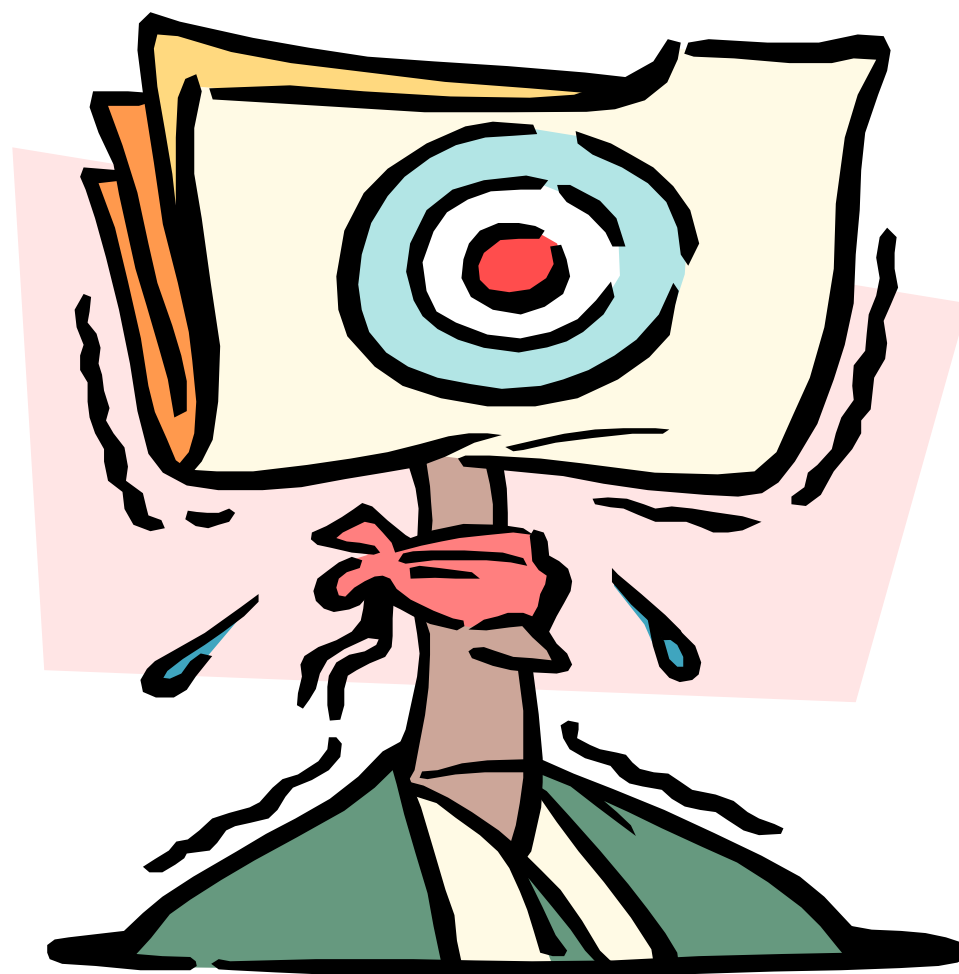


LES EFFETS DE LA REFORME DE LA SECURITE SOCIALE

- Effets sur le patient
 - Les tarifs en 2011
- Effets sur le soignant
- Effets sur le système de santé

EFFETS SUR LE PATIENT



1^{er} janvier 2005 : La Participation Forfaitaire un euro

S'applique pour chaque **consultation médicale, radio ou analyse biologique** à concurrence de 4 unités chacun par jour depuis juillet 2007 jusqu'à **50 unités/an et /personne**

Non remboursable par les mutuelles et assurances complémentaires,

Concerne **tout adulte de plus de 18 ans, ALD et accidentés du travail** inclus, sauf femme enceinte, CMU et AME

pour l'instant l'unité étant de 1 € :

petit euro deviendra grand...

Rappel : forfait hospitalier à sa création : 3.05 € => 18 €

1^{er} juillet 2006 : l'obligation de choisir un « Médecin Traitant »

Conditionne le taux de remboursement de l'Assurance Maladie : plus moyen d' « essayer » le médecin de sa belle sœur, ou d'aller tester le jeune installé du coin...

L'absence de médecin traitant est sanctionnée par une **baisse de ce taux de 10%, puis de 20%** (1^{er} sept 2008), **puis de 40%** (1^{er} février 2009)

Le discours politique accuse le nomadisme médical quand la Caisse d'Assurance maladie est parfaitement capable de repérer les fraudeurs sans chercher à contraindre tout un chacun. Par contre les jeunes de 16ans en sont les principales victimes en oubliant de signer...

Sur quoi s'appuie notre ministre ?

=> La disparition progressive de la dispense d'avance des frais

Cette disparition du tiers payant (ou encore dispense d'avance de frais = DAF) va se faire sans heurt, avec l'abandon des médecins qui la pratiquaient du fait des tracasseries administratives et des pénalités

(-40% de règlement)

s'ils font des erreurs de cotation

--alors que dans le paiement direct, ce sont les patients qui font les frais de ces erreurs--

=> **Augmentation du ticket modérateur**

Par la **multiplication des actes** à travers le parcours coordonné, les C2, la **revalorisation** des honoraires des spécialistes, la nouvelle nomenclature des actes techniques (CCAM), les **dépassements d'honoraires**, et la prévision de l'**indexation du Ticket Modérateur** (baisse du taux de remboursement) fonction de l'augmentation des dépenses de santé, la **part privée des dépenses liées aux soins s'alourdit**.

=> Une **augmentation du coût des complémentaires** pour les 90% de ceux qui en possèdent une.

=> Un risque de **renonciation aux soins** pour ceux qui n'en ont pas et même ceux qui en ont.

Contrôle des arrêts de travail :

Soumission de ces arrêts à l'accord du médecin conseil voire au **contrôle patronal** par l'intermédiaire de médecins contractualisés, mandatés par l'entreprise qui ont le pouvoir de suspendre les Indemnités Journalières

Obligation de **prescription de l'arrêt par le médecin traitant**

Risque pour le salarié de ne pas toucher voire de devoir rembourser les indemnités journalières (IJ).

