



La protection sociale

IFSI CHPM

Intervenant : Sandra Munsch, Chargée d'études – CPAM du Finistère

SOMMAIRE

- Qu'est-ce que la Sécurité Sociale?
- Le financement de la Sécurité Sociale
- Les différents régimes
- La Protection Maladie Universelle (PUMa)
- Le tiers payant
- La complémentaire santé
- Les couvertures sociales particulières
 - la CSS (Complémentaire Santé Solidaire)
 - l'AME (Aide Médicale Etat)

SOMMAIRE

- Les dispositifs d'accès aux soins
 - Les dispositifs extra-légaux
 - La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)
- Les Parcours Attentionnés
 - Assurés
 - Professionnels de Santé

Qu'est-ce que la Sécurité Sociale ?

Protection
Sociale

Assurances
Sociales

Sécurité
Sociale

Régime Général

Rég. Agricole

Travailleurs Non
Salariés non agricoles

Rég. complémentaires
obligatoires de
retraites des salariés

Rég. spéciaux
et particuliers

Chômage

Interventions des administrations centrales et des collectivités
territoriales (départements, communes...)

Participation des employeurs
(prévoyance collective...)

Couverture complémentaire (mutuelles...)

1945 : Création du régime général de la Sécurité Sociale

Affirmation du caractère obligatoire de la protection contre les risques:

- maladie
- maternité
- invalidité
- accidents du travail et maladies professionnelles
- vieillesse
- décès
- veuvage
- et charges familiales

Les différents régimes de sécurité sociale

L'assuré, en fonction de son statut, est affilié à un organisme de protection sociale obligatoire, sous réserve de justifier de droits (situation professionnelle, condition de résidence sur le territoire : Régime général, MSA, MGEN,...)

Le Régime Obligatoire (RO) rembourse une partie des dépenses de santé.

Les différents régimes

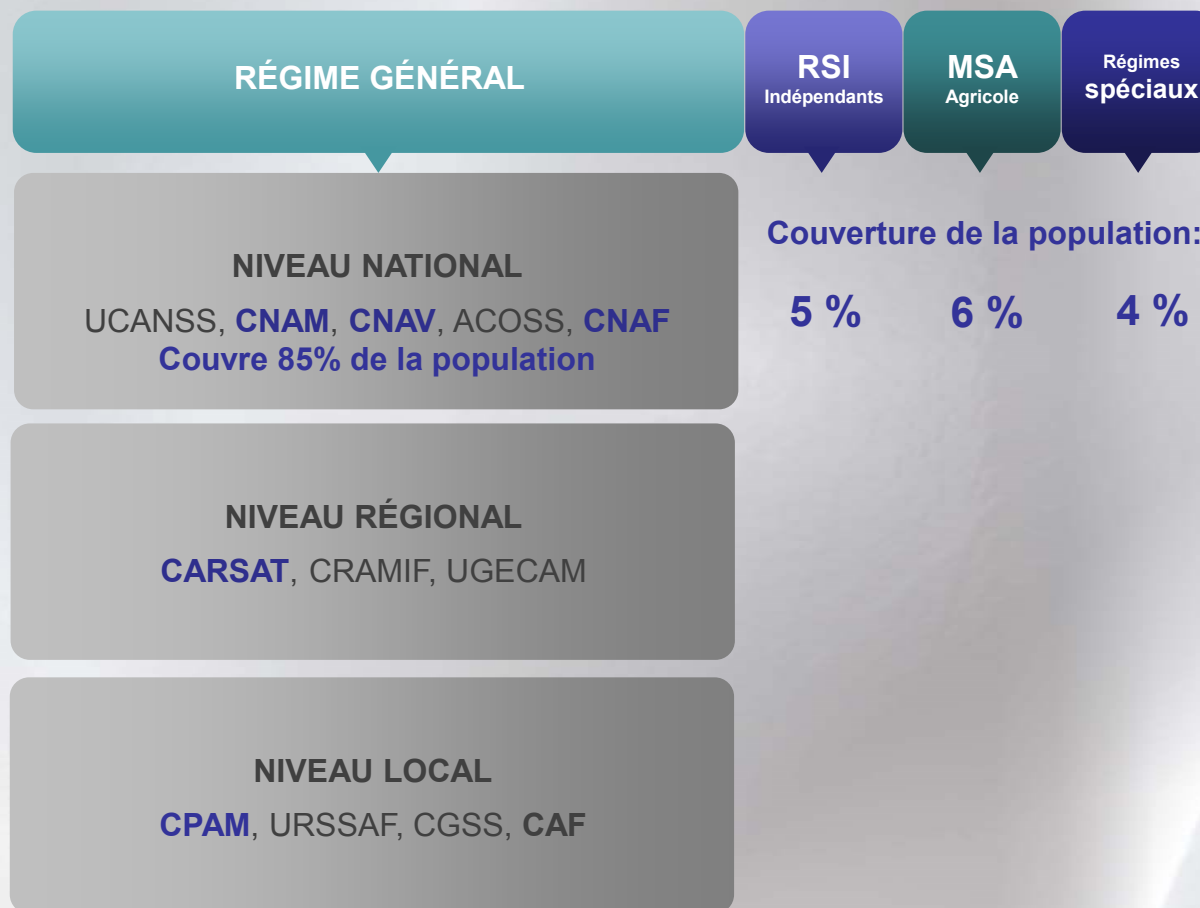
- **Le régime général (CPAM : Caisse Primaire d' Assurance Maladie):**
 - **Le régime général est l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France. Il assure les travailleurs salariés et finance 75 % des dépenses de santé.**
- **Le régime agricole (MSA : Mutualité Sociale Agricole):**
 - **Il couvre les exploitants et les salariés agricoles.**

