



L'ASSURANCE-MALADIE RÉFORMÉE : PARCOURS DES SOINS COORDONNÉS

Suite à la «réforme» de l'assurance maladie, un protocole d'accord entre les caisses et les syndicats de médecins libéraux a été signé le 15 décembre. Cet accord qui devrait déboucher sur une nouvelle convention médicale, met en place un nouveau parcours de soins organisés autour du médecin traitant et, selon les signataires, il est destiné à «améliorer la coordination et la qualité des soins, préserver et améliorer l'accès aux soins et enfin respecter le libre choix du patient».

A première vue, il ressort de cet accord que les spécialistes ont obtenu gain de cause, tant en matière de revalorisation d'honoraires (certes bloqués depuis 10 ou 15 ans) que de dépassements d'honoraires et, contrairement aux annonces gouvernementales, le système de soins ne sera pas réorganisé dans le sens de plus d'efficacité et d'une plus grande rationalisation.



■ La désignation d'un médecin traitant

Chaque assuré devra choisir un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) dont les missions seront multiples : assurer le premier niveau de recours aux soins, orienter ses patients dans le système de santé, assurer la prévention (dépistage et éducation sanitaire), établir les protocoles de soins de longue durée, tenir à jour le dossier médical dont la généralisation est prévue au 1er juillet 2007, ...

S'il n'a pas désigné de médecin traitant avant le 1er juillet 2005, ou s'il consulte un autre médecin sans passer par son médecin traitant, l'assuré verra son ticket modérateur majoré et, comme pour la franchise (1€ à compter du 1er janvier 2005), cette majoration ne pourra être prise en charge par les organismes complémentaires. Toutefois la majoration ne sera pas applicable dans certaines situations (consultation directe d'un ophtalmologiste, d'un

gynécologue ... ou encore en cas d'urgence !).

En outre, au delà de cette première pénalisation (majoration du ticket modérateur) et toujours au motif du «non respect du parcours de soins», certains spécialistes seront autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires (le montant maximum pour une consultation en secteur 1 sera de 29,38 € en 2005 et 30,55 € en 2006).

Si les mutuelles ont la possibilité de rembourser ces dépassements d'honoraires (ce qui est le cas aujourd'hui), seuls les assurés sans couverture complémentaire ou dont la complémentaire offre de faibles garanties supporteront directement le coût. En fin de parcours ce sont les assurés, et particulièrement les moins bien couverts, qui seront pénalisés, soit financièrement, soit au niveau de la qualité des soins.

■ L'accès aux soins ne sera ni facilité, ni amélioré ...

Le passage obligé par un médecin traitant avant de se rendre chez un spécialiste n'est pas critiquable en soi, si l'objectif est d'améliorer la qualité des soins et d'organiser une véritable coordination entre les professions de santé (en faisant jouer au médecin traitant le rôle de pivot du système). En revanche, l'avantage financier attribué au spécialiste en pénalisant le patient qui ne respectera pas ce parcours est particulièrement choquant. En clair les spécialistes auront plus d'intérêt économique à fonctionner dans un système non coordonné (ce qui est totalement contradictoire avec le but affirmé de la réforme) et c'est une véritable aubaine pour les spécialistes du sec-

teur 1 qui ne cessent de réclamer la liberté de fixer librement leurs honoraires (certains le faisant déjà aujourd'hui en toute illégalité).

En outre, cela va renforcer un système à deux vitesses qui existe déjà du fait de l'existence d'un secteur 2 à honoraires libres (fermé depuis 1991). Obtenir un rendez-vous rapidement sera largement plus facile pour les personnes qui auront les moyens financiers de s'affranchir du passage par un médecin traitant, quant aux autres, elles devront patienter plus ou moins longtemps !

Cette mesure conduit à une sélection des malades par l'argent au détriment de l'égalité d'accès aux soins.