

# La sécurité sociale. L'assurance maladie. Les assurances complémentaires. La complémentaire santé solidaire (CSS). La consommation médicale. Protection sociale. Consommation médicale et économie de la santé IC-19

- Protection sociale : connaître la définition et les principes de fonctionnement
- Connaître la nature des prestations de protection sociale en France
- Connaître la poids des prestations vieillesse et santé
- Connaître la financement de la protection sociale : cotisations sociales, ressources fiscales, contributions publiques de l'état
- Connaître le régime général de la sécurité sociale
- Connaître la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS)
- Connaître la définition de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM)
- Connaître les différents régimes de sécurité sociale
- Connaître les missions de l'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale
- Connaître la définition du ticket modérateur, du forfait hospitalier, de la participation forfaitaire, de la franchise médicale, du tiers payant
- Connaître le parcours de soins coordonnés
- Connaître le protocole de soins affection de longue durée (ALD) avec exonération du ticket modérateur
- Connaître les prestations en espèces et en nature de l'assurance maladie

## Protection sociale : connaître la définition et les principes de fonctionnement OIC-019-01-A

La **protection sociale** désigne l'ensemble des mécanismes de protection accordés par une société à ses membres pour leur permettre de faire face aux risques sociaux de l'existence et à leurs conséquences financières.

Les **risques sociaux** sont des situations susceptibles de compromettre la sécurité financière d'un individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse des dépenses (vieillesse, maladie, chômage, charges de famille, etc.).

**Quatre logiques de protection sociale coexistent** : la **logique d'assurance sociale obligatoire** vise à prémunir les assurés contre une perte de revenus liée aux risques sociaux. L'assurance sociale repose sur des mécanismes de transfert de type contribution/prestations : les prestations sociales sont financées par des cotisations sociales prélevées sur les revenus et sont réservées à ceux qui cotisent ou à leurs ayants droit. La **logique d'assistance sociale** permet d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion. La prestation assure un revenu minimum et ne couvre pas forcément un risque spécifique (par exemple, dans le cadre de ce qui est appelé les minima sociaux comme le revenu de solidarité active [RSA], l'allocation adulte handicapé [AAH] ou le fonds de solidarité vieillesse [FSV]). La **logique de protection universelle** couvre certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont accordées sans condition de ressources et sont identiques pour tous (cas des prestations familiales). La **logique de prévoyance individuelle** repose sur l'épargne (par exemple décision d'achat d'implants dentaires) et l'assurance privée, tandis que la **prévoyance collective** repose sur la mutualisation des risques.

## Connaître la nature des prestations de protection sociale en France OIC-019-02-A

La protection sociale repose sur :

### 1) le versement de prestations sociales directement aux individus.

Ces prestations sociales peuvent être **en espèces avec des revenus de remplacement** quand indemnités journalières, pensions de retraite) **ou en nature (remboursement de dépenses engagées** comme le remboursement des soins de santé ou le financement direct de services : pas d'avance de frais pour les médicaments par exemple ou tiers-payant ce qui signifie qu'une tierce personne – une institution comme l'assurance maladie – paie directement le pharmacien) ; 2) **l'accès à des prestations de services sociaux fournis gratuitement ou à des prix réduits** (crèches, repas de cantine).

Il existe six catégories de prestations correspondant à autant de risques :

- le risque « vieillesse-survie »
  - Le risque vieillesse est le plus important. Il comprend les retraites, la part la plus importante de ce risque et la part la plus importante de la protection sociale. Il inclut la prise en charge de la dépendance qui n'est pas encore reconnue comme un risque à part entière, malgré la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), instituée par la loi du 20 juillet 2001, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, créée par la loi du 30 juin 2004. Il comprend aussi les allocations versées au titre du minimum vieillesse : allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).
  - Le risque survie, qui couvre les besoins de la disparition d'un membre de la famille, le conjoint le plus souvent.
- le risque « santé »
  - Il inclut la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

- le risque « maternité-famille »
  - Il inclut notamment les indemnités journalières pour maternité, les soins aux femmes enceintes et les différentes prestations familiales (allocations familiales, aides à la garde d'enfant).
- le risque « emploi »
  - Il comprend l'indemnisation du chômage, les aides à la réadaptation et la réinsertion professionnelle, les préretraites.
- le risque « logement »
  - Il recouvre les différentes aides versées aux ménages pour faire face à leurs dépenses de loyer ou de remboursement d'emprunt.
- le risque « pauvreté-exclusion sociale »
  - Il s'agit essentiellement pris en charge du revenu de solidarité active (RSA).

