



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2022-2023

UEC 5

Santé publique et économie en santé

Protection sociale du risque de maladie et financement de la santé

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de E.GOMBAULT présenté le 30/01/2023.

Protection sociale du risque de maladie et financement de la santé

Ce cours est à travailler avec les diapositives sur Moodle afin de repérer les points importants à apprendre.

I. Objectifs

Protection sociale et assurance maladie : fonctionnement

- Connaître le contexte historique de la mise en place de la protection sociale et de l'assurance maladie en France
- Connaître les principes fondateurs de la sécurité sociale (1945)
- Connaître les différents risques à couvrir (maladie, maternité, accidents du travail, maladies professionnelles, vieillesse...)
- Connaître l'organisation de la protection sociale en France (branches maladie, vieillesse, prestations familiales)
- Connaître les principaux régimes existant (régime général des travailleurs salariés, régimes spéciaux, msa) Connaître l'organisation et le fonctionnement du régime général des travailleurs salariés
- Connaître les conditions d'attribution de la PUMA et les droits ouverts
- Connaître la problématique des affections de longue durée (ALD) et la notion de « reste à charge »
- Connaître le dispositif de tiers payant
- Connaître le rôle des assurances complémentaires et son évolution
- Connaître les principales réformes survenues depuis 1945 (en particulier les ordonnances de 1967 et 1996)

Protection sociale et assurance maladie : financement

- Connaître les modalités de financement de la protection sociale
- Connaître les mécanismes de régulation des dépenses de santé
- Connaître les grands principes de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)
- Connaître les enjeux du vote chaque année par le parlement de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)
- Connaître les différents agrégats des comptes de la santé (CSBL, DCS, DCSi)

[Dessine-moi l'éco : la protection sociale - YouTube](#)

II. Introduction

a. Protection sociale

1. Au niveau du droit

La protection sociale est un droit de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme (ONU) de 1948. Selon l'article 25 :

- Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
- La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

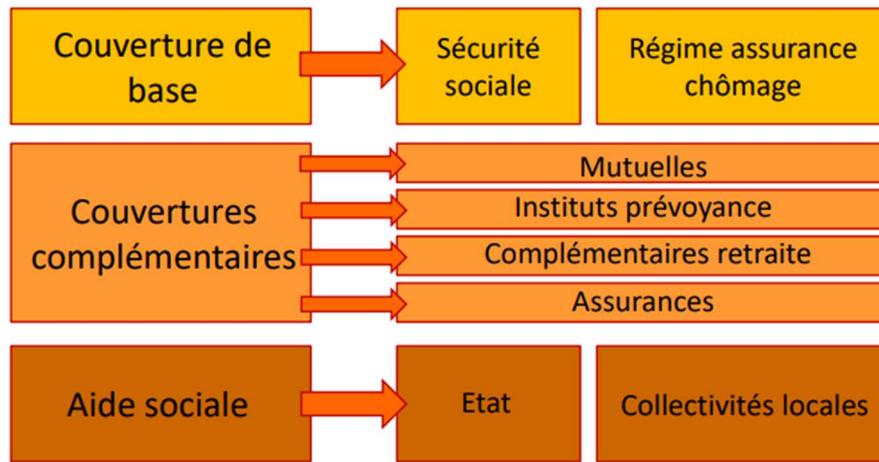
2. Définition

La protection sociale concerne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des « risques sociaux ». En cas de risques sociaux, il y a

- Une baisse de ressources : maladie, accident de travail, chômage...
- Hausse des dépenses : charge familiale, maladie...

Autres risques possibles : logement, pauvreté, dépendance, exclusion sociale...

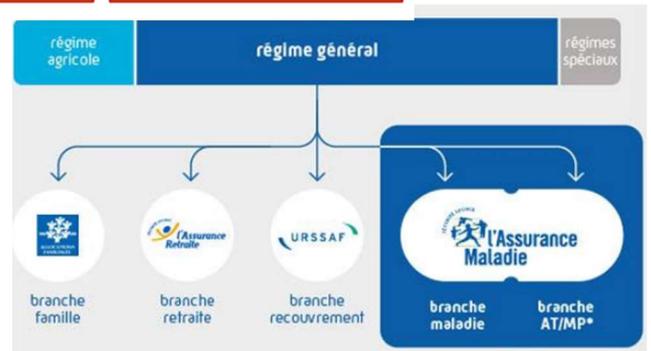
3. Acteurs chargés de la couverture



b. La sécurité sociale

C'est l'organisme qui s'occupe de la couverture de base des risques :

- Maladie
- Accident du travail, maladie professionnelle
- Vieillesse
- Famille et logement



1. Assurance chômage



C'est un régime créé en 1958 pour les salariés de l'industrie et du commerce (De Gaulle). Elle propose une gestion paritaire par l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC). Au niveau local c'est Pôle emploi qui prend le relai.

Il y a une indemnisation en proportion du salaire perdu en cas de licenciement ou de rupture conventionnelle.

2. Couvertures complémentaires

Leur rôle est de compléter les prestations versées par la sécurité sociale. Elles peuvent être obligatoires (retraites des salariés du secteur privé) ou facultatives.

