

Chapitre 4

L'assurance maladie

Plusieurs réformes successives ont tenté de limiter le déficit de l'assurance maladie, en influant notamment sur le montant des remboursements et le nombre de prescriptions. Selon la commission des comptes de la Sécurité sociale réunie en septembre 2014, le déficit du régime général de la Sécurité sociale a été ramené à 13,3 milliards en 2012 et à 12,5 milliards en 2013. À elle toute seule, la branche Maladie connaîtrait un déficit d'environ 6,8 milliards d'euros en 2013.

Les dépenses d'assurance maladie du régime général ont encore augmenté de 2,9 % sur un an en 2014. 153,6 milliards d'euros de prestations nettes ont été versées en 2013. Parmi ces dépenses, les soins de ville, qui regroupent les honoraires des professionnels de santé libéraux, les prestations en espèces (indemnités journalières) et les dépenses ambulatoires de médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que les transports, représentent 45,7 % des dépenses. 43,8 % des dépenses concernent les établissements hospitaliers de santé. Et 91 % de la population est assurée par la Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés qui finance 86 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

Selon un rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) pour l'année 2013, les projections à moyen et long terme des dépenses publiques, notamment des dépenses de santé, jouent un rôle important dans la conduite des politiques publiques mais également dans la surveillance budgétaire internationale. Élaborer des perspectives d'évolution des dépenses de santé à long terme constitue donc un enjeu important afin de définir les mesures nécessaires pour assurer la soutenabilité des finances publiques.

En 2012, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 184 milliards d'euros soit 9,0 % du produit intérieur brut. La part de la Sécurité sociale (tous régimes confondus) et de l'État dans le financement de la CSBM s'établit à 76,7 %. Les organismes complémentaires prennent en charge 13,7 % de cette consommation. Le reste à charge des ménages atteint donc 9,6 % de la CSBM.

Quelles sont les dépenses qui sont prises en charge ?

L'assurance maladie prend en charge :

- les frais de médecine générale et spéciale ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais pharmaceutiques et d'appareillage ;
- les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ;
- les frais d'hospitalisation et de traitements lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ;
- les frais d'examen prénuptial ;
- les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté ;
- les frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique ;
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle ;
- les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.

En cas d'arrêt maladie, l'assurance maladie octroie, quand la législation le prévoit, des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail. L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base, majorée en fonction du nombre d'enfants à charge.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'indemnité journalière est égale à 50 % du salaire journalier de base. Celui-ci est calculé sur la moyenne des salaires bruts (= salaires soumis à cotisations) des 3 derniers mois travaillés précédant l'arrêt de travail, ou des 12 mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue, pris en compte dans la limite de 1,8 fois le SMIC mensuel en vigueur, soit 2 623,53 euros au 1^{er} janvier 2015.

Lorsque l'assuré a 3 enfants à charge, l'indemnité journalière est majorée à partir du 31^e jour d'arrêt de travail continu. Elle est alors égale à 66,66 % du salaire journalier de base. Il existe également un délai de carence de 3 jours, qui s'applique en principe au début de chaque arrêt de travail, au cours duquel aucune indemnité journalière n'est versée.

La prise en charge par l'assurance maladie est soumise à conditions. Les soins et produits doivent :

- d'une part être dispensés par un établissement public ou privé autorisé, ou un praticien ou bien un personnel paramédical dûment habilité à exercer ;
- d'autre part figurer dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.

L'assurance maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention (dits « tarifs conventionnés ») ou d'autorité, qui sont plafonnés. Les éventuels dépassements par rapport à ces tarifs restent à la charge de l'assuré ou d'une protection complémentaire (mutuelle, prévoyance). Par exemple, les médecins qui ont opté pour le secteur conventionnel 2 pratiquent des tarifs supérieurs au tarif conventionnel.

Qu'est-ce qu'un ticket modérateur ?

Une participation (ticket modérateur) est laissée à la charge de l'assuré, ce qui signifie que l'intégralité du coût d'une prestation en nature n'est pas prise en charge. Cette participation peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. Elle est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux.

Comment sont attribuées les prestations de l'assurance maladie ?

Le régime dont dépend un assuré varie en fonction de son activité professionnelle présente ou passée. Toutefois, pour les personnes ne remplissant pas les conditions d'affiliation à un régime sur la base professionnelle mais résidant en France depuis au moins trois mois en situation régulière, il existe une protection universelle maladie depuis janvier 2016, qui remplace la couverture maladie universelle (CMU) créée en 2000.