Les différents régimes

- Le régime social des indépendants (RSI)
 - Il couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales. **En cours de rattachement au régime général.**
- De nombreux autres régimes
 - Le système comprend également de nombreux autres régimes dit « spéciaux » : le régime des marins et inscrits maritimes, le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, le régime des clercs et employés de notaire, le régime des ministres du culte, etc.

Vous et l'Assurance Maladie : organisation

Les différents régimes :



La Sécurité Sociale et le Régime Général

Qu'est-ce que la sécurité sociale ?

L'organisation actuelle du régime général résulte de l'ordonnance* de 1967 qui instaure la séparation de la Sécurité sociale en trois branches autonomes :

la branche famille



La CNAF

la branche vieillesse



La CNAV

la branche maladie



La CNAM

* Issue des ordonnances de Jeanneney, Ministre des affaires sociales

Une nouvelle branche a vu le jour suite à la loi HPST (Hôpital patient Santé Territoire) du 21 juillet 2009:

la branche AT/MP  CNAM

Objectif de la loi :

- assurer un pilotage unifié de la santé en région (ARS)
- mieux répondre aux besoins de la population
- accroître l'efficacité du système de soins

LA C.N.A.F

La Caisse Nationale des Allocations Familiales

GERE les prestations familiales

ENCADRE les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) chargées du service des prestations :

- allocations familiales
- aides à la famille (garde d'enfant, allocation de rentrée scolaire ...)
- aides au logement
- RSA
- enfant ou adulte handicapé etc ...

La C.N.A.V

La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

GERE le risque vieillesse

EXERCE une activité sanitaire et sociale en faveur des personnes âgées

MET en place le fichier national des assurés (au Centre National informatique de Tours - CNT).

La C.N.A.M

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie

GERE l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, l'assurance Accident du Travail et Maladies Professionnelles

EXERCE une action sanitaire et sociale

CONTRIBUE à la prévention des Accidents du Travail et des Maladies professionnelles

ORGANISE et DIRIGE le Contrôle Médical.

Financement de la Sécurité Sociale

Les dépenses de Sécurité Sociale sont financées majoritairement par :

- l'impôt
- des cotisations

La sécurité sociale : sources de financement

Les cotisations sociales

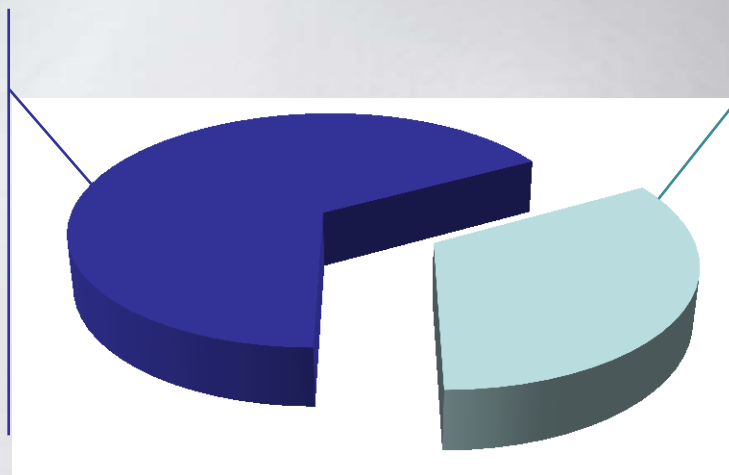
→ 2/3 des ressources

Les recettes fiscales et parafiscales

→ 1/3 des ressources

Elles ont un **caractère obligatoire et sont supportées par :**

- toute personne en activité professionnelle ou au chômage,
- tout employeur.



Les taxes fiscales :
Contribution Sociale Généralisée (CSG),
Contribution au Remboursement de la Dette Sociale (CRDS)

Les taxes parafiscales
(qui portent sur le tabac et l'alcool).

