



Et vos soucis s'envolent...

l'air du Temps

« La Réforme de l'Assurance Maladie continue, qu'est ce que cela change pour vous et nous ? »

PROPOS

AVANT

La réforme de l'Assurance Maladie gardera en mémoire l'année 2005, comme étant l'année de l'instauration du « PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ »

Par cette mesure, l'Assurance Maladie, incitait dès juillet 2005, l'assuré au choix de son médecin traitant. La prochaine marche à gravir est fixée au 01/01/2006, avec la mise en place des « contrats responsables ». Nous nous proposons de vous expliquer au cours de la lecture de l'Air du Temps, spécial santé, qu'en est-il exactement.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉ

Il s'agit là d'une tentative pour avoir un suivi médical performant et coordonné. Le choix par le patient d'un médecin traitant semble pertinent pour plusieurs raisons.

Vos démarches sont d'abord facilitées, vous êtes mieux conseillé et orienté, vous n'effectuez plus que des examens ou radiographies utiles et nécessaires et les résultats des divers examens sont interprétés par une seule personne censée vous connaître à la perfection, à savoir votre médecin traitant.

Votre dossier médical est ainsi beaucoup mieux utilisé, et vous effectuez de la sorte un « parcours médical » parfaitement suivi et adapté à votre cas.

Deuxième avantage à respecter le parcours de soins, vous bénéficiez de meilleurs tarifs et de meilleurs remboursements de la Sécurité Sociale.

Plus philosophiquement, mais c'est important dans notre démarche, ce dispositif permet l'accès des soins à tous.



LES PÉNALITÉS EN CAS DE NON RESPECT DU PARCOURS DE SOINS

Elles sont diverses et variées.

- ☞ Vous serez moins bien remboursé
- ☞ Les dépassements d'honoraires des spécialistes non prescrits par votre médecin traitant ne seront pas pris en charge. (majoration d'honoraires pour maximum 7€)
- ☞ De la même manière la Sécurité Sociale appliquera elle aussi une diminution du taux de remboursement.
- ☞ Si de surcroît, le patient s'oppose à la transmission de son dossier médical à un médecin traitant, le niveau de remboursement de certains actes et/ou prestations sera diminué.
- ☞ Enfin la panoplie des mesures « disciplinaires » ne serait pas complète si nous ne parlions du Tiers Payant lui aussi supprimé.

Les contrats responsables

La finalité de ces actions entreprises est de responsabiliser du patient à l'industriel, l'ensemble des acteurs concernés. C'est la première phase de la réforme.

A partir du 01 janvier, la deuxième étape de la réforme, avec l'introduction de cette notion de « parcours responsable » mettra essentiellement à contribution les patients et leur assurance complémentaire.

Ces contrats « responsables » pourront bénéficier des déductions fiscales existantes* s'ils respectent l'ensemble des conditions ci dessous.

- ☞ Respect des pénalités appliquées par la Sécurité Sociale
- ☞ Respect du parcours de soins
- ☞ Respect de la prise en charge de garanties complètes à des taux de remboursement fixés par le décret d'application et d'au moins deux prestations de prévention, dont la liste doit aussi être arrêtée par décret.

* Cela concerne les contrats groupe obligatoires profitant de l'article 83 du Code général des Impôts, les déductions dans le cadre de la Loi MADELIN pour les travailleurs indépendants et le crédit d'impôt pour les salariés.

QUESTIONS DIVERSES

Puis-je changer de médecin traitant ?

Oui, on peut à tout moment changer de médecin traitant sans avoir à se justifier.

Suis-je pénalisé si je consulte un autre médecin ?

En cas d'urgence ou en cas de déplacement pour les vacances, je peux faire appel à un autre médecin généraliste sans que cela me coûte plus cher.

Puis-je consulter un spécialiste sans pénalité ?

Il est possible de consulter un gynécologue, un psychiatre, un ophtalmologue, un dentiste ou un pédiatre sans prescription de mon médecin traitant.

LE COÛT DE LA REFORME

Les assureurs complémentaires sont aujourd'hui confrontés à de nombreux phénomènes entraînant des conséquences économiques haussières.

Outre l'évolution constante de la consommation médicale, nous avons à faire face à une nouvelle classification des actes médicaux, au désengagement permanent et continu de la Sécurité Sociale, au durcissement de la prise en charge des affections longue Durée par la Sécurité Sociale, à la mise en place du parcours de soins, et du contrat responsable, à la hausse du forfait hospitalier (de 14 à 15 €)

L'ensemble de ces mesures obligent nos assureurs à adapter leurs tarifs au 01/01/2006.

Ceci est d'autant plus indispensable que d'autres mesures pour 2006, sont prévues par le projet de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale .

Il est entre autre prévu :

☞ Une franchise de 18 € pour les actes techniques supérieurs à 91 €

☞ Le désengagement de la Sécurité Sociale sur 62 médicaments veinotoniques pris en charge à 15% au lieu de 35%

☞ L'augmentation de 1.75% à 2.50% du prélèvement effectué pour financer la CMU sur les cotisations.

Pour ces raisons, nous serons obligés de pratiquer une hausse partielle par anticipation y compris pour les adhérents dont l'échéance est fixée au 30/06/2006.