

Assurance Maladie :
l'analyse de QUATREM



QUATREM
Assurances Collectives

La mesure phare de la réforme de la santé

“Soyez aussi responsable que vos contrats”

en respectant le parcours de soins coordonnés

Les pouvoirs publics ont souhaité que les entreprises et leurs assureurs complémentaires responsabilisent les salariés en les incitant à suivre le **“parcours de soins coordonnés”**. Pour ce faire, les contrats complémentaires santé d'entreprises dits **“responsables”** respectent désormais un cahier des charges, **définissant à la fois des interdictions et des obligations de remboursement**. Le contenu de ce cahier des charges a été arrêté par décret le 30 septembre 2005, puis complété par l'arrêté du 8 juin 2006 sur les actes de prévention et par l'article 52 de la loi de finance de la Sécurité sociale pour 2008, relatif aux franchises médicales.

Les interdictions

- **La prise en charge de la majoration du ticket modérateur** appliquée au patient qui consulte un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans la coordination de ce dernier. La majoration du ticket modérateur est fixée à 40%* à compter du 31/01/2009.
- **La prise en charge d'une franchise de 8 €**** par consultation sur le dépassement éventuel du médecin consulté sans orientation préalable du médecin traitant, à compter du 01/03/2006.
- **La prise en charge de la participation forfaitaire de 1 €** sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses.
- **La prise en charge d'une franchise de :**
 - 0,5 € par boîte de médicaments ou autre contenant, à l'exception des médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - 0,5 € par acte effectué par un auxiliaire médical,
 - 2 € par transport sanitaire,

applicables aux médicaments, actes et prestations délivrés, à compter du 01/01/2008.

* dans la limite de 10 euros par acte pour ceux supérieurs à 25 euros

** dépassement maximum autorisé pour un médecin spécialiste du secteur 1 (12 € pour les psychiatres et assimilés et 12,27 € pour les cardiologues).

Les obligations

- **La prise en charge au minimum de 30 %** du tarif conventionnel de la Sécurité sociale **sur les consultations effectuées par le médecin traitant** ou le médecin correspondant.
- **Le remboursement de 30 %** de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale **des médicaments remboursés à 65 %** et prescrits dans le cadre du parcours de soins.
- **Le remboursement de 35 %** de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale **des analyses médicales** prescrites par le médecin traitant ou correspondant.
- **La prise en charge totale du ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention** choisies dans la liste établie par la Haute Autorité de Santé. Cette mesure est applicable au 01/07/2006.

N'oubliez pas...

Au-delà du respect du cahier des charges des contrats complémentaires santé dits **“responsables”**, il est indispensable de maintenir la solidarité du contrat pour bénéficier, selon la nature du contrat, d'éventuels avantages fiscaux et sociaux : exonération de la taxe sur les conventions d'assurance, exonérations sociales et déductibilité fiscale.