Protection Universelle Maladie

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2016 (LFSS) a réformé l' Assurance Maladie Obligatoire.

Selon l'article 59:

- **Les prestations en nature deviennent les « frais de santé »**
- **Les conditions pour bénéficier de cette prise en charge sont:**
 - **Exercer une activité professionnelle**

Ou

- **Résider en France de façon stable et régulière (+ 3 mois)**

LA PUMa

Conséquences

- **La CMU de base est supprimée**
- **La qualité d'ayant-droit est réservée aux mineurs**
- **Toute personne majeure peut acquérir le statut d'assurée**
- **L'attribution de la carte vitale est désormais possible à partir de 12 ans sur demande des parents**

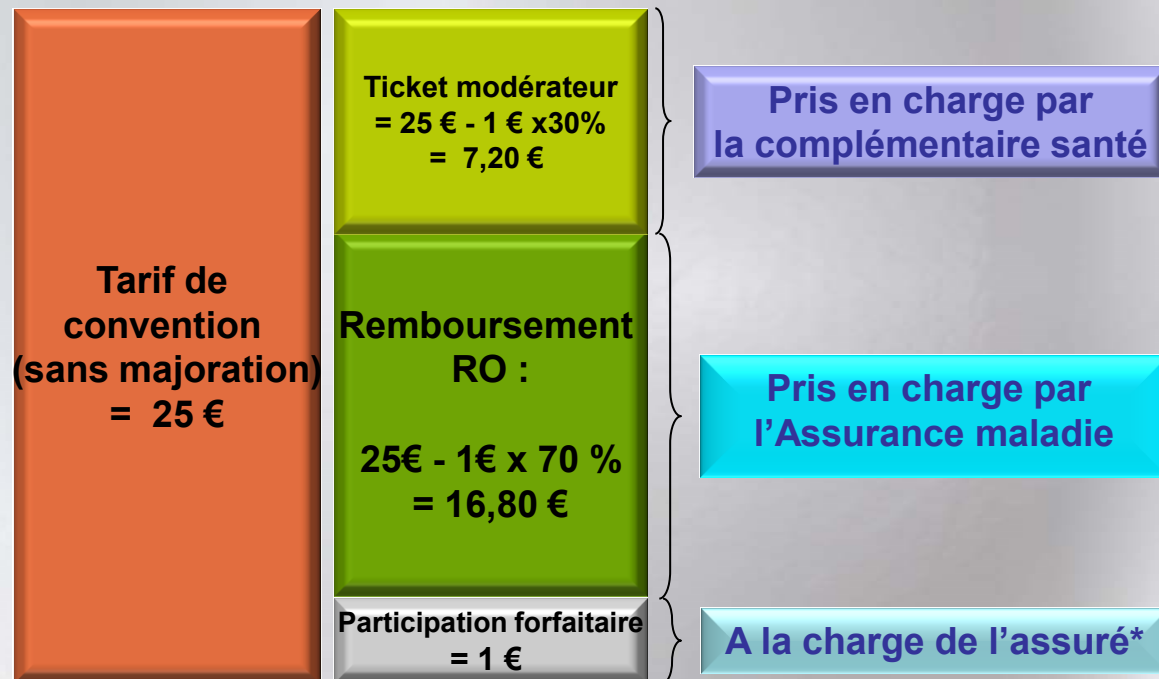
Comprendre les tarifs des médecins

Les remboursements ne seront pas les mêmes en fonction du secteur dans lequel s'inscrit le médecin généraliste ou spécialiste.

- Médecins conventionnés secteur **1** : S'engagent à **respecter le tarif** de convention,
- Médecins conventionnés secteur **2** : Peuvent appliquer des **dépassements d'honoraires**.
Le remboursement se fait sur la base du tarif de convention.