Les Mutuelles sont des organismes de droit privé à but non lucratif. Elles se basent sur un principe de solidarité au sein de la mutuelle ; cotisations non liées au risque.

Les assurances privées sont des organismes marchands à but lucratif. La prime d'assurance est proportionnelle à l'importance du risque.

Les instituts de prévoyance sont des organismes de droit privé à but non lucratif. Ils se basent sur la gestion paritaire (salariés et employeurs). Elles s'occupent des complémentaires retraites essentiellement.

3. Aide sociale

C'est la relève de l'Etat et des collectivités (conseil départemental, commune). Elle concerne principalement l'enfance, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap.

Exemples :

- Aide sociale pour personnes âgées sous condition de ressources
 - o Aides ménagères à domicile, couverture des frais d'hébergement
- Aide aux personnes en situation de dépendance
 - o Allocation personnalisée autonomie (APA) : aide aux actes essentiels de la vie à domicile, forfait dépendance en EHPAD
- Aide sociale à l'enfance (ASE)
 - o Aides éducatives et financières pour familles en difficultés, accueil temporaire d'enfant

- Aide sociale aux personnes en situation de handicap
 - o Prestation de compensation handicap, aides financières si ressources insuffisantes

III. La sécurité sociale

[3 minutes pour comprendre la Sécurité sociale - YouTube](#)

a. Historique

Avant 1789, le système de solidarité sociale n'existait pas. La société se basait sur une solidarité familiale, une corporations (métiers) et la religion.

La Révolution française, via la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen crée une conception nouvelle de l'assistance : devoir de la société de porter secours aux indigents, vieillards, enfants abandonnés.

De 1830 à 1905 des systèmes d'assistances publiques et de libre prévoyance émergent :

- Sociétés de secours mutuels (ex-corporations) : prévoyance collective volontaire limitées à quelques activités ou entreprise
- Systèmes d'aides sociales pour faire face à des besoins spécifiques (appréciation subjective par des commissions d'élus)

Cela reste néanmoins marginal et c'est au début du XXe siècle qu'il y a une vraie émergence :

- 1898-1939 : système d'Assurances Sociales
 - o Tentatives en faveur de l'assurance obligatoire de certains risques
 - o Dans les textes : système de protection complet mais en réalité peu opérant
- Loi du 9 avril 1898 : responsabilité sans faute de l'employeur (accident du travail) → facilité d'indemnisation lors d'un accident de travail ou une maladie professionnelle.
- Loi du 5 avril 1910 : assurance vieillesse obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie
- Lois des 5 avril 1928 et 30 avril 1930 : assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès pour les salariés ; régime spécial pour les agriculteurs
- Loi du 11 mars 1932 : allocations familiales
- 1945-1946 : mise en place d'une sécurité sociale (retenir ++)
- o Ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, par Pierre LAROQUE (Conseil National de la Résistance)
- o Triple objectif
 - Unité de la Sécurité Sociale
 - Universalité
 - Extension des risques couverts
- o Double influence
 - Rapport Beveridge
 - Système bismarckien



Extrait de l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 :

« La Sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain [...] Envisagée sous cet angle, la Sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de grande généralité quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants [...] »

Influences bismarckiennes :

Objectif : améliorer les conditions de vie du prolétariat ouvrier -> système de protection sociale contre les risques :

- Maladie (1883)
- Accident du travail (1884)
- Vieillesse et invalidité (1889)

Caractéristiques :

- Protection fondée sur le travail
- Protection obligatoire
- Participation financière des salariés et des employeurs (cotisations sociales)
 - o Non proportionnelle aux risques, mais aux salaires
- Protection gérée par les salariés et les employeurs

Influences beveridgiennes :

Rapport Beveridge (1942) : propose la refonte du système d'assurance maladie au Royaume-Uni

Caractéristiques :

- Universalité : toute la population est couverte, pour tous les risques
- Uniformité : prestations fondées sur les besoins et non sur les pertes de revenus en cas de survenue d'un risque
- Unité : gestion étatique de l'ensemble de la protection sociale (NHS: National Health Service)
- Financement basé sur l'impôt

1945 en France :

C'est le projet de Pierre Laroque. Il comporte plusieurs caractéristiques :

- Unité : caisse unique, gestion par l'état
- Universalité : couverture de l'ensemble de la population et de tous les risques
- Financement : cotisations sociales

Mais ...

- Grandes réticences des organismes préexistants (agriculteurs, indépendants, mineurs, cheminots...) qui ne veulent pas perdre leur autonomie de gestion
- Couverture de toute la population et de tous les risques impossibles pour raisons financières

Les ordonnances de 1945 ont mis en place le Régime Général de la Sécurité Sociale

- Couverture de tous les travailleurs salariés
- Gestion paritaire d'un réseau de caisses primaires

Depuis 1945 :

- Ordonnance du 21 août 1967 :
 - o 3 caisses nationales : assurance maladie, allocations familiales, assurance vieillesse
 - o Loi du 4 juillet 1975
 - Généralisation à l'ensemble de la population active de l'assurance vieillesse obligatoire
 - o Loi de finances du 28 décembre 1990
 - Contribution sociale généralisée (CSG)
- Ordonnances Juppé de janvier 1996
 - o Remboursement de la dette sociale (CRDS)
 - o Mesures financières d'urgence
 - o Maîtrise médicalisée des dépenses de santé : ONDAM
 - o Loi du 9 novembre 2010
 - Réforme des retraites (recul progressif de l'âge légal de départ à la retraite, prise en compte de la pénibilité...)