## Connaître la poids des prestations vieillesse et santé OIC-019-03-B

La protection sociale représentait 35% dans le Produit Intérieur Brut de la France en 2020 compte tenu de la survenue de l'épidémie de Covid 19.

En réponse à la crise économique et sanitaire, les prestations de protection sociale ont fortement augmenté en France, de 6,8 % en 2020 après +2,6 % en 2019 pour atteindre 813 milliards d'euros, soit 35 % du PIB. Par ailleurs, le total des dépenses de la protection sociale autres que les prestations (59 milliards d'euros) a très fortement augmenté (+24,6 % versus -2,0 % en 2019). Ce poste en dehors des prestations comptabilise en particulier les dépenses additionnelles liées à la crise sanitaire, pour un montant de 11 milliards d'euros, comme par exemple l'achat de masques et de matériels liés à la crise sanitaire ou les aides financières accordées aux professionnels de santé du fait de leur baisse d'activité pendant les confinements.

Les deux principaux risques sociaux à l'origine des poids financiers les plus importants restent la vieillesse (43%) et la santé (33%) des dépenses de protection sociale (Graphique 1). La croissance des dépenses de protection sociale est en particulier liée aux mesures de soutien à l'emploi du fait de la mise en places de mesures de chômage partiel.



**Les prestations servies au titre de la vieillesse-survie** ont ralenti depuis la mise en place de quatre grandes réformes du système de retraite, en 1993, 2003, 2008 et 2010 avec les mesures suivantes : 1) principe d'indexation des pensions sur l'inflation et non plus sur les salaires, 2) calcul de la retraite à partir des 25 meilleures années au lieu des 10 meilleures dans le secteur privé, 3) augmentation du nombre d'années nécessaires pour bénéficier du taux plein, 4) augmentation de l'âge légal d'ouverture des droits de 60 à 62 ans.

**Toutefois, le montant moyen des pensions augmente de façon inéluctable** dans la protection sociale pour plusieurs raisons :

1) l'élévation des salaires réels au fil des générations, 2) l'arrivée à la retraite des générations du baby-boom qui sont plus nombreuses que les générations actuelles et 3) l'allongement de l'espérance de vie.

En ce qui concerne le risque santé, le rythme de l'augmentation des dépenses est ralenti depuis les années 1980 par de nombreux plans de réforme : 1) 1982-1983 (baisse du remboursement de certains médicaments, etc.), 2) 1986 et 1993, qui augmentent la part des dépenses restant à la charge des ménages, 3) 1996, avec la mise en place de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (Ondam) qui vise à encadrer les dépenses des régimes de base. Il est régulièrement dépassé jusqu'en 2009, mais la loi maladie de 2004 et le renforcement continu de ses dispositifs de contrôle et de suivi permettent son respect depuis 2010.

Les prestations du risque maladie augmentent cependant en France de 4,3 % (après +2,4 % en 2019) pour atteindre 228 milliards d'euros.

Cette augmentation s'explique :

- par les hausses des prestations de soins du secteur hospitalier et, dans une moindre mesure, des soins de ville. Malgré une baisse globale du volume de soins en dehors des soins liés à la covid 19, les dépenses de l'hôpital public sont augmentées en raison de la hausse des rémunérations (primes Covid-19, mesures du Ségur de la santé) et par les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints de la Covid-19. Les soins en ville augmentent aussi malgré les baisses de consultations de médecins généralistes et spécialistes en raison de l'épidémie, mais on observe une hausse spectaculaire des actes de laboratoire (tests de dépistage Covid-19). Enfin, les indemnités journalières (IJ) ont augmenté de 24,4 % en 2020 pour deux raisons. D'une part, les IJ dites dérogatoires ont servi à indemniser les personnes ayant dû arrêter leur activité professionnelle pendant le premier confinement (parents sans solution de garde d'enfants, personnes vulnérables, travailleurs indépendants). D'autre part, les IJ maladie augmentent aussi, du fait des arrêts maladie liés aux vagues épidémiques. Les prestations médico-sociales (santé et invalidité) progressent également en 2020. Comme pour le secteur hospitalier, cette augmentation résulte avant tout des hausses de rémunérations des salariés travaillant dans les structures, ainsi que des financements supplémentaires versés pour faire face à la crise sanitaire. Les prestations versées au titre de l'invalidité progressent de 3,6 % (après +3,3 % en 2019), du fait de la prolongation automatique des droits pour les assurés des prestations de compensation du handicap. En revanche, les prestations du risque accidents du travail et maladies

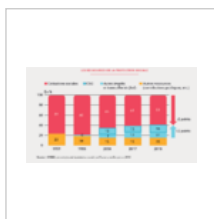
professionnelles diminuent en 2020 avec la baisse du nombre d'accidents du travail, elle-même induite par la réduction des activités professionnelles ainsi que le recours massif au télétravail pendant la pandémie.

