

Réforme de l'assurance maladie

Comment s'y retrouver

La réforme de l'assurance maladie, impulsée par la loi du 13 août 2004 se met progressivement en place.

Le 1^{er} janvier 2006 marque une étape importante dans son achèvement.

Le parcours de soins coordonné, dispositif central de la réforme de l'assurance maladie, impose aux assurés sociaux, depuis le 1^{er} juillet 2005, de choisir un médecin traitant et de passer par lui avant de

consulter un spécialiste. Le non-respect de ce parcours entraîne des pénalités financières : dépassement d'honoraires de la part du médecin consulté et désormais, moindre remboursement de la part de l'assurance maladie.

Ce principe peut apparaître simple, mais les nombreuses exceptions aboutissent à une multiplicité de tarifs de consultations, pas toujours maîtrisable par le commun des mortels. Ainsi les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés et consultent direc-

tement le pédiatre. Les gynécologues restent en accès libre pour certains types de soins. Le dentiste également sauf s'il s'agit d'un stomatologue que l'on ne consulte que sur orientation du médecin traitant. Bien sûr, rien n'empêche les assurés de conserver leurs habitudes et de consulter directement leur dermatologue. Mais cette « entorse » au parcours de soins implique des pénalités financières.

Le dossier qui suit doit permettre aux assurés de s'orienter dans ce labyrinthe.

Jean-Louis Deroussen

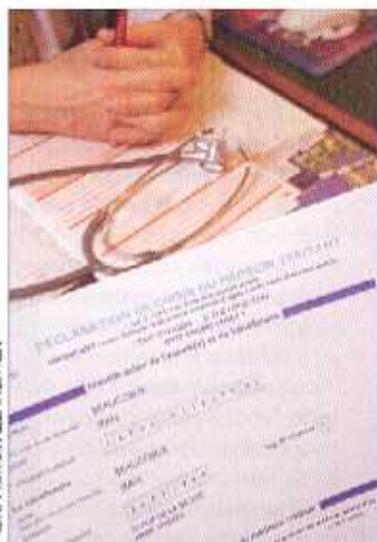


PHOTO PATRICK ALLARD/REA

Vous respectez le parcours de soins coordonnés

Deux situations sont possibles. Suivant votre problème de santé, et vos antécédents, vous avez pu choisir un généraliste ou un spécialiste, comme médecin traitant.

Si votre médecin traitant est un généraliste

Depuis le 1^{er} juillet 2005, le praticien qui vous soigne habituellement a été choisi et déclaré à votre caisse d'assurance maladie. Si vous n'avez pas consulté depuis cette date, votre prochaine visite chez lui sera l'occasion de vous mettre en règle. La plupart des généralistes facturent leurs consultations à 20 € : ce sont les médecins du secteur 1. L'assurance maladie vous rembourse 70 % de 20 €, soit 14 €, moins 1 € de participation financière soit 13 €.

Le médecin traitant, après dialogue, peut :

- vous soigner lui-même,
- prendre l'avis d'un autre généraliste (dont la consultation sera



PHOTO PATRICK ALLARD/REA

facturée 22 € (20 € + 2 € de majoration de coordination).

■ obtenir un avis ponctuel de consultant auprès d'un spécialiste (dont la consultation sera facturée 40 €, soit 13 € à votre charge (70 % de 40 € - 1 € remboursés) et qui obligera à une nouvelle consultation du médecin traitant pour se faire délivrer l'ordonnance s'inspirant des conseils du spécialiste.

■ vous orienter vers un spécialiste qui pratiquera des soins. - si celui-ci est en secteur 1, la consultation à 27 € vous est remboursée 17,90 € (70 % de 27 €) ; - s'il est en secteur 2 mais a

choisi l'option de coordination, la consultation de 27 € peut être majorée de 15 % pour certains actes techniques, non remboursés par l'assurance maladie ;

- s'il est en secteur 2 sans option de coordination, il pratique des prix libres sur la consultation et les actes techniques. Votre remboursement est limité à 70 % de 23 € - 1 €, soit 15,10 €. Le reste à charge peut être très élevé.

Si votre médecin traitant est un spécialiste

Rien dans la loi n'interdit de choisir un spécialiste comme médecin traitant : les personnes souffrant de maladie chronique peuvent demander au spécialiste qu'elles consultent régulièrement d'être leur médecin

traitant. Dans les faits, ce choix est marginal et moins de 1 % des médecins choisis comme médecin traitant sont des spécialistes.