Jusqu'au 31 décembre 2015, pour bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie des frais de santé, certaines conditions devaient être remplies : en particulier, les salariés devaient justifier d'une durée d'assurance minimale (calculée soit en heures de travail soit en montant minimal de salaire) ; les personnes sans emploi pouvaient avoir droit à l'assurance maladie soit en tant qu'ayant droit d'un assuré, soit au titre du maintien des droits antérieurs, soit en demandant chaque année la CMU de base.

Ces règles nécessitaient d'avoir à effectuer un certain nombre de démarches administratives pour faire valoir ses droits à la prise en charge des frais de santé et pouvaient, éventuellement, causer des ruptures de droits lors de changements dans la situation professionnelle ou familiale.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, est mise en œuvre la protection universelle maladie, issue d'une loi du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016. Ainsi, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. De ce fait, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Quant aux personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France.

Le dispositif de la CMU de base n'a plus de raison d'être et est donc supprimé. Et, pour les personnes majeures de 18 ans et plus, la notion d'ayant droit disparaît. Seuls les mineurs continuent d'avoir le statut d'ayant droit. La réforme s'accompagne aussi de nouvelles modalités de contrôle adaptées, en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire.

Concernant les prestations en nature :

Depuis la mise en œuvre de la protection universelle maladie à compter du 1^{er} janvier 2016, les conditions d'ouverture du droit au remboursement des frais de santé sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale. Seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.

Concernant les prestations en espèces les 6 premiers mois :

- avoir occupé un emploi salarié ou assimilé pendant au moins 150 heures au cours des 3 mois précédant l'interruption de travail ou justifier des mêmes conditions d'heures de travail au cours du trimestre civil précédant cette dernière ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois précédant l'arrêt de travail.

Concernant les prestations en espèces au-delà de 6 mois :

- avoir été immatriculé depuis 12 mois (ou 365 jours) au moins au 1^{er} jour du mois au cours duquel est intervenue l'interruption de travail ;
- ou justifier avoir travaillé au moins 600 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail, dont 1 015 fois au moins le montant du SMIC horaire au cours des six premiers mois.

Concernant l'assurance maternité :

- avoir occupé un emploi salarié ou assimilé au moins 150 heures au cours des 3 mois précédant le début du 9^e mois avant la date présumée de l'accouchement ;
- ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du SMIC horaire au cours des six mois précédant à la date du début de grossesse ou du début du repos prénatal, ou du début du congé d'adoption ;
- et justifier en outre de 10 mois d'immatriculation à la date prévue de l'accouchement.

À compter du 1^{er} janvier 2015, le transfert du droit à indemnisation du congé maternité au père en cas de décès de la mère a été étendu au partenaire de la mère, même s'il n'est pas le père, à toutes les causes de décès de la mère et quel que soit le régime de Sécurité sociale auquel le père est affilié.

Concernant l'assurance invalidité :

- avoir été immatriculé depuis 12 mois au 1^{er} jour du mois au cours duquel est survenue l'interruption de travail suivie de l'invalidité ou la constatation médicale de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme ;

- et justifier avoir travaillé pendant au moins 600 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée ;
- ou avoir cotisé sur la base de 2 030 fois la valeur du SMIC au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail, dont 1 015 fois au moins la valeur du SMIC au cours des 6 premiers mois. L'assuré doit être atteint d'une invalidité réduisant au moins des 2/3 sa capacité de travail ou de gain.

Concernant l'assurance décès :

Le droit au capital décès est ouvert lorsque l'assuré, moins de 3 mois avant son décès :

- exerçait une activité salariée ;
- ou percevait une allocation du régime d'assurance chômage ;
- ou était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail/maladie professionnelle, correspondant à une incapacité physique permanente d'au moins 66,66 % ;
- ou était en situation de maintien de droits.

En outre, dans l'année précédant la date du décès, l'assuré doit :

- soit avoir versé des cotisations sur un salaire égal à 60 SMIC horaire au cours d'un mois civil (ou de 30 jours consécutifs) ou 120 SMIC horaire au cours de 3 mois civils ;
- soit avoir travaillé pendant 60 heures pendant 1 mois (ou 30 jours consécutifs), ou 120 heures pendant 3 mois civils (ou de date à date).

Avant 2015, le capital décès représentait environ 3 mois de salaire, montant assorti toutefois d'une limite plancher et d'un plafond. Depuis le 1^{er} janvier 2015, le montant du capital décès est forfaitairement fixé par décret et revalorisé chaque année (3 404 euros depuis avril 2016).

Qu'est-ce qu'une maladie grave ?

Les affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret sont considérées comme des maladies graves. La maladie du salarié peut également être considérée comme une maladie grave si elle est reconnue comme telle par la Sécurité sociale.

