

ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME FRANÇAIS

En France, le principe de solidarité est au fondement du système de protection maladie, l'ensemble de la population étant protégé par des systèmes 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, p. 200*).



Voir Conditions de l'accès aux soins, p. 170

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET DÉFINITIONS

- **Au niveau national, la dépense courante de santé représente 234 milliards d'euros** soit 12,1% du produit intérieur brut (Insee 2010). 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 de la consommation de biens et services médicaux en fonction du contributeur (2010) - Drees, *Études et résultats*, n° 773

Contributeurs	Régime de base	Régimes complémentaires	Ménages	Total
Participation en %	77 %	13,5 %	9,5 %	100 %

• **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 de couverture complémentaire :
 un service public gratuit à destination des plus « pauvres », sous la forme de la protection complémentaire CMU (couverture maladie universelle complémentaire) 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.

• **Le vocable « CMU » (couverture maladie universelle) présente trois significations possibles.** Sans autre précision, son utilisation est source de confusion :
 la « réforme CMU » du 27 juillet 1999 désigne une généralisation de l'assurance maladie aux non travailleurs, lesquels furent transférés de l'ancien système d'Aide médicale



(supprimée, sauf pour les étrangers en séjour irrégulier qui furent exclus du transfert) vers l'assurance maladie;

la « **CMU de base** » est une expression administrative qui désigne une porte d'entrée à l'assurance maladie pour les non travailleurs et non ayants droit, c'est à dire des personnes dites « inactives », qu'elles soient riches ou pauvres. Il s'agit donc d'un instrument de généralisation de l'assurance maladie (couverture de base). Il ne s'agit pas d'une nouvelle couverture spécifique, mais d'une affiliation au régime général d'assurance maladie, avec paiement d'une cotisation proportionnelle aux ressources de l'assuré, dont les plus pauvres sont dispensés. Le Code de la Sécurité sociale (CSS) mentionne une « *affiliation au titre de la résidence stable et régulière en France* » (L 380 1 CSS). Cette affiliation est obligatoire (monopole de l'assurance maladie) et subsidiaire (elle fonctionne comme un repêchage si la personne ne peut pas être assurée par son travail, par ses prestations sociales, par rattachement à l'assurance maladie d'un proche, ou par le dispositif de maintien de droits de 1 an);

la « **complémentaire-CMU** » désigne une couverture complémentaire de service public, gratuite, réservée aux assurés (quel que soit le motif de leur affiliation à la couverture de base) ayant de faibles ressources. Il s'agit d'un dispositif spécialisé non contributif visant à assurer la « gratuité » des soins des plus pauvres (4,5 millions de bénéficiaires en 2012).

• **L'expression « avoir la CMU » est erronée :**

elle ne précise pas si la personne détient la couverture de base et/ou la couverture complémentaire;

elle est erronée pour les travailleurs et les ayants droit qui ne sont pas assurés au titre de la CMU de base.

En outre, la CMU de base n'est pas une protection spécifique, les personnes affiliées au titre de la CMU de base étant bénéficiaires de l'assurance maladie des travailleurs salariés, elles accèdent aux mêmes prestations en nature que les assurés à titre socioprofessionnel.



Récapitulatif des différences entre un assuré socioprofessionnel et un assuré au titre de la CMU de base

	Affiliation socioprofessionnelle (salarié(es), bénéficiaires de prestations sociales, pensionné(es)...)	Affiliation sur critère de résidence (dite au titre de la CMU de base)
Aucune différence dans le panier de soins entre les assurés : tous bénéficient des mêmes prestations en nature		
Prestations en espèces (arrêt de travail)	OUI	Pas de prestations en espèces
Délai d'ancienneté de présence en France (assuré et ayant droit)	Pas de délai de 3 mois, ni pour l'assuré ni pour le membre de famille rejoignant	Délai de 3 mois*
Contrôle de la résidence habituelle en France au sens de R 115 6 du CSS	NON	OUI
Définition de la régularité du séjour de l'assuré et de ses ayants droit	Liste de titres de séjour (art. D 115 1 et D 161 15 du CSS)	Pas de liste (voir p. 217)
Maintien de 1 an des droits de l'article L 161 8 du CSS	OUI	Pas appliqué, à la demande du ministère (voir p. 225)
Mode de paiement de la cotisation	Prélèvement à la source	Déclaration annuelle sauf exceptions (voir p. 219)

*sauf exceptions, voir p. 212

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES ÉTRANGERS (VOIR ÉGALEMENT PANORAMA ET NOTIONS CLÉS DE L'ACCÈS AUX DROITS, P. 202)

• **Toute personne démunie, française ou étrangère, « résidant » en France depuis plus de 3 mois a droit à une protection maladie**, de 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*, p. 170) compte tenu de leurs coûts.

