

# Réforme(S) de l'Assurance Maladie

## R é f o r m e instituée par la loi sur l'Assurance Maladie du 13/08/2004



**La réforme de l'Assurance Maladie, dont l'application débutera en Janvier 2005, comporte des dispositions qui auront un impact sur la vie quotidienne des assurés. A cela s'ajoute aussi, pour les mutuelles, une "réforme technique" concernant le passage à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ainsi que la Tarification A l'Activité (TAA).**

**L**a Mutualité française, qui fédère la quasi-totalité des mutuelles, a tenu début octobre ses journées de rentrée à Pau (Pyrénées-Atlantiques). Au cœur des débats : l'application de la loi sur l'assurance maladie. Le mouvement mutualiste veillera à ce que les points positifs de la réforme, comme le médecin traitant, ne soient pas détournés contre les malades.

### La Mutualité Française vigilante

Une chance de sauver la Sécurité Sociale mais aussi un risque pour les assurés sociaux : c'est l'analyse partagée par les mutuelles sur la réforme de l'assurance maladie. Quelque 750 responsables et militants mutualistes se sont réunis les 6 et 7 octobre, à Pau (Pyrénées-Atlantiques), pour les journées de rentrée de la Mutualité française. Présidée par Jean-Pierre Davant, cette fédération nationale regroupe la quasi-totalité des mutuelles. Le mouvement mutualiste s'est distingué, durant la préparation de la réforme de Philippe Douste-Blazy, en proposant 25 mesures "pour rénover le système de santé".

Plusieurs de ces orientations ont été reprises par le ministre de la Santé dans la loi votée cet été au Parlement. Elles ont pour but d'aider les malades à mieux s'orienter et mieux se soigner : choix d'un médecin traitant, création d'un dossier médical personnel, suivi particulier pour les personnes souffrant d'une maladie grave ou chronique. D'autres mesures visent à assurer une meilleure qualité, comme la création d'une Haute Autorité de santé, qui jouera un rôle de "tour de contrôle".

**"La loi est votée, mais la réforme reste à faire !"**

Pour autant, les mutualistes sont inquiets pour 2005 : "La loi est votée, mais la réforme reste à faire !", lance le président de la Mutualité française, Jean-Pierre Davant. Un seul exemple :



le médecin traitant. La loi prévoit que chaque assuré devra, à partir de 16 ans, choisir un médecin qui le guidera dans le système de santé. Très bien ! Mais si le malade ne respecte pas cette obligation et va voir directement un médecin spécialiste, il sera le seul à être pénalisé : le praticien, en effet, aura alors le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires ! Il aura donc financièrement intérêt à ce que les assurés ne suivent pas le circuit. Il pourra même avantager les "resquilleurs" en les recevant plus rapidement que les personnes qui lui sont adressées par un médecin traitant.

**Ce dispositif "s'engage mal", estime Jean-Pierre Davant. Le président de la Mutualité française invite donc les mutuelles à ne pas prendre en charge ces dépassements mais, en revanche, à encourager leurs adhérents à choisir un médecin traitant.**

**Pourquoi cette prise de position ? Parce que, si les mutuelles remboursent ces majorations d'honoraires, les pouvoirs publics risquent de s'engouffrer dans la brèche : il sera tentant, en effet, de laisser les complémentaires santé payer ces dépassements plutôt que d'accorder aux médecins des augmentations de tarifs que la Sécurité Sociale a du mal à financer ! avec, pour conséquence, une hausse des dépenses des mutuelles et, une hausse des cotisations mutualistes.**

Jean-Pierre Davant,  
Président de  
la Mutualité Française



## Tirer les leçons du forfait hospitalier

“Ce serait alors la même machine infernale qu’avec le forfait journalier à l’hôpital”, met en garde Jean-Pierre Davant. Lors de sa création en 1983, ce montant était supposé couvrir les frais d’hébergement des malades hospitalisés et s’élevait à 20 francs, soit 3,05 euros. Le forfait, qui n’est pas remboursé par la Sécurité Sociale, a progressivement été pris en charge par les mutuelles. Résultat : pour alimenter le budget des hôpitaux, les gouvernements successifs ont régulièrement augmenté cette contribution. Fixé à 14 euros en 2005, le forfait hospitalier passera à 15 euros en 2006 puis 16 euros en 2007.