Classification Commune des Actes Médicaux : CCAM

Tarification à l'activité : T2A

<p>Textes de loi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Loi du 04/01/1993 • Décret du 06/05/1995 • Arrêté du 31/12/2004 • Décision UNCAM du 18/07/2005 • Décret du 30/05/2005 • Arrêté du 16/08/2005 • Décision UNCAM du 01/07/2009 	<ul style="list-style-type: none"> • Loi du 27/07/1999 • Loi de financement de la Sécurité sociale 2004 • Décrets n° 65 et 66 du 28/01/2005 • Arrêté du 31/01/2005 • Arrêté du 06/09/2005 • Art. 43 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2006
<p>Objet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacement de la nomenclature existante des actes médicaux (NGAP). • Prise en compte de la technicité des actes dans la tarification. • Codification exhaustive avec 7 200 actes et 15 000 tarifs (y compris l'ancien "hors nomenclature" qui devient "non remboursable"). 	<ul style="list-style-type: none"> • Facturation des séjours par forfait : disparition des prix de journée. • Création de GHS (Groupes Homogènes de Séjour) codifiés par pathologie décrite. • Pour chaque GHS : un tarif forfaitaire, une durée minimale et une durée maximale. • Règles d'abattement ou de majoration en cas de séjour plus court que le minimum de durée ou en cas de séjour dépassant le maximum de durée. • Les tarifs cibles seront mis en place progressivement d'ici 2012. • Facturation de l'hospitalisation à domicile avec de nouveaux tarifs (Groupes Homogènes de Tarifs).
<p>Périmètre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La CCAM est la première étape de la Classification Commune des Actes des Professions de Santé (CCAPS). Elle porte sur les actes techniques médicaux et dentaires. • La description des actes cliniques, des actes de sages-femmes et des actes paramédicaux fait l'objet d'étapes ultérieures. 	<ul style="list-style-type: none"> • La T2A s'applique à tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO). • À terme, les soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie seront concernés.
<p>En pratique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exhaustivité et neutralité de la nomenclature. • Pilotage de la pratique médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Harmonisation des modes de financement des établissements privés et publics. • Tarifs nationaux à terme. • Développement des outils de pilotage médico-économique.
<p>Dates d'application</p>	<p>30/03/2005 : lancement de la CCAM technique médicale V1.</p> <p>03/10/2008 : ouverture de la CCAM aux chirurgiens dentiste pour 98 actes de chirurgie buccale. À l'exception des ces actes, l'activité dentaire reste facturée en NGAP.</p> <p>25/05/2010 : lancement de la CCAM technique médicale V21, incluant les actes d'anatomie et cytologie pathologique (ACP).</p>	<p>01/03/2005 : cliniques privées et hospitalisation à domicile.</p> <p>01/01/2009 : établissements publics ou participant au service public hospitalier.</p>
<p>Impacts sur les contrats collectifs</p>	<ul style="list-style-type: none"> • CCAM technique médicale : disparition du tarif de convention (TC) et du tarif d'autorité (TA). • Disparition des lettres clés : KA, KC, KCC, KE, KMO, PRA, Z, ZN et 95 % des K. • Modification de l'exonération du ticket modérateur pour K>50 : seuil en euros pour les actes CCAM (prix unitaire ≥ 91 €). • Accès uniquement à 6 codes de regroupement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement de la règle d'exonération du ticket modérateur pour les séjours supérieurs à 30 jours. • Disparition des prix de journées et de certains forfaits techniques (exemple : frais de salle d'opération). • Pas de changement de règles pour les chambres particulières ni pour le forfait hospitalier. • Nouveau bordereau de justificatif pour les assureurs complémentaires (en remplacement du bordereau 615).

Avis QUATREM

La 1^{ère} vague (CCAM Technique Médicale) a surtout un impact sur le poste hospitalisation. Il existe donc un risque que le poste hospitalisation augmente et que les cas d'exonération du ticket modérateur diminuent => impact sur les résultats des assureurs complémentaires. La CCAM dentaire représentera un enjeu encore plus important.

Risque d'augmentation du nombre de séjours (le prix du séjour étant le même quelle que soit sa durée si elle reste dans la fourchette fixée par le GHS). Il existe un risque de diminution des cas d'exonération du ticket modérateur ce qui va certainement jouer sur les résultats des assureurs complémentaires. Maintien des règles actuelles pour les séjours de soins suite à réadaptation et pour la psychiatrie, ainsi que dans les hôpitaux locaux.