• **Le type de couverture maladie des étrangers résidant dépend de la « régularité du séjour » au regard de la réglementation sur la police des étrangers.** Les étrangers en séjour régulier relèvent de l'assurance maladie et sont intégrés au système de droit commun à l'identique des nationaux. Mais la frontière entre séjour irrégulier et séjour régulier pose de nombreuses difficultés pratiques et juridiques du fait de trois facteurs cumulés :



la variété des statuts en matière de police de l'immigration, qui dessine un « gradient de précarité administrative » depuis les personnes les plus stables (carte de séjour valable 10 ans) jusqu'aux plus précaires (séjour irrégulier assorti d'une mesure d'éloignement et/ou d'interdiction de retour et/ou d'interdiction judiciaire du territoire et/ou avec assignation à résidence...);

l'augmentation de la précarité administrative des personnes se traduisant par des périodes durables de changements de statut (alternance de périodes de séjour régulier et irrégulier, comme pour les demandeurs d'asile);

la complexité du droit de l'assurance maladie qui pose trois définitions différentes de la condition de régularité du séjour requise (assuré sur critères socioprofessionnels/ayant droit majeur/assuré sur critère de résidence) avec pour conséquence des problèmes de maintien ou de changement de la couverture en cours.

• **Situations particulières :**

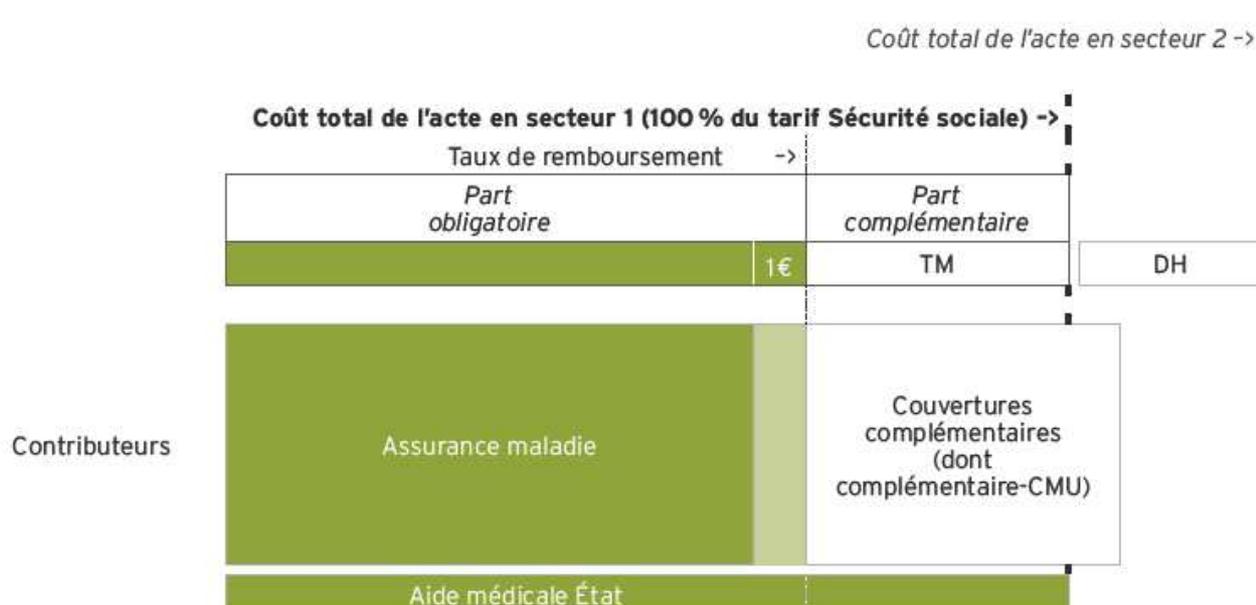
les étrangers récemment arrivés en France (moins de 3 mois de présence) sont soumis à des dispositions spécifiques selon leur statut, la possession d'un visa, ou les motifs de leur séjour;

les étrangers venant en France spécifiquement pour y recevoir des soins sont soumis à des règles particulières et ne peuvent généralement pas prétendre à une prise en charge financière par les systèmes de protection maladie de droit français (*voir Venir se soigner en France, p. 187*);

l'ensemble des règles de droits évoquées dans ce guide s'applique dans les départements d'outre-mer (DOM), sauf à Mayotte. En revanche, ces règles ne s'appliquent pas dans les collectivités territoriales d'outre mer (COM).