Spécifiquement pour l'assurance maladie :

- Loi du 28 juillet 1999
 - o Institution d'une couverture maladie universelle (CMU), mise en place en 2000
- Loi du 13 août 2004 (réforme de l'Assurance Maladie)
 - o Médecin traitant, DMP, ACS, franchises, génériques
- Loi de modernisation de notre système de santé (2016)
 - o Tiers payant généralisé
- Loi de financement de la Sécurité Sociale

- 2016 : Protection universelle maladie (PUMA)
- 2018 : Réforme du RSI, hausse de la CSG, diminutions des cotisations sociales

I. La Sécurité sociale à l'heure actuelle :

a. Les 4 risques

Il y a une couverture de base de 4 risques :

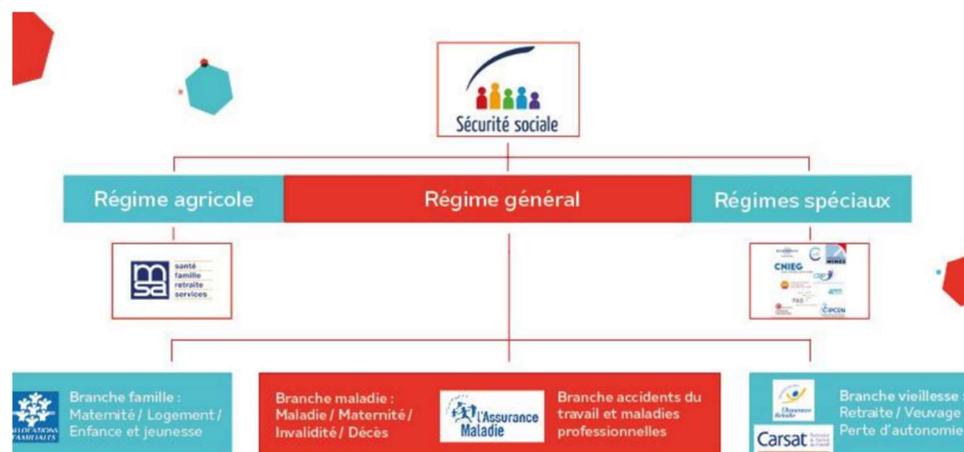
- Maladie, maternité, invalidité, décès
- Accidents du travail, maladies professionnelles
- Vieillesse
- Famille

Se détache néanmoins un « 5ème risque » lié à la dépendance

- Couvrir les risques liés à la perte d'autonomie et au handicap ° Loi du 7 août 2020. Il n'y a néanmoins pas encore de nouvelle branche dédiée

La couverture concerne toute la population : l'affiliation est basée sur l'emploi (sauf pour la branche famille, et la branche maladie depuis 2016). Il y a une mise en place de dispositifs spécifiques pour les personnes hors emploi. Concernant le financement, la sécurité sociale se base sur les cotisations sociales + impôt et se fait en fonction des revenus. La gestion est faite par les partenaires sociaux (employeurs, travailleurs) et il y a un contrôle fort de l'Etat.

b. Les régimes



Il y a une mosaïque

de régimes :

- Régime général (88 %)
 - La plupart des salariés, étudiants, résidents
 - Sécurité sociale des indépendants (ex-régime des non-salariés non-agricoles) RSI : artisans, commerçants, professions libérales
- Régimes spéciaux (7 %) : salariés qui ne sont pas dans le régime général
 - Les marins, les mines, la SNCF, la RATP, EDF-GDF, l'Assemblée nationale, le Sénat, les clercs et employés de notaires...
- Régime agricole MSA (5%) : exploitants et salariés agricoles

i. Le Régime Général

La branche Maladie

Elle concerne la prise en charge des dépenses de santé. Elle permet l'accès aux soins pour toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. Elle recouvre les risques de maladie, de maternité, d'invalidité et de décès.

Elle est gérée par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) et son réseau de CPAM (caisse primaire d'assurance maladie)
Les prestations sont le remboursement des frais de santé ou revenus de remplacement (indemnités journalières pour un arrêt maladie ou congé maternité)

La branche Accidents du travail – maladies professionnelles

Elle concerne les risques professionnels. Elle Indemnise les salariés en cas d'accidents du travail, d'accidents de trajet ou de maladies professionnelles.

Elle est gérée par la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) et les CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail) en région et prend en charge les soins des victimes et s'occupe de la réinsertion professionnelle du salarié. S'il y a une incapacité à reprendre le travail, elle verse une rente d'invalidité.

