



**AG2R LA MONDIALE**

**FICHE  
PRATIQUE**

# RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ

## L'ESSENTIEL

Le vote de la Loi de santé du 17 décembre 2015 qui instaure notamment la généralisation du tiers payant, boucle un grand cycle de réformes. La modernisation de notre système de s'articule autour de deux grands principes : un meilleur accès aux soins pour tous et une réduction du déficit du régime général.

Cette évolution implique davantage encore l'employeur. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, toutes les entreprises doivent proposer à leurs salariés une complémentaire santé collective et contribuer à son financement à hauteur d'au moins 50 %. Cette nouvelle réglementation vise à sécuriser l'accès aux soins des salariés dans un contexte de baisse des remboursements

de la Sécurité sociale. Un véritable tournant en matière de protection sociale est à l'œuvre. À travers, cette fiche pratique consacrée à la réforme du système de santé, nous passerons en revue les différentes mesures facilitant l'accès aux soins et les nouvelles règles de remboursement. Par ailleurs, nous reviendrons sur les conditions de mise en place de la généralisation de la complémentaire santé dans les entreprises.

### SOMMAIRE - JUIN 2016

---

**02 L'IMPACT DE LA RÉFORME  
SUR LES REMBOURSEMENTS**

**03 LA GÉNÉRALISATION DU TIERS  
PAYANT VEUT GARANTIR  
L'ACCÈS AUX SOINS**

**03 LA LOI DE SANTÉ INSISTE SUR LA  
PRÉVENTION ET LA PROTECTION  
DES PATIENTS**

**04 APPLIQUER LA GÉNÉRALISATION  
DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

**05 LES MOTS CLÉS DE LA RÉFORME  
DE LA SANTÉ**

---

# COMPRENDRE LES RÉFORMES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Depuis le début des années 2000, la modernisation de notre système de santé est au centre des politiques publiques. L'objectif prioritaire est de réduire les déficits de la Sécurité sociale tout en préservant voire en renforçant le principe d'équité qui caractérise notre modèle. Le législateur travaille donc sur deux axes : faciliter l'accès aux soins et encourager la prévention et la responsabilisation des assurés. La loi de santé du 17 décembre dernier ne fait pas exception et va même plus loin avec la généralisation du tiers payant.

## LA GÉNÉRALISATION DU TIERS-PAYANT VEUT GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS

Avec la généralisation du tiers payant, les patients ne devraient plus avancer le prix de la consultation auprès d'un médecin généraliste ou spécialiste. C'est la mesure la plus audacieuse en matière d'accès aux soins. Elle est aussi la plus contestée. Les médecins libéraux se sont fortement mobilisés et, malgré des assouplissements dans le calendrier de sa mise en place, ils réaffirment régulièrement leur opposition au dispositif. Mais surtout, le Conseil constitutionnel dans sa décision du 21 janvier dernier, a entériné le principe de dispense d'avance de frais pour les organismes d'assurance maladie de base mais pas pour les organismes de complémentaire santé. Cette décision limite l'impact du tiers payant généralisé. Ainsi, pour une consultation à 23 euros, les patients n'auront plus à déboursier les 15,10 euros pris en charge par la Sécurité sociale. En revanche, jusqu'à nouvel ordre, ils devront avancer la part de la complémentaire santé, soit 6,90 euros.

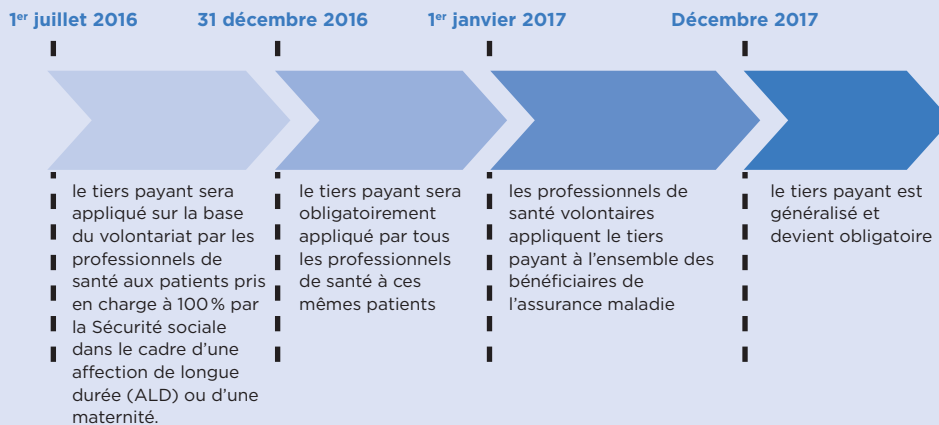
Si l'application du tiers payant généralisé suscitera vraisemblablement encore des ajustements, deux dispositifs favorisent d'ores et déjà l'accès aux soins. Il s'agit du Contrat d'Accès aux Soins auquel adhéraient (au 30 juin 2014 selon la Cnam) environ 11 000 médecins et de l'Aide à la Complémentaire santé (ACS) dont bénéficiaient 1,2 million de personnes fin 2014 (selon le Ministère de la santé).