## Connaître la financement de la protection sociale : cotisations sociales, ressources fiscales, contributions publiques de l'état OIC-019-04-B

**Les cotisations sociales** sont des versements obligatoires effectués par les non-salariés, les salariés et les employeurs pour acquérir des droits à des prestations sociales. Il s'agit des cotisations d'assurance maladie-maternité-invalidité-décès ; d'assurance vieillesse ; d'assurance chômage ; d'allocations familiales. Il faut ajouter **la contribution solidarité autonomie** (CSA, ou journée de solidarité) due par les employeurs publics et privés redevables de la cotisation patronale d'assurance maladie.

Les cotisations sociales constituent une part prépondérante des ressources de la protection sociale. Cependant, le poids des cotisations dans les ressources de protection sociale diminue depuis 1990 au profit des ressources fiscales, d'une part la contribution sociale généralisée (CSG), et d'autre part les exonérations sur les cotisations des employeurs. Les **impôts et taxes affectés** constituent une part croissante des ressources de la protection sociale. Ils incluent : les transferts de ressources fiscales versés de manière permanente aux régimes de Sécurité sociale (régime des exploitants agricoles notamment) ; les impôts sur les produits (taxes sur les alcools, tabac, assurances automobiles, etc.) ; les impôts sur les salaires et la main-d'œuvre ; les impôts sur le revenu et le patrimoine : il s'agit de la part la plus importante des ressources fiscales de la protection sociale. Ils incluent la CSG, à laquelle s'ajoute la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Les **contributions publiques de l'État** financent les dépenses de solidarité (RSA, fonds de solidarité vieillesse), une partie des exonérations de cotisations employeurs, et subventionnent des régimes

Graphique 1 : Origine des ressources de la protection sociale (régimes de retraite où le nombre d'actifs cotisants est inférieur au nombre de retraités).



Source : DREES. La protection sociale en France et en Europe en 2018 : les chiffres clés. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 2020. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-06/2020\\_infographie\\_cps.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-06/2020_infographie_cps.pdf) En 2020, la répartition des ressources de la protection sociale par type de prélèvement figure au graphique 2. L'on constate une baisse de la part des cotisations sociales en raison de la baisse de l'activité professionnelle pendant l'année 2020 (confinements). Cela illustre l'importance de l'activité économique dans la génération de ressources financières destinées à la protection sociale.



## Connaître le régime général de la sécurité sociale OIC-019-05-A

### Définition

Le régime général repose sur une hiérarchie d'organismes nationaux, régionaux et locaux, structurés par nature de risque, gérés paritairemment et placés sous la tutelle des Ministères chargés de la sécurité sociale (Ministère des solidarités et de la santé et Ministère de l'économie, de la finance et de la relance).

### Groupes de population couverts

Le Régime général concernait lors de la création de la sécurité sociale les travailleurs salariés du secteur privé. Au fur et à mesure de son extension, il a été amené à intégrer dans sa couverture des groupes de personnes, comme les étudiants, les chômeurs ou les agents contractuels de l'État, qui ne sont pas salariés du secteur privé. En effet, la France a choisi de parvenir à la couverture universelle de la population, qu'elle contribue ou non au financement de la sécurité sociale.

Le régime général est actuellement le plus important en nombre de personnes assujetties (près de 30 millions), c'est-à-dire prises en charge au titre des risques maladie, famille, retraite, accidents du travail et maladie professionnelle.

Depuis 2018 et la suppression du Régime social des indépendants (RSI), le régime général gère les risques sociaux des indépendants (artisans, industriels, commerçants et professions libérales non réglementées).

### Organisation

Depuis l'ordonnance "Jeanneney" du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale, le Régime général est divisé en branches d'activité ayant à leur tête une caisse nationale autonome.