La branche Famille

Elle s'occupe de la maternité / l'enfance et jeunesse / et du logement. Son objectif est de réduire les inégalités de niveau de vie entre les ménages. Elle verse des allocations ; prime à la naissance ; aide au logement ; RSA

Elle est gérée par la caisse nationale d'allocation familiale (CNAF) et ses déclinaisons départementales : les caisses d'allocation familiale (CAF)

La branche Vieillesse

Elle verse les pensions de retraite, l'ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées) pour les plus modestes et les pensions de réversion pour les conjoints veufs

Elle est gérée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et ses CARSAT. Elle gère aussi les aides aux personnes âgées pour qu'elles adaptent leur logement en cas de perte d'autonomie.

c. L'assurance Maladie

C'est une branche de la Sécurité Sociale. Elle est universelle depuis 2000 et l'affiliation se fait pour toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. Les cotisations se font sur les salaires s'il y a une activité professionnelle (en fonction des revenus). S'il n'y a pas d'activité professionnelle, il y a des cotisations si les revenus sont supérieurs à un certain seuil et sinon il n'y a pas de cotisation.

a. Affiliation au régime de base :

Avant la réforme de la Protection Universelle Maladie (PUMA de 2016) :

- Protection sur une base professionnelle ou à titre familial ◦ Ayant droit : conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfant jusqu'à 16 ou 20 ans, toute personne vivant chez l'assuré depuis ≥ 12 mois et à sa charge
- Sinon, couverture maladie universelle (CMU) pour que toute la population soit couverte

Depuis la réforme (1er janvier 2016)

- L'ensemble de la population est protégé à titre individuel sur un critère professionnel ou de résidence
- Conséquences
 - Abrogation de la CMU de base
 - Suppression du statut d'ayant droit majeur

b. Des régimes complémentaires existent :

95% des français ont une complémentaire santé. Il peut y avoir des contrats collectifs ou individuels souscrit via un employeur.

Couverture collective :

- Obligatoire dans le secteur privé depuis 2016
- Généralement plus couvrants
- Obligation de l'employeur (privé) de :
 - Prendre en charge ≥ 50 % de la cotisation
 - Proposer un contrat avec socle minimal
 - Ne peut être refusé par le salarié sauf si déjà couvert autrement, CDD, temps très partiel, apprenti...

Contrat individuel :

- Mutuelles et assurances santé
- Couvertures et tarifs variables

c. Complémentaire santé solidaire (CSS) :

Elle existe depuis novembre 2019 et remplace la CMUc et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Les conditions d'accès sont

- Être bénéficiaire d'une prise en charge de ses frais de santé par l'Assurance Maladie
- Avoir des ressources inférieures à un montant fixé (qui dépend de la composition du foyer)

La mutuelle à 1 euro

Plafond de ressources annuelles pour en bénéficier... En 2019

Personnes dans le foyer	... gratuitement	... avec une participation financière
1 personne	8 951 €	12 084 €
2 personnes	13 426 €	18 126 €
3 personnes	16 112 €	21 751 €
4 personnes	18 797 €	25 376 €
5 personnes	22 377 €	30 209 €
Par personne en plus	+ 3 580,38 €	+ 4 833,52 €

Montants en métropole.

Participation financière demandée, selon l'âge*

Moins de 30 ans	8 €
De 30 ans à 49 ans	14 €
De 50 ans à 59 ans	21 €
De 60 ans à 69 ans	25 €
70 ans et plus	30 €

* Au 1^{er} janvier de l'année d'attribution de la protection complémentaire.



d. Aide médicale d'Etat

C'est l'assurance maladie qui prend en charge, pour les consultations médicales, dentaires et les hospitalisations :

- La part obligatoire
- La part complémentaire
- Les forfaits/franchises

Les conditions d'accès :

- Résider en France de manière irrégulière (sans titre de séjour ni demande d'asile en cours)
- Résider en France depuis au moins 3 mois
- Avoir des ressources inférieures à un plafond (9032 € par an pour une personne seule en 2020)

Elle est accordée pour un an et est renouvelable.

e. Les prestations de l'Assurance Maladie

En espèces : revenu de substitution destiné à compenser les pertes de revenu subies du fait de la maladie, la maternité, l'invalidité, l'accident du travail ou la maladie professionnelle

- Indemnités journalières (arrêt de travail)
- Pension (invalidité au moins 2/3)
- Capital forfaitaire/rente (incapacité permanente)
- Rente pour les ayants droits si décès

En nature : remboursement total ou partiel des frais engagés pour des dépenses médicales, paramédicales, frais d'hospitalisation

- Prise en charge sur prescription médicale
- Prix des biens et services fixé par le ministère chargé de la santé
- Honoraires des professionnels fixés par convention nationale entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie

f. La prise en charge des soins (prestation en nature)

Elle se fait à partir d'un tarif fixé :

- Taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire (couverture de base)
 - o Variable selon la nature des biens et services
- Ticket modérateur à la charge de l'assuré
 - o Peut être pris en charge par une complémentaire
- Participation forfaitaire à la charge de l'assuré
 - o Parfois pris en charge par une complémentaire

