



Contact

Entreprises

EDITO

La réforme de l'assurance maladie se met en place. Choix du médecin traitant, respect du parcours de soins coordonnés.

Ce Spécial Santé fait le point sur ce dispositif qui conditionne le remboursement des assurés, y compris par les organismes complémentaires.

Avec au sommaire, notamment, la présentation du cadre juridique, social et fiscal des contrats responsables.

Bonne lecture !

Santé

Un parcours de soins imposé

La réforme de l'assurance maladie a instauré le parcours de soins. Depuis le 1^{er} janvier 2006, tous les assurés sociaux (ou ayants droit) âgés de 16 ans et plus doivent le respecter. A défaut, ils seront moins bien remboursés de leurs frais médicaux...



Première étape

En 2005, la réforme a imposé à tous les assurés sociaux de choisir et de déclarer leur médecin traitant auprès de leur caisse d'assurance maladie.

Ce médecin traitant, en tant que coordinateur de soins, pourra orienter son patient vers un autre confrère médecin, généraliste ou spécialiste, pour un avis ponctuel ou pour un suivi régulier.

En revanche, certains spécialistes dits « en accès direct », peuvent être consultés sans passer par le médecin traitant, à condition toutefois que l'assuré en ait désigné un. C'est le cas des gynécologues, ophtalmologues, et pour les moins de 26 ans des psychiatres ou neuropsychiatres.

Les situations d'urgence comptent aussi parmi les exceptions, ainsi que les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes puisque ce ne sont pas des médecins.

Deuxième étape

Depuis le 1^{er} janvier 2006, chaque assuré social doit consulter le médecin traitant qu'il a déclaré sous peine de moindre remboursement des soins.

Des remboursements modulés

Si l'assuré social ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement de ses frais médicaux (actes et consultations du médecin) par la Sécurité sociale sera diminué de 10 %. Cette diminution reste toutefois plafonnée à 2,50 € par consultation.

Cas particuliers

Si l'assuré social est en déplacement ou en voyage, il peut consulter un autre médecin sans pénalité.

En revanche, si son médecin traitant est en congés, il devra consulter son remplaçant. Les étudiants peuvent désigner un médecin dans leur ville de scolarité ou dans celle de leurs parents. A noter qu'il est possible de changer de médecin traitant à tout moment sans condition ni justification. Il suffit de remplir un nouveau formulaire et de l'envoyer à la caisse d'assurance maladie.

Chiffres clefs

- 8 milliards d'euros** : déficit de l'assurance maladie en 2005.
- 6,1 milliards d'euros** : déficit voté par le parlement pour 2006.
- 2951 euros par an** : dépense courante de santé (moyenne annuelle par Français).

Principales sources de financement de l'assurance maladie :

- **47,1 %** : cotisations sur les salaires payées par les salariés et les employeurs,
- **34,1 %** : CSG,
- **6,6 %** : transferts de l'État.

Sources : ministère de la santé et des solidarités, caisse nationale d'assurance maladie.

La modulation des remboursements

Le montant des honoraires perçus par les médecins, ainsi que les remboursements de la Sécurité sociale et des organismes complémentaires, dépendent du respect de la consultation initiale du médecin traitant.



Le médecin traitant, en tant que coordinateur du parcours de soins, assure le suivi et la mise à jour du dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements...).

Objectifs : éviter la multiplication des consultations, des examens superflus ou le mélange dangereux de médicaments.

Plusieurs cas possibles

Le médecin traitant généraliste ou spécialiste prescrit directement les examens nécessaires à l'assuré. Le patient reste dans le parcours de soins. Mais le médecin peut aussi décider d'orienter l'assuré vers un autre de ses confrères généralistes ou spécialistes, pour un diagnostic ponctuel ou pour un suivi régulier.

Si l'état de santé du patient nécessite une consultation régulière d'un spécialiste, celui-ci restera toujours dans le parcours de soins.

Ainsi par exemple, en cas d'Affection de longue durée (ALD), le médecin traitant établira un protocole de soins permettant à l'assuré de bénéficier d'un meilleur remboursement de la Sécurité sociale.

En revanche, si l'assuré décide de consulter directement un médecin, sans passer par son médecin traitant, il se situera en dehors du parcours de soins coordonnés et sera moins bien remboursé par la Sécurité sociale.

Des remboursements modulés

Le montant du remboursement (Sécurité sociale et organisme complémentaire) dépend du respect du parcours de soins coordonnés. Mais aussi de l'appartenance du praticien consulté au secteur 1 (honoraires fixés par la convention) ou au secteur 2 (honoraires libres).

Dans les exemples suivants, la base retenue pour le remboursement de l'organisme complémentaire est celle du contrat collectif Santé Entreprise AXA Formule 100, première formule d'une offre qui en comporte cinq.