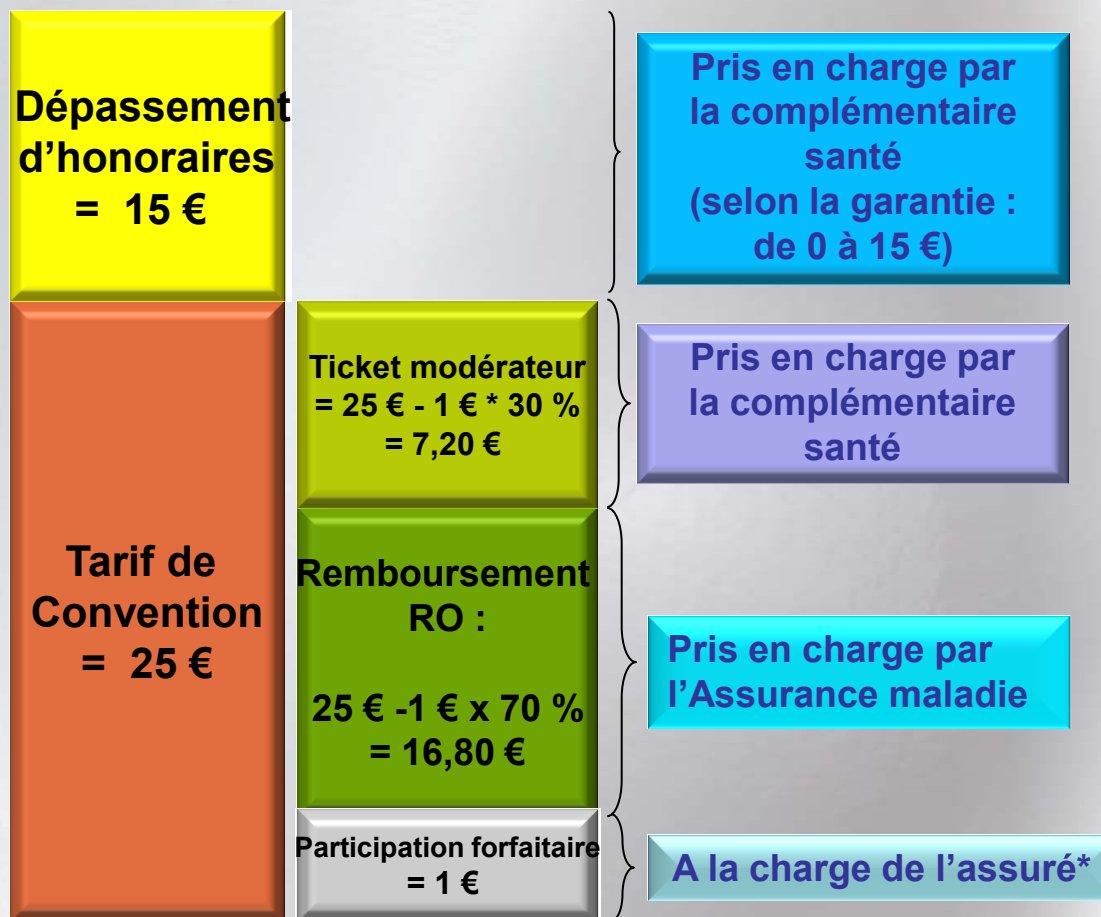
Remarque : pour savoir à quel secteur appartient un médecin, il est possible d'aller sur <http://ameli-direct.ameli.fr/> « je choisis un professionnel de santé ».

Consultation d'un médecin généraliste conventionné secteur 1



* Sauf: bénéficiaires AME, CMUC, ACS ou CSS

Consultation d'un médecin conventionné secteur 2 (ici, à 40€)



* Sauf: bénéficiaires AME, CMUC, ACS ou CSS

Le tiers payant

Dans certains cas, les patients peuvent bénéficier du **tiers payant**, c'est-à-dire qu'ils sont **dispensés de l'avance des frais**.

Le **tiers payant** peut être **total ou partiel**, ce qui signifie dans ce dernier cas que l'assuré règle la part complémentaire, appelée ticket modérateur.

Le **tiers payant total** est **obligatoire** dans certaines situations :

- Pour un patient victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (AT/MP)
- Pour un patient bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC)

Le tiers payant

Le **tiers payant total** est **obligatoire** dans certaines situations :

- Pour un patient bénéficiaire de l'Aide pour une Complémentaire Santé (ACS)
- Pour un patient bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)
- Pour un patient bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)
- Pour une patiente dans le cadre de la maternité*(du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement)
- Pour les patients en ALD (Affection de Longue Durée)*

* Depuis le 1^{er} janvier 2017

Franchise médicale et participation forfaitaire

L'article 52 de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2008 a instauré une **franchise annuelle à la charge de l'assuré** sous forme d'une participation sur certains produits et prestations de santé (art.L322-2-III)

LES PERSONNES REDEVABLES DE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ET DE LA FRANCHISE MEDICALE

Les personnes, âgées de plus de 18 ans au 1er janvier de l'année en cours, entrent dans le champ du dispositif.

Sont ainsi concernées les personnes qui, par ailleurs, sont exonérées du ticket modérateur comme :

- les bénéficiaires de l'assurance AT-MP,
- les titulaires d'une pension d'invalidité ou de l'allocation solidarité personne âgée,

Franchise médicale et participation forfaitaire

LES PERSONNES EXONERÉES DE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE ET DE LA FRANCHISE MÉDICALE

- les malades atteints d'une affection de longue durée pour les actes en lien avec leur ALD,
- les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS, de la CSS ou de l'AME.