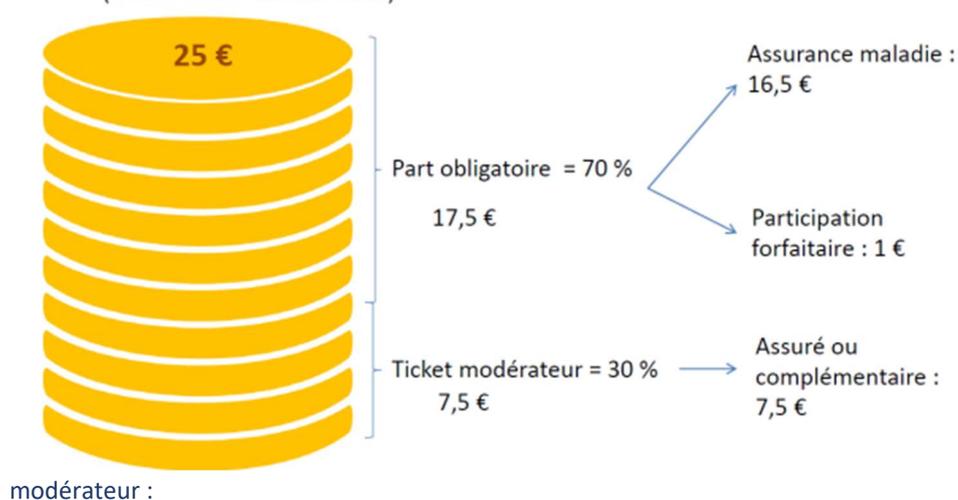
Prestations principales (cas général)		Taux
Consultations	Médecins parcours de soins	70%
	Médecins hors parcours de soins	30%
	Auxiliaires médicaux	60%

Médicaments		Taux
	Irremplaçables et onéreux	100%
	Service médical rendu majeur ou important	65%
	Service médical rendu modéré	30%
	Service médical rendu faible	15%

Hospitalisation	Secteur public ou privé	Taux
		80%
Actes des auxiliaires médicaux		60%
Frais de transport		65%
Optique		60%
Biologie	Cas général	60%
	Dépistage VIH, VHC	100%

Exemple : consultation chez le médecin

Tarif d'une consultation MT = 25 €
(Convention médicale 2016)



g. Ticket

C'est la part des frais engagés pour les soins qui reste à la charge de l'assuré après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Il peut être pris en charge par une complémentaire et majoré hors parcours de soins coordonnés. (Ex. 70% au lieu de 30% pour une consultation médicale) Il peut être remplacé par un forfait de 18 € pour certains actes coûteux.

L'exonération du ticket modérateur liée à la nature de l'affection :

- Frais pour les soins directement liés à une ALD (affection de longue durée)
- Campagne nationale de prévention
- Diagnostic ou traitement de la stérilité

Exonération pour tout type de soins :

- Bénéficiaires de la CSS
- Pension d'invalidité/militaire, rente AT-MP pour une incapacité de 66% ou plus
- Mineurs victimes de sévices sexuels
- Soins en établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie
- Traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée

Exonération liée la nature du risque :

- Maternité du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour suivant l'accouchement
- Accident du travail ou maladie professionnelle

h. La participation forfaitaire

Elle est à la charge de l'assuré et ce forfait est fixe selon les secteurs :

- Pour les forfaits journaliers en cas d'hospitalisation elle est de 20€ (15€ en psychiatrie).
- Participation forfaitaire de 1 € pour chaque acte/consultation (limite 50 € / an)
- Franchises
 - o 0,5 € par boîte de médicament
 - o 0,5 € par acte paramédical dans la limite de 2 € par jour
 - o 2 € par transport sanitaire dans la limite de 4 € par jour
 - o Montant de la franchise plafonné à 50 € / an
- Personnes exonérées des participations forfaitaires
 - o Enfant et jeune de moins de 18 ans
 - o Bénéficiaire de la CSS et de l'AME
 - o Femme enceinte du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour suivant l'accouchement
 - o Titulaire d'une pension militaire d'invalidité

i. Le tiers payant

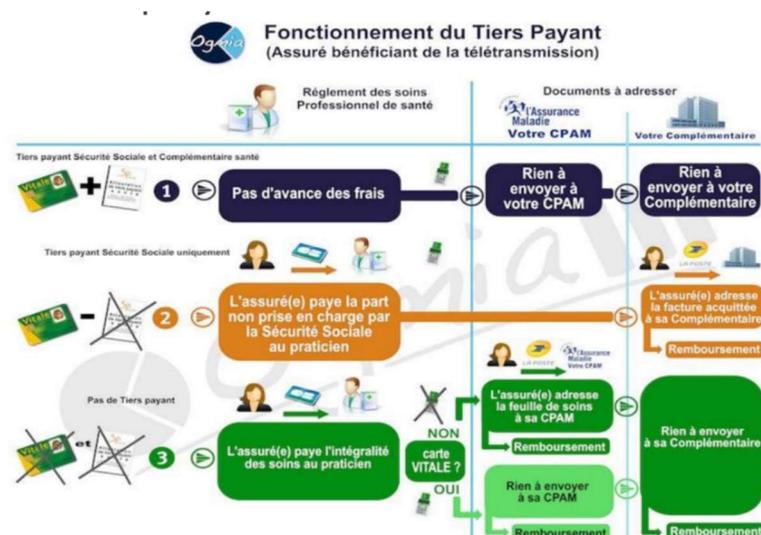
C'est la dispense de l'avance des frais par l'assuré :