Exemples de remboursements quand le patient* respecte le parcours de soins

1^{ère} étape : le patient consulte son médecin traitant.

	Médecin traitant/Cas d'un généraliste				
	Honoraires	Remboursement Sécurité sociale	Reste à charge	Contrat Santé Entreprise AXA Formule 100	Reste à charge final**
secteur 1	20 €	70 % x 20 -1 = 13 €	7 €	6 €	1 €
secteur 2	ex. 30 €	70 % x 20 -1 = 13 €	17 €	16 €	1 €

Chiffres à fin avril 2006.

2^e étape : le médecin traitant envoie son patient vers d'autres confrères pour un avis ponctuel ou un suivi régulier.

	Correspondant/Cas d'un spécialiste				
	Honoraires	Remboursement Sécurité sociale	Reste à charge	Contrat Santé Entreprise AXA Formule 100	Reste à charge final**
Suivi régulier					
secteur 1	28 €	70 % x 28 -1 = 18,60 €	9,40 €	8,40 €	1 €
secteur 2	ex. 45 €	70 % x 23 -1 = 15,10 €	29,90 €	23 €	6,90 €***
Avis ponctuel					
secteur 1	40 €	70 % x 40 -1 = 27 €	13 €	12 €	1 €
secteur 1	ex. 60 €	70 % x 40 -1 = 27 €	33 €	32 €	1 €

Chiffres à fin avril 2006.

* Le parcours de soins ne concerne que les assurés de 16 ans et plus.

** Il reste à charge au minimum 1 € correspondant à la participation forfaitaire, sauf pour les patients de moins de 18 ans.

*** Avec Santé Entreprise AXA Formule 200, le reste à charge final serait de 1 €.

Les contrats responsables

La réforme de l'assurance maladie s'accompagne d'une responsabilité nouvelle des organismes complémentaires santé.

Ces organismes doivent inciter les entreprises et leurs salariés à respecter l'esprit de la réforme au travers de contrats collectifs dits « responsables ». C'est-à-dire à consulter notamment leur médecin traitant et se conformer au parcours de soins coordonnés.

Des contrats responsables

Seuls seront qualifiés de « responsables » les contrats collectifs qui respectent certaines contraintes.

Ainsi, les organismes complémentaires ne devront pas prendre en charge la participation forfaitaire de 1 €, certains dépassements d'honoraires et la baisse de remboursement de la Sécurité sociale qui restent à la charge du patient qui ne respecte pas le parcours de soins.

De nouvelles obligations pour les organismes complémentaires

À l'inverse, les contrats responsables doivent garantir un remboursement minimum de l'assuré quand le parcours de soins est respecté :

- au moins 30 % de la base de remboursement des consultations du médecin traitant ou du médecin correspondant. L'assurance maladie intervenant à hauteur de 70 % de ce tarif, l'assuré qui opte pour un médecin de secteur 1 (sans dépassements d'honoraires) est donc remboursé intégralement (hors participation forfaitaire),
- au moins 30 % de la base de remboursement des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant ou le médecin correspondant. L'assuré n'aura à sa charge au maximum que 5 % du tarif. Aucune obligation n'existe pour les médicaments à vignette bleue et les produits homéopathiques remboursés à 35 % par l'assurance maladie,
- au moins 35 % des actes de biologie prescrits par le médecin traitant ou par le médecin correspondant. Ces actes étant remboursés à 60 % par l'assurance maladie, il restera là aussi au maximum 5 % du tarif à la



charge de l'assuré. Mais les organismes complémentaires peuvent, comme pour les médicaments, rembourser totalement ces frais,

- la totalité du ticket modérateur (partie des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de l'assurance maladie, hors dépassement) pour deux actes de prévention définis comme prioritaires par les services de santé (exemple : le dépistage de certains cancers)*.

Des avantages maintenus

S'ils respectent, entre autres, ce cahier des charges de l'assurance maladie, les contrats complémentaires de santé collectifs continueront de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux qui leur étaient jusqu'à présent accordés.

* La liste de ces prestations doit être publiée pour application au 1^{er} juillet 2006.

Exemples de remboursements quand le patient ne respecte pas le parcours de soins

Le patient va voir un médecin sans consulter son médecin traitant ou sans en avoir désigné un. Il sera moins bien remboursé par la Sécurité sociale et risque de payer plus cher la consultation.

