



Item16-La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La couverture médicale universelle. La consommation médicale. Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé.

Objectifs CNCI		
- Expliquer les principes fondateurs de la sécurité sociale (1945) et les principales réformes survenues depuis lors (en particulier les ordonnances de 1967 et 1995). - Distinguer les principes fondateurs de la sécurité sociale de ceux des systèmes en vigueur en Grande-Bretagne (National Health Service (NHS)) et aux États-Unis (avant et après la réforme « Obama »). - Expliquer l'organisation de la protection sociale en France. - Préciser les enjeux du vote chaque année par le Parlement de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). - Expliquer le rôle des assurances complémentaires et son évolution. - Justifier l'institution de la Couverture maladie universelle (CMU) ; en préciser le périmètre et les limites. - Expliquer la problématique des Affections de Longue Durée (ALD) et la notion de « reste à charge ». - Préciser les principaux postes des dépenses de santé en France. - Préciser le cadre de l'administration des soins aux étrangers. - Préciser les principaux indicateurs de consommation et de coût de la santé en France.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Aucune	- Maladie/ vieillesse / famille / URSSAF - Financé par: cotisation / impôt / taxe - 100% / 1/3 payant / CMUc / AME - Conditions pour CMUc ou AME (3) - Définitions de: CSBM / CMT / DCS - Régulation = offre (3) et demande (3)	- Aucun

A. SYSTÈME FRANCAIS DE PROTECTION SOCIALE

Organisation de la protection sociale

Risques sociaux couverts par protection sociale

- Risques couverts par la sécurité sociale (= 90% des prestations)
 - Maladie - Invalidité - AT et MPI (branche maladie)
 - Famille - Maternité (branche famille)
 - Vieillesse - Décès (branche vieillesse)
- Risques sociaux couverts par d'autres prestataires
 - Emploi (allocations chômage / par ASSEDIC)
 - Logement (allocations logement)
 - Handicap / dépendance (APA)

Acteurs de la protection sociale

- Couverture de base: sécurité sociale et assurance chômage
- Couverture complémentaire: mutuelles et assurances privées
- Aide sociale: état et collectivités locales

Organisation de la sécurité sociale

- Créée en 1945 / basée sur le principe de solidarité (redistribution des revenus)

- Régimes « de base »
 - **obligatoires** et liés à l'activité professionnelle (modèle Bismarckien)
 - Principaux régimes
 - Régime général des travailleurs salariés (RGTS) + + +
 - Régime des travailleurs indépendants: pour les libéraux
 - Régime agricole, spéciaux: SNCF, RATP, EDF...
- Exemple du RGTS (!! 80% de la population)
 - Branche maladie
 - = **35%** des prestations sociales
 - → Caisses primaires / régionales / nationales d'AM (CPAM..)
 - Assurances: maladie / maternité / décès / AT-MP / invalidité
 - Branche vieillesse
 - = **45%** des prestations sociales
 - → Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)
 - Assurance vieillesse = pensions de retraites
 - Assurance veuvage = pensions de veuvage
 - Branche famille
 - = **10%** des prestations sociales
 - → Caisses d'allocations familiales (CAF)
 - Allocations familiales: ≥ 2ème enfant / sans condition de ressources
 - Branche recouvrement
 - → URSSAF: union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale
 - Assurent le recouvrement des cotisations dues aux CPAM et aux CAF

Financement de la sécurité sociale (3)

- !! Système de soin **mixte** (mi-Beveridgien / mi-Bismarckien: cf [Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.](#))
- Par les cotisations sociales
 - Regroupent cotisations patronales (employeurs) et salariales (employés)
 - Restent de loin la 1ère source de financement de la SS (mais en diminution)
- Par l'impôt (= état)
 - Contribution Sociale Généralisée (CSG): 1991 / prélevée à la source
 - Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS): 1996 / 0.5%
- Par des taxes affectées
 - Sur les comportements dangereux: alcool / tabac
 - Sur les ventes de médicaments

Réforme de l'assurance maladie: Loi du 13 Août 2004 (« Loi Fillon »)

- Renforcement du secret médical
- Création du dossier médical personnalisé informatisé (pas encore d'actualité...)
- Instauration du médecin traitant (en pratique: convention de 2005)
- Création de la HAS (ex-ANAES)
- Développement des EPP (cf [Principes d'une démarche qualité et évaluation des pratiques professionnelles.](#))
- Création de l'Union Nationale des Caisses d'assurance maladie (UNCAM)