- Le professionnel de santé est remboursé
- De la part de l'assurance maladie obligatoire dans le cas du tiers payant partiel
- De la part de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le cas du tiers payant total
- L'assuré paie ce qui est à sa charge
- Le ticket modérateur (en cas de tiers payant partiel ou absence de complémentaire)
- Les participations forfaitaires (déduites du remboursement ou remboursement ultérieur)
- Les éventuels dépassements d'honoraires

Tiers payant s'applique de droit actuellement pour :

- Bénéficiaire de la CSS ou de l'AME
- Victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle
- Actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé
- Hospitalisation dans un établissement sous convention avec assurance maladie
- Mineure de plus de 15 ans consultant pour une contraception

Tiers payant est généralisé dans la loi de modernisation du système de santé 2016. Attention à ne pas confondre tiers payant et ticket modérateur.



j. Les affections de

Longue durée

Les ALD sont mises en place en cas de maladie nécessitant des soins coûteux continus et/ou un arrêt de travail sur une durée supérieure à 6 mois. Il y a différents types d'ALD :

- ALD « non exonérante (du ticket modérateur) » : remboursements aux taux habituels
 - o Ex. glaucome, arthrose, hypothyroïdie, épilepsie...
- ALD « exonérante (du ticket modérateur) » : le bénéficiaire est exonéré du ticket modérateur pour les soins en rapport avec l'ALD

- ALD listées par décret
- Maladie hors liste grave et invalidante nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (31ème maladie)
- Polypathologie à l'origine d'un état invalidant nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois (32ème maladie)

Les 30 ALD :

Accident vasculaire cérébral invalidant	Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	Mucoviscidose
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
Bilharziose compliquée	Paraplégie
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves	Vascularites, lupus érythémateux systémique, sclérodermie systémique
Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	Polyarthrite rhumatoïde évolutive
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH	Affections psychiatriques de longue durée
Diabète de type 1 et diabète de type 2	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont myopathie), épilepsie grave	Sclérose en plaques (3)
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	Scoliose idiopathique structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	Spondylarthrite grave
Maladie coronaire	Suites de transplantation d'organe
Insuffisance respiratoire chronique grave	Tuberculose active, lèpre
Maladie d'Alzheimer et autres démences	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique
	Maladie de parkinson

La demande d'ALD est faite par le médecin traitant du patient. Il doit rédiger un protocole de soins en concertation avec le patient selon les recommandations de la HAS. Les soins et traitements nécessaires sont pris en charge à 100% (sans compter la participation forfaitaire). Les professionnels de santé impliqués dans le suivi sont consultables en accès direct (parcours de soins). L'examen de la demande est fait par le médecin conseil de l'Assurance Maladie. L'ADL est pour une durée déterminée.

ALD en 2017 :

Au 31 décembre 2017 10,7 millions de personnes bénéficient d'une exonération au titre d'une ALD (RG seul) soit 17% des assurés.

k. Rôle de régulateur

Il y a 2 mécanismes de maîtrise des dépenses

- Maîtrise comptable :
 - Augmenter les recettes
 - Diminuer les dépenses
 - Limitation tarifaire
 - Diminution des remboursements
 - Diminution de l'offre de soins et la démographie (théorie de la demande induite)

- Maîtrise médicalisée
 - o Améliorer l'état de santé par la prévention
 - o Responsabiliser les assurés (lutter contre l'aléa moral)
 - Information
 - Parcours de soins imposé, DMP
 - Ticket modérateur, franchises, avance des frais...
 - o Responsabiliser les offreurs de soins (lutte contre les comportements opportunistes)
 - Accord préalable arrêts de travail, transports, incitation financière (P4P)
 - Evaluation des pratiques : pertinence des actes, « juste soins »
 - Accompagnement des professionnels, établissements de santé, contrôles des organismes payeurs

I. Système conventionnel

L'assurance Maladie possède un système conventionnel. L'objectif est de concilier un exercice libéral des professionnels de santé (PS) avec un accès aux soins généralisé garanti par la sécurité sociale. Le principe de base est solvabilité de la patientèle des médecins par l'assurance maladie en échange d'engagements (respect de tarifs...)

Les professionnels concernés :

- Exercice libéral
- 99 % des professionnelles de santé libéraux conventionnés, dont 96 % des médecins

Mission principale : Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population, à l'efficacité du système de soins et à la maîtrise des dépenses de santé.

m. Organisation

D'après la loi du 6 mars 2002, il y a des conventions nationales sectorielles par profession

- Médecin, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens...
- 17 conventions ou accords professionnels nationaux en vigueur
- Outils de promotion de la qualité des soins collectifs et individuels
- Options auxquelles les PS peuvent adhérer

Parties signataires

- Assurance Maladie, représentée par l'UNCAM
- Représentants des professionnels de santé libéraux
- Organisations syndicales représentatives des PS

La convention est conclue pour 5 ans avec tacite reconduction. Il y a une négociation entre représentants de l'assurance maladie et représentants de chaque profession de santé. La signature d'une convention nationale par profession constitue un contrat. Chaque professionnel est libre d'adhérer ou non à la convention.