Politique du médicament	Forfait hospitalier	Participation forfaitaire de 1 €
<ul style="list-style-type: none"> • Art. 30, 31 et 43 de la loi du 13/08/2004 • Art. 41 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2006 • Décret du 05/01/2010 	<ul style="list-style-type: none"> • Arrêté du 27/12/2004 • Arrêté du 23/12/2009 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 20 de la loi du 13/08/2004 • Art. 40 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2005 • Décret du 23/12/2004 • Décret du 02/08/2007
<ul style="list-style-type: none"> • Modification des conditionnements des médicaments afin de mieux les adapter à la consommation. • Nouvelles pratiques dans la promotion des produits de santé (charte qualité). • Rôle de la Haute Autorité Santé (évaluation et prise en charge par l'Assurance Maladie). • Création d'un nouveau taux de remboursement de la Sécurité sociale à 15 % depuis le 01/01/2006. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le forfait hospitalier est une participation à la couverture des frais d'hébergement liés à l'hospitalisation. • La hausse du forfait hospitalier s'inscrit dans le cadre de la réduction du déficit de l'Assurance Maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participation forfaitaire pour les consultations et les actes des médecins, dont les radiologues, réalisés en cabinets ou en établissements de santé (hors séjour hospitalier) et pour les actes de biologie médicale (hors prélèvement). • Non remboursable par la Sécurité sociale. • Valeur fixée à 1 €. Elle pourra évoluer. • L'objectif est de responsabiliser directement l'assuré dans son comportement de soins en lui faisant supporter une part minimale des frais par acte de médecin. • Cette participation forfaitaire est limitée à 50 actes par an et par assuré social, et à 4 € par jour et par professionnel de santé.
<p>Poste pharmacie</p>	<p>Hôpitaux publics et cliniques</p>	<p>Assurés sociaux âgés de 18 ans et plus</p> <p>La participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux soins effectués par les chirurgiens-dentistes, orthoptistes, masseurs kinésithérapeutes, infirmières, orthophonistes et sages-femmes, • en cas d'hospitalisation complète, • aux assurés qui ont moins de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année en cours, • aux femmes enceintes : pendant la période qui commence au 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et se termine 12 jours après la date de l'accouchement, • aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME), • si le montant à rembourser est inférieur à 1 €, cette participation forfaitaire ne sera pas déduite par la Sécurité sociale, • aux accidents de travail et maladies professionnelles des fonctionnaires, • aux territoires d'outre-mer (TOM).
<ul style="list-style-type: none"> • Réduction du prix des médicaments génériques au 01/01/2006, de 13 % à 20 %. • Réduction du délai après lequel un nouveau médicament pourra être "générlicable" (de 15 à 10 ans). • Mise à jour de la liste des médicaments remboursables => radiation de 1000 médicaments qui ne sont plus commercialisés depuis au moins 1 an. • Déremboursement de médicaments en plusieurs vagues. • Possibilité, sous condition, pour le pharmacien de refuser le tiers payant en cas de refus de l'assuré d'un médicament générique. • Régime local Alsace-Moselle : <ul style="list-style-type: none"> - non prise en charge des médicaments à 15 %, - baisse de la prise en charge des médicaments à 35 % (Sécurité sociale + régime local = 80 %) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le montant du forfait journalier hospitalier augmentera d'1 € par an sur 3 ans soit de 13 € à 14 € en 2005, 15 € en 2006, 16 € en 2007 et 18 € en 2010. • Pour les séjours psychiatriques : <ul style="list-style-type: none"> 9 € à 10 € en 2005, 11 € en 2006, 12 € en 2007 et 13,50 € en 2010. 	<p>Cette participation forfaitaire n'est pas versée en plus au professionnel de santé, mais sera déduite du montant remboursé par la Sécurité sociale. <i>Exemple</i> : sur une consultation à 20 €, l'assuré recevra donc 13 € de sa caisse primaire au lieu de 14 €.</p> <p>En cas de tiers payant, la participation forfaitaire est déduite du montant d'un remboursement ultérieur ou récupérée par recouvrement direct. Il peut donc y avoir un décalage dans le temps.</p>
<p>01/01/2006 : mise en place du taux à 15 % (vignette orange).</p> <p>01/03/2006 : application du déremboursement.</p> <p>À compter du 1^{er} janvier 2008 : déremboursement des veinotoniques.</p> <p>2010 : nouvelle vague de déremboursement partiel</p>	<p>01/01/2005</p>	<p>01/01/2005</p>
<p>Concernant les médicaments à 15 %, deux approches sont possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • non prise en charge, • prise en charge dans la garantie "pharmacie - frais médicaux" du contrat. <p>Mise en œuvre effective de formules de remboursement spécifiques pour les médicaments à 15% liée à une évolution nécessaire des systèmes et des attestations de tiers-payant.</p>	<p>Augmentation des remboursements sur le poste hospitalisation.</p>	<p>Tous les contrats en vigueur au 01/01/2005 sont réputés ne pas couvrir la participation forfaitaire de 1 €.</p>

Conséquences : pérennisation du taux à 15 % comme étape intermédiaire avant déremboursement.

Non prise en charge de la participation forfaitaire dans le cadre des contrats responsables afin de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux des garanties de complémentaire frais de santé.