Trois de ces branches couvrent un ou plusieurs risques :

**la branche Famille est pilotée par la Caisse nationale des allocations familiales** (Cnaf). Elle prend en charge l'accompagnement des familles dans leur vie quotidienne, l'accueil du jeune enfant, l'accès au logement, la lutte contre la précarité ou le handicap ;

la **branche Maladie, Accidents du travail et Risques professionnels est pilotée par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)**. Elle prend en charge deux types de risques : d'une part, les risques maladie, maternité, invalidité et décès ; d'autre part, les risques accidents du travail et maladies professionnelles ;

la **branche Vieillesse est pilotée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)**. Elle verse les pensions de retraite de base.

Par ailleurs, les lois du 7 août 2020 instaurent une **cinquième branche de la Sécurité sociale qui couvrira le risque de perte d'autonomie et de handicap**. Cette nouvelle branche sera dirigée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

**Deux autres branches assurent des missions communes et transversales :**

la **branche Recouvrement des cotisations sociales est pilotée par l'Urssaf Caisse nationale** (nouvelle appellation, depuis 2021, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale – Acoss). Elle assure, par l'intermédiaire de caisses locales – les Urssaf –, le recouvrement des ressources affectées aux autres branches de la Sécurité sociale (c'est-à-dire qu'elle perçoit les cotisations sociales – patronales et salariales – transmises par les employeurs) ;

la Fédération des employeurs du Régime général de la Sécurité sociale est pilotée par **l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)**. Elle prend en charge le dialogue social, des tâches mutualisées de gestion des ressources humaines et des missions d'intérêts communs, comme les opérations immobilières ou les politiques de développement durable.

### Schéma récapitulatif

Le régime général comporte quatre branches autonomes en 2021 (graphique 1). La branche autonomie sera la cinquième branche et est en cours de constitution.

Graphique 1 : Organisation du régime général de la Sécurité sociale.



Source : assurance maladie. <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/securite-sociale/securite-sociale>

À la tête de chacune des branches est placée une caisse nationale (établissement public à caractère administratif) qui coordonne et gère un réseau de caisses territoriales. Les caisses territoriales sont des organismes de droit privé en charge d'un service public, soumis au contrôle et à la tutelle de l'État.

## Connaître la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) OIC-019-06-B

La **loi de financement de la sécurité sociale** détermine les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu des prévisions de ses recettes, fixe ses objectifs de dépenses. Elle est **votee chaque année par le parlement**, suite à un projet de loi du gouvernement[1].

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) est une catégorie de loi créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996. Elle **visé à maîtriser les dépenses sociales et de santé**. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

Il faut bien souligner qu'il s'agit de **loi de financement et non de finances**, ce qui indique clairement que la LFSS n'est pas de la même nature que les lois de finances de l'État ; notamment, elles n'ont pas de portée budgétaire. Le contrôle parlementaire reste donc limité. Le Parlement n'a pas le pouvoir de fixer lui-même les recettes de la sécurité sociale. La LFSS n'autorise pas la perception des recettes, elle ne fait que les prévoir. De même, les objectifs de dépenses, votés par le Parlement, évaluent les dépenses mais ne les limitent pas.

La LFSS est votée par le Parlement tous les ans, en même temps que la loi de finances (LF) déterminant le budget de l'État. Elle doit être déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre. Le Parlement doit se prononcer dans les 50 jours, sinon le PLFSS peut être adopté par voie d'ordonnance. Elle peut aussi être modifiée en cours d'année par une LFSS rectificative.

Depuis 1996, le Parlement a donc un droit de regard sur l'équilibre financier de la sécurité sociale. Il peut se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de sécurité sociale, ainsi que sur leur mode de financement.

Pour donner des exemples, on peut citer comme nouvelles mesures l'allongement du congé paternité avec 28 jours au lieu de 14 jours et est obligatoire pour 7 jours ; la revalorisation des salaires des personnels hospitaliers et des Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; le financement des dépenses de tests, vaccins et masques pour répondre à la crise sanitaire et la création d'une 5ème branche de la sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie.

[1] <https://www.gouvernement.fr/presentation-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-2022>

# Connaître la définition de l'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie (ONDAM) OIC-019-07-B

L'ONDAM représente le montant prévisionnel à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation, dispensés tant dans les établissements privés ou publics que dans les centres médico-sociaux.. Il est établi chaque année pour les dépenses de l'assurance maladie en France. Il permet de réguler les dépenses de l'assurance maladie et est fixé chaque année par la LFSS<sup>[1]</sup>.