Prestations sociales de base de la SS

Branche maladie

- Assurance maladie
 - Prestations en nature: soins / biens médicaux à taux variable + TM
 - Prestations en espèces: indemnités journalières à partir de J4 d'arrêt de travail
- Assurance maternité
 - Prestations en nature: PenC à 100% à partir du 6ème mois de grossesse
 - Prestations en espèces: Indemnités journalières du congé maternité
- Assurance invalidité
 - Prestations en nature: PenC à 100% si réduction des capacités de travail ≥ 2/3
 - Prestations en espèces: Pension d'invalidité
- Assurance accidents du travail et maladies professionnelles (cf [Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux.](#))
 - Prestations en nature: PenC à 100% + 1/3 payant si AT ou MPI reconnue
 - Prestations en espèces: indemnités journalières dès J1 +/- rente/capital si IPP
- Assurance décès
 - Prestations en espèces: capital décès pour les ayants droits si le décédé était en activité

Branche famille

- Allocations familiales + + +
- Autres: Aide pour le logement (APL)

Branche vieillesse

- A partir de 60ans: pension de retraite // durée de cotisation / salaire annuel moyen, etc
- Minimum vieillesse sur conditions de ressources

Prestations sociales complémentaires

Prise en charge à 100%

- = exonération du ticket modérateur / pour les affections longue durée (**ALD**)
- Pour les **ALD 30**: 30 maladies chroniques (IDM / AVC / MICI / HTA sévère / BK...)
- « 31ème maladie » : **maladie longue** et couteuse non inscrite sur la liste des ALD30
- « 32ème maladie » : **polypathologie** invalidante et couteuse non inscrite sur la liste

Tiers payant

- = dispense d'avancer la part obligatoire ou la totalité des honoraires / médicaments
- **Conditions pour bénéficier du tiers payant**
 - Lors d'une hospitalisation
 - Lors d'un accident du travail ou maladie professionnelle
 - Si patient en CMUc ou AME (!! pas la CMU de base)
 - Dans le cadre d'un dépistage organisé (ex: mammographie)
 - **Pas** dans les ALD: !! NPC avec prise en charge à 100% (**A savoir !**)

Couverture maladie universelle (CMU)

- **CMU de base**
 - **Conditions d'obtention**
 - Résider en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois
 - Ne pas avoir droit à l'AM à un autre titre (professionnel ou ayant droit)
 - **Prestations = identiques à l'assurance maladie**
 - Idem RGTS: prestations en nature de l'assurance maladie et maternité
- **CMU complémentaire (CMUc)**
 - **Conditions d'obtention**
 - Résider en France de manière stable et **régulière** depuis plus de 3 mois
 - Ne pas avoir droit à l'AM à un autre titre (professionnel ou ayant droit)
 - Avoir des ressources financières inférieures à seuil fixé par décret (~ 600€/M)
 - **Prestations = complémentaire santé gratuite**
 - Prise en charge du ticket modérateur (100%)
 - Tiers payant: pas d'avance des frais
 - Prise en charge du forfait hospitalier journalier
 - Exonération de la participation forfaitaire de 1€
 - **Modalités**
 - Accordée pour un durée d'un an renouvelable
 - Le bénéficiaire choisit sa complémentaire (liste / pas de refus)
 - En pratique: 96% des CMU ont la CMU complémentaire...

Aide médicale d'état (AME)

- **Condition d'obtention**
 - Etranger en situation **irrégulière** (sans papiers)
 - Résidant en France de manière stable depuis ≥ 3 mois
 - Ressources inférieures à un seuil fixé (le même que CMUc)
- **Prestations**
 - idem CMUc: [100% - tiers payant - forfait journalier - 1€]

B. CONSOMMATION MÉDICALE ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Indicateurs de la consommation et des dépenses de santé

Consommation médicale totale (CMT)

- = dépenses de l'état pour la satisfaction **directe** des besoins de santé individuels
- → **150** Milliards d'euros en 2005 (10% du PIB) soit ~2500 €/habitant (165 Mds en 2007)
- **la CMT comprend**
 - **Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) = 98% (!)**
 - Soins **hospitaliers** et en sections médicalisées (45%)

- Soins **ambulatoires**: médecins, dentistes, auxiliaires, labos, etc. (30%)
- Biens **médicaux**: médicaments, optique, prothèses, pansements, etc. (20%)
- Transports sanitaires (2%)
- Consommation de services de médecine préventive (CSMP) (individuelle) = 2%
 - Prévention individuelle I: vaccinations / médecine scolaire / PMI / MdT..
 - Prévention individuelle II: dépistage des cancers / des MST / tuberculose..