Risques pour le médecin traitant de « faire sauter » sa prime...

Flicage des ALD

(Affections Longue Durée prises en charge à 100%)

avec la **définition stricte du protocole de soins** qui reste seul opposable

Rappelons que l'ALD est souvent un accès au soins facilité pour les personnes retraitées qui perdent en général à ce moment là le bénéfice des complémentaires d'entreprise.

Cf. : procès du Dr Poupardin

La Haute Autorité de Santé s'indigne du fait que les dépenses supportées par les malades en ALD pourraient être inférieures à celles de certains patients qui n'en bénéficient pas. L'HAS envisage des **modifications des critères médicaux** en fonction des stades de la maladie.
(mai 2006 Rapport de l'HAS)

2011: l'Hypertension Artérielle disparaît de la liste des ALD

et contrairement à ce qui a été dit les anciens protocoles ne seront pas renouvelés si l'HTA est la seule pathologie

Le « forfait 18 euros » = FPA Participation Forfaitaire Assuré

Depuis le 1er septembre 2006, il s'applique à tout acte technique lourd ***pris en charge à 100% diagnostic ou curatif*** (chirurgical) ou cumul d'actes pratiqué en ambulatoire ou hospitalisation **de plus de 91€**

Seuil de prise en charge augmenté à **120€ à partir du 1/03/2011**
(TM de 20% pour tout acte $\leq 120€$ et de 18€ si $>120€$)

En sont exemptés les actes radiologiques et depuis sept. 2007 les CMU et AME, ainsi que les personnes bénéficiant du Régime Local (Alsace et Moselle)

Unique objet : transférer 175 millions d'€ /an de l'assurance maladie obligatoire vers l'assurance maladie complémentaire
Sur quelle base et quel constat ???

1^{er} janvier 2008 : les nouvelles mesures

La « franchise »

- **0.50€ par boîte** de médicament
- **0.50€ par acte** paramédical (infirmier, kiné)
 - **2€ par transport** médicalisé

Elle doit financer le plan Alzheimer

Non fonction des revenus, elle est *plafonnée* à **50€/an** mais *pour chaque ayant-droit* de plus de 18 ans

Non prise en charge par les complémentaires

Elle vise 850 millions d'euros d'économie
(Forfait un euro + Franchise = Maximum 100€/an)

La « franchise »

- Dite « médicale » : un vernis scientifique pour un projet commercial
- **Ne fait payer que les malades** sauf CMU, AME et femmes enceintes
- N. Sarkozy « nous parlons d'assurance maladie... y a-t-il une seule assurance sans franchise ? »
- Responsabilisation des patients...

et **le Ticket Modérateur ?**

Pourquoi encore le 1€ (50€/an) le 18€ (FPA), le Forfait Hospitalier (18€), les franchises (50€/an) ??

Sans compter les dépassements d'honoraires !

LE FORFAIT HOSPITALIER

À partir du 1^{er} janvier 2010, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel, passe à :

- **18 euros** par jour en hôpital ou en clinique ;
- **13,50 euros** par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.
- Pris en charge par le Régime Local d'Alsace et Moselle (=> 0 euros)

Particularités du Régime Local (Alsace et Moselle)/Régime Général

REGIME	GENERAL	LOCAL
Consultation	70%	90%
Pharmacie	15-35-65%	15-80-90%
Laboratoire	60%	90%
Hospitalisation	80%	100%
Forfait		
Hospitalier (18€)	NON	OUI
18€ pour Acte > 120€	NON	OUI

Rappel RL : Cotisation salariale obligatoire de 1.60%

<http://www.regime-local.fr/>

LE 19/12/07

AVIS DES SOMMES A PAYER

"TITRE EXECUTOIRE en application de l'article L.252A du Livre des procédures fiscales, pris, émis et rendu exécutoire conformément aux dispositions des articles R.2342-4 et D.3342-11 du code général des collectivités territoriales."

HOP.UNIVERSIT.STRASBOURG

STRASBOURG

670780055

N° de Titre

13

Centre hospitalier

Ville

Matricule

N° ENTRÉE: 08

ÉTABL.: HOPITAL CIVIL

67

Émis et rendu
exécutoire le

06/12/2007

Nom :

Né(e)

Nom J.F.:

Prénom

ENT. 12/11/2007

SOR. 22/11/2007

N° Bordereau

100

N° Feuille

1

Exercice

2007

MALADE

ADRESSE

67200 STRASBOURG

ASSURÉ

Nom :

Prénom :

ORG. : 01673

BEN : 01

NN

OBSERV.

HOSPIT. FACT DU 12/11/2007 AU 22/11/2007

N° Mutualiste :

MT. 03

DATE	DÉSIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITÉ	TAUX	A VOTRE CHARGE	UF SPE
12/11/07 AU 22/11/07	RSQ: 18	UF: 2621				DMT: 116	
	REGIME COMMUN	10	109380		20	202760	
	FORFAIT JOURNALIER	10	1600		100	16000	
22/11/07 AU 22/11/07	RSQ: 18	UF: 2621				DMT: 116	
	F.J. JOUR-DE-SORTIE	1	1600		100	1600	

220360

RENSEIGNEMENTS HÔPITAL :

Quittance :

HOSPITALISATION : TEL.03.88.11.68.84

TEL.03.88.11.68.85

DE 8H A 11H30 ET DE 13H A 16H

JOINDRE LE TALON CI-DESSOUS A VOTRE REGLEMENT, LA QUITTANCE VOUS SERA ENVOYEE

*****2203,60

A PAYER

A l'hôpital
10 jours
de bilan
au RG...
Au RL,
(Régime Local
Alsace Moselle),
RAC = 0

partie à conserver

Les dépassements d'honoraires

- L'existence de couvertures complémentaires a conduit à un relâchement des pratiques tarifaires des médecins
- Sur l'ensemble des départements métropolitains, les honoraires sans dépassement et le nombre d'actes **varient en fonction de la densité** médicale : moins on a de praticiens en secteur 2, moins les dépassements sont importants...
- les dépassements d'honoraires constituent dans certains départements et pour certaines spécialités médicales, la **part principale des revenus** libéraux, devant celle relative aux honoraires aux tarifs opposables.

cf. Rapport de l'IGAS mars 2007 : Les dépassements d'honoraires médicaux

Les dépassements d'honoraires

(suite)

- Les taux de dépassements moyens les plus élevés sont observés en urologie (152%), neurochirurgie (125%) et ophtalmologie (122%)
- L'accroissement des montants annuels des dépassements est très élevé sur la période 2000-2005 (+7% par an)
- Sur certaines zones et dans certaines disciplines, l'accès à un praticien exerçant en secteur 1 dans les hôpitaux publics, peut être particulièrement difficile

(par exemple, cherchez dans votre région des chirurgiens orthopédistes de secteur 1...)

