés « médecins correspondants») si nécessaire.

▶ Le médecin traitant doit également « informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ».

▶ Son rôle consiste aussi à aviser son patient et permettre la « coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants ». Il intégrera ces données dans le Dossier Médical Personnel du patient.

▶ Il participera également à la mise en oeuvre des protocoles de soins pour les affections de longue durée (ALD).

■ Non-désignation de médecin traitant

Le patient peut refuser de désigner un médecin traitant, mais il s'expose à être moins bien remboursé.

■ Les obligations du médecin traitant

Le médecin traitant joue un rôle de pivot. Selon les besoins et l'historique de son patient, il peut l'adresser, avec son accord, au professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation spécifique.

■ Médecin traitant et « parcours coordonné »

Le « parcours coordonné » désigne le cheminement du patient qui s'adresse en priorité à son médecin traitant afin d'être pris en charge par la Sécurité sociale.
Consultez le tableau des nouveaux tarifs des consultations

■ Absence ou indisponibilité du médecin traitant

Lorsque le médecin traitant est absent ou indisponible, son remplaçant est considéré comme le médecin traitant de l'assuré.

Ainsi, pour les médecins exerçant en groupe, le remplacement peut être assuré par un médecin du cabinet de groupe.

■ Changer de médecin traitant

Pour changer de médecin traitant, il suffit de contacter votre caisse d'Assurance maladie.

Attention : si vous consultez directement un autre praticien sans la recommandation de votre médecin traitant et sans avoir informé votre CPAM de votre volonté d'en changer, vous serez moins bien remboursé.

■ Médecin correspondant

On nomme « médecin correspondant » le spécialiste vers lequel se tourne un patient respectant le parcours coordonné, c'est-à-dire après avoir consulté en 1ère intention son médecin traitant.

■ Consultations de spécialistes

Les spécialistes consultés directement, exceptées certaines spécialités dites à accès spécifiques et dérogatoires, sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires qui ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

Cependant des dérogations sont prévues pour les patients souffrant d'affection longue durée.

■ Consultations de spécialistes dits à accès spécifiques et dérogatoires

Pour certaines spécialités seulement et pour certains actes, des « accès spécifiques et dérogatoires » sont prévus.

Ainsi, le patient peut consulter en accès « direct » :

- ▶ un gynécologue pour le suivi régulier
- ▶ un ophtalmologue pour le suivi régulier
- ▶ un psychiatre pour les personnes entre 16 et 25 ans qui ont un médecin traitant déclaré
- ▶ un dentiste

■ Avis complémentaires à celui du médecin traitant

La consultation d'un médecin supplémentaire est prise en charge sans baisse de remboursement, uniquement si le médecin traitant le préconise. Sinon, seule la consultation auprès d'un spécialiste autorisé en accès direct (dit à accès spécifique et dérogatoire), est remboursée au taux maximal.

■ En cas de nécessité de soins ou consultations de longue durée (hors ALD)

Les patients nécessitant des soins de longue durée ou une séquence de soins auprès de plusieurs médecins, peuvent consulter en 1ère intention leur médecin traitant puis accéder directement au(x) praticien(s) sélectionné(s). C'est le cas d'un adolescent de plus de 16 ans, par exemple, qui a besoin d'un suivi régulier auprès d'un dermatologue.

■ Patients atteints d'une affection de longue durée (ALD)

Les patients souffrant de pathologies lourdes qui exigent un protocole de soins ne sont pas astreints à passer par le médecin traitant.

Le protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil définit les actes et les prestations pour lesquels la participation de l'assuré « peut être limitée ou supprimée ». Ce protocole doit être signé par le patient ou son représentant légal.

Sauf urgence, le patient devra obligatoirement présenter son protocole au médecin consulté pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur.

■ Médecin traitant et Dossier Médical Personnel (DMP)

Chaque bénéficiaire de l'Assurance maladie, âgé de plus de 16 ans, disposera d'un dossier médical personnel (DMP), informatisé et sécurisé. Il comportera les éléments diagnostics et thérapeutiques apposés par tous les professionnels de santé de ville et des hôpitaux, y compris les comptes-rendus de sorties après un séjour en établissement de santé. Chaque médecin pourra consulter et mettre à jour le dossier de son patient via sa carte Vitale.

Il permettra ainsi une coordination des soins et donc un meilleur suivi du patient et évitera la multiplication des examens et les risques médicaux dus aux prescriptions.

Le partage des informations contenues dans le DMP se fera dans le respect du secret médical.

