

REFORME DE LA SECURITE SOCIALE

La loi du 13 août 2004, portant réforme de l'Assurance Maladie est entrée en vigueur au 1er janvier 2005

L'objectif des pouvoirs publics est de limiter l'évolution des dépenses de santé à travers une consommation de soins mieux adaptée et plus mesurée. Pour atteindre ce but, la réforme s'appuie sur deux leviers : la diminution de certains remboursements et la modification du comportement des patients.

Médecin traitant

Depuis le 1^{er} juillet 2005, chaque assuré social de plus de 16 ans doit avoir choisi son médecin traitant et en avoir fait la déclaration auprès de sa caisse primaire d'assurance maladie.

Ce médecin traitant oriente si nécessaire, dans le cadre d'un dispositif dit « parcours de soins », l'assuré vers un autre praticien généraliste ou spécialiste qui lui transmet ses conclusions.

Parcours de soins

Si l'assuré ne respecte pas le parcours de soins, l'accès direct en consultation d'un spécialiste est moins bien remboursé que sur orientation du médecin traitant, les bases de remboursements de la sécurité sociale étant différenciées .

Toutefois un accès direct sans s'exposer à une baisse des remboursements est possible dans les cas suivants :

- En cas d'urgences (Samu, SOS médecins.....)
- En cas d'éloignement du domicile (vacances, résidence secondaire.....)
- En cas d'absence du médecin traitant (week-end, vacances, nuit.....)
- En cas de soins itératifs à la suite de la mise en place d'un protocole de soins rédigé par le médecin traitant

Les femmes enceintes peuvent également bénéficier d'un accès direct à compter du 6^{ème} mois de grossesse et ce jusqu'au 12^{ème} jour suivant l'accouchement.

La participation forfaitaire de 1 euro

Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation de 1 euro est déduite du montant des remboursements de la sécurité sociale pour chaque consultation, acte médical, examen radiologique ou analyse médicale.

Cette participation est limitée à 50 € par personne et par an.

Depuis le 3 août 2007, la contribution est limitée à 4 € par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé.

Les franchises médicales

Depuis le 1^{er} janvier 2008, le gouvernement a mis en place dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale des franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires à hauteur de :

- **0.50 €** par boîte de médicaments
- **0.50 €** par acte paramédical (ex : kinésithérapie)
- **2 €** par transport sanitaire (trajet)

La franchise est plafonnée à **50 € par an pour l'ensemble** des actes ou prestations concernées (*à dissocier du plafond de 50 € également applicable à la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations de médecins, actes de biologie et radiologie*).

Pas plus de 2 € par jour pourront être déduits sur les actes paramédicaux et 4 € par jour pour les transports sanitaires (2 trajets : aller et retour).

Jusqu'au 30 novembre 2008, cette règle ne s'applique qu'aux actes et prestations effectués par un même professionnel.

Le forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier correspond à une participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation supérieure à une journée. Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, une augmentation de 1 euro par an a été instaurée entre le 1^{er} janvier 2005 et le 1^{er} janvier 2007.

Son montant est de **16 €** par jour (**12 €** en établissement psychiatrique)

L'encadrement des arrêts de travail

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les arrêts de travail sont davantage contrôlés par l'Assurance maladie. Votre médecin doit indiquer le motif sur la feuille d'arrêt de travail. Vous et votre médecin êtes susceptibles d'être contrôlés. Les personnes refusant ces contrôles voient leurs indemnités suspendues et celles ayant abusé du système doivent payer une amende. En 2007, ce sont désormais tous les arrêts de travail de plus de 45 jours qui sont systématiquement contrôlés.

La CMU complémentaire

L'aide pour une complémentaire santé est une réduction de votre cotisation de complémentaire santé. Elle est accordée si vos ressources dépassent de moins de 20% le plafond d'attribution de la CMU complémentaire .

Depuis 2006 est instaurée une dispense d'avance des frais sur la part prise en charge par l'assurance maladie.

Plafonds maximum de ressources annuelles pour l'attribution de l'aide pour une complémentaire santé à compter du 1^{er} juillet 2007

Nombre de personnes composant le foyer	Montant du plafond annuel
1 personne	8 727 €
2 personnes	13.290 €
3 personnes	15 708 €
4 personnes	18 326 €
Au delà de 4 personnes Par personne supplémentaire	3490 €