Médecin traitant	Contrat responsable	Participation forfaitaire sur les actes lourds
<ul style="list-style-type: none"> Articles 7 et 8 de la loi n° 2004-810 du 13/08/2004 Convention médicale du 12/01/2005 (arrêté du 03/02/2005) Article 17 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2005 Arrêté du 20/12/2004 fixant le modèle du formulaire "déclaration du choix du médecin traitant" Art. 42 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2006 Décision de l'UNOCAM du 29 août 2007 Décision de l'UNOCAM du 22 janvier 2009 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 57 de la loi du 13/08/2004 et art. 51 de la loi de finances rectificative pour 2004 (30/12/2004) Circulaire DSS du 25/08/2005 Décret du 29/09/2005 Instruction fiscale du 25/11/2005 Art. 54 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2006 Arrêté du 08/06/2006 sur les actes de prévention Lettre circulaire n° 2006-126 de l'ACOSS Décret du 03/08/2007 Art. 52 LFSS 2008 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2006 Décret du 19/06/2006
<ul style="list-style-type: none"> Libre choix par l'assuré social d'un médecin traitant avec l'accord de ce dernier. Choix modifiable par l'assuré social. Instauration d'un parcours de soins : sauf cas particuliers, passage obligatoire par ce médecin avant d'accéder à un spécialiste. 	<ul style="list-style-type: none"> Ajout de conditions supplémentaires pour qu'un contrat complémentaire santé bénéficie d'avantages sociaux et/ou fiscaux. 	<ul style="list-style-type: none"> Instauration d'un ticket modérateur forfaitaire à charge de l'assuré sur les actes lourds précédemment exonérés du ticket modérateur Valeur fixée à 18 €. Elle pourra évoluer. Une seule participation forfaitaire : <ul style="list-style-type: none"> - par séjour hospitalier, - par séance en médecine de ville.
<p>Assurés sociaux âgés de 16 ans et plus</p> <ul style="list-style-type: none"> Le médecin traitant peut être un médecin libéral, hospitalier, ou salarié d'un centre de santé, généraliste ou spécialiste. Ce sera un généraliste dans la très grande majorité des cas. Un accès direct est autorisé pour certains actes de médecine en ophtalmologie et gynécologie, en psychiatrie pour les patients âgés de moins de 26 ans, et en pédiatrie du fait du plancher d'âge. Les chirurgiens dentistes et les auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) ne sont pas concernés. <p>Des cas dérogatoires sont prévus : éloignement, urgence ou absence du médecin traitant.</p>	<p>Contrat de complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et/ou sociaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> exonération de charges sociales, déductibilité fiscale, exonération de la taxe de 7 % sur les conventions d'assurance, crédit d'impôt, ouvert depuis le 01/01/2005, pour aider les personnes, à faibles revenus à souscrire une complémentaire santé individuelle. <p><i>Pour plus de détail, reportez-vous au tableau de synthèse présenté en dernière page.</i></p>	<p>Tous les actes lourds, soit les actes techniques médicaux et les actes techniques dentaires (hors prothèses), de coefficient supérieur ou égal à 50 (principalement K50, KC50) et actes CCAM dont le prix unitaire est supérieur ou égal à 91 €.</p> <p>Les actes d'imagerie (radiologie, scanner...) ne sont pas concernés.</p>
<p>Création de majorations dans le cadre du parcours de soins.</p> <p>En cas de non respect du parcours de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> les médecins de secteur 1 consultés directement et hors cas dérogatoires, peuvent pratiquer un dépassement encadré (maximum + 17,5 %), le ticket modérateur est majoré de 40 % ; cette majoration qui se traduit par une baisse du remboursement de la Sécurité sociale plafonnée à 10 € pour les actes supérieurs à 25 €. <p>Ces pénalités s'appliquent aux consultations, visites et actes techniques des médecins.</p>	<p>Comme précisé dans la partie "Mesure phare de la réforme", pour qu'un contrat soit qualifié de "responsable", il doit répondre aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> non prise en charge des pénalités instaurées par la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins, incitations à respecter le parcours de soins en imposant des minima de garanties sur les consultations et certaines prescriptions du médecin traitant ou du médecin correspondant, prise en charge totale du ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention, choisis parmi une liste définie par arrêté. pas d'exclusions contractuelles de type "fait intentionnel de l'assuré, participation à une rixe, état d'ivresse, etc." possibilité d'appliquer des délais de carence. non prise en charge des franchises médicales. 	<p>18 € restent à la charge de l'assuré, remboursables par la complémentaire santé si le contrat le permet.</p> <p>Il est prévu une indexation de ces montants sur l'évolution moyenne des tarifs CCAM.</p>
<p>01/01/2005 : début de l'enregistrement des choix du médecin traitant</p> <p>01/07/2005 : droit de facturer un dépassement autorisé pour les spécialistes du secteur 1 hors parcours de soins</p> <p>01/01/2006 : majoration du ticket modérateur hors parcours de soins</p> <p>03/09/2007 et 01/01/2009 : nouvelles majorations du ticket modérateur hors parcours de soins</p>	<p>01/01/2006</p> <p>Au 01/07/2006 pour ce qui concerne les 2 mesures de prévention</p> <p>Phase transitoire jusqu'au 01/01/2008 pour les contrats comprenant des garanties couvrant exclusivement les frais d'hospitalisation ou la pharmacie ou la Liste des Produits et Prestations (qui comprend notamment l'optique)</p>	<p>21/06/2006</p>
<p>Entre dans la définition des contrats responsables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nécessité de renégocier les conditions des contrats qui ne respectent pas les minima de garanties. Nécessité de mettre en conformité le reste des contrats concernés par voie de lettre avenant. Contrats multiples : le cumul des garanties doit respecter les conditions du contrat "responsable". D'autres conditions pourraient toutefois être exigées. En attente de publication de textes officiels. Nécessité pour le souscripteur de modifier l'acte juridique créateur du régime (accord collectif, référendum, décision unilatérale). 	<p>Cette participation peut être couverte par les contrats de complémentaire santé et sera donc intégrée dans les garanties. Mais elle se traduira par une augmentation du coût technique.</p>
<p>Volonté du gouvernement de responsabiliser les assurés. De nombreuses erreurs sont à prévoir tant de la Sécurité sociale que des médecins dans l'application des nouvelles règles qui sont très complexes.</p>	<p>Importance du devoir de conseil de l'apporteur pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> mettre à niveau les contrats ne proposant pas les minima de garanties, rappeler au client que dans un contexte de contrats multiples, il est nécessaire de vérifier que le cumul des garanties respecte l'ensemble des conditions du contrat "responsable" et que des incertitudes persistent sur l'ensemble des contraintes à respecter (mettre en avant la responsabilité du client sur ce point). <p>Importance de la communication : rendez-vous sur le site www.quatrem.fr pour découvrir l'ensemble des documents mis à votre disposition, notamment sur les actes de prévention choisis par Quatrem.</p>	<p>Première brèche dans les exonérations du ticket modérateur qui se traduit pas un transfert vers les complémentaires. Le Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a d'ailleurs préconisé une remise à plat des régimes d'exonération du ticket modérateur. Il est donc probable que les transferts vers les complémentaires se poursuivront.</p>