- **Apprendre à consulter les tarifs des professionnels sur :**

<http://ameli-direct.ameli.fr/>



Chirurgie de la Main, des Nerfs
et Microchirurgie

CENTRE DE LA MAIN

2-4 rue Ste Elisabeth - 67085 Strasbourg - France
Tél. 03 88 35 45 00 - Fax 03 88 24 07 07 - e-mail : sosmain67@orange.fr

Dans la
réalité des
faits, un
canal
carpien en
chirurgie
ambulatoire

...

Dr
Ancien Chef de Clinique
CHIRURGIEN PLASTICIEN
ET ORTHOPÉDISTE
07 1 00 26 1 4
e-mail : main@orange.fr

Dr
Ancien Adjoint et Consultant Externe
de l'Université Catholique
de LOUVAIN NEUCHÂTEAU
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
ET TRAUMATOLOGUE
07 1 07 71 1 5
e-mail : doct@orange.fr

Dr
Ancien Assistant de l'Université libre
de BRUXELLES LIBRES
CHIRURGIEN PLASTICIEN
07 1 00 26 1 4
e-mail : main@orange.fr

Dr
Ancien Maître de Conférences,
des Universités
Praticien Hospitalier
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
ET TRAUMATOLOGUE
07 1 00 26 1 4
e-mail : main@orange.fr

Dr
Ancien Chef de Clinique
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
ET TRAUMATOLOGUE
07 1 07 71 1 5
e-mail : doct@orange.fr

22/07/2009 CM

Le Dr _____, chirurgien et médecin conventionné à honoraires libres, autorise à fixer librement ses honoraires par la réglementation, vous informe qu'il va effectuer un acte chirurgical, en réponse à la demande de soins que vous avez formulée.

Il en est de même pour le médecin anesthésiste.

Cet acte porte le code CCAM : AHPA009 100 J000
AHPA009 400 7000

Tarif fixé par la sécurité sociale : 111,29 €
55,57 €

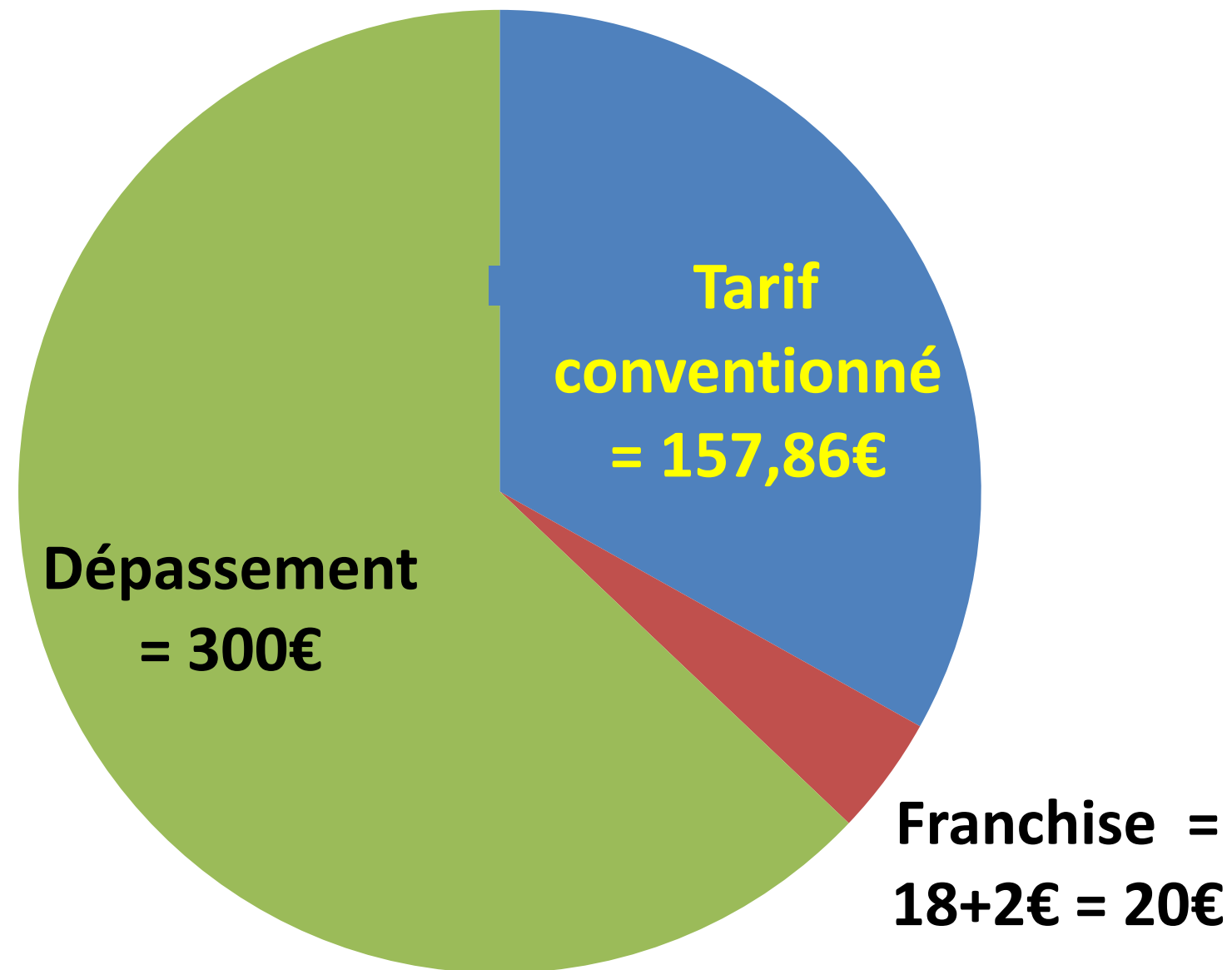
Important : ce code permet de connaître la nature de votre intervention. Il est soumis au secret médical. Toute communication à une tierce personne est sous votre responsabilité.