La participation forfaitaire de 1 euro

Le montant de la participation forfaitaire est de 1 euro par :

- Acte ou consultation (acte médical et radiologique) réalisé par un médecin de ville ou dans un centre de santé,
- Consultation externe réalisée dans un établissement de santé (public ou privé) y compris aux urgences,
- Analyse de biologie médicale,
- Acte de prévention (sauf exceptions – cf.ameli.fr – Ex: acte réalisé dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein)
- Soins reçus à l'étranger,
- Soins dispensés au titre accident du travail / maladie professionnelle,
- Consultation d'expertise médicale réalisée par un médecin libéral.

La participation forfaitaire de 1 euro

Vous consultez plusieurs fois le même médecin au cours de la même journée ou vous consultez un médecin qui réalise plusieurs actes au cours d'une même séance : la participation forfaitaire de 1 euro est retenue pour chaque consultation ou acte, dans la limite de 4 euros par jour pour un même professionnel de santé.

À noter : si plusieurs actes de biologie vous sont prescrits par votre médecin, une participation forfaitaire de 1 euro sera prélevée pour chaque acte de biologie réalisé dans la limite de 4 euros par jour et par laboratoire exécutant. Renseignez-vous auprès de votre laboratoire.

Un plafond annuel

Le montant de la participation forfaitaire est plafonné à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

La participation forfaitaire de 24 euros

La participation forfaitaire de 24 euros s'applique aux:

- Actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville, dans un centre de santé ou dans un établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre d'une consultation externe.

Ex: Photocoagulation au laser, dont le tarif est de 125,40 €

- Actes thérapeutiques ou diagnostiques dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €, réalisés lors d'une hospitalisation en établissement de santé ou dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

Ex: Ablation d'un nodule de la thyroïde, dont le tarif est de 205 €

Appendicectomie par célioscopie, dont le tarif est de 284,09 €

La participation forfaitaire de 24 euros

Cas particuliers:

- Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, les tarifs des actes sont cumulables; le forfait est alors dû si le cumul est supérieur ou égal à 120 €.
- Lorsque plusieurs actes d'un tarif supérieur ou égal à 120 € sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation ou hospitalisation, la participation forfaitaire de 24 euros ne s'applique qu'une seule fois.

La franchise médicale

Le montant de la franchise est de :

- **0,50 euro** par boîte de médicaments (ou tout autre unité de conditionnement : flacon par exemple),
- **0,50 euro** par acte paramédical,
- **2 euros** par transport sanitaire.

À noter : la franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ni aux actes paramédicaux effectués au cours d'une hospitalisation, ni aux transports d'urgence (appel du SAMU centre 15).

La franchise médicale

Un plafond journalier

Un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

On ne peut pas déduire :
plus de 2 euros par jour pour les actes paramédicaux,
plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Un plafond annuel

Le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

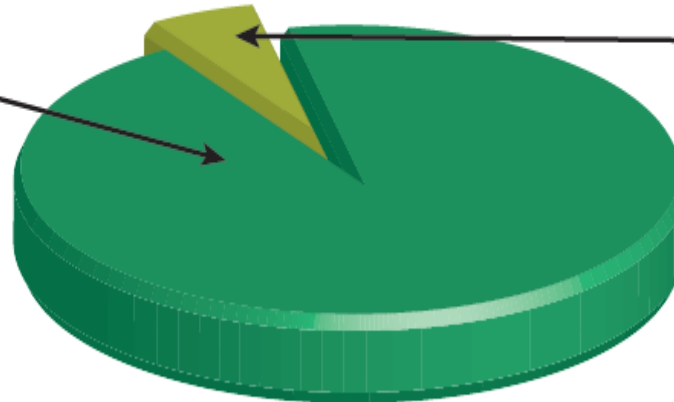
La Caisse
Primaire
d'Assurance
Maladie
du Finistère

Assureur solidaire en santé

LES CHARGES DE PRESTATIONS LÉGALES (stricto sensu)

