

PROTECTION MALADIE

ORGANISATION ET DISPOSITIFS

En France, le principe de solidarité est au fondement du système de protection maladie, les plus démunis étant protégés par des protections de service public. Les dépenses de santé sont couvertes par l'assurance maladie « de base » de la sécurité sociale, la participation des usagers et des protections complémentaires publiques ou privées. Il existe des dispositions spécifiques pour les étrangers. Pour résoudre les difficultés d'accès aux soins, il est nécessaire de connaître l'organisation générale du système de protection maladie, ainsi que le sens des divers termes employés (voir *Lexique* page 192).

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Au niveau national, la dépense courante de santé représente 183 milliards d'euros (2 951 € par habitant), soit 11 % du produit intérieur brut (2004). L'accroissement du poids de ces dépenses pose régulièrement la question du mode de financement et du système destiné à mettre en œuvre la solidarité.

La prise en charge financière des dépenses de santé repose sur trois acteurs : les systèmes de protection maladie de base, les systèmes de protection maladie complémentaire et enfin les usagers eux-mêmes. Mais le niveau d'intervention de chacun varie fortement selon la nature des soins (médecine ambulatoire, hospitalisation, dentaire...).

RÉPARTITION MOYENNE DES PRISES EN CHARGE EN FONCTION DU CONTRIBUTEUR (2004)

Source : Drees, *Étude et résultats* n° 413.

CONTRIBUTEURS	RÉGIME DE BASE	RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES	MÉNAGES	TOTAL
Participation en %	78 %	12,9 %	9,1 %	100 %

« L'obtention d'une protection complémentaire (ou de l'AME), au besoin en " admission immédiate ", est la condition indispensable pour permettre la continuité des soins. »

Le système de protection maladie de base est historiquement apparu avec la notion de sécurité sociale et a progressivement été généralisé depuis 1945 à l'ensemble de la population vivant en France. Ce dispositif constitue le premier étage de la prise en charge des frais de santé. Il s'agit d'un droit pour toute la population, mis en œuvre par monopole du service public, sous forme d'un système d'assurances obligatoires financé par cotisations et prélèvements divers. Il s'agit d'assurer la solidarité nationale par péréquation financière entre les bénéficiaires, quel que soit leur niveau de cotisation. Il existe plusieurs régimes selon l'activité professionnelle de l'assuré. Le « régime général » est le plus important en nombre d'assurés et en volume de dépenses.

Le système de protection maladie complémentaire constitue le deuxième étage qui a vocation à prendre en charge une partie des frais de santé non couverts par le régime obligatoire. Il existe deux types d'assurances complémentaires :

- un service public gratuit à destination des plus « pauvres », sous la forme de la protection complémentaire CMU (Couverture maladie universelle) dont le contenu est défini par la loi et dont la mise en œuvre est ouverte à tous les acteurs du champ de l'assurance maladie complémentaire. Le financement est assuré par l'État et une contribution de ces acteurs ;
- un service d'assurance complémentaire facultative payé par chaque assuré selon les principes de la libre concurrence commerciale entre les mutuelles, les organismes de prévoyance et les assureurs privés. Le niveau de protection dépend de chaque contrat.

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES ÉTRANGERS

L'Aide médicale État (AME) est un régime d'exception. Survivance des débuts de la protection sociale en France, l'AME est toujours en vigueur pour assurer un filet de sécurité à ceux qui sont interdits d'accès à la sécurité sociale, c'est-à-dire les étrangers démunis qui ne remplissent pas la condition de résidence (voir page 220) requise. Le niveau de protection assuré est celui d'un « 100 % sécurité sociale », donc inférieur à celui de la complémentaire CMU.

Toute personne démunie, française ou étrangère, « résidant » en France depuis plus de 3 mois a droit à une protection maladie, base et complémentaire, de service public. L'obtention d'une protection complémentaire (ou de l'AME), au besoin en « admission immédiate », est la condition indispensable pour permettre la continuité des soins (voir *Conditions de l'accès aux soins* page 170).