Le complément d'honoraire d'un montant de 200 € pour le chirurgien et 100 € pour le médecin anesthésiste pourra, le cas échéant, être pris en charge par votre assurance maladie complémentaire. Durant votre intervention, des imprévus thérapeutiques sont toujours susceptibles de modifier ces informations.

Le Dr _____ est tenu, en vertu du code de déontologie médicale de fixer ses honoraires avec tact et mesure et de répondre à toute demande d'information préalable et explication. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues ni imposer un mode particulier de règlement.

Le Dr _____ remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste l'avoir reçue. S'il ne la remet pas, il doit s'assurer qu'elle a été comprise avant la réalisation de l'acte.

Le Dr _____



Sans complémentaire,
cette cure de canal carpien coûte :

Remboursement assurance maladie = 138.86€

Reste à charge = 320€

(Pour un tarif secteur 2 appliqué en 2009 de 458.86€)

(année 2011 : dépassement du chirurgien = +250€ contre 200€ en 2009)

Le Dossier Médical (Partagé puis) Personnel :

Si chacun s'accorde à reconnaître l'intérêt d'un dossier commun réunissant les informations, d'autres se posent plusieurs questions :

- **Le contrôle de l'identité** : est-ce l'intérêt majeur ?
- **Le secret** : droit à l'oubli que doit pouvoir opposer le patient ; secret vis à vis des Médecins Conseils ne permettant de divulguer que les informations « strictement indispensables » (art50 du Code de Déontologie) ; secret vis à vis des assureurs (dossier accessible au patient : pressions ?)
- **La coordination** : est ce qu'un empilement de données suffit à créer un outil de coordination ?

Le DMP

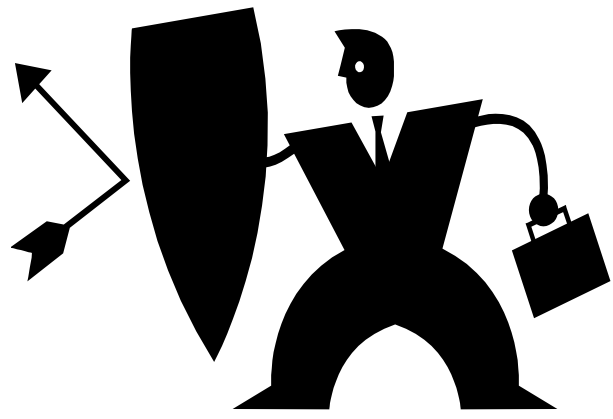
et la nouvelle carte vitale

En 2008 elle ne contient que :

- la justification des droits du détenteur
- sa photo

Mais elle permet l'accès à toutes les données de consommations et prescriptions médicales :

la CPAM incite les médecins à généraliser des démarches de contrôle des prescriptions via internet par l'accès pouvant être obtenu grâce à la carte de l'assuré (sous couvert de posséder une carte professionnelle)