## LA LOI DE SANTÉ INSISTE SUR LA PRÉVENTION ET LA PROTECTION DES PATIENTS

Le système de santé est confronté à trois défis : l'allongement de la durée de la vie avec une espérance de vie de 85,4 ans pour les femmes et de 79,2 ans pour les hommes en 2014, la progression des maladies chroniques comme le diabète dont plus de 3 millions de français sont aujourd'hui atteints et enfin la persistance des inégalités de santé avec une durée de vie des ouvriers de 10 ans inférieure à celle des cadres. Un des moyens privilégiés par les pouvoirs publics consiste en renforcer la politique de prévention. Un chapitre entier de la loi de santé y est consacré. Le parcours de soins coordonné est ainsi étendu aux jeunes de moins de 16 ans. Par ailleurs, afin de détecter plus efficacement les maladies infectieuses transmissibles, des tests rapides d'orientation diagnostique seront réalisés par des professionnels de santé ou du personnel formé. Pour favoriser la prévention, des auxiliaires médicaux en lien avec un médecin pourront réaliser des actes de dépistage et jouer un rôle d'éducation à la santé. Toujours dans le domaine de la prévention, le dossier médical partagé (DMP) qui favorise la prévention et la continuité des soins sera encore développé. Particulièrement adapté aux patients souffrant de pathologies chroniques, il permet aux professionnels d'avoir accès à l'ensemble des informations médicales sous réserve du consentement exprès de la personne.

Dans ce contexte d'échanges de données, la loi est attentive aux droits des patients qu'elle a décidé de protéger davantage en instaurant « un droit à l'oubli ». L'objectif est de faciliter l'accès au crédit bancaire des personnes ayant souffert de pathologies cancéreuses. Enfin, les personnes ayant subi des dommages corporels liés à un produit de santé pourront dorénavant engager des recours collectifs devant la justice afin d'obtenir réparation par l'intermédiaire d'une association agréée.

## Le déploiement du tiers payant généralisé



# APPLIQUER LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, toutes les entreprises doivent proposer une complémentaire santé collective à leurs salariés. Cette nouvelle réglementation au cœur de la réforme du système de santé répond à la volonté de renforcer l'accès aux soins et aux baisses de remboursements de la Sécurité sociale. Pour les TPE/PME qui n'étaient pas nombreuses à proposer de complémentaire santé à leurs salariés, cela représente un changement majeur. Elles doivent s'approprier et respecter de nouvelles règles. Nous avons voulu revenir sur les obligations de la généralisation de la complémentaire santé et faire le point sur le travail des branches professionnelles très impliquées dans cette réforme.

## VOS NOUVELLES OBLIGATIONS D'EMPLOYEURS

Le législateur a voulu encadrer le déploiement de la complémentaire santé dans les entreprises en terme de niveaux de garanties et de modalités de financement. Le décret du 8 septembre 2014 fixe un niveau « plancher » de garanties. Ce « panier de soins » est très bas avec, par exemple, un remboursement de 100 % de la BRSS (Base de remboursement de la Sécurité sociale) pour les consultations, actes techniques et pharmacie en ville. De son côté, le contrat responsable a évolué et fixe désormais des « plafonds » de remboursement. Ainsi, le niveau de garanties des frais d'optique est limité à 470 euros (concerne un équipement optique monture + verres simples) sur deux ans et le remboursement par la complémentaire santé dépend de l'adhésion ou non du médecin au CAS (Contrat d'Accès aux Soins). Rappelons que le contrat responsable n'a pas de caractère obligatoire mais qu'il donne droit à un régime social et fiscal avantageux. La Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA) passe à 7 % contre 14 % pour les contrats non responsables.

## COMMENT METTRE EN ŒUVRE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DANS VOTRE ENTREPRISE

Pour mettre en œuvre la complémentaire santé au sein de votre entreprise, il vous faut un acte juridique. Il peut résulter d'une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE), d'un accord collectif ou plus rarement d'un référendum. Pour être conforme, le contrat doit respecter les catégories objectives. En effet, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014, la loi impose que tous les salariés ou tous ceux relevant d'une catégorie objectivement définie par des critères précisés dans deux décrets, celui du 9 janvier 2012 puis du 8 juillet 2014, bénéficient des mêmes garanties. Certains salariés peuvent ne pas adhérer à la complémentaire santé de l'entreprise notamment lorsqu'ils sont couverts par leurs conjoints. Ces dispenses d'affiliation doivent toutefois être prévues par l'acte juridique.