Dépense courante de santé (DCS)

- = dépenses engagées par l'ensemble des financeurs du système de **santé** sur une année
- → **200** Milliards d'euros en **2006**
- la DCS comprend (4)
 - Dépenses pour les malades (90%): **CMT** + indemnités journalières
 - Dépenses pour la prévention: **collective** (≠ CMT) et individuelle
 - Dépenses pour l'amélioration du système de soin: recherche et formation médicale
 - Dépenses pour la gestion du système de soin: administration sanitaire

Dépense nationale de santé (DNS)

- Indicateur utilisé par l'OCDE / exprimé en % du PIB
- DNS = CMT + prévention + administration sanitaire
- = 10.5% du PIB en 2004 (France au 3ème rang en Europe après Suisse et Allemagne)

Economie de la santé

Financement de la dépense courante de santé (= DCS)

(2005)

- Sécurité sociale = 70%
- Complémentaires (mutuelles, assurances) = 15%
- Ménages = 10%
- Etat (CMU / AME) et collectivités locales = 1-2%

Déterminants de la consommation de santé

- Facteurs influençant l'offre de soins
 - Progrès techniques et thérapeutiques
 - cf ↑ potentiel de soins et de biens = ↑ de la CMT
 - Démographie médicale
 - Plus l'accès est facile et les médecins nombreux plus on consomme
- Facteurs influençant la demande de soins
 - Facteurs démographiques
 - cf ceux qui consomment le plus: début et fin de vie
 - donc vieillissement de la pop ou baby-boom = CMT ↑
 - Facteurs épidémiologiques
 - De plus en plus de maladies chroniques ne sont plus fatales (MCV, cancer..)
 - ...et ceux sont celles qui coutent le plus cher
 - Facteurs socio-économiques
 - Niveau de protection sociale +++
 - Niveau de vie / revenu / éducation..
 - Facteurs psychologiques
 - Besoin ressenti: santé ressentie comme un « droit »
 - Confiance dans le système de santé

Régulation des dépenses de santé ++

- Réguler l'offre
 - Totale
 - **ONDAM**: objectif national des dépenses d'assurance maladie
 - **Evaluation de la qualité et efficacité**: EPP / certification (cf [Principes d'une démarche qualité et évaluation des pratiques professionnelles.](#))
 - **Numerus clausus**: règlementation du nombre de médecins
 - Hospitalière (publique et privée) = réglementée
 - **SROS**: schéma régional d'organisation sanitaire / ARH pour 5ans (cf [Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.](#))
 - **T2A** + dotation globale des hôpitaux (cf [Organisation du système de soins. Sa régulation. Les indicateurs. Parcours de soins.](#))
 - **Carte sanitaire**: répartition des établissements de santé
 - Libérale = partiellement réglementée

- **Convention** = réglementation des honoraires et des prescriptions (cf [Organisation du système de soins](#). [Sa régulation](#). [Les indicateurs](#). [Parcours de soins](#).)
 - Honoraires conventionnés: base et taux de remboursement
 - Prescriptions médicales contrôlées / RMO (ex: génériques en priorité)
 - Parcours de soins coordonné (= médecin traitant)
- **Réguler la demande**
 - **Ticket modérateur**
 - 30% si consultation dans parcours de soins / 40% si hors parcours
 - 0 à 100% pour les médicaments selon le service médical rendu (SMR)
 - **Forfaits fixes**
 - Participation forfaitaire de 1€ (plafonnée à 50€/an/personne)
 - Forfait hospitalier journalier (= 16€/j)
 - Forfait de 18€ pour tout acte médical ≥ 91€
 - Franchise médicale: participation sur chaque boîte de médicament et transport
 - **Mise en place du parcours de soin coordonné**

Synthèse pour questions fermées

Quelles sont les 3 branches de la sécurité sociale ?

- Maladie - Invalidité - AT et MPI (branche maladie)
- Famille - Maternité (branche famille)
- Vieillesse - Décès (branche vieillesse)

Quelles sont les 2 conditions pour bénéficier de la CMU (couverture médicale universel) ?

- Résider en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois
- Ne pas avoir droit à l'AM à un autre titre (professionnel ou ayant droit)