Le même raisonnement peut s’appliquer à la nouvelle contribution de 1 euro sur les actes médicaux, à la charge des assurés. **A la différence que la loi interdit quasiment aux mutuelles de la prendre en charge, à travers une taxation des contrats.** Aux côtés de nombreux syndicats de salariés, organisations de médecins et associations de malades, le mouvement mutualiste proteste depuis des mois contre cette mesure. Le forfait de 1 euro va pénaliser tous les patients sans encourager un recours aux soins plus responsable et plus économe. Dans un seul but : permettre à l’assurance maladie obligatoire de faire des économies. Pour la Mutualité française, la loi de réforme de l’assurance maladie doit être mise résolument au service des assurés sociaux et de la qualité des soins : “Dans le cas contraire, nous pourrions connaître le [bug] le plus retentissant de notre histoire sociale, prédit son président. Ce serait de nouveau du temps perdu... et le temps perdu, ce sont des cotisations obligatoires ou facultatives qui s’envolent !”

Pascal LELIÈVRE

# L’essentiel de ce qui va changer à partir du 1er janvier prochain

**Certaines mesures  
sont d’ordre financier  
d’autres auront des  
répercussions sur  
notre façon de nous  
soigner. Nombre  
d’entre elles doivent  
encore être précisées  
par décret au cours  
des prochaines  
semaines.**

## Forfait de 1 euro non remboursable par consultation

A compter du 1er janvier 2005, les patients devront payer un forfait de 1 euro à chaque consultation et acte médical. Cette somme ne sera pas versée en plus au professionnel de santé mais sera déduite du montant remboursé par la “Sécurité Sociale”. Toutes les consultations sont concernées par cette nouvelle franchise, y compris les consulta-

**Le projet de Loi  
de financement de  
la Sécurité Sociale,  
voté par l’Assemblée  
Nationale en première  
lecture, précise que les  
organismes d’assurance  
complémentaire ne  
pourront pas couvrir ce  
forfait de 1 euro sauf si  
une clause le prévoit  
expressément dans  
le contrat, le bulletin  
d’adhésion ou le  
règlement mutualiste.**

**Les mutuelles  
interprofessionnelles,  
réunies en congrès  
le 23 octobre dernier,  
veulent s’impliquer  
dans la réussite de la  
réforme de l’assurance  
maladie. Elles ont voté  
à l’unanimité  
la recommandation de ne  
pas prendre en charge  
le 1 euro forfaitaire  
et les dépassements  
des spécialistes  
en accès direct.**

tions aux urgences non suivies d’hospitalisation et celles des malades en affection de longue durée (ALD), des titulaires du minimum vieillesse et des victimes d’accidents du travail ou de maladies professionnelles. Quelques cas d’exonération sont prévus. Il s’agit des femmes enceintes de plus de 6 mois, des mineurs et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU).



## Pourquoi La Mutuelle Verte ne prendra pas en charge le forfait de 1 euro.

L’objet de cette réforme étant la “responsabilisation” des assurés, cette mesure ne pourrait remplir son objectif si cette participation obligatoire, mise à la charge des patients par la Loi de réforme, était prise en charge par les organismes complémentaires. En effet, il ne s’agirait que d’un simple “transfert de charge” pour les adhérents qui inévitablement serait répercuté sur leurs cotisations.

Par ailleurs, la Loi a prévu de pénaliser les contrats prenant en charge ce forfait : suppression des avantages fiscaux et sociaux accordés aux contrats collectifs et aux contrats souscrits dans le cadre de la Loi Madelin (Travailleurs Non Salariés), mais surtout, perte de l’exonération de la taxe sur les conventions d’assurances d’un montant de 7 %.