■ En cas d'urgence

La loi a prévu qu'en cas d'urgence, le patient puisse consulter un autre médecin que son médecin traitant.

■ En cas d'éloignement du domicile

Lorsque le patient est éloigné de son domicile, la loi prévoit la prise en charge de la consultation hors médecin traitant.

3^{ème} partie : **Le parcours de soins, en bref**

Le parcours de soins a pour objectif de renforcer les échanges entre les professionnels de santé, d'une part, et entre les assurés et les médecins, d'autre part. Ces modalités ont été instituées pour les médecins de secteur 1 et ceux de secteur 2 qui ont souscrit l'option de coordination.

Ce dispositif est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2005 : toute personne de plus de 16 ans doit avoir choisi son médecin traitant.

■ Pour respecter le parcours de soins coordonné, le patient doit consulter le médecin traitant qu'il a désigné, en 1^{ère} intention pour tout acte médical, sauf pour certaines spécialités.

Le médecin traitant peut l'orienter si besoin vers un spécialiste, appelé médecin correspondant.

Dans tous les cas, quels que soient le choix ou le comportement du patient, les médecins se sont engagés à assurer des délais de prise en charge identiques, à situation médicale égale. En cas de contestation, des conciliateurs sont accessibles dans les caisses d'Assurance maladie.

■ Modalités du parcours de soins

Plusieurs types de consultations sont possibles, lors du parcours de soins :

▶ L'avis ponctuel :

Il s'agit d'une consultation unique du médecin correspondant, à qui le médecin traitant a adressé son patient pour un avis ponctuel.

Pour être considérée comme une consultation d'avis ponctuel, le médecin correspondant ne doit pas avoir vu le patient dans les six mois précédant la consultation ne devra pas le revoir dans les six mois qui suivent.

Il ne donne pas de soins continus au patient et laisse au médecin traitant la mission d'assurer le suivi médical du patient.

▶ Les soins itératifs ou répétés :

Il s'agit de consultations consécutives pour des soins répétés délivrés par le médecin correspondant vers lequel le médecin traitant a orienté son patient.

Le médecin traitant et le médecin correspondant définissent ensemble un plan de soins, en termes de contenu et de périodicité, ou un protocole d'ALD (affection longue durée).

Dès l'établissement du plan de soins, le patient n'a plus à passer systématiquement par son médecin traitant pour suivre ses soins itératifs.

4^{ème} partie : **La participation forfaitaire de 1 €uro**

Le décret d'application au 1er janvier 2005 établissant à 1 € la participation forfaitaire du patient pour chaque acte médical, fixe à 50 actes par an le plafond du forfait, soit 50 € pour 2005, par exemple.

C'est une participation laissée à la charge de l'assuré, pour chaque consultation ou acte pris en charge par l'Assurance maladie, y compris les actes de radiologie et de biologie, et réalisés depuis le 1er janvier 2005, par un médecin généraliste ou spécialiste.

■ Quel champ d'application ?

► La participation forfaitaire de 1 € s'applique pour :

tout(es) consultation, acte, examen de radiologie, analyse de biologie médicale,
réalisé(es) par un généraliste ou un spécialiste,

à son cabinet, dans un dispensaire, au domicile du patient, en consultation à l'hôpital et dans un centre de soins.

► La participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas :

aux consultations, actes et soins réalisés par les chirurgiens-dentistes

aux consultations, actes et soins réalisés par les auxiliaires médicaux : orthoptistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes

aux consultations, actes et soins réalisés par les sages-femmes
en cas d'hospitalisation complète

aux assurés qui ont moins de 18 ans au 1er janvier de l'année en cours

aux femmes enceintes : pendant la période qui commence au 1er jour du 6ème mois de grossesse et se termine 12 jours après la date de l'accouchement

aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

si le montant à rembourser est inférieur à 1 €, cette participation forfaitaire ne sera pas déduite par la Sécurité sociale.

aux consultations entrant dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal.

Si vous êtes amené à consulter ou à réaliser un acte médical plusieurs fois dans la même journée, vous ne réglez cette participation forfaitaire qu'une seule fois.

Par contre, si vous consultez un généraliste puis un spécialiste le même jour, vous paierez deux fois ce forfait.

A noter : quand un prélèvement est effectué dans le cadre d'un acte de biologie, seul ce dernier fait l'objet d'une participation forfaitaire.

■ Comment cette participation sera-t-elle payée ?

Cette somme n'est pas versée en plus au professionnel de santé mais est déduite du montant remboursé par la Sécurité sociale.