Avantages	Obligations
Patientèle solvable -> Prise en charge des soins dispensés	Tarif de consultation fixé (possibilité de dépassement pour les médecins, avec « tact et mesure »)
Participation de l'AM aux cotisations sociales du professionnel	Engagement de télétransmission
Possibilité de participer aux actions de formation continue	Engagement de maîtrise des dépenses

Il y a néanmoins des leviers d'intervention :

leviers

- Périmètre des actes remboursables / Tarification des actes et niveau de prise en charge
 - o UNCAM associée aux négociations conventionnelles et à la fixation des prix ou tarifs des produits de santé
- Contrôle de la pertinence des soins dispensés
- Négociations conventionnelles (relations avec les personnels soignants)
- Prévention et information des assurés
 - o Information -> www.ameli-sante.fr

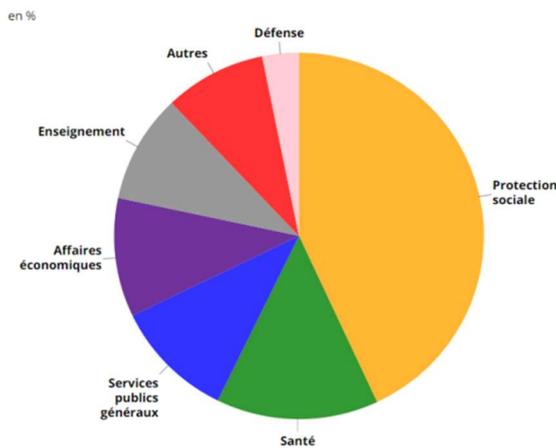
- Centres d'examens de santé
- Education thérapeutique
- Information des professionnels de santé -> maîtrise médicalisée
 - Délégués de l'assurance maladie et professionnels conseil contribuent à la diffusion des recommandations HAS, élaborent des profils de prescription

Les tarifs des soins sont conventionnés et négociés entre l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé dans les conventions nationales. Ils servent de base au calcul du remboursement. Il y a aussi des contrats incitatifs pour répartir l'offre de soin sur le territoire grâce à ces avantages divers.

II. Le financement

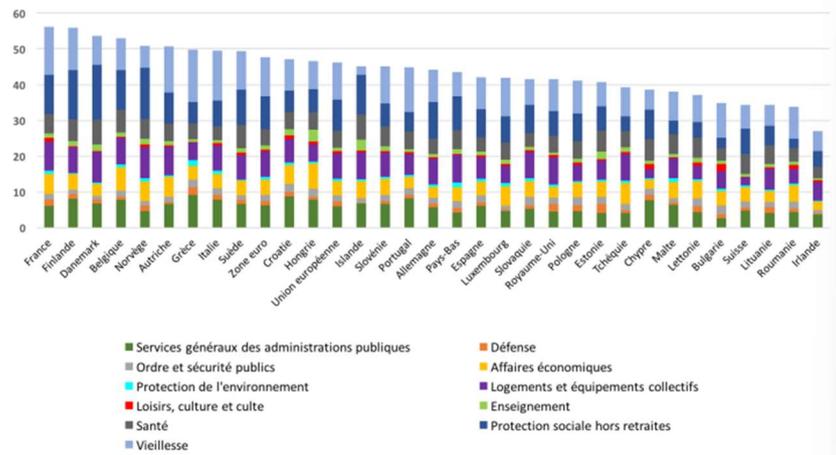
a. Dépenses publiques en France

Structure des dépenses publiques en 2017



DEPENSES PUBLIQUES 2016 EN % DU PIB PAR FONCTION DANS L'UE

(source : Eurostat - nomenclature COFOG)



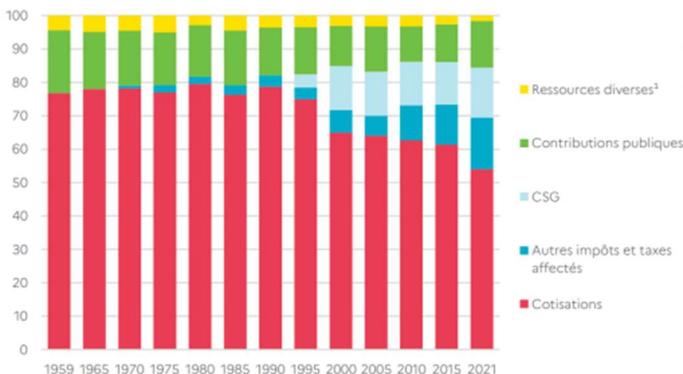
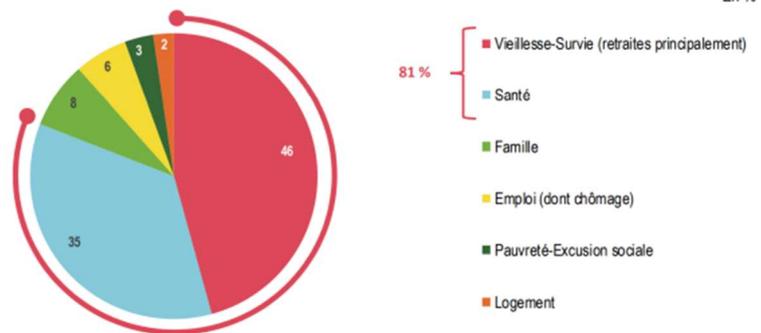
La part de protection sociale (+la part santé) concerne plus de la moitié de la dépense publique de la France.