L'ONDAM a été créé par les ordonnances de 1996 et est fixé chaque année par le Parlement, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Il correspond aux prévisions de recettes et aux objectifs des dépenses de la sécurité sociale :

- les soins de ville,
- les établissements de santé publics et privés,
- les établissements médico-sociaux,
- les autres prises en charge

Au sein des établissements de santé, des sous objectifs sont fixés pour :

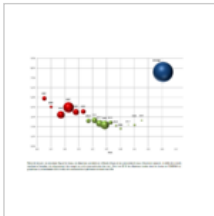
- les établissements publics et privés tarifés à l'activité au titre d'une part de leur activité de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO : objectif des dépenses de MCO), d'autre part de leurs missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)
- les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie, et de soins de longue durée : l'ODAM (objectif des dépenses d'assurance maladie) et l'OQN (objectif quantifié national)

• **Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a été créé par la loi du 13 août 2004** portant réforme de l'assurance maladie (article 40). Il est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement.

• Chaque année, au plus tard le 1er juin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'exercice en cours. Le comité d'alerte est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Il est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

La crise sanitaire a conduit à une forte augmentation de l'ONDAM 2020. Il en est de même pour 2021 et 2022 (graphique 1).

Graphique 1 : Niveaux de dépassement de l'ONDAM depuis 2004

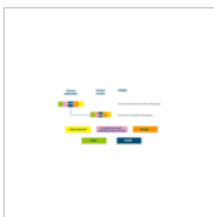


[1] Source : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2021/PLFSS-2021-ANNEXE%207.pdf>

## Connaître les différents régimes de sécurité sociale OIC-019-08-A

La Sécurité sociale est composée de différents régimes regroupant les assurés sociaux en fonction de leur activité professionnelle :

- **le régime général couvre 88 % de la population française** et concerne la plupart des salariés, les étudiants, les bénéficiaires de certaines prestations et les simples résidents. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la protection sociale des indépendants (RSI) est confiée au régime général de la Sécurité sociale.
- **le régime agricole**, au sein de la Mutualité sociale agricole (MSA), couvre **5 % de la population française** et concerne les exploitants et les salariés agricoles [1]; constitué d'un « guichet unique » qui gère à la fois les prestations d'assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite et famille. La MSA gère elle-même le recouvrement de ses cotisations.



- **les régimes spéciaux** sont antérieurs au régime général et ont refusé de s'y intégrer en 1945. Antérieurs à la création de la Sécurité sociale, ils ont été maintenus par le législateur par le décret du 8 juin 1946, repris aux articles L711-1 et R711-1 du Code de la sécurité sociale. Ce dernier précise: "Restent soumis à une organisation spéciale de sécurité sociale, si leurs ressortissants jouissent déjà d'un régime spécial au titre de l'une ou de plusieurs des législations de sécurité sociale:



- les administrations, services, offices, établissements publics de l'État, les établissements industriels de l'Etat et l'Imprimerie Nationale, pour les fonctionnaires, les magistrats et les ouvriers de l'État ;
- les régions, les départements et communes ;
- les établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial ;
- les activités qui entraînent l'affiliation au Régime d'assurance des marins français institué par le décret-loi du 17 juin 1938 modifié ;
- les entreprises minières et les entreprises assimilées, définies par le décret no 46-2769 du 27 novembre 1946, à l'exclusion des activités se rapportant à la recherche ou à l'exploitation des hydrocarbures liquides ou gazeux ;
- la Société nationale des chemins de fer français ;
- les chemins de fer d'intérêt général secondaire et d'intérêt local et les tramways ;
- les exploitations de production, de transport et de distribution d'énergie électrique et de gaz ;
- la Banque de France ;
- le Théâtre national de l'Opéra de Paris et la Comédie-Française."

Dans leur organisation, on peut distinguer trois grandes familles parmi ces régimes spéciaux :

- le régime de la fonction publique (fonctionnaires civils et militaires) ;
- le régime des entreprises et établissements publics ;
- les autres régimes, de plus faible importance en nombre de bénéficiaires, qui peuvent être structurés soit sur une base professionnelle (Régimes des clerks et employés de notaire, des mines, des cultes, etc.), soit sur une base d'entreprise (Régimes des personnels de l'Opéra de Paris, de la RATP, de la SNCF).

L'organisation et le fonctionnement des régimes spéciaux sont assez différents les uns des autres. Ils se caractérisent toutefois par une prise en charge éclatée des différents risques (maladie, famille, retraite, accidents du travail...) entre les entreprises ou les institutions elles-mêmes, des caisses spécifiques ou les organismes du Régime général.