## ATTENTION

**La LFSS 2016 prévoit que les salariés précaires (CDD ou à temps partiel) bénéficient de droit d'une dispense d'affiliation à la complémentaire collective et peuvent prétendre, sous certaines conditions, à un « chèque santé » que finance l'employeur. Le montant de ce « versement santé » correspond à une somme mensuelle calculée en référence à votre contribution au financement de la complémentaire santé collective de votre entreprise.**

## RAPPROCHEZ-VOUS DE VOTRE BRANCHE PROFESSIONNELLE

Un certain nombre de branches professionnelles ont déjà signé un accord. Selon la Comarep (Commission des accords de retraite et de prévoyance), en 2014, on en comptait 145. Les négociations se sont poursuivies à un rythme soutenu en 2015 et d'autres sont en cours. Parmi les signataires, l'enseignement privé, les entreprises de travail temporaire, les bureaux d'études et sociétés de conseils, les industries électriques et gazières ou encore l'industrie pharmaceutique. Dans le commerce, citons la bijouterie, le commerce de détail non alimentaire, la librairie... En revanche, aucun accord n'a été signé dans des secteurs qui représentent pourtant de nombreux salariés tels que la métallurgie ou le BTP.

Les partenaires sociaux se concentrent tout particulièrement sur les niveaux de garanties en général supérieurs au panier de soins minimum imposé et sur la part patronale en général, plus favorable que les 50 % prévus par la loi.

## ATTENTION

**Il n'y a plus de clause de désignation et l'employeur est libre de choisir son groupe de protection sociale. Toutefois, il y a un certain nombre d'avantages à suivre les recommandations. En effet, les organismes sélectionnés proposent des plans d'actions de prévention et de solidarité adaptés aux enjeux de santé d'une profession ou d'un secteur. Pour savoir où en est votre branche professionnelle, consulter le site : <http://www.generalisation-2016.fr/>**

# L'IMPACT DE LA RÉFORME SUR LES REMBOURSEMENTS

## LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS)

Ce contrat négocié nationalement entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux signataires permet aux médecins de favoriser l'accès aux soins de leurs patients au travers d'un meilleur remboursement et de bénéficier en échange d'avantages sociaux.

## EN QUOI CONSISTE LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS ?

En signant le Contrat d'Accès aux Soins (CAS), le médecin permet à ses patients de

- bénéficier d'un meilleur remboursement de la Sécurité sociale,
- réduire le reste à charge.

## L'impact de la réforme sur les remboursements Pour une consultation de 70 euros

### 1/ Le médecin adhère au CAS

Niveau de garantie de la complémentaire santé	400 % BR
Remboursement de la Sécurité sociale	18,60 €
Remboursement de la complémentaire santé	50,40 €
Reste à charge	1 €

### 2/ Le médecin n'adhère pas au CAS

Niveau de garantie de la complémentaire santé	150 % BR
Remboursement de la Sécurité sociale	15,10 €
Remboursement de la complémentaire santé	18,40 €
Reste à charge	36,50 €

BR = Base de Remboursement

CAS = Contrat d'Accès aux Soins

## LES MOTS CLÉS DE LA RÉFORME DE LA SANTÉ

### QU'EST CE QU'UN PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ?

Créé en 2004, le parcours de soins coordonnés impose aux assurés sociaux de désigner un médecin traitant avant de consulter un spécialiste pour bénéficier d'un remboursement à taux plein. À défaut, le remboursement peut être amputé jusqu'à 40 %. Depuis mars 2015, ce dispositif a été étendu aux enfants de moins de 16 ans.

### QU'EST CE QUE LE CAS ?

Le Contrat d'Accès aux Soins mis en place en 2012 est un contrat par lequel le médecin s'engage auprès de l'Assurance Maladie à stabiliser ses dépassements d'honoraires sur une période de trois ans. Pour les

assurés, consulter un médecin signataire du CAS leur permet également de bénéficier d'une base de remboursement de Sécurité sociale plus favorable. Ainsi une consultation de spécialiste sera remboursée à 70 % sur une base de 28 euros contre 23 euros pour un médecin hors CAS.

### QU'EST CE QUE L'ACS ?

L'Aide à la Complémentaire Santé permet aux personnes disposant de faibles ressources – mais non éligibles à la CMU – de recevoir une aide financière pour payer leur complémentaire santé. Créé en 2005, ce dispositif a été revu en juillet 2015. Désormais, les bénéficiaires doivent choisir parmi une dizaine de contrats sélectionnés par les pouvoirs publics.