Sur une consultation de généraliste à 20 €, vous recevrez donc 13 € de votre caisse primaire, au lieu de 14 € précédemment.

Enfin, lorsqu'un patient bénéficie de l'avance de frais (tiers-payant), «la participation due par l'intéressé est imputée sur les prestations ultérieures versées par sa caisse».

Les relevés de prestations de soins adressés par la caisse d'Assurance maladie précisent systématiquement la date et la nature de l'acte auquel se rapporte la participation forfaitaire de 1 €.

■ Pourquoi la mutuelle ne la prend-t-elle pas en charge ?

Parce qu'elle s'applique aux assurés sans distinction de besoins et de revenus, cette mesure n'est pas soutenue par les mutuelles.

De plus, la non-prise en charge de cette participation permet de conserver certains avantages, dans le cadre des contrats « responsables » :

l'exonération sur la cotisation complémentaire santé,

l'exonération des charges sociales dans les limites réglementaires,

et, pour les contrats obligatoires, la déductibilité fiscale des cotisations complémentaire santé.

En plus de ces pénalités financières, la prise en charge de la participation forfaitaire par les mutuelles faciliterait son augmentation par les pouvoirs publics en la rendant invisible aux adhérents : c'est ce qui s'est déjà produit pour le forfait journalier hospitalier.

5^{ème} partie : **Le forfait journalier et forfait hospitalier**

Dans un souci de responsabilisation des patients, le montant du forfait journalier hospitalier augmentera d'1 € par an sur 3 ans.

Le forfait journalier correspond à la participation aux frais d'hébergement laissée à la charge des personnes admises dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux.

► Dans un souci de responsabilisation des patients, le montant du forfait journalier hospitalier augmente régulièrement. Il est de 15 € depuis le 1er janvier 2006 et passera à 16 € d'ici 2007.

► Le montant de ce forfait en établissement psychiatrique était de 10 € en 2005, 11 € en 2006 et 12 € en 2007.

Pour mieux comprendre le fonctionnement des tarifs en vigueur :

<http://www.ameli.fr/229/DOC/2485/article.html>

6^{ème} partie : **Les médicaments**

Une grande partie de la réforme repose sur la recherche de la réduction des coûts liés aux soins et aux médicaments, selon trois axes :

les déremboursements de médicaments dont l'efficacité n'est pas suffisante ;

le tarif forfaitaire de responsabilité ;

l'aide aux médicaments innovants.

■ Les médicaments, qu'est ce qui change ?

► Médicaments et coûts

Les prix des médicaments seront régulièrement révisés, en se basant sur leur cycle de vie.

Pour les produits innovants récents, les prix suivront ceux des autres pays européens.

Le gouvernement envisage également de contraindre les industriels à adapter le nombre de comprimés vendus dans une boîte au besoin réel du traitement, afin de réduire le coût à sa stricte utilité.

La Haute Autorité en Santé se prononce sur l'utilité médicale des médicaments et des actes médicaux. Le cas de l'homéopathie est étudié par cette instance.

► Comment ça marche ?

La Haute autorité évalue les médicaments selon leur rapport efficacité/coût.

De son côté, le rôle de la Commission de la transparence est d'imposer aux industriels des conditionnements de médicaments adaptés à la durée des traitements. Le but de l'opération est économique, les conditionnements n'étant pas encore standardisés en France, contrairement aux autres pays européens. L'homogénéisation voudrait que les conditionnements d'un mois contiennent 32 comprimés et ceux de trois mois 96.

Afin de promouvoir les produits de santé, la taxe promotion médicaments et dispositifs médicaux sera augmentée. Pour les laboratoires pharmaceutiques, la taxe exceptionnelle sur leur chiffre d'affaires sera maintenue.

■ Les génériques

Le plan de réforme du gouvernement prévoit un développement important des médicaments génériques, permettant d'allier efficacité et moindre coût.

► Qu'est-ce qu'un médicament générique ?

Un générique est une copie d'un médicament dont le brevet est tombé dans le domaine public. Les médicaments génériques sont contrôlés par l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) avant d'être autorisés à la vente. Ils sont donc aussi sûrs et d'égale qualité que les médicaments originaux, avec l'avantage d'un prix moins élevé.

La France accuse un retard très important dans l'utilisation de ces produits, représentant 13 % des boîtes de médicaments vendues contre 30 % en Allemagne et 50 % en Angleterre, ces deux pays ayant adopté le principe plus tôt. Concernant les médicaments remboursables, les génériques ne représentent actuellement que 6% du marché.