On assiste cependant, depuis 1945, à un double phénomène :

- une réduction importante de leur nombre : s'ils étaient plus d'une centaine à la création de la Sécurité sociale, en 1945, on en compte 27 en 2021, concentrés principalement dans la gestion des retraites (ce qui explique les problématiques actuelles de réforme du système de retraites) ;
- un rapprochement du Régime général, tant dans leur fonctionnement que dans le versement des prestations, qui s'alignent de plus en plus sur lui (notamment en matière de retraite ou d'assurance maladie).

Les évolutions sociales et économiques ont provoqué des transformations importantes des secteurs économiques concernés par les régimes spéciaux : les secteurs industriels comme les mines ou l'industrie du tabac ont fortement décliné, avec moins d'actifs et donc de ressources pour ces régimes. La dégradation du ratio entre le nombre de cotisants et celui des bénéficiaires pose, à plus ou moins brève échéance, le problème de la pérennité de ces régimes.

---

[1] <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes#:~:text=Les%20R%C3%A9gimes%20sp%C3%A9ciaux,7%25%20de%20la%20population%20fran%C3%A7aise.>

---

## Connaître les missions de l'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale OIC-019-09-A

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) gère les risques **maladie, maternité, invalidité et décès** ainsi que **accidents du travail et maladies professionnelles**. Sa mission principale est la **prise en charge des soins dispensés aux assurés sociaux**. Elle contribue également à **l'amélioration de la santé de la population**, à **l'efficience du système de soins** et à la **maîtrise des dépenses de santé**. Pour remplir ses missions, l'assurance maladie dispose de plusieurs leviers d'intervention dont :

- la définition du **périmètre des actes remboursables** en s'appuyant sur les recommandations médicales et les avis établis par la Haute autorité de santé (HAS) ;

- la **tarification des actes et niveau de prise en charge** : classification commune des actes médicaux (CCAM), tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé et nomenclature générale des actes professionnels

Dans le cadre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), qui regroupe les régimes d'assurance maladie nationaux (le régime général et la MSA), elle conduit la **politique conventionnelle** (relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, notamment le tarif des actes dont les consultations).

L'assurance maladie contribue à une **meilleure adéquation de l'offre de soins aux besoins des assurés dans le cadre des agences régionales de santé, informe les assurés sur les caractéristiques de l'offre de soins locale et sur le bon usage des produits de santé**, participe à la **politique de prévention** (dépistage des cancers), élabore un **dispositif d'accompagnement des patients atteints de pathologies lourdes** (suivi des patients diabétiques dans le cadre du programme Sophia par exemple).

L'assurance maladie contribue à la **diffusion des recommandations de la HAS auprès des professionnels** (assurée par les délégués de l'assurance maladie) et élabore des **profils comparatifs d'activité et de prescriptions**.

Enfin, l'assurance maladie a en charge la **maîtrise médicalisée des dépenses**. Au sein de chaque région, l'assurance maladie participe à l'élaboration, sous l'égide de l'ARS, d'un programme pluriannuel régional de gestion du risque qui complète les programmes nationaux de gestion du risque.

# Connaître la définition du ticket modérateur, du forfait hospitalier, de la participation forfaitaire, de la franchise médicale, du tiers payant OIC-019-10-A

Le **ticket modérateur** est la part des frais engagés pour les soins qui reste à la charge de l'assuré social après remboursement par l'assurance maladie. Il a pour objectif de réguler la consommation de soins en responsabilisant financièrement le patient. Le ticket modérateur peut être pris en charge totalement ou partiellement par une assurance privée ou une mutuelle complémentaire. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale, et s'applique sur tous les frais de santé remboursables : consultation chez le médecin, analyse de biologie médicale, examen de radiologie, achat de médicaments prescrits, etc.

Le pourcentage du ticket modérateur varie selon :

- la nature du risque (maladie, maternité, invalidité, accident du travail/maladie professionnelle) ;
- l'acte ou le traitement ;
- le respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Par exemple, en cas de consultation de votre médecin traitant (médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1), le tarif de la consultation qui sert de base au remboursement est de 25 €.

- Sur ce montant, l'Assurance Maladie vous rembourse 70 %, soit 17,50 €.
- Le montant du ticket modérateur est de 30 %, soit 7,50 €.
- Toutefois, vous devrez payer 1 € au titre de la participation forfaitaire.
- Votre reste à charge total est donc de 7,50 € + 1 €, soit 8,50 €.