2 200 603 699 € soit + 3,58 %

Maladie
2 093 080 068 €
95,11 %
+ 3,86 %



A.T.
107 523 631 €
4,89 %
- 1,52 %

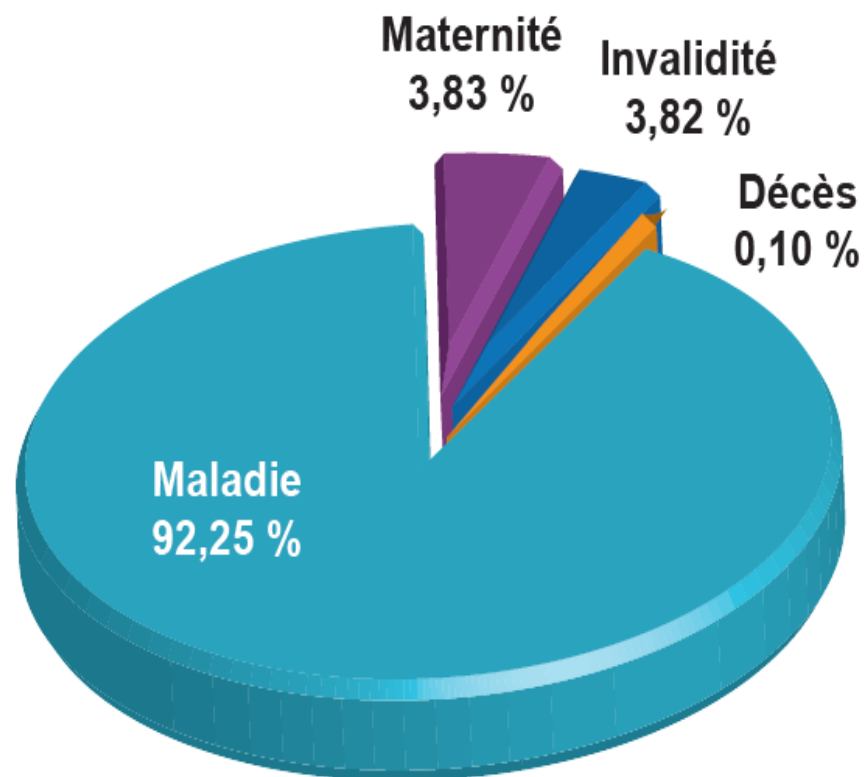
Consommation moyenne par bénéficiaire consommant (régime général) : 3 388 €

LA GESTION MALADIE : prestations légales

2 093 080 068 € soit + 3,86 %

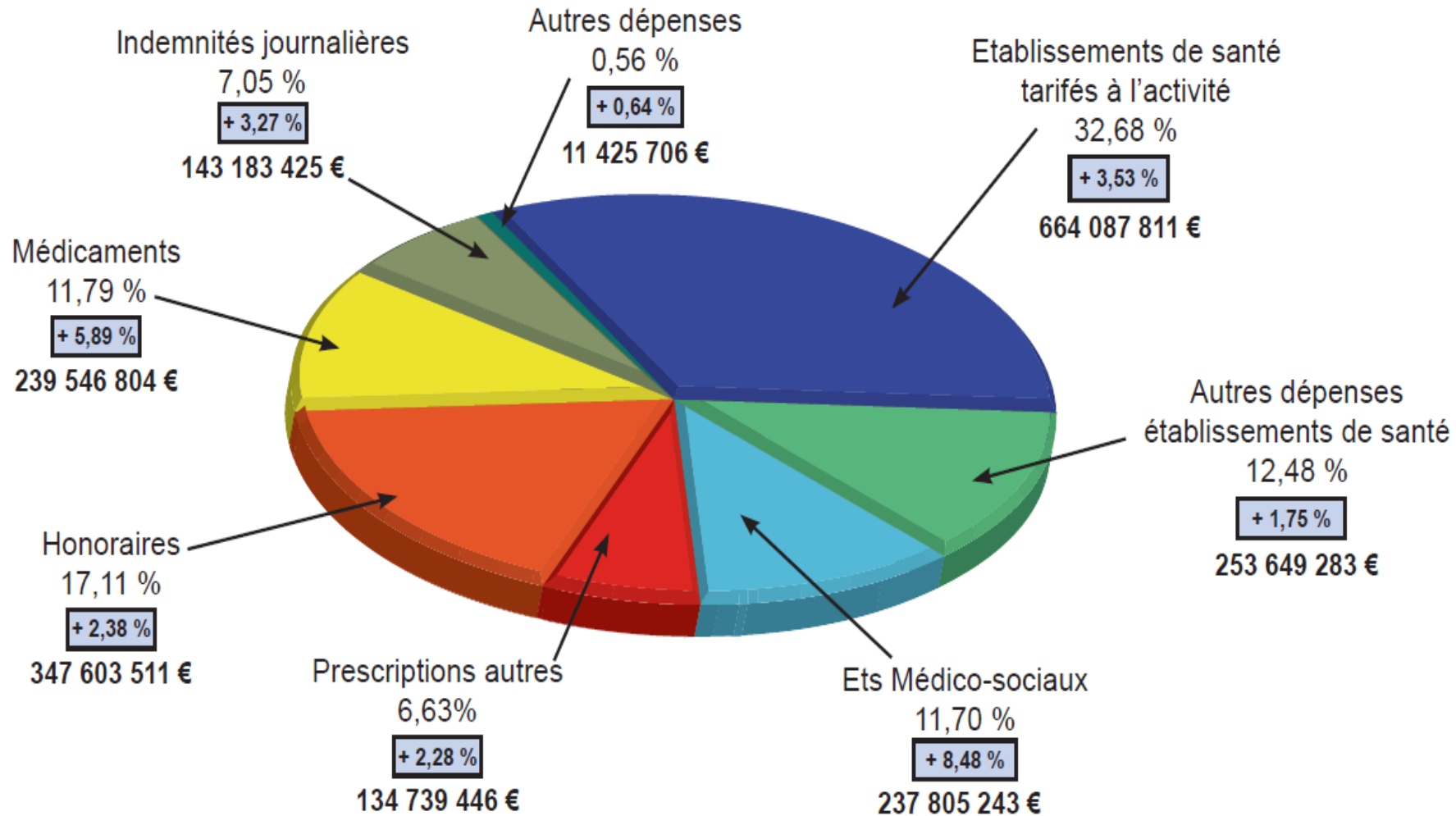
dont :