Option de coordination pour le secteur 2	Dossier médical personnel : DMP	Franchises médicales
<ul style="list-style-type: none"> Convention médicale du 12/01/2005 (arrêté du 03/02/2005) 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 3 de la loi du 13/08/2004 	<ul style="list-style-type: none"> Art. 52 de la LFSS 2008 du 21-12-2008
<ul style="list-style-type: none"> Incitation des médecins du secteur 2 à modérer leurs tarifs en limitant leur enveloppe de dépassements. Sur la base du volontariat. En contrepartie, prise en charge par la Sécurité sociale d'une partie de leurs cotisations sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Chaque patient de plus de 16 ans bénéficiaire de l'Assurance Maladie, disposera d'un dossier médical personnel (DMP), informatisé et sécurisé. Le DMP doit contenir les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins. Interdiction de consultation dans le cadre des opérations d'assurance et de la médecine du travail. 	<p>Franchises appliquées aux médicaments, actes et prestations délivrées de :</p> <ul style="list-style-type: none"> 0,5 € par boîtes de médicaments ou autre contenant à l'exception des médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation ; 0,5 € par acte effectué par un auxiliaire médical 2 € par transport sanitaire (par trajet) <p>Dans la limite :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'un plafond de 50 € par année civile; d'un plafonnement journalier lorsque plusieurs actes paramédicaux ou plusieurs transports sont réalisés au cours d'une même journée. Ce montant est fixé à 2 € pour les actes effectués par un auxiliaire médical et à 4 € pour les transports sanitaires.
<p>Consultations, visites et actes techniques de médecins de secteur 2 effectués dans le cadre du parcours de soins.</p>	<p>Pour chaque assuré social de plus de 16 ans.</p>	<p>Assurés sociaux âgés de 18 ans et plus.</p> <p>Les franchises médicales ne s'appliquent pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> aux femmes enceintes aux mineurs aux bénéficiaires de la CMU Complémentaire.
<ul style="list-style-type: none"> Pas de dépassement sur les consultations et visites dans le cadre du parcours de soins. Plafonnement des dépassements à 15 % sur les actes techniques dans le parcours de soins. Pas de dépassement pour les enfants de moins de 16 ans. Honoraires sans dépassement ≥ 30% des honoraires totaux sur l'année. Droit de facturer des majorations normalement réservées au secteur 1. Prise en charge d'une partie des cotisations sociales par la Sécurité sociale. 	<ul style="list-style-type: none"> Dossier unique et informatisé contenant les éléments indispensables au suivi du parcours de soins. Le patient sera le seul à avoir un accès automatique à son dossier, et déterminera qui pourra y accéder. Le patient sera libre de refuser l'accès à son DMP, mais le niveau de la prise en charge des actes et prestations de soins par l'Assurance Maladie sera conditionné par son accès. Un hébergeur de référence est retenu. 	<p>Les franchises médicales sont déduites du montant remboursé par la Sécurité Sociale</p> <p>En cas de tiers-payant, il y a un décalage dans le temps, les franchises étant déduites d'un remboursement ultérieur.</p>
<p>01/07/2005</p>	<p>Projet reporté.</p> <p>Calendrier non défini à ce jour.</p>	<p>01/01/2008</p>
<p>Possibilité de création de garanties spécifiques sur cette option.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Possibilité de diminution du nombre d'examen (imagerie, biologie). Le dossier médical personnel ne sera pas accessible aux assureurs (y compris par un médecin conseil). 	<p>Non-prise en charge des franchises médicales</p> <ul style="list-style-type: none"> est ajoutée aux critères restrictifs de définition du contrat responsable conditionne l'exonération plafonnée des cotisations sociales applicables à la contribution de l'employeur finançant un contrat santé conditionne la déductibilité sur le revenu imposable des cotisations versées : <ul style="list-style-type: none"> - aux régimes de prévoyance complémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire et qui finance des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation des frais de santé. - aux contrats d'assurances groupe Madelin pour le remboursement ou l'indemnisation des frais de santé.