Une **participation forfaitaire** de 1 euro est demandée pour chaque consultation (voir l'exemple ci-dessus), analyse biologique ou acte de radiologie, sans dépasser un plafond de 50 euros par an. Sont dispensés de la participation forfaitaire les patients âgés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, les bénéficiaires de l'AME, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse. Elle ne peut pas être prise en charge par un organisme complémentaire d'assurance maladie.

Une **franchise** est déduite des remboursements au patient et s'applique sur : les médicaments (0,50 euro par boîte) ; les actes paramédicaux (0,50 euro par acte) ; les transports sanitaires (2 euros par transport).

La franchise est plafonnée à 50 euros par an au total et ne peut pas dépasser 2 euros par jour pour les actes paramédicaux et 4 euros par jour pour les transports sanitaires. Sont dispensés de la franchise médicale les patients âgés de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, les bénéficiaires de l'AME, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse. Elle ne peut pas être prise en charge par un organisme complémentaire d'assurance maladie.

Le **dispositif de tiers payant** dispense l'assuré de l'avance des frais pris en charge par l'assurance maladie. Ce dernier ne paie que le ticket modérateur, l'assurance maladie versant directement aux structures de soins et aux professionnels de santé les sommes qui leur sont dues. Si l'assuré dispose d'une couverture complémentaire (mutuelle, assurance, institution de prévoyance, complémentaire santé solidaire), il peut bénéficier du tiers payant en présentant sa carte vitale et son attestation de complémentaire. Le dispositif de tiers payant s'applique également dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ainsi qu'aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'AME

---

## Connaître le parcours de soins coordonnés OIC-019-11-A

Il vise à **améliorer l'accès aux soins, la qualité des soins, et à mieux utiliser les ressources**. Le **pivot du parcours de soins coordonnés est le médecin traitant** que **chaque assuré social ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus** a déclaré, avec l'accord de celui-ci, à son organisme d'assurance maladie.

Le médecin traitant choisi **peut être généraliste ou spécialiste**. Il peut être un médecin hospitalier. Le patient peut modifier son choix à tout moment et librement.

Le médecin traitant :

- **assure les soins régulièrement** ;
- **oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés**. Il met le patient en relation avec d'autres professionnels de santé (autres médecins spécialistes, médecins hospitaliers...) ;
- **gère le dossier médical**. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé. Il tient à jour votre dossier médical (résultats d'examens, diagnostics, traitements...). Si le patient a créé son Dossier Médical Partagé (ex Dossier Médical Personnel), il peut accéder à l'ensemble des données qui y sont intégrées par les professionnels de santé ;
- **assure une prévention personnalisée** : suivi de la vaccination, examens de dépistage organisés (ex : dépistage du cancer colorectal), aide à l'arrêt du tabac, conseils santé en fonction du style de vie, de l'âge ou des antécédents familiaux, conseils en nutrition...
- **établit le protocole de soins si le patient est atteint d'une affection de longue durée**. Les soins seront pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Le patient conserve la liberté de ne pas avoir recours au médecin traitant ou de ne pas respecter ses prescriptions d'orientation. Cependant, les patients **qui ne souhaitent pas s'inscrire dans le dispositif se voient appliquer une majoration de la part restant à leur charge**. Lorsqu'un **patient consulte directement un spécialiste sans être orienté par son médecin traitant, il supporte une majoration du ticket modérateur (70 % au lieu de 30 %)**. Les **médecins spécialistes peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur aura pas été préalablement adressé par un médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonnés (dépassement autorisé)**. Ce dépassement d'honoraire reste à la charge du patient.

Certains médecins sont accessibles directement :

**Le gynécologue**, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ;

**L'ophtalmologue**, pour la prescription et le renouvellement de lunettes ou de lentilles de contacts, des actes de **dépistage et suivi du glaucome** ;

**Le psychiatre ou neuropsychiatre** pour les personnes entre 16 et 25 ans ;

**Le stomatologue**, pour les actes bucco-dentaires (soins de prévention bucco-dentaire, soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèses dentaires, traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale).

Ce médecin spécialiste cochera la case « Accès direct spécifique » sur la feuille de soins. Le patient sera remboursé normalement.

## Connaître le protocole de soins affection de longue durée (ALD) avec exonération du ticket modérateur OIC-019-12-A

L'assuré peut être exonéré du ticket modérateur pour des soins conformes au protocole ALD selon la liste de 30 affections de longue durée, définies par l'assurance maladie[1]. Les frais en rapport avec les soins directement liés à l'ALD sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. En cas de **forme grave ou invalidante d'une maladie non présente sur la liste des 30 ALD**, comportant un **traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (31<sup>e</sup> maladie pour des soins conformes au protocole ALD hors liste)**. Enfin, en cas de **polypathologie à l'origine d'un état invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois**, une exonération de ticket modérateur peut être accordée pour soins conformes au protocole polypathologie invalidante (**32<sup>e</sup> maladie**).