Le salarié atteint d'une maladie grave (Sida, cancer, insuffisance cardiaque grave...) bénéficie de dispositifs tenant compte de son état de santé :

- droit au travail et autorisations d'absence ;
- aménagements de poste et mi-temps thérapeutique ;
- protection contre le licenciement ;
- prise en charge totale de la Sécurité sociale.

Certaines affections de longue durée (ALD) peuvent donner lieu à une prise en charge à 100 % (exonération du ticket modérateur) par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) :

- les 30 affections considérées comme maladies graves par la Sécurité sociale (voir liste des ALD 30, article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale) ;
- les maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste des ALD 30, et comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les polyopathologies, lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

Pour bénéficier de la prise en charge à 100 %, l'ALD doit être reconnue par le service médical de la caisse d'assurance du malade.

Qu'est-ce que l'entente préalable ?

Certains actes et traitements médicaux sont soumis à autorisation (« entente ») préalable avant d'être pris en charge par l'assurance maladie. Il s'agit par exemple de certains traitements concernant :

- l'orthopédie dento-faciale ;
- la kinésithérapie.

Sont également visés :

- les examens de laboratoire ou des appareillages médicaux ;
- les transports en ambulance sur de longues distances ou en série, pour lesquels on parle plutôt « d'accord préalable ».

Plusieurs produits et actes inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) sont aussi concernés, tels que :

- tous les actes ou traitements pour lesquels l'obligation de l'entente préalable est indiquée à la nomenclature des actes professionnels par une mention particulière ou la lettre « E » ;
- tous les actes exceptionnels concernant une pathologie inhabituelle ;
- des actes liés à l'évolution des techniques médicales.

Dans ces cas de figure, l'assuré doit envoyer un formulaire de demande d'entente préalable rempli par l'assuré et son médecin à la CPAM pour obtenir son accord. Dans les quinze jours suivant réception du formulaire, la caisse doit notifier son éventuel refus. Dans le cas contraire, la demande de prise en charge sera réputée acceptée.

Qu'est-ce que le parcours de soins coordonnés ?

Le parcours de soins consiste, pour chaque assuré d'au moins 16 ans, à désigner un médecin auprès de la Sécurité sociale, qui deviendra son « médecin traitant ». Ce médecin doit être consulté prioritairement, sous peine de remboursement partiel de la consultation. De même, une consultation du médecin traitant est impérative avant de consulter tout médecin spécialiste, sous peine de remboursement partiel de la consultation par la Sécurité sociale.

Ce parcours s'applique à l'ensemble des assurés, y compris les bénéficiaires de la CMU. Ce parcours de soins est principalement destiné à lutter contre les abus de certains assurés qui effectuent des consultations multiples pour une même pathologie. Les pénalités financières pour non-respect du parcours de soins restent à la charge de l'assuré si aucun médecin traitant n'a été désigné ou si un autre médecin, généraliste ou spécialiste, est consulté sans que l'assuré y ait été convié préalablement par son médecin traitant.

Quelques exceptions à ce parcours obligatoire sont néanmoins prévues. Plusieurs spécialités peuvent être consultées directement, sans consulter préalablement le médecin traitant : gynécologues, ophtalmologues et psychiatres, à condition d'avoir moins de 26 ans dans ce dernier cas. De même, il est possible de consulter directement le chirurgien-dentiste. Enfin, en cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle (par exemple en vacances) ou encore si le

médecin traitant est absent, il est également possible de consulter un autre médecin que le médecin traitant, sans risque de pénalité.

Qu'est-ce que le dossier médical personnel (DMP) ?

Le DMP permet de regrouper dans un dossier informatisé des informations sur les soins prodigués, provenant des professionnels et établissements de santé que le patient désigne et autorise : hôpitaux, médecins de ville, pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales... Le DMP comprend notamment les comptes-rendus et prescriptions de médecins, la liste des médicaments délivrés, les comptes-rendus de radiologie, les comptes-rendus d'analyses médicales, les lettres de sortie d'hôpital.

Le patient peut ainsi donner aux professionnels de santé l'information utile à sa prise en charge et permettre d'éviter les risques d'erreurs liés au fait que les médecins consultés ne savent pas nécessairement quels autres professionnels de santé le patient consulte ou quels traitements il suit. Il s'agit en outre d'un outil de lutte contre les actes redondants et les interactions de médicaments. Tout bénéficiaire de l'assurance maladie qui en fait la demande peut disposer d'un DMP.

Quels sont les principaux organismes décisionnaires en matière d'assurance maladie ?

- L'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

L'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est un établissement public.

Cette instance regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM). Le rôle de l'UNCAM est de conduire la politique conventionnelle, coordonner l'action des caisses nationales dans le pilotage de l'assurance maladie, nouer un partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de protection sociale complémentaire, définir le champ des prestations admises au remboursement et fixer les taux de prise en charge.