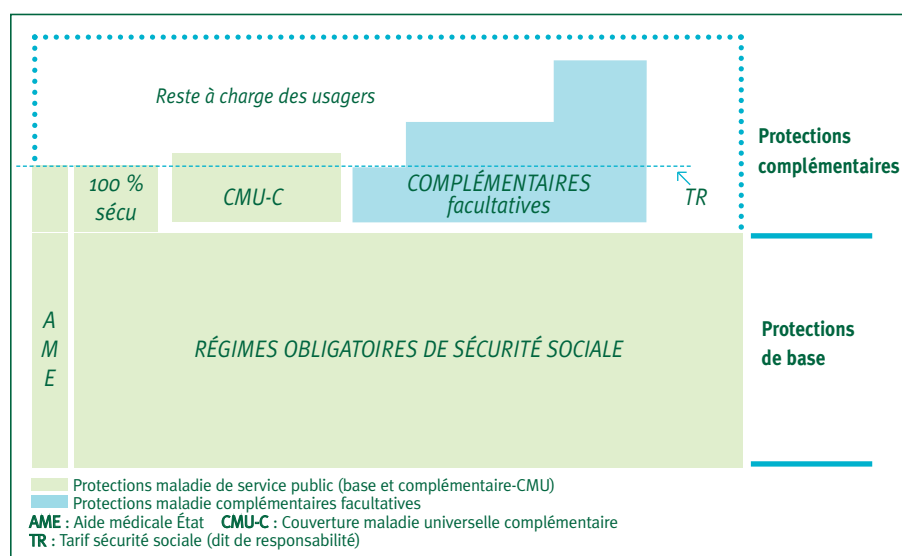
Les étrangers récemment arrivés en France (moins de 3 mois de présence) sont soumis à des dispositions spécifiques et complexes selon leur statut, la possession d'un visa, ou les motifs de leur séjour (voir *Les droits selon le statut* page 194).

Le dispositif de prise en charge par l'État des frais liés aux « soins urgents et vitaux » (voir *Fonds pour les soins urgents et vitaux* page 184) n'est pas un mécanisme de protection maladie, mais un nouveau système de remboursement de l'hôpital public pour limiter le risque de créances irrécouvrables. Ce dispositif ne couvre pas tous les étrangers récemment arrivés en France et écarte notamment ceux dont les ressources sont suffisantes ou dont une assurance médicale est supposée couvrir leurs frais de santé « inopinés » pendant la durée de validité de leur visa.

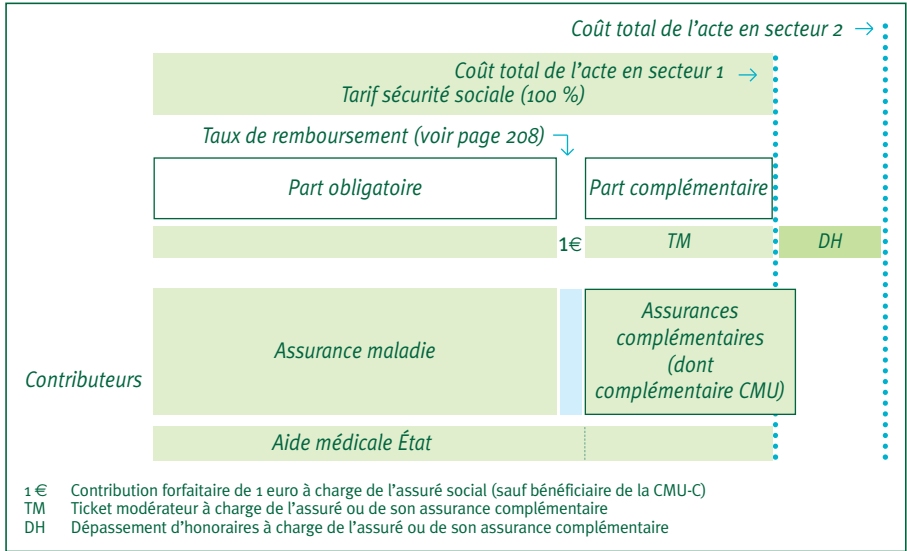
Les étrangers venant en France spécifiquement pour y recevoir des soins sont soumis à des règles spécifiques et ne peuvent pas prétendre à une prise en charge financière par les systèmes de protection maladie de droit commun (voir *Venir se soigner en France* page 228).

L'AME sur décision du ministre (voir page 222), parfois appelée « humanitaire », permet de demander une prise en charge ponctuelle de personnes ne pouvant bénéficier d'une protection de droit commun.