Pour **établir un protocole de soins ALD**, le médecin traitant accompagne la demande de son patient. Il établit, en concertation avec les spécialistes impliqués, le protocole de soins où sont portés les **éléments de diagnostic, les traitements prescrits, les consultations spécialisées ou les examens paracliniques nécessaires à la prise en charge du patient**. Le protocole de soins doit être **conforme aux recommandations de la HAS** et reçoit **l'avis du médecin-conseil de l'assurance maladie**. Un exemplaire du protocole de soins est remis au patient qui en prend connaissance, le signe et reste libre d'accepter ou de refuser que le diagnostic de la maladie y figure.

Chaque médecin qui dispense des soins à ce patient, en ville ou en établissement de santé, est tenu de **porter ses prescriptions sur une ordonnance bizona afin de distinguer les prescriptions en rapport avec l'ALD (exonération du ticket modérateur) de celles en rapport avec d'autres affections (application du ticket modérateur)**.

Le patient bénéficie d'un **accès direct aux spécialistes mentionnés dans le protocole de soins**. En contrepartie de l'avantage lié à l'exonération du ticket modérateur, le patient a l'obligation de présenter son **volet personnel du protocole de soins à tous les professionnels qu'il consulte, sauf cas d'urgence**. Il doit se conformer au projet thérapeutique établi par le médecin traitant et se présenter aux contrôles et visites médicales organisés par l'assurance maladie.

[1] <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/situation-patient-ald-affection-longue-duree/definition-ald>

## Connaître les prestations en espèces et en nature de l'assurance maladie OIC-019-13-B

Les **prestations en espèces** sont un revenu de remplacement. Elles sont par exemple servies sous la forme d'indemnités journalières (IJ) et constituent un revenu de remplacement pour les personnes salariées placées en arrêt de travail.

La **prestation en nature** correspond au remboursement total ou partiel par l'assurance maladie de tout ou une partie des frais de santé engagés lors d'une maladie, d'une maternité ou d'un accident de travail.

Risques	Prestations
Risque maladie	1. Prestations en espèces (assuré social) <a href="#">Indemnités journalières versées à compter du 4<sup>e</sup> jour de l'arrêt de travail</a>
	2. Prestations en nature (assuré social et ayants droit) <a href="#">Prise en charge des frais engagés avec application d'un ticket modérateur :</a>
	– variable selon les prestations
	– majoré pour les soins en dehors du parcours de soins coordonné (médecin traitant)
	– exonération pour les affections de longue durée (ALD)
	<i>Limites :</i> – participation forfaitaire de 1 euro ; à la charge du patient pour chaque consultation, analyse biologique ou acte de radiologie (plafond de 50 euros par an) – franchise médicale à la charge du patient pour les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires – forfait journalier à la charge du patient en cas d'hospitalisation (20 Euros par jour) – dispositif de tiers payant (dispense de l'avance des frais)



Risque maternité	<p>1. Prestations en espèces (assuré social)</p> <p>Indemnités journalières pendant la durée légale du congé maternité (6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après)</p>
	<p>2. Prestations en nature</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prise en charge à 100 % des examens prénataux</li> <li>– Prise en charge à 100 % à partir du 6<sup>e</sup> mois et jusqu'au 12<sup>e</sup> jour après l'accouchement des examens médicaux, échographies, séances de préparation à la naissance, frais en rapport avec l'accouchement, examen postnatal, séances de rééducation périnéale (sauf le forfait journalier hospitalier)</li> </ul>
<p>Risque invalidité</p> <p>Conditions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– âge inférieur à 62,5 ans selon le calendrier de l'augmentation progressive de l'âge à la retraite</li> <li>– capacité de travail ou de revenu réduite d'au moins deux tiers</li> </ul>	<p>1. Prestations en espèces (assuré social)</p> <p>Pension d'invalidité calculée en fonction du revenu, de la capacité résiduelle de travail et du besoin éventuel d'une tierce personne</p> <p>2. Prestations en nature</p> <p>Exonération du ticket modérateur</p>
Risque décès	Capital décès versé aux ayants droit sous certaines conditions et si la personne décède alors qu'elle est en activité