Suivre la montée en charge réelle de ce dispositif.

Date de mise en place toujours incertaine.

Non-prise en charge des franchises médicales dans le cadre des contrats responsables afin de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux, des garanties complémentaires frais de santé.

Actes cliniques
Consultations, visites, honoraires de surveillance.

Actes techniques
Actes non cliniques (radiologie, petite chirurgie).

Affection de longue durée (ALD)
Maladies graves et/ou chroniques qui entraînent une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie pour les soins en rapport avec elles.

Base de remboursement (BR)
Montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette nouvelle appellation englobe le TC, le TA et les tarifs CCAM et T2A.

Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)
Le taux global de la C3S est désormais de 0,16 % du chiffre d'affaires des entreprises dont le CA > 760 000 €. Pour les compagnies d'assurance, mutuelles ou institutions de prévoyance, les cotisations des contrats responsables seront exonérées.

Médecin correspondant
Il s'agit du médecin généraliste ou spécialiste consulté dans le cadre du parcours de soins après orientation du médecin traitant. Ce dernier peut agir dans le cadre d'un suivi régulier = soins itératifs (une ou plusieurs consultations) ou s'il est spécialiste en avis ponctuel.

Prix de journée
Montant des frais d'hébergement et de soins demandé pour chaque journée d'hospitalisation aux malades. Le prix de journée est fixé par voie de convention ou administrativement. Les prix de journée des courts séjours (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) sont supprimés par la T2A depuis le 01/03/2005 dans les établissements privés de soins ne participant pas au service public hospitalier.