► Comment sera-t-il développé ?

Afin d'accélérer leur développement, les génériques bénéficient d'une mise sur le marché plus rapide, de baisses de prix et d'un encouragement à la vente auprès des pharmaciens.

■ Instauration du Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR)

Cette mesure a été créée par le ministère de la Santé pour promouvoir la vente de certains médicaments génériques. Lors de la délivrance des médicaments prescrits, préférer un médicament de marque concerné par le TFR plutôt qu'un générique expose le patient à payer la différence de prix (environ 30 % plus cher).

Les patients pris en charge à 100 % qui choisissent un médicament de marque concerné par le TFR paieront la différence de tarif.

Le meilleur moyen de payer moins cher, c'est donc de systématiquement choisir un médicament générique.

■ Médicaments et Service Médical Rendu (SMR)

Parallèlement à la promotion des génériques, le gouvernement révisé périodiquement la liste des médicaments remboursés. Cela doit entraîner le déremboursement des médicaments dont le Service Médical Rendu (SMR) est considéré insuffisant par la Haute Autorité de santé, organisme agréé par le gouvernement.

Sur 221 médicaments présentant un SMR insuffisant, le gouvernement a pourtant choisi de créer une vignette à 15 % provisoire de 2 ans pour 65 de ces médicaments, les **veinotoniques**, reportant ainsi une partie du remboursement sur les mutuelles. Mais, très attentifs à la protection de votre santé, votre mutuelle ne prend pas en charge ces médicaments à 15 %. En effet, les médecins et scientifiques composant la Haute

Autorité de santé les ont jugés inutiles, c'est-à-dire insuffisamment efficaces pour être supportés par la solidarité nationale. En outre, cette pratique pourrait créer un précédent pour d'autres médicaments et cette situation « provisoire » pourrait durer plus de deux ans.

Médicaments veinotoniques

Si vous souffrez de problèmes de santé liés à une insuffisance veineuse ou à une mauvaise circulation sanguine, vous êtes peut-être soigné(e) avec des médicaments « veinotoniques ».

La Haute Autorité de santé a intégré à ses recommandations le recours à des méthodes de prévention, des conseils d'hygiène de vie et des traitements plus à même de soulager ces problèmes veineux (lire aussi article en page x).

Si vous êtes concerné(e) par ces questions, nous vous conseillons de prendre directement conseil auprès de votre médecin traitant ou de votre pharmacien, qui seront à même de vous orienter.

7^{ème} partie : **Les contrôles accrus des arrêts de travail**

Le contrôle des arrêts de travail va être renforcé, notamment pour les assurés « qui bénéficient de façon répétée d'arrêts de courte durée ». Les prolongations devront être prescrites par le médecin à l'origine du premier arrêt.

Le contrôle des arrêts de travail est renforcé, notamment pour les assurés « qui bénéficient de façon répétée d'arrêts de courte durée ». Les prolongations doivent être prescrites par le médecin à l'origine du premier arrêt.

Des sanctions pourront être appliquées aux assurés ainsi qu'aux médecins prescripteurs en cas d'abus.

■ Le renforcement du contrôle auprès des patients

De nouvelles informations figurent sur les avis d'arrêts de travail :

les coordonnées téléphoniques de la personne afin de faciliter l'accès des agents enquêteurs au domicile de l'assuré,

la fréquence des arrêts.

La Réforme instaure la mise en place de dispositifs de sanctions proportionnées à l'égard des patients : suspension du paiement des indemnités journalières, voire remboursement à l'Assurance maladie des sommes indûment perçues.

L'Assurance maladie veillera à ce que l'assuré ne puisse pas être pénalisé si l'abus est imputable au médecin ou à l'entreprise.

Une commission composée de représentants des assurés et de professionnels de santé examine si les arrêts de travail sont liés à une politique sociale de l'entreprise.

■ Le renforcement du contrôle auprès des médecins

Les pratiques de prescriptions des médecins sont également étudiées.

Plusieurs types de mesures concrètes sont prévues :

la mise à disposition des médecins de référentiels médicaux de prescription des arrêts de travail,

une surveillance accrue portant sur les gros prescripteurs.

Une sélection de sites utiles sur l'assurance maladie

www.ameli.fr

www.assurancemaladie.sante.gouv.fr

www.sante.gouv.fr

<http://vosdroits.service-public.fr/>

www.sesam-vitale.fr

www.cmu.fr

www.securite-sociale.fr