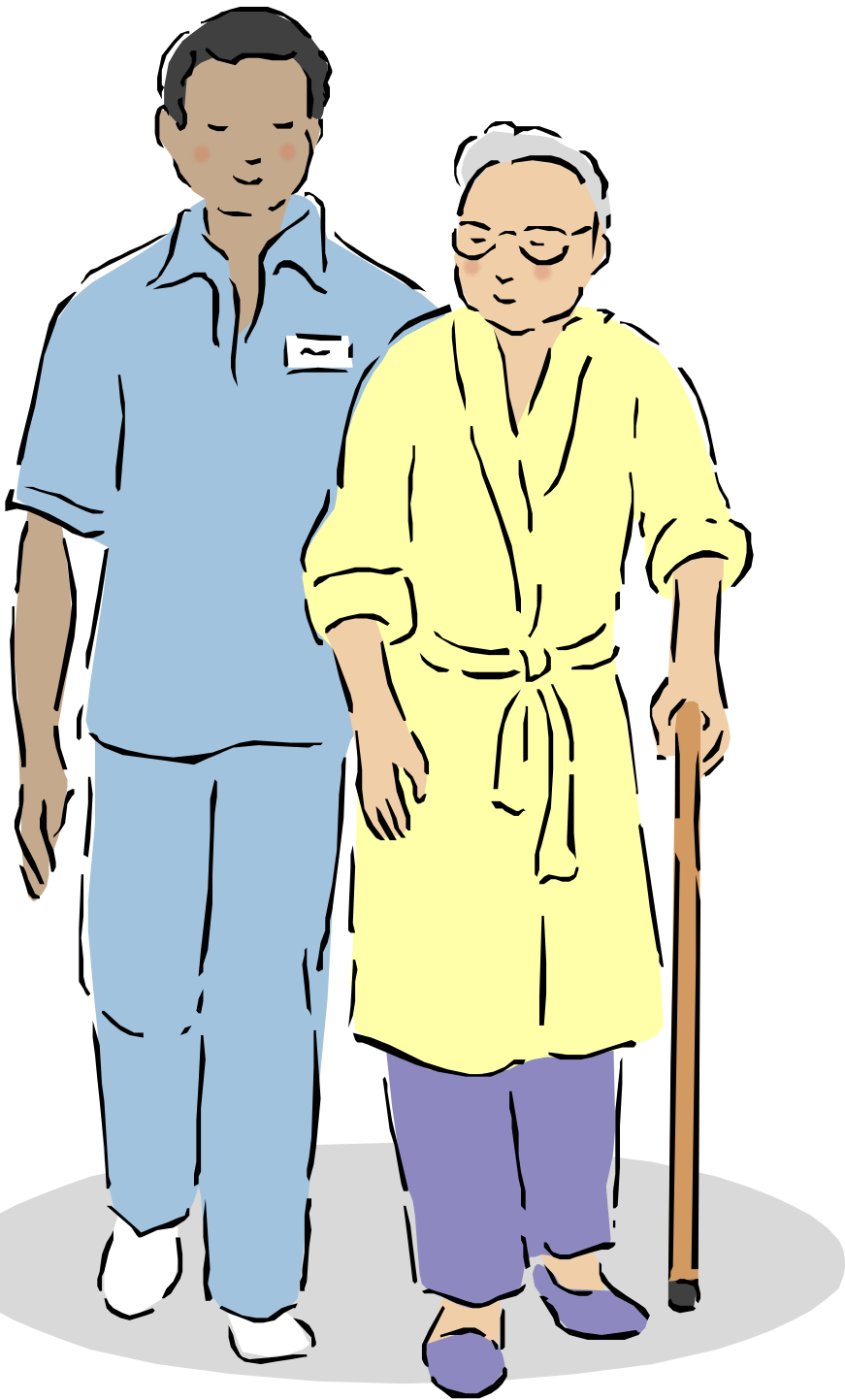


Le bouclier sanitaire

Serait à l'origine de la disparition des régimes multiples (ALD, CMU, invalidité...) : le **« reste à charge »** du patient ne pourrait pas dépasser 3 à 5% de son revenu brut. Un dispositif similaire a été mis en place en Allemagne depuis 2004, mais le reste à charge est plafonné à 2%. En Suisse, le remboursement des soins ne s'opère qu'au delà de ce seuil et alors à 80%

- A revenu égal, les plus malades paieront plus de leur poche, la totalité du bouclier restera à leur charge
- A état de santé égal et à revenu plus élevé, ils mettront plus de temps à atteindre le plafond

La cinquième branche



- Après les branches maladie, vieillesse, accident du travail et famille, création de la branche **dépendance**
- Si elle n'est financée que par les seules franchises, cette cinquième branche risque de se transformer en assurance privée
- D'ailleurs, n'est-il pas question ***d'assurance individuelle ?***

LES TARIFS EN 2011



1930

<= Tarif Responsabilité =>

<= Tarif demandé =>

AVANT 2005

1960 : Médecins conventionnés (/M. non conventionnés)

<= Tarif de Responsabilité => <= TM =>

<= Tarif opposable => Conventions tripartites

1980 : pour les Médecins conventionnés, deux secteurs :

Ceux qui appliquent le Tarif opposable = Secteur 1

<= Tarif de Responsabilité => <= TM =>

<= Tarif de Responsabilité => <= TM => + <= Dépassement... =>

Ceux qui pratiquent un dépassement = Secteur 2

(Tarif opposable = Base du remboursement sécurité sociale)

Parcours de soins coordonné

Parcours de soins non coordonné

Coût du parcours :
C+C2+C = 88€ TM 29,40€
C+CS+C = 67€ TM 23,60€

PATIENT

MEDECIN TRAITANT

Généraliste
 -- secteur 1 : maintien C à 23€ **TM 7,9€**
 -- secteur 2 : honoraires libres non plafonnés
Spécialiste
 -- secteur 1 : CS à 28 ou 33€ **TM 9,4 ou 16,5€**
 -- secteur 2 : honoraires libres non plafonnés

GENERALISTE

-- Secteur 1 : C= 23€ **TM 17€10**
 -- Secteur 2 : honoraires libres non plafonnés **TM >>> 17€10**
 -- Actes techniques secteur 1 dépassement autorisé **+17,5%**
 (Baisse du remboursement de la Sécurité Sociale)

CORRESPONDANT GENERALISTE

-- Secteur 1 ou 2 : option de coordination C = 26 € **TM 9.40€**
 -- Secteur 2 : sous option de coordination dépassement autorisé pour les actes techniques **+15%**
 -- secteur 2 : sans option de coordination honoraires libres C >> 23€ **TM >> 7,90€**
 actes techniques : dépassement libre

SPECIALISTE

-- Secteur 1 : dépassement d'honoraires autorisé jusqu'à 33€ **TM 26,5€**
 Actes techniques : dépassement autorisé **+17,5%**
 -- Secteur 2 : honoraires libres non plafonnés **TM >> 18€**
 et actes techniques **>> 17,5%**
 (Baisse du remboursement de la Sécurité Sociale)

CORRESPONDANT SPECIALISTE

-- Secteur 1 ou 2 avec option de coordination
 *Avis ponctuel : C2 = 46€ **TM 15,80€**
 *Suivi régulier : CS = 28€ **TM 9,40€**
 -- Secteur 2 avec option de coordination : dépassement autorisé actes techniques **+15%**
 -- Secteur 2 : sans option de coordination, CS = 23€ honoraires libres **TM >> 7,90€**
 actes techniques : dépassement

SPECIALISTES EN ACCES DIRECT

sans baisse du remboursement
 CS = 28€ (secteur 1) **TM 9,40** ou
 BR 23€ (secteur 2) **TM > 7,90€**
 -- Gynécologie : actes de dépistage, prescription et suivi de contraception.
 -- Ophtalmologie : prescription et renouvellement de verres correcteurs, acte de dépistage et de suivi du glaucome)

NB :
 -- TM = ticket modérateur incluant le forfait "1€" non pris en charge par les complémentaires

Depuis 2006, plus de 13 tarifs différents... Impossible de contrôler

Tarifs du médecin généraliste de secteur 1*

- **23€** : - Consultation d'un adulte ou enfant > 6ans
- **26€** : - Acte de coordination (adressé par un autre généraliste)
 - Consultation d'un enfant de 2 à 6ans
- **28€** : - Consultation d'un nourrisson (0 à 24 mois)