Tarif d'autorité (TA)
Base de remboursement de la Sécurité sociale pour les consultations et actes des professionnels de santé non conventionnés. Il est très nettement inférieur au Tarif de convention. La CCAM supprime les TA mais prévoit des minorations très importantes de la BR du secteur non conventionné.

Tarif de convention (TC)
Tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés. Il est remplacé par la notion de BR en CCAM.

Ticket modérateur (TM)
Part de la base de remboursement qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale sans tenir compte de la participation forfaitaire de 1 €. Il a été introduit dans le but de "modérer" la consommation médicale des assurés en laissant une partie des dépenses à leur charge.



Et concrètement ...

Quels sont les impacts sur le budget complémentaire santé ?

Hypothèses :

Une entreprise décide de mettre en place un contrat complémentaire santé pour ses salariés. La cotisation est de 1 000 € hors taxes par an. L'entreprise finance 60 % de cette cotisation.

Le coût pour le salarié correspond à sa part de cotisations (400 € hors taxes) ainsi qu'au surcoût dû à la part de cotisation payée pour lui par son employeur (charges sociales, CSG/CRDS, IRPP, etc.).

Pour l'entreprise

	Pour un contrat responsable	Pour un contrat non responsable
Budget annuel complémentaire santé pour un salarié	600 €	600 €
Taxe sur les conventions d'assurance (7 %)	0 €	+ 42 €
Charges sociales patronales (40 %)	0 €	+ 257 €
Charges déductibles de l'IS (33,33 %)	- 200 €	- 299 €
BUDGET TOTAL	400 €	600 €

+ 50 %

Entreprise de moins de 10 salariés

IRPP 2009 : salaire annuel brut 2008 du salarié 50 K€, du conjoint 35 K€
2 enfants

Pour le salarié

	Pour un contrat responsable	Pour un contrat non responsable
Budget annuel cotisation complémentaire santé	400 €	400 €
Taxe sur les conventions d'assurance (7 %)	0 €	+ 28 €
Charges sociales salariales (14,4 %)*	0 €	+ 92,50 €
CSG/CRDS (déductibles et non déductibles)*	+ 47 €	+ 50 €
IRPP (14 %)*	0 €	+ 65,25 €
BUDGET TOTAL	447 €	635,75 €

+ 42,30 %

* Calculs basés sur l'avantage en nature constitué par la contribution de l'entreprise (600 ou 642 €).

Que cela signifie-t-il pour les remboursements ?

Principaux honoraires médicaux et parcours de soins

Certains spécialistes peuvent être consultés directement : il s'agit des ophtalmologues, des gynécologues pour certains de leurs actes et des psychiatres et neuropsychiatres pour les patients âgés de moins de 26 ans.

Il n'y a pas de pénalité appliquée par la Sécurité sociale sur le remboursement dès lors qu'un médecin traitant a été déclaré.

Le coût de la consultation est identique à celui d'un médecin correspondant pour soins itératifs dans le parcours de soins.

Respect du parcours de soins (Tarif au 01/01/10)

	Tarif	Base de remboursement	Remboursement Sécurité sociale	Reste à charge
Consultation d'un médecin traitant	Généraliste	22 €	70 % - 1 €	7,60 €
	Spécialiste, secteur 1	25 €	70 % - 1 €	8,50 €
	Spécialiste, secteur 2	HL (ex. 40 €)	70 % - 1 €	24,90 €
Consultation d'un médecin correspondant pour soins itératifs sur prescription du médecin traitant	Généraliste, secteur 1	25 €	70 % - 1 €	8,50 €
	Spécialiste, secteur 1	28 €	70 % - 1 €	9,40 €
	Spécialiste, secteur 2	HL*(ex. 60 €)	70 % - 1 €	44,90 €
	Cardiologue, secteur 1	49 €	70 % - 1 €	15,70 €
Consultation d'un correspondant pour avis ou soin ponctuel	Spécialiste, secteur 1	44 €	70 % - 1 €	14,20 €
	Spécialiste, secteur 2	HL (ex. 60 €)	70 % - 1 €	30,20 €
	Psychiatre, secteur 2	HL (ex. 80 €)	70 % - 1 €	42,50 €

Hors du parcours de soins (Tarif au 01/01/10)