La consultation est alors facturée 25 € et remboursée 16,50 € (70 % de 25 € - 1 €) dans la quasi-totalité des spécialités, sauf la psychiatrie, la neurologie (37 €) et la cardiologie (45,73).

La consultation d'un spécialiste, à honoraires libres, pas marginal, amène l'assurance maladie à limiter à 15,10 € son remboursement (70 % de 25 € - 1 €).

À NOTER

Si votre médecin traitant est absent, vous pouvez consulter un autre médecin du même cabinet ou son remplaçant. De même, si vous êtes en vacances ou en déplacement, et en cas d'urgence.

Ces situations sont prévues sur la nouvelle feuille de soins et vous n'êtes pas pénalisés au niveau de la prise en charge.

...

Vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés

Là encore, deux situations sont possibles.

■ La consultation du généraliste hors parcours de soins. En dehors des cas prévus (vacances, déplacement, urgence) la consultation à 20 € sera remboursée à 60 % moins la participation de 1 € soit 11 €.

■ La consultation du spécialiste hors parcours de soins. Si le spécialiste est en secteur 1, il peut pratiquer un dépassement de 5 € et la consultation s'élève alors à 32 €. L'assurance maladie limite le remboursement à 60 % de 25 € moins la participation de 1 € soit 14 €.

Si le spécialiste est en secteur 2, honoraires libres, l'assurance maladie limite sa prise en charge à 60 % de 23 € moins la participation de 1 €, soit 12,80 €.



Photo JMC



Vous êtes affecté d'une longue maladie

Les soins longs et coûteux liés aux maladies graves, dites affections de longue durée (ALD) sont pris en charge à 100 %. Trente affections sont répertoriées, qui imposent un traitement de plus de six mois et une thérapie souvent coûteuse.

La prise en charge à 100 % ne concerne que les soins liés à l'affection de longue durée, et le médecin utilise une ordonnance « blzone », permettant de distinguer les soins en rapport avec l'affection et les autres pour lesquels les remboursements sont identiques aux « autres » patients.

Le médecin traitant élabore, avec le concours éventuel d'autres collègues, le protocole de soins pour la personne atteinte de l'affection de longue durée, et le patient peut ainsi consulter directement les spécialistes correspondant, sans pénalisation (hormis l'euro forfaitaire). Ceci suppose néanmoins la consultation de spécialistes du secteur 1.

REPÈRES

- 92 % des français sont couverts par une complémentaire santé
- 60 % au travers d'un contrat collectif d'entreprise
- 36 % au travers d'un contrat individuel
- 4 % grâce à la CMU complémentaire

Les complémentaires santé proposent des contrats responsables

L'intérêt de mieux encadrer l'accès aux soins n'a de sens que si les assureurs complémentaires jouent également le jeu de la réforme et ne viennent pas prendre en charge toutes les pénalités que l'assurance maladie instaure en cas de non respect du parcours de soins. Les mutuelles, compagnies d'assurances, institutions de prévoyance ont donc été invités à proposer des contrats responsables en échange du maintien d'avantages fiscaux et sociaux.

Ces contrats responsables contiennent des obligations

et des exclusions de garanties alignées sur les principaux points de la réforme. Ainsi, ils ne peuvent couvrir la participation financière de 1 € acquittée par l'assuré sur chaque acte ou consultation médicale, ni compenser le moindre remboursement infligé par l'assurance maladie aux patients qui dérogent au parcours de soins.

Ils doivent, en revanche, prendre en charge au moins 30 % du tarif de convention des consultations du médecin traitant et du médecin correspondant, soit l'intégralité du ticket modérateur.

Une première étape vers le dossier médical personnel

Le médecin traitant est à la fois la porte d'entrée et le guide de son patient dans le parcours de soins. Il est donc chargé de faire la synthèse des informations qui lui sont transmises par les différents professionnels de santé consultés et d'intégrer cette synthèse dans le dossier médical personnel (DMP) qui sera l'outil essentiel de la coordination des soins... prévu pour le 1^{er} juillet 2007, et même pour janvier 2007 pour les patients en Affections de longue durée. Le patient conserve le droit d'accès à son DMP mais en refusant l'accès à un médecin entraînera des pénalités financières.