

Les évolutions Santé en 2007

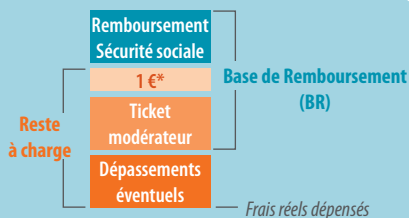
L'année 2007 aura été, pour la Sécurité sociale, une année de transition, marquée par la poursuite des orientations engagées en 2005. Les mesures adoptées cette année visent à :

- Favoriser la prévention : nouvelles prises en charge, notamment celles de certains substituts nicotiniques et du vaccin contre le cancer du col de l'utérus,
- Inciter les assurés à suivre le parcours de soins avec leur médecin traitant.

Par ailleurs, les bases de remboursement des consultations des médecins généralistes et des soins infirmiers ont été majorées. De même, le montant du forfait journalier hospitalier a été revu à la hausse.

QUATREM prend en charge tout ou partie de ces majorations, selon les caractéristiques propres à votre contrat.

Lexique



* La participation forfaitaire de 1 € ne s'applique pas sur l'optique et le dentaire.

■ Base de Remboursement

Valeur de référence, pour chaque acte, à partir de laquelle la Sécurité sociale calcule le montant de son remboursement.

■ Ticket modérateur

C'est la part de la Base de Remboursement, hors participation forfaitaire, qui reste à la charge de l'assuré.

■ Participation forfaitaire de 1 €

C'est une participation laissée à la charge de l'assuré, pour chaque consultation ou acte pris en charge par la Sécurité sociale et réalisé par un médecin, un laboratoire d'analyses médicales (sauf les actes de prélèvements) ou un radiologue.

Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale

À l'heure où nous rédigeons ce bulletin d'information, le Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale pour 2008 est en cours de discussion. **Ce Projet est notamment marqué par la création de franchises médicales**, qui prendrait effet le 1^{er} janvier 2008. Parce que ces dernières risquent d'impacter fortement le budget santé des assurés, nous avons voulu vous communiquer les informations dont nous disposons en l'état actuel du Projet de Loi. Ce Projet inclut :

- une participation de 0,50 € par boîte de médicaments,
- une participation de 0,50 € par acte paramédical (kiné, orthophoniste, etc.),
- une participation de 2 € par recours au transport sanitaire (ambulance).

Ces franchises seront déduites des remboursements effectués par la Sécurité sociale ou prélevées sur les remboursements ultérieurs en cas de tiers payant.

Les franchises médicales seront plafonnées à 50 € par personne et par an. Mais, les **bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, les femmes enceintes** et les **enfants** en seront exonérés.

Les franchises médicales seront destinées à financer les **3 chantiers prioritaires définis par le gouvernement pour 2008** :

- la lutte contre la maladie d'Alzheimer,
- la lutte contre le cancer,
- le développement des soins palliatifs pour réduire les souffrances des personnes en fin de vie.

Le remboursement de ces franchises par les régimes complémentaires n'est pas admis pour les contrats "responsables".



QUATREM
Assurances Collectives

Chronologie des évolutions

1^{er} janvier 2007

Forfait hospitalier : majoration de 1 €

Depuis le 1^{er} janvier 2007, le forfait journalier hospitalier est passé de 15 à **16 €** par jour en hôpital ou en clinique. Ce forfait représente les frais d'hébergement entraînés par l'hospitalisation de l'assuré.

1^{er} février 2007

Arrêt du tabac : prise en charge par la Sécurité sociale des substituts nicotiniques

Depuis le 1^{er} février 2007, la Sécurité sociale accompagne l'arrêt du tabac. **Elle rembourse, sous réserve d'avoir une prescription médicale, pour un montant maximum de 50 € par an et par bénéficiaire, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur...).** La liste des substituts pris en charge est disponible sur le site internet : www.ameli.fr

15 avril 2007

Renouvellement des lunettes par l'opticien sur ordonnance de moins de 3 ans

Désormais, l'opticien peut renouveler la paire de lunettes d'un assuré de plus de 16 ans et le cas échéant, modifier le degré de correction de ses verres (sauf désaccord préalable de l'ophtalmologue ou découverte d'une presbytie inconnue). Dans ce dernier cas, l'assuré doit présenter une prescription médicale établie postérieurement au 15 avril 2007. Cette évolution ne concerne pas le renouvellement des lentilles.

1^{er} juillet 2007

• Augmentation du tarif de consultation du médecin généraliste de secteur 1 de 21 à 22 €

• Revalorisation des actes de soins infirmiers

Le 18 avril 2007, la Sécurité sociale et les syndicats représentatifs des infirmiers libéraux ont conclu un accord prévoyant une revalorisation des actes de soins infirmiers en 2 étapes. La première est intervenue le 1^{er} juillet dernier, la seconde devant intervenir au 1^{er} août 2008. Au final, ces majorations correspondent à une augmentation de la valeur de l'acte de l'ordre de 10 %.

11 juillet 2007

Décision de la prise en charge par la Sécurité sociale du 1^{er} "vaccin" contre le cancer du col de l'utérus

Le premier "vaccin" contre le cancer du col de l'utérus, le Gardasil®, est remboursé par la Sécurité sociale (65 % de prise en charge) pour les jeunes filles et les jeunes femmes visées par les recommandations. Il est commercialisé au prix public de 145,94 € TTC l'injection. Le schéma de vaccination nécessite trois injections en tout.

3 août 2007

Majoration du plafond journalier de la participation forfaitaire de l'assuré

Si l'assuré consulte plusieurs fois le même médecin au cours de la même journée ou s'il consulte un médecin qui réalise plusieurs actes au cours d'une même séance : la participation forfaitaire de 1 € est retenue pour chaque consultation ou acte, **dans la limite de 4 € par jour pour un même professionnel de santé.** Le plafond annuel reste quant à lui limité à 50 € par personne. Auparavant, les malades ne payaient qu'une seule fois par jour ce forfait, quel que soit le nombre de consultations qu'ils effectuaient dans la même journée.

2 septembre 2007

Non respect du parcours de soins coordonné : pénalité supplémentaire

Depuis le 2 septembre, **si l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il l'a fait mais consulte un autre médecin hors parcours de soins coordonné,** les remboursements de la Sécurité sociale passent de 60 % à 50 % de la Base de Remboursement.

Rappel : dans le cadre du respect du parcours de soins, la Sécurité sociale rembourse 70 % de la Base de Remboursement.

Exemples

Pour une consultation de généraliste à 22 €, l'assuré sera remboursé par la Sécurité sociale de :

- **10 €** (22 € x 50 % - 1 €*) **hors parcours de soins,**
- **14,40 €** (22 € x 70 % - 1 €*) **en respectant le parcours de soins.**

*cf.lexique

1^{er} juillet 2008

ATTENTION !

Les contrats éligibles* au dispositif transitoire (contrats facultatifs notamment...) devront être mis en conformité avant le 30 juin 2008 pour pouvoir continuer à bénéficier des exonérations sociales.

*Circulaire DSS/5B/2005/936 du 25 août 2005



QUATREM
Assurances Collectives

45-47 rue Le Peletier - BP 460 09 - 75423 Paris Cedex 09 - www.quatrem.fr

QUATREM Assurances Collectives. Entreprise régie par le Code des Assurances. Société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 380 426 249 €. RCS Paris 412 367 724

Bulletin d'information Santé 2007