	Tarif	Base de remboursement	Remboursement Sécurité sociale	Reste à charge
Consultation sans avoir choisi ou consulté son médecin traitant	Généraliste, secteur 1	22 €	30 % - 1 €	16,40 €
	Généraliste, secteur 2	HL*(ex. 26 €)	30 % - 1 €	20,40 €
	Spécialiste, secteur 1	25 à 33 € (ex. 33 €)	30 % - 1 €	26,50 €
	Spécialiste, secteur 2	HL*(ex. 39 €)	30 % - 1 €	33,10 €
	Cardiologue	48 €	45,73 €	70 % - 10 €

À compter du 3 août 2007, le plafond journalier de la participation forfaitaire à la charge de l'assuré passe de 1 € à 4 € lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours de la même journée. Le plafond annuel reste, quant à lui, limité à 50 € par personne.

À compter du 31 janvier 2009, la baisse du taux de remboursement de la Sécurité sociale en cas de non respect du parcours de soins est fixée par l'UNCAM à 40 % dans la limite de 10 euros par acte pour ceux supérieurs à 25 €.

Les exemples de tarifs sont présentés par un assuré social de plus de 16 ans en France métropolitaine. La grille tarifaire complète représente plus de 30 situations tarifaires (cas des ALD, CMU, cas de la pédiatrie pour les enfants de 0 à 2 ans, ou de 2 à 16 ans, psychiatres, etc.)

Les taux de remboursement sont hors Alsace-Moselle.

*Honoraires libres

Proposez des contrats responsables...

et bénéficiez en contrepartie d'avantages fiscaux et sociaux !

HAS (Haute Autorité de Santé) :
institution chargée
de l'amélioration des soins

- évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes médicaux, prestations et produits de santé,
- contribuer aux décisions de remboursement,
- définir et diffuser les bonnes pratiques médicales.

UNCAM (Union Nationale
des Caisses d'Assurance Maladie) :

institution chargée de
l'encadrement des principales
caisses nationales

- fixer les orientations annuelles de la politique conventionnelle (opposition à un accord possible),
- proposer une liste des actes et des médicaments admis au remboursement (liste établie par la HAS).

UNOCAM

(Union Nationale des Organismes
d'Assurance Maladie Complémentaire) :

institution réunissant
l'ensemble des organismes
assurant une couverture
santé complémentaire
(mutuelles, institutions de prévoyance
et sociétés d'assurance)

- renforcer la coopération entre la Sécurité sociale et les assureurs complémentaires pour les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé,
- être un lieu d'échanges et de propositions sur les mesures et réformes de l'Assurance Maladie,
- participer aux décisions prises par l'UNCAM en matière d'admission au remboursement et de fixation des taux.

Comme vous le savez, les cotisations afférentes à ces contrats bénéficient, dans certaines limites et sous certaines conditions, de l'**exonération de la taxe sur les conventions d'assurance** et éventuellement d'**avantages fiscaux et sociaux**, conformément au tableau ci-dessous.

Type de contrats santé - Contrats "solidaires" exclusivement	Exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (7 %)	Exonération de charges sociales	Déduction du revenu imposable
Contrats collectifs obligatoires	oui	oui	oui
Contrats Madelin	oui	non	oui
Contrats collectifs facultatifs* (souscrits avant le 01/01/2005)	oui	non	néant

*Ces contrats doivent avoir été transformés en contrats obligatoires avant le 31/12/2008 pour pouvoir continuer à bénéficier du régime fiscal et social pré-cité.

Mémento des exonérations fiscales et sociales pour la **prévoyance et santé** collectives à adhésion obligatoire, en 2010 :

Limites fiscales (art. 83 du CGI)	7 % du PASS + 3 % du salaire annuel brut dans la limite de 3 % de 8 PASS (8 308,80 €)
Limites sociales (art. L.242 et D.242-1 du CSS)	6 % du PASS + 1,5 % du salaire annuel brut plafonné à 12 % du PASS (4 154,40 €)

PASS : plafond annuel de la Sécurité sociale 34 620 € en 2010.

Ce document QUATREM sur les évolutions santé s'appuie sur les informations détenues au 1^{er} janvier 2010. Nous ne manquerons pas de vous informer des prochaines évolutions.



QUATREM
Assurances Collectives

59-61, rue La Fayette - BP 460 09
75423 Paris Cedex 09
www.quatrem.fr

Entreprise régie par le Code des assurances.

Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 380 426 249 €.