Le remboursement sera pour les adultes et femmes hors grossesse si Médecin traitant : **70%**
sans MT : **30%****

soit pour une consultation à 23€ rembours. = 5,90€

** (majorité : 88.42 % chiffres CARMF 2004) **chiffres donnés pour le régime général*

Tarifs du spécialiste de secteur 1

Parcours coordonné (adressé par le M. traitant)

28€ : (BR=28€) pour un suivi régulier

(Psychiatre 41€, Cardiologue 49€)

46€ : (BR=46€) Pour un avis ponctuel

(Psychiatre 52.50€)

Hors parcours coordonné :

33€ (BR=25€) remboursement $25 \times 30\% - 1€ = 6.5€$

=>Augmentation importante des tarifs des spécialistes de secteur 1 (de 23 à 28 ou 33 ou 44€)

(BR = base de remboursement = 25, 28 ou 44€)

Tarif des spécialistes de secteur 2

Dans un parcours de soin coordonné :

BR 23€ + dépassement « avec tact et mesure »

Psychiatre BR 34.30€, cardiologue BR 45.73€

BR = 44€ + dépassement : Avis ponctuel avec ou sans option Psychiatre BR = 52.50€

28€ BR 28€ Suivi régulier (option de coordination)

(encore non appliquée car aucun spécialiste n'a reçu de proposition)

Hors parcours coordonné :

remboursement = 23€ x 30% - 1€ = **5.90€**

(BR = base de remboursement)

Ophthalmologue* et gynécologue**

Vous avez déclaré un médecin traitant

secteur 1 : 28 € BR = 28€

secteur 2 : X € BR = **23€**

Vous n'avez pas déclaré de médecin traitant

Secteur 1 : 33€ BR 25€

Secteur 2 : X€ BR 23€

(BR = base de remboursement)

*Gynécologues** : contraception, suivi de grossesse, dépistages périodiques, IVG.*

Ophthalmologues : prescription et renouvellement de lunettes, dépistages et suivi de glaucome*

On remarquera que les bases de remboursement sont fonction du secteur d'honoraires du spécialiste, du parcours du patient, de l'hypothétique option de coordination

Cas spécifiques

Psychiatres, Neurologues et neuropsychiatres :

**Accès direct autorisé pour les jeunes de 16 à 25 ans
pour les psychiatres et les neuropsychiatres**

- Secteur 1 : 41 € BR* 41€
- Secteur 2 : X€ BR* 34.30€

Cardiologues :

- Secteur 1 : 49 € BR* 49€
- Secteur 2 : X€ BR 45,73€

(BR = Base de remboursement)

Pour les tiers payants

Si absence de choix de Médecin Traitant :

⇒ ***Diminution de 10%*** puis (sept 2007) ***20%*** puis ***40%*** (***février 2009***) du remboursement des professionnels si « tiers payant »

⇒ autrefois même sur les CMU d'où les refus des radiologues et autres médecins faisant des actes techniques coûteux de recevoir ceux-ci et par extension de pratiquer le tiers payant de façon générale

=> Climat de suspicion créé vis à vis des bénéficiaires de la CMU et des assurés

Apprendre à lire une feuille maladie

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)															
<input type="checkbox"/>	MALADIE	exonération du ticket modérateur : non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>	<i>(si oui, cochez une case de la ligne suivante)</i>										
<input type="checkbox"/>	acte conforme au protocole ALD	<input type="checkbox"/>	action de prévention	<input type="checkbox"/>	personne visée à l'art. L. 115			<input type="checkbox"/>	autre <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	accident causé par un tiers : non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/>	date	J J	M M	A A	A A							
<input type="checkbox"/>	MATERNITE	date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement					J J	M M	A A	A A					
<input type="checkbox"/>	AT/MP	numéro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OU	date	J J	M M	A A	A A
si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case <input type="checkbox"/>															
si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous <i>(s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)</i>															
nom et prénom du médecin traitant :															
accès direct spécifique <input type="checkbox"/>		urgence <input type="checkbox"/>	hors résidence habituelle <input type="checkbox"/>		médecin traitant remplacé <input type="checkbox"/>		accès hors coordination <input type="checkbox"/>								

*Et en plus maintenant avec la télétransmission
On ne s'aperçoit de rien....*

Ineptie du parcours

❖ Parcours de soins coordonné secteur 1 :

C (MG) + CS (MS) avis ponctuel

$$\Rightarrow \text{RAC}^* = (7.90 + 14.80) = 22.70\text{€}$$

Parcours de soins coordonné secteur 2 :

$$\Rightarrow \text{RAC}^* = \text{TM } 22.70\text{€} + \text{dépassement}$$

❖ Consultations Hors parcours :

• Secteur 1 : CS $\Rightarrow \text{RAC}^* = 26.50\text{€}$

• Secteur 2 : CS $\Rightarrow \text{RAC}^* = \text{TM } 17.10\text{€} + \text{dépassement}$

***RAC : Reste à Charge** (langage sécu)

Contradictions du gouvernement

Ceci sans parler du **coût pour la Sécurité Sociale...**

- ❖ En parcours coordonné : $C + CS = 15.10 + 29.80\text{€}$
soient **44.90€ remboursés**
- ❖ Hors parcours : $CS = 6.50$ ou **5.90€ remboursés**