Nature	Dépenses 2017	Structure	Evolution
Maladie	1 930 817 638 €	92,25 %	+ 4,11 %
Maternité	80 120 538 €	3,83 %	+ 0,29 %
Invalidité	80 079 356 €	3,82 %	+ 2,11 %
Décès	2 062 537 €	0,10 %	- 14,14 %



PRESENTATION SELON LES POSTES DE L'ONDAM

2 032 041 230 € soit + 3,81 %



La complémentaire santé

Qu'est ce qu'une complémentaire santé ?

La **mutuelle** comme l'**assurance santé** a pour vocation de fournir une couverture sociale complémentaire. Les objectifs et les formes juridiques de ces organismes sont différents.

La mutuelle, régie par le code de la mutualité, désigne une société de personnes, à but non lucratif.

A contrario, l'assurance santé, régie par le code des assurances, a un but commercial.

Attention à ne pas confondre
complémentaire santé et **prévoyance**.

La complémentaire couvre les soins de santé (hospitalisation, médecin, optique, dentaire...).

La prévoyance intervient sur les gros risques (perte d'emploi, invalidité, décès...).

Qu'en est-il de ma complémentaire santé ?

Complémentaire
santé classique



Selon la
volonté de
l'utilisateur

Complémentaire
santé
cofinancée par
l'employeur



Obligatoire
dans les
entreprises
privées
depuis le 1^{er}
janvier 2016

Complémentaire
santé solidaire



Sous
condition de
ressources

La Complémentaire Santé Solidaire (C.S.S)

L'Aide Médicale d'Etat (A.M.E)

La C.S.S

La Complémentaire Santé Solidaire offre à tous les assurés sous le plafond de ressources (1007 euros pour une personne), la prise en charge complémentaire de la totalité des frais sur un très large panier de soins pour une cotisation nulle ou limitée (optique, dentaire, audiologie).

Ce dispositif en place depuis le 1^{er} novembre 2019 est la fusion de la CMUC et de l'ACS.

La C.S.S

Plafonds annuels maximum de ressources pour l'attribution de la Complémentaire santé solidaire, en France métropolitaine, applicables au 1^{er} novembre 2019

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC 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 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 580,38 €	+ 4 833,52 €

La C.S.S

Participation financière de l'assuré pour la Complémentaire santé solidaire, variable en fonction de l'âge

AGE AU 1 ^{ER} JANVIER DE L'ANNÉE D'ATTRIBUTION DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ	MONTANT MENSUEL DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE
Assuré âgé de 29 ans et moins	8 euros
Assuré âgé de 30 à 49 ans	14 euros
Assuré âgé de 50 à 59 ans	21 euros
Assuré âgé de 60 à 69 ans	25 euros
Assuré âgé de 70 ans et plus	30 euros

L'A.M.E

Conditions d'accès :

- justifier de son identité,
- résider en France de façon stable depuis plus de trois mois,
- être en situation irrégulière,
- avoir des ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer (même condition de ressources que la CSS sans cotisation)

L'A.M.E

NOMBRE DE PERSONNES COMPOSANT LE FOYER	PLAFOND COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE
1 personne	8 951 €
2 personnes	13 426 €
3 personnes	16 112 €
4 personnes	18 797 €
Au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 3 580,38 €

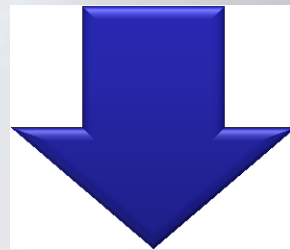
Idem: Plafonds CSS sans cotisation

L'accès aux soins



Les dispositifs extra-légaux

La maladie, l'accident, le handicap, la dépendance, l'incapacité de travail, constituent directement, ou par leurs conséquences, des facteurs de fragilité pouvant entraîner l'exclusion et la précarité



La politique d'Action Sanitaire et Sociale constitue un autre levier pour permettre l'accès des personnes au système de soins.