	Médecin				
	Honoraires	Remboursement Sécurité sociale(1)	Reste à charge	Contrat Santé Entreprise AXA Formule 100	Reste à charge final(2)
Généraliste					
secteur 1	20 €	60 % x 20 -1 = 11 €	9 €	6 €	3 €
secteur 2	ex. 30 €	60 % x 20 -1 = 11 €	19 €	16 €	3 €
Spécialiste					
secteur 1	de 25 € à 33 € (3)	60 % x 25 -1 = 14 €	de 11 € à 19 €	7,50 €	de 3,50 € à 11,50 €
secteur 2	ex. 45 €	60 % x 23 -1 = 12,80 €	32,20 €	20,90 €	11,30 €
	ex. 60 €	60 % x 23 -1 = 12,80 €	47,20 €	23 €	24,20 €

1. Baisse du remboursement = 10 % du tarif de base dans la limite de 2,50 €.

2. Il reste à charge au minimum 1 € correspondant à la participation forfaitaire (sauf pour les patients de moins de 18 ans)

+ la baisse de remboursement
+ le dépassement autorisé (en général 8 €).

3. Montant plafond des dépassements autorisés.

Chiffres à fin avril 2006.

Un cadre fiscal et social réglementé

Les contrats complémentaires santé bénéficient de certains avantages fiscaux et sociaux, sous certaines conditions.

Les contrats collectifs d'entreprise des organismes complémentaires santé qui bénéficient du label « responsable » (c'est le cas de toutes les formules du contrat Santé Entreprise d'AXA) contiennent de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux en vigueur. Mais dans des enveloppes différentes pour les contrats souscrits depuis le 1^{er} janvier 2005.

Enveloppe fiscale

Les cotisations de santé (et de prévoyance) sont déductibles du revenu imposable du salarié dans la limite de 3 % de la Rémunération annuelle brute (RAB) + 7 % du Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) (avec un plafond global de 3 % de 8 PASS, soit 7 456 € en 2006).

Enveloppe sociale

La contribution de l'employeur est exonérée de charges sociales dans la limite de 1,5 % de la RAB + 6 % du PASS (avec un plafond de 12 % du PASS, soit 3 728 € en 2006).

Pour en bénéficier, les contrats collectifs doivent respecter certaines conditions, qui sont principalement :

- **la mise en place d'un régime dans l'entreprise selon une procédure définie** (accord collectif, référendum ou surtout pour les TPE/PME décision unilatérale du chef d'entreprise),
- **le caractère collectif du régime** : la définition de la catégorie de personnel qui bénéficie du régime ne doit pas comporter de critères liés à la durée du travail, l'ancienneté, l'âge ou la nature du contrat.

De même, le taux de cotisation doit être uniforme pour toutes les personnes appartenant à une même catégorie de personnel,

- **le caractère obligatoire de l'adhésion*** : tous les salariés de la catégorie de personnel doivent adhérer, sauf quelques exceptions comme les CDD ou saisonniers par exemple, dont l'adhésion est facultative.

A noter : les anciennes enveloppes fiscales et sociales des contrats souscrits avant le 1^{er} janvier 2005 peuvent continuer d'être utilisées jusqu'en 2008 sous certaines conditions.

Parlons-en !

* La loi Evin permet aux salariés présents dans l'entreprise à la date de mise en place d'un régime par décision unilatérale de refuser de cotiser, ce qui ne remet pas en cause le caractère obligatoire du régime, mais tous les salariés embauchés postérieurement doivent adhérer.

Une réforme en plusieurs étapes

Le parcours de soins coordonnés n'est qu'un élément de la réforme globale de l'assurance maladie mise en place depuis le 1^{er} janvier 2005. Zoom sur quelques points complémentaires.

1 euro forfaitaire

La réforme de l'assurance maladie a instauré, au 1^{er} janvier 2005, une participation obligatoire d'un euro, non remboursé, pour les consultations de généralistes, de spécialistes, et les examens de radiologie ou de biologie.

Déremboursements

La réforme prévoit également le déremboursement de certains médicaments.

Depuis le 1^{er} mars 2006, 152 médicaments au service médical rendu insuffisant ne sont plus remboursés par la Sécurité sociale.

Dossier médical et carte vitale

Le Dossier médical personnel (DMP) inscrit dans le parcours de soins doit être généralisé à partir de juillet 2007.

Ce dossier informatisé contiendra des informations sur la santé de chaque assuré (allergies, résultats d'exams, traitements en cours...). Il sera constitué et mis à jour par le médecin traitant. La carte Vitale deviendra la clé de voûte de ce dispositif. Elle contiendra les données médicales utiles en cas d'urgence et sera dotée d'une photo d'identité pour éviter les fraudes.

Cette lettre d'information vous est adressée par votre courtier.

Directeur de la publication : Pascal Thébé • Rédacteur en chef : Philippe Borne • Conception & rédaction : Anne Fleiter et EVEREST
AXA France : 26, rue Drouot 75009 Paris. Les textes et documents publiés dans ce numéro ne peuvent être reproduits, sans l'accord de la rédaction.