## Choix du Médecin traitant

Dès le 1er janvier 2005, chaque assuré devra choisir un médecin traitant (voir article page 8). Le médecin traitant coordonnera les soins de son patient et sera chargé de l'adresser à un autre médecin s'il le faut. Un patient qui souhaite consulter de sa propre initiative un spécialiste en dehors de son médecin traitant sera pénalisé financièrement.

Les décrets d'application de cette mesure ne sont pas encore parus. De façon à permettre une mise en place progressive de cette disposition, les conséquences financières (pénalités) ne devraient pas être appliquées avant 2006. Nous vous informerons au fur et à mesure de la parution des décrets.

## Complémentaire santé : aide à la souscription

Réclamé depuis trois ans par le mouvement mutualiste pour tous les Français, le crédit d'impôt prévu par la loi, a malheureusement limité le bénéfice de cette disposition à une catégorie de la population.

Au 1er janvier 2005, les personnes dont les revenus ne dépassent pas de plus de 15 % le seuil de ressources de la Couverture Maladie Universelle (CMU) complémentaire (soit un revenu mensuel compris entre 576,13 et 662,55 euros pour une personne seule) bénéficieront d'une aide à la souscription d'une complémentaire santé.

## Hausse du forfait journalier hospitalier

Ce forfait est censé couvrir les frais quotidiens d'hébergement et d'entretien et n'est pas remboursé par l'assurance maladie. A partir de 2005, il passera à 14 euros. Cette augmentation se poursuivra à raison de 1 euro par an, pour atteindre 16 euros en 2007. Soit plus de 23 % en 3 ans !

## Augmentation de la CSG

L'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité des salariés passera de 95 % à 97 % à compter du 1er janvier 2005. Le taux sera augmenté de 0,4 % pour les retraités, les chômeurs et les bénéficiaires d'une pension d'invalidité.

# Rappel des autres mesures

## Contrôle accru 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".

## Une carte vitale personnalisée

Durant le dernier trimestre 2006, une nouvelle carte Vitale sera adressée à chaque assuré par la caisse d'assurance maladie. Elle sera personnalisée, avec une photo d'identité.

## Dossier Médical Personnel (DMP)

Chaque patient de plus de 16 ans disposera, à compter du 1er janvier 2007, d'un "dossier médical personnel" informatisé et sécurisé.

## Haute autorité de santé

Une Haute Autorité de santé "scientifique et indépendante" a été créée par décret. Réclamée depuis 1994 par les mutualistes, c'est elle qui donnera son avis sur l'utilité des traitements et des actes médicaux.



## De nouvelles responsabilités pour l'Assurance Maladie Obligatoire

Une Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) sera créée. Elle coordonnera l'action de la Cnam (salariés), de la Canam (professions indépendantes) et de la MSA (agriculteurs). Cette instance aura le pouvoir de décider du montant des taux de remboursement des médicaments et prestations.

## Création d'une Union des organismes d'assurance maladie complémentaire

Une Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire sera créée. Cette union regroupera des représentants des mutuelles, des institutions de prévoyance et des assurances. Elle émettra des avis sur les propositions de décisions de l'Uncam, notamment sur la fixation des taux de remboursement. Elle aura sa place à la table des négociations avec l'assurance maladie et les professionnels de santé.

## Calendrier prévisionnel de mise en place des principales mesures

### 1 janvier 2005 :

- Choix du médecin traitant
- Contribution 1 euro
- Crédit d'impôt
- Premier appel d'offres DMP
- Mise en place de la Haute autorité de santé
- Création de l'Union nationale des organismes complémentaires

### 1er janvier 2006 :

- Diffusion des contrats d'Assurance Maladie Complémentaires "Responsables"

### Dernier trimestre 2006 :

- Déploiement de la carte vitale 2

### 1er janvier 2007 :

- Généralisation du Dossier Médical Personnel