ARCHITECTURE DE LA PRISE EN CHARGE DES DÉPENSES DE SANTÉ



RÉPARTITION ET DÉNOMINATION DU COÛT D'UN ACTE SELON LES CONTRIBUTEURS



LEXIQUE ET DÉFINITIONS DE LA PROTECTION MALADIE

Affiliation	Rattachement d'une personne à une caisse de sécurité sociale. L'affiliation est synonyme d'ouverture de droits à l'assurance maladie (ne concerne donc pas les bénéficiaires de l'AME) et se matérialise par un support où figure la date de début des droits.
Aide médicale État (AME)	Protection maladie pour des étrangers démunis exclus de l'assurance maladie faute de titre de séjour en cours de validité. Ses bénéficiaires ne sont pas assurés sociaux et n'ont pas de carte Vitale.
Assurance agréée « visa »	Obligation (créée par l'article L.211-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) pour un étranger entrant en France sous couvert d'un visa, de disposer d'une assurance maladie couvrant les « dépenses médicales et hospitalières ».
Assurance maladie	Branche maladie de la sécurité sociale, assurance obligatoire de service public soumise à cotisation (dont les plus pauvres sont dispensés) ne couvrant qu'une partie des frais de santé. Dans ce Guide, le concept est limité au seul régime général sous l'autorité de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), régime qui n'est plus limité aux seuls travailleurs.
Assurés	Dans ce Guide : personnes bénéficiaires de l'assurance maladie (sécurité sociale) par opposition aux bénéficiaires de l'AME (non assurés sociaux)
Base	Synonyme d'assurance maladie, les régimes de base constituent le premier étage du financement des dépenses de santé. La part des frais de santé couverts par ces régimes s'appelle « part obligatoire ».

Complémentaire	Les protections complémentaires constituent le deuxième étage de la protection santé en complément des régimes de base. La part des frais de santé pris en charge par ces couvertures s'appelle « part complémentaire » ou « ticket modérateur ».
Contribution forfaitaire de 1 €	Somme forfaitaire pour chaque acte médical, restant à charge de l'assuré et pris en charge ni par l'assurance maladie ni par les protections complémentaires. Les bénéficiaires de la complémentaire CMU et de l'AME ne sont pas concernés.
Couverture maladie universelle (CMU)	Terme qui, sans précision, désigne trois concepts très différents : - la réforme CMU du 27 juillet 1999 qui a restructuré l'architecture du système de protection maladie (suppression de l'aide médicale départementale) ; - la « CMU de base », qui est une porte d'entrée au régime général pour ceux qui ne sont pas affiliés par leur travail mais par cotisations personnelles (avec dispense de cotisation pour les plus démunis) ; - la complémentaire CMU (CMU-C), qui est une protection complémentaire (en plus de l'assurance maladie) de service public, gratuite, réservée aux assurés les plus démunis.
Forfait hospitalier journalier	Somme due par la personne hospitalisée pour ses frais quotidiens de nourriture et d'hébergement, généralement non pris en charge par l'assurance maladie, mais couverts par la complémentaire CMU et l'AME.
Immatriculation	Création du « numéro de sécurité sociale » pour un nouvel assuré. Une fois immatriculée, la personne peut perdre ses droits à l'assurance maladie (péremption) mais conserve son numéro à vie en cas de nouvelle affiliation.
Médecin traitant	Médecin généraliste ou spécialiste choisi par le patient pour coordonner le parcours de soins, c'est-à-dire les différentes consultations et examens nécessaires au suivi de la santé du patient.
Parcours de soins coordonné	S'il n'est pas orienté par son médecin traitant, le patient qui consulte de sa propre initiative un spécialiste ou réalise des examens médicaux, se trouve hors du parcours de soins coordonné. Il est sanctionné par une augmentation du prix et une diminution du remboursement de ces soins.
Secteur 1	Professionnel de santé dont le tarif des actes médicaux ne dépasse pas le tarif « sécurité sociale ».
Secteur 2	Professionnel de santé autorisé à pratiquer des tarifs supérieurs aux tarifs « sécurité sociale ». Le coût dépassant le tarif sécurité sociale s'appelle « dépassement d'honoraires ».
Soins urgents et vitaux	Fonds de financement de l'hôpital public pour des soins urgents et vitaux délivrés à un étranger démuné sans assurance maladie ni AME.
Tarif sécurité sociale	Appelé tarif opposable, il s'agit du prix fixé pour un acte médical par convention entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé. L'assurance maladie n'en prend en charge qu'une certaine proportion (taux de remboursement).
Ticket modérateur	Somme d'argent correspondant aux frais de santé restant à charge de l'assuré, déduction faite du montant pris en charge par l'assurance maladie (base), en vue de modérer la consommation de soins. La prise en charge du ticket modérateur est l'objet des protections complémentaires.
Tiers payant	Mécanisme de paiement d'un professionnel de santé par lequel celui-ci se fait payer son acte directement par l'assureur du patient (tiers) et non par le patient lui-même. Le tiers payant peut porter sur la part obligatoire seulement (assurance maladie) ou sur le montant total de l'acte en « tiers payant intégral » (assurance maladie et complémentaire).