

## Pratique médicale

### Item 14: Protection sociale. Consommation médicale. Economie de la santé

Plan		
<u>A. PROTECTION SOCIALE</u> - Organisation en France - Prestations sociales de base - Prestations sociales complémentaires <u>B. ECONOMIE DE LA SANTÉ</u> - Indicateurs de la consommation - Economie de la santé		
Objectifs CNCI		
- Expliquer l'organisation de la protection sociale en France - Préciser les principaux indicateurs de consommation et de coût de la santé en France		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / PMZ
- 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 FRANÇAIS 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 [item 13](#))
  - 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 [item 11](#))
  - 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 [item 109](#))
    - 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% (**PMZ**)
- **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 medecins 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 efficience**: EPP / certification (cf [item 11](#))
      - **Numerus clausus**: réglementation du nombre de medecins
    - Hospitalière (publique et privée) = réglementée
      - **SROS**: schéma régional d'organisation sanitaire / ARH pour 5ans (cf [item 13](#))
      - **T2A** + dotation globale des hôpitaux (cf [item 13](#))
      - **Carte sanitaire**: répartition des établissements de santé
    - Libérale = partiellement réglementée
      - **Convention** = réglementation des honoraires et des prescriptions (cf [item 13](#))
        - 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 boite de médicament et transport
    - Mise en place du parcours de soin coordonné