L'UNCAM est dirigée par un collège de directeurs associant le directeur général de la CNAMTS et les directeurs de la CCMSA (caisse centrale

de la mutualité sociale agricole) et de la CANAM. Le directeur général de l'UNCAM est le directeur général de la CNAMTS. Le conseil comprend 18 membres, représentant les différentes caisses nationales en fonction de leur importance relative, dont 12 nommés par la CNAMTS, 3 par la CCMSA et 3 par la CANAM.

- L'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)

Les 22 URCAM sont des structures interrégimes chargées de coordonner, au niveau régional, la politique de gestion du risque des régimes d'assurance maladie autour de trois axes :

- la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ;
- l'organisation et la qualité des soins ;
- la prévention et l'éducation à la santé.

Membres du groupement régional de santé publique (GRSP), les URCAM contribuent à l'élaboration, à la mise en place, et à l'évaluation des actions régionales de santé publique. Avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les URCAM pilotent les travaux de la mission régionale de santé (MRS), notamment en matière de répartition territoriale des professionnels de santé, de permanence et de coordination des soins.

- L'union nationale des professionnels de santé (UNPS)

La nouvelle union nationale des professionnels de santé (UNPS) regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé exerçant en libéral. Elle émet des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM en matière de taux de remboursement et examine chaque année le « programme annuel de concertation » avec l'UNCAM et l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

- La haute autorité de santé (HAS)

Créée par un décret du 26 octobre 2004, l'HAS est une autorité publique indépendante, à caractère scientifique et dotée d'une personnalité morale. Elle a pour missions de :

- évaluer et hiérarchiser « le service attendu ou rendu » des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie ;
- élaborer et se prononcer sur les conditions de prise en charge de certaines pathologies, dont les affections de longue durée ;
- répondre aux sollicitations du Gouvernement, de l'UNCAM ou de l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance

maladie (UNOCAM), et contribuer par son expertise médicale à la pertinence de décisions concernant les remboursements ;

- informer et conseiller les pouvoirs publics, les professionnels de santé et le grand public ;
- élaborer et diffuser des référentiels de bonnes pratiques et de bon usage des soins ;
- accréditer les professionnels de santé et certifier les établissements de soins.

La HAS est composée de 8 membres nommés pour 6 ans, et de commissions spécialisées.

- Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est un organisme créé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, qui a pour rôle d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'incompatibilité entre l'évolution des dépenses d'assurance maladie et le respect de l'objectif national voté par le Parlement.

Le comité d'alerte 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 (INSEE), et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

Il rend un avis annuel, au 1^{er} juin, sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'exercice en cours.

Qu'est-ce que le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAMM) ?

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est une instance de réflexion et de propositions qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie.

C'est la recherche d'un équilibre à long terme dans le financement des différents risques de la protection sociale qui a conduit à la mise en

place de ce conseil, comme le Conseil d'orientation des retraites (COR) ou le Haut conseil à la famille (HCF).

Il rend des rapports annuels et peut être saisi notamment par le gouvernement comme observatoire sur des thématiques plus ciblées. Par exemple, en 2013, le HCAMM a rendu un avis favorable sur l'appropriation de la notion de parcours par les acteurs de politiques de santé, dans un objectif de qualité des soins et d'optimisation des dépenses, notamment pour les personnes âgées et les malades chroniques.

Qu'est-ce que l'observatoire des risques médicaux (ORM) ?

L'Observatoire des risques médicaux a été créé afin d'analyser le risque médical en collectant toutes les informations sur les accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales ainsi que sur les indemnisations versées en réparation. Il collecte ces informations auprès des organismes payeurs que sont les compagnies d'assurances, l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) qui est dispensée de l'obligation d'assurance, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

Qu'est-ce que l'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM ou UNOC) ?

L'UNOCAM (ou UNOC) est composée de représentants des institutions de prévoyance, des mutuelles et des assurances. Elle a un rôle de conseil et de négociation avec l'union nationale des professionnels de santé (UNPS), concernant les actions de gestion du risque. Il revient à cette UNOCAM de négocier tant avec le régime obligatoire qu'avec les professionnels de santé et de permettre aux mutuelles de renforcer leur influence en matière de politique de santé.

L'essentiel

- L'assurance maladie octroie des indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail. L'indemnité journalière est égale à une fraction du gain journalier de base, majorée en fonction du nombre d'enfants à charge.
- L'assurance maladie prend en charge des soins et produits à condition qu'ils soient dispensés par un établissement public ou privé autorisé, ou un praticien ou bien un personnel paramédical dûment habilité à exercer ; et qu'ils figurent dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.
- L'assurance maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention (dits « tarifs conventionnés ») ou d'autorité, qui sont plafonnés.