En % de PIB, la France est le pays qui reverse le plus de prestations sociales à sa population.

b. Dépenses de protection sociale

Le premier risque social est la vieillesse-survie (retraite principalement), puis vient la santé. Pour ces 2 premières prestations, cela concerne 81% du PIB de la France.

En 2021, 882 milliards d'€ de dépenses de protection sociale (35 % du PIB), dont 95 % de prestations.



A l'origine, le financement de la protection sociale se faisait principalement grâce aux cotisations, puis grâce aux contributions publiques.

Actuellement, il tend à se diversifier avec l'apparition de la CSG en 1990 et d'autres impôts et taxes affectés mais la cotisation sociale reste majoritaire.

L'impôt prend une place de plus en plus grande dans le financement.

c. Loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS)

Elle a été créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996 avec les ordonnances Juppé. Elle vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Dans cette loi est fixé l'ONDAM qui est une estimation prévisionnelle de dépenses de santé. Il n'y a pas de plafond et il est impossible de cesser les remboursements.

Elle est présentée par le gouvernement à l'Assemblée Nationale en septembre de chaque année sur comptes N-1. Elle est votée au parlement puis promulguée fin décembre pour projet N-1. Depuis 1996, le Parlement a un droit de regard sur l'équilibre financier de la sécurité sociale

L'ONDAM :

C'est l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. Elle sert à définir un budget et un panier de soins remboursés. Les domaines concernés sont les soins de ville et hospitalisation, privés ou publics, et centres médico-sociaux.

1996 -2009 : indicatif plus que prescriptif (pas de véritable budget ex ante). Ensuite à partir de 2009, l'ONDAM est plus respecté, alors que sa croissance diminue.

L'objectif est la recherche d'économie sur le domaine de la santé.

d. Comptes de la santé

Ce sont des comptes satellites des comptes nationaux élaborés par l'INSEE.

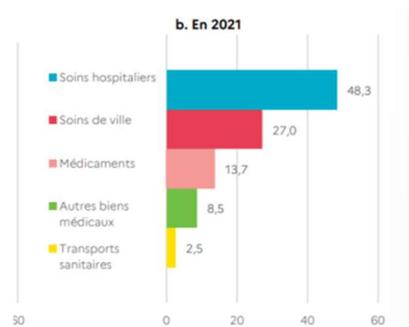
Dépenses de santé : ensemble des actions qui concourent à la prévention et au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé

- Dont le financement relève de l'Assurance maladie, de l'Etat, des collectivités locales, des organismes complémentaires, des ménages...
- Différents agrégats
- Comparaisons internationales (OCDE, Eurostat, OMS)

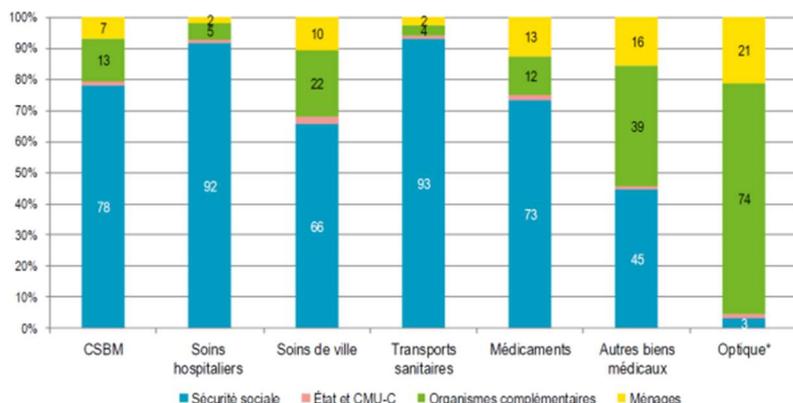
e. Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM)

Les soins hospitaliers représentent environ 50% de la consommation (en €), puis vient les soins de ville, les médicaments, les autres biens médicaux et les transports sanitaires.

L'évolution de cette CSBM a une tendance à la croissance depuis 1950 avec une part toujours majoritaire des soins hospitaliers.



Graphique 2 Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2018



Concernant le financement de la CSBM, c'est la sécurité sociale puis les organismes complémentaires qui financent.

Les dispositifs médicaux contiennent le plus grand reste à charge.

Pour les transports sanitaires et les soins hospitaliers contiennent le moins de reste à charge.

Le 100% santé :

Cette réforme concerne les prestations de soins et d'équipements : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires)

C'est une offre accessible à tous les Français ayant une complémentaire santé responsable ou bénéficiant de la CSS. La prise en charge à 100 % par la sécurité sociale et les complémentaires santé. Sa mise en place a été progressive : 2019-2021

Depuis le 1er janvier 2021 il y a des soins et un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire pris en charge à 100% par les organismes complémentaires.

f. Dépense Courante de Santé (DCS)

C'est toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. En 2018 c'est 275,9 milliards d'euros dont 73,7 % CSBM et 11,7 % du PIB.

g. Dépense Courante de Santé (DCSi)

C'est un agrégat différent pour se comparer à l'internationale. Le DCSi est supérieur à l'UE15, mais les Etats-Unis sont loin devant. La France est le pays où le reste à charge est le plus faible.