Architecture de la prise en charge des dépenses de santé

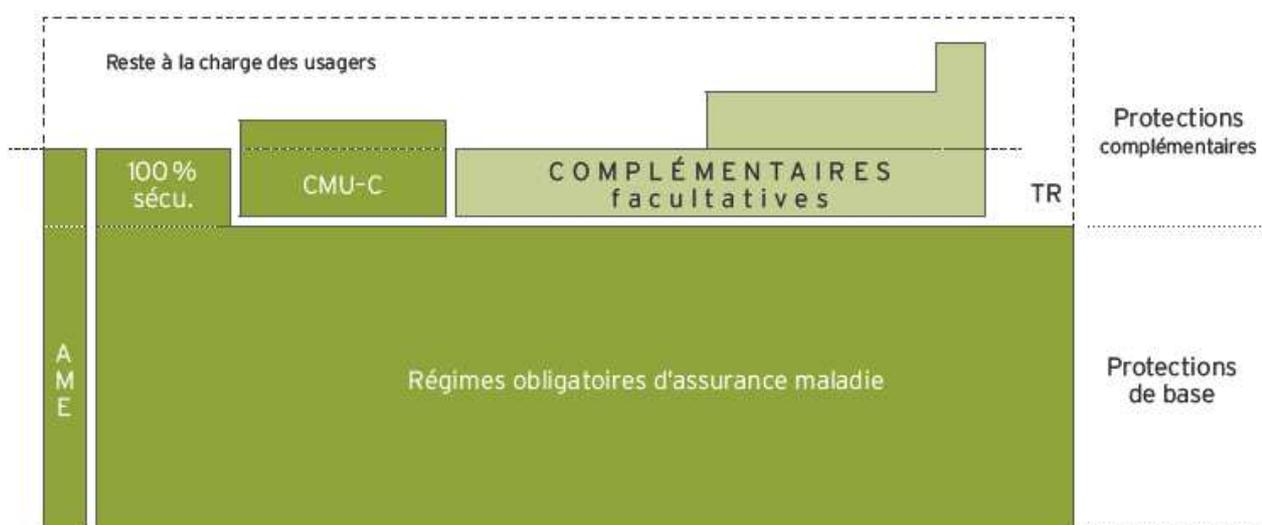


1€ Contribution forfaitaire de 1 euro à la charge de l'assuré social (sauf bénéficiaire de la CMU-C)

TM Ticket modérateur à la charge de l'assuré ou de sa couverture complémentaire

DH Dépassement d'honoraires à la charge de l'assuré ou de certaines couvertures complémentaires

Répartition et dénomination du coût d'un acte selon les contributeurs



Protections maladie de service public (de base et complémentaire-CMU)

Protections maladie complémentaires facultatives

AME: Aide médicale État

TR: Tarif Sécurité sociale (dit « de responsabilité »)

CMU-C: Couverture maladie universelle complémentaire



Lexique et définitions de la protection maladie

	DÉFINITIONS
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 une attestation où figure la date de début et de fin des droits.
Aide médicale État (AME)	Protection maladie pour des étrangers démunis, exclus de l'assurance maladie faute de document 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.
Assuré	Dans ce guide : les assurés sont les personnes bénéficiaires de l'assurance maladie (Sécurité sociale) par opposition aux bénéficiaires de l'AME (non-assurés sociaux).
Base	Synonymes 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 euro	Somme forfaitaire pour chaque acte médical, restant à charge de l'assuré et prise en charge ni par l'assurance maladie ni par les protections complémentaires. Les bénéficiaires de la complémentaire-CMU et de l'AME en sont dispensés.
Couverture maladie universelle (CMU)	<i>Voir définitions, p. 195</i>
Dispense d'avance des frais	<i>Voir Tiers payant infra</i>
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 les 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 sans assurance maladie ni AME à la date des soins.
Tarif Sécurité sociale	Appelé tarif opposable, il s'agit du prix fixé pour un acte de soins 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	Appelé aussi « dispense d'avance des frais », c'est un 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).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Assurance maladie,
<http://www.ameli.fr>

Drees, *Les Comptes nationaux de la santé en 2010, Études et