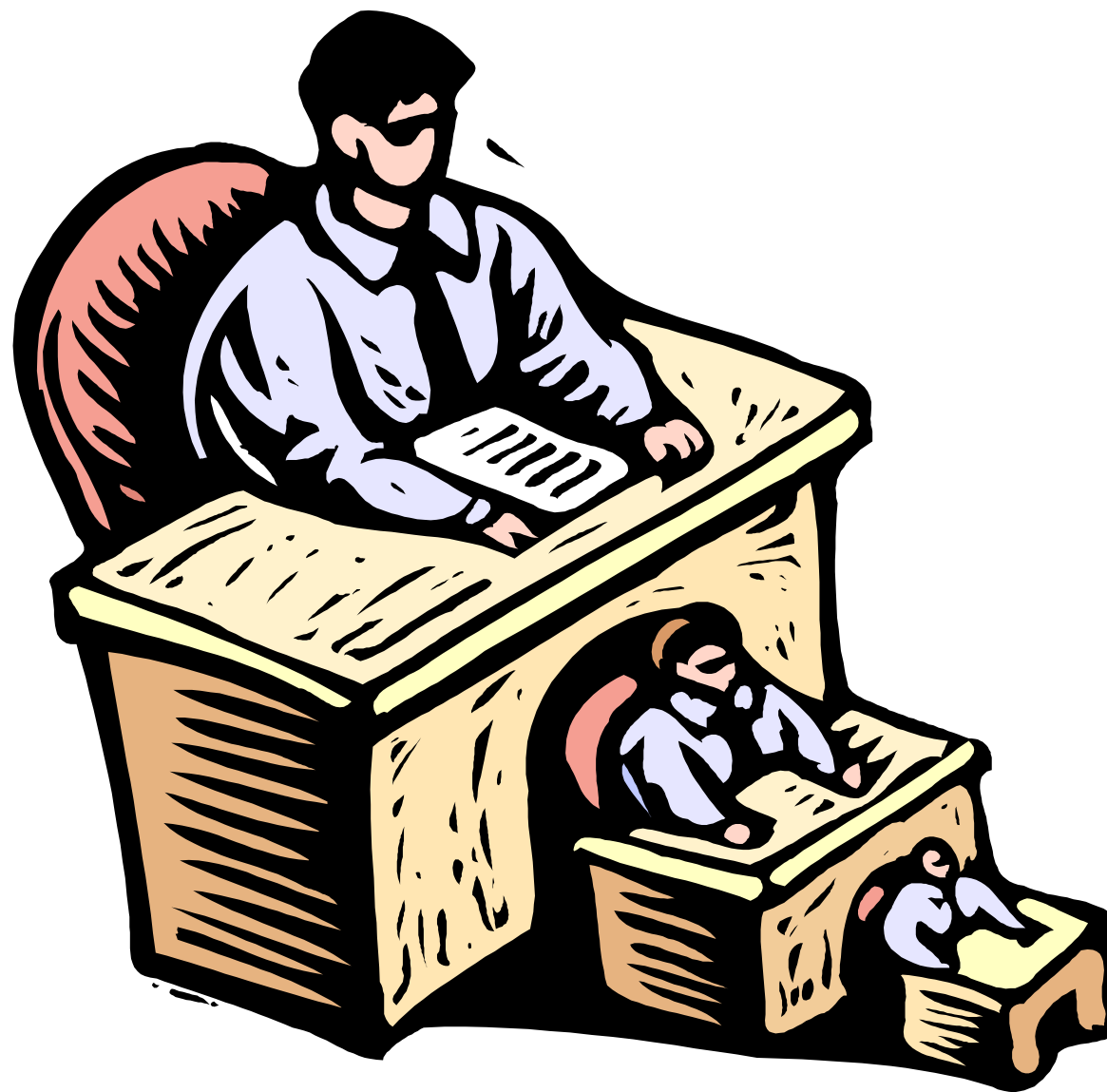
**...où sont les économies, si ce n'est pas dans la
renonciation aux soins ?**

Quelques chiffres :

- ❖ Le nombre de malades en ALD augmente régulièrement mais pas d'analyse de ces résultats ? Coût/prévention ?
Fin 2009 : **15%** de la population soit 8.63 Millions
59% des dépenses de l'Assurance Maladie
- ❖ Un point de chômage soit 250.000 personnes = perte de recettes comprises entre **0.6 et 1.2 milliard** d'euros /an.
- ❖ Exonération charges patronales en 2006 :
19.6 milliards d'euros
- ❖ Taux d'effort pour l'acquisition d'une complémentaire :
10% chez les pauvres, 3% chez les riches en 2006
- ❖ SMIC horaire brut = 8.86 € en 2010 = 8.1% pop. active
concerne 3.37 millions de salariés soit 14.5% des salariés
4 smicards /10 travaillent à temps partiel, 80% de femmes

- ❖ RSA socle = 466,99€, pers. seule, 840€ couple+1enfant
- ❖ Au 31 mai 2010, 1,158 million de RSA dit "socle" c'est à dire sans revenu d'activité complémentaire
- ❖ Au 31 juillet 2009, **1 986 042** personnes étaient affiliées à la CMU de base, soit + 36 % /aux effectifs de juillet 2008.
- ❖ « La mortalité prématurée (survenant avant l'âge de 65 ans) reste en France l'une des plus élevées de l'Union européenne. En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou entre catégories sociales et dans certains groupes de population», peut-on lire dans la synthèse du rapport sur la santé de la population 2009-2010.
- ❖ Le **renoncement aux soins** pour des raisons financières progresse. C'est le cas de **25 %** de la population française en 2009 contre 11 % en 2008 (Baromètre européen Cercle Santé)

EFFETS SUR LE SOIGNANT



Difficultés à pratiquer le Tiers Payant

Là où les CPAM tolèrent encore la pratique du Tiers Payant pour les populations en difficulté, cette pratique devient de plus en plus un acte de **militantisme coûteux** pour les médecins depuis les pénalisations « Médecin traitant » :

40% de dégrèvement appliqué au remboursement du médecin sans compter la non prise en compte des pratiques de cabinet de groupe, et le temps de travail supplémentaire pour contrôler...

Dévalorisation de la médecine générale

- par la perte de la spécificité de médecin « traitant » puisque même un spécialiste peut le devenir.
- création de différence entre diplômes avec reconnaissance du nouveau DES de Médecine Générale comme d'une spécialité et pas des diplômes de Médecine Générale plus anciens.
- **une reconnaissance financière est** attribuée à la fonction de synthèse, de prise en charge de la personne dans sa globalité, de prévention, d'éducation à la santé, de reconnaissance de la formation individuelle continue dans la convention du 22 septembre 2011 mais le montant n'en est pas encore fixé (**11€ par an ?**)

Fonction administrative renforcée sans contre partie avec :

- Gestion du Dossier Médical Personnalisé, enregistrement des actes et des résultats.
- Etablissement des protocoles de soins (PIRES) des Affection Longue Durée (ALD) qui doivent être refait au moins **tous les 5 ans***.

*C'est connu, un diabétique, un hypertendu, guérissent au bout de 5ans

- FSE (Feuille de soins électronique) imposée sous couvert de taxation des feuilles de soins papier

* À partir du 01/11/2011 de nouveau 50cts par FDS papier non télétransmise...

Atteinte à la liberté de prescription des arrêts maladie :

- ❖ Le contrôle des arrêts de travail est centré sur des *moyennes de secteur* sans aucune analyse des populations à risques médicaux ou environnementaux, des territoires de santé particuliers.
- ❖ Le médecin prescripteur initial de l'arrêt de travail ou le médecin traitant sont les seuls à pouvoir prolonger cet arrêt de travail...
- ❖ Les médecins sont surveillés et rappelés à l'ordre...

**Mise en place de sanctions financières
pour les prescripteurs**

Mise en place de moyens coercitifs pour l'installation des jeunes par :

- l'obligation de rachat de clientèle pour s'assurer la transmission de contrats « médecins traitants » (revalorisation des « cessions de clientèles »)
- ou alors l'obligation de s'installer dans des zones de pénurie sans système d'incitation à l'installation pour l'instant bien défini et de toutes façons sans effets

Qui saura qu'il peut aller chez ce généraliste sans pénalité car son installation date de moins de cinq ans?

Absence d'organisation de la permanence de soins

avec les effets désastreux dans certaines régions.

Quand les médecins spécialistes se voient attribuer des indemnités pour leurs « astreintes », ce qui est prévu pour les généralistes est dérisoire, spécialistes de toute pathologie la nuit.

EFFETS SUR LE SYSTEME DE SANTÉ



La santé : un bien de consommation

La normalisation des dépassements d'honoraires dans la logique « *parce que je le vau**x** bien* » à tout médecin spécialiste, transforme les mentalités de ces professionnels.

Ils deviennent des chefs d'entreprises lucratives parfois cotées en bourse.

Que pensez vous des actionnaires pour jauger de politiques de santé publique ?

La Privatisation de la Sécurité Sociale

Les allègements de charges patronales, les revalorisations des honoraires et la multiplication des actes ont accentué le déficit de la Sécurité Sociale.

En 2006 : 19.6 milliards d'exonération de charges patronales
Revalorisation honoraires 500 millions d'€ + revalorisation
CCAM (ex. complémentaires) 180 millions = 680 millions €
pour des économies hypothétiques de 1 milliard d'€...

Le résultat est évident : le système est déclaré, après tous les efforts qui ont été faits pour le rendre défaillant, ingérable.

...Les assurances privées ont la voie libre.

Mise en place d'outils de contrôle pour les

assurés :

Le Dossier Médical Personnalisé n'est que le **vecteur** de transmission des actes enregistrés selon les nouvelles nomenclatures : CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et bientôt la CCAC (CCA Cliniques)

Cette transmission de données très précises et détaillées au travers de la CCAM et CCAC, permet la **rupture du secret professionnel** et le contrôle par les assurances complémentaires des données médicales.

**Les outils sont là pour sélectionner
les patients « rentables »**

...et contrôler les prescripteurs «dispendieux»

L'option de coordination en 2005, puis le secteur optionnel en 2007 proposées pour les médecins de secteur 2, veulent leur donner une nouvelle « vertu » ... en fait ces options préparent le terrain aux assureurs qui pourront soumettre les avantages de leurs contrats à la consultation de ces médecins, voire à créer de nouvelles « HMO » à l'américaine,

Tout en rendant obsolète la notion de secteur 1 appliquant les tarifs opposables puisque ceux là peuvent également dans certaines conditions pratiquer des dépassements certes « **mesurés** »...

La gouvernance de la Sécurité Sociale

Le Directeur de l'UNCAM est le nouvel homme fort du dispositif, nommé par le gouvernement pour 5 ans.

Le Conseil compte 13 représentants des salariés, 13 des employeurs et 6 représentants d'institutions *nommés par le ministre de la Santé* ; le directeur ne peut être désavoué que par une majorité des 2/3...

Il peut décider de la baisse du taux de remboursement en fonction du dépassement des objectifs de maîtrise des dépenses, ***ou d'une hausse des franchises...***

Le Projet de Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPTS)

- Centralisation de la gouvernance des territoires à travers les nouvelles **ARS** (Agences Régionales de Santé) dont les directeurs sont nommés par le gouvernement avec une toute **nouvelle administration de contrôle**
- **Dépeçage de l'hôpital public** en transférant les activités les plus rentables au profit du secteur libéral sous couvert d'une rationalisation

Les contrats à la performance...

- A l'hôpital : **contractualisation** des médecins à l'activité, restrictions de leur marges de manœuvre
- En ville : les **CAP** contrat d'amélioration des pratiques individuelles engagement individuel (14.500 MG ont signé /45.000)
- 2012 : le **P4P** (Pay for Performance anglais) généralisé à tous les médecins

A qui le profit ?

- Aux industries les plus rentables, liées aux médicaments, qui ne sont **nullement visées** dans cette réforme
- Aux entreprises de l'informatique qui vont pouvoir **vendre des prestations** pour ce Dossier Médical Partagé- Personnel
- Aux actionnaires qui auront de **nouveaux marchés** (assurances) rentables à conquérir



Contre cela, nous mobiliser !

- Organiser des réunions d'**information** de tout public vis à vis des conséquences de cette réforme et des aggravations du reste à charge des assurés qui se mettent en place d'année en année.
- Participer à toutes les **manifestations** contre cette privatisation de notre Sécurité Sociale que l'on ne nomme plus qu' « Assurance Maladie »
- Inciter **tout candidat aux élections de 2012** à se prononcer sur le système de santé qu'il envisage