Elle participe ainsi et aussi à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, en orientant les assurés vers un parcours de soins adapté.

Soumises à condition de ressources, les sollicitations sont examinées dans le respect strict de l'anonymat.

Les aides apportées sont exceptionnelles.

Le Service social de la CARSAT intervient sur ce champ en tant qu'acteur de prévention et de traitement social des conséquences liées aux problèmes de santé.

- Frais médicaux ou fournitures, non remboursables en prestations légales,
- Prise en charge de forfaits journaliers,
- Frais d'appareillage auditif, de prothèses dentaires, d'orthodontie, d'optique,
- Ticket modérateur,
- Participation aux frais d'aides ménagères,
- Participation aux frais « Garde Malade à Domicile » en soins palliatifs lors de la phase terminale de la maladie.

Les référents « Prévention de la désinsertion professionnelle et reclassement professionnel » (PDP)

- Informent et conseillent sur les droits, sur les démarches:
 - les assurés en arrêt de travail (maladie, accident de travail, maladie professionnelle ou invalidité) qui risquent de perdre leur emploi pour raison de santé, à mettre en œuvre un projet professionnel adapté,
 - les assurés privés d'emploi qui, du fait de maladie ou d'accident, doivent avoir un projet professionnel adapté,
- Aident à définir, à mettre en œuvre et à consolider un projet dans l'emploi lorsque le retour dans l'entreprise est possible,
- Mobilisent, autant que de besoin, les dispositifs financés par l'Assurance Maladie : formations professionnelles, contrats de rééducation, modules de remobilisation pour le retour dans l'emploi, pendant l'arrêt de travail (avec maintien des indemnités journalières),
- Sensibilisent et accompagnent les employeurs qui peuvent être confrontés à l'inaptitude médicale de leurs salariés.

Le déploiement des parcours attentionnés

Définition du parcours client

L'objectif de la mise en place de parcours attentionnés est d'intervenir au plus près des besoins de nos publics et au bon moment :

Un parcours client est un ensemble d'actions visant à **conseiller, simplifier et accompagner** nos publics dans les démarches à:

- l'accès aux droits et à la santé des personnes qui, de par leur état de santé et/ou leur situation administrative, pourraient se voir privées de ces droits,
- simplifier les démarches administratives auprès de notre organisme.

Les parcours attentionnés depuis 2015



Pour les assurés , les parcours:

- Maternité
- Déménagement
- Invalidité
- CSS (pour remplacer les parcours CMUC et ACS)
- Prévention de la désinsertion professionnelle
- Perte d'un proche
- Première affiliation
- Accompagnement des séniors

Pour les professionnels de santé, les parcours:



- Installation du médecin et médecin remplaçant
- Installation de l'infirmier ou de l'infirmier remplaçant

Pour toute information complémentaire :

ASSURÉ | PROFESSIONNEL DE SANTÉ | EMPLOYEUR

Qui sommes-nous ? | Ressources | Presse | Recrutement

ameli.fr pour les assurés

VOTRE CAISSE : Finistère [CHANGER](#)

ACTUALITÉS | DROITS ET DÉMARCHES selon votre situation | REMBOURSEMENTS prestations et aides | SANTÉ comprendre et agir

[SANTÉ et prévention](#)

Vaccination DTP des adultes : rappels utiles

EN BREF > Voir tout

- 14/09/2017 SERVICES**
Attention aux courriels frauduleux
- 01/08/2017 REMBOURSEMENTS ET PRESTATIONS**
Soins dentaires : report du plafonnement des tarifs
- 20/07/2017 SANTÉ PUBLIQUE**
Soriatane : un tiers seulement des patientes a réalisé un test de grossesse avant le traitement
- 19/07/2017 DROITS ET DÉMARCHES**
Frontaliers suisses : usage du droit d'option jusqu'au 30/09/2017

PRÈS DE CHEZ VOUS
Finistère [CHANGER](#)

12/07/2017
CPAM du Finistère, nos accueils au mois de septembre

GLOSSAIRE

ACOSS : Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACS : Aide pour une complémentaire santé
AME : Aide médicale d'état
AT/MP : Accident de travail/Maladie professionnelle
CAF : Caisse d'allocations familiales
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CGSS : Caisse générale de sécurité sociale
CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CRAMIF : Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France
CSS : Complémentaire santé solidaire
IJ : Indemnités journalières
MSA : Mutualité sociale agricole
PDP : Prévention de la désinsertion professionnelle
PUMA : Protection universelle maladie
RSA : Revenu de solidarité active
RSI : Régime social des indépendants

GLOSSAIRE

TPI : Tiers payant intégral

UCANSS : Union des caisses nationales de sécurité sociale

UGEAM : Union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

URSSAF : Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Merci de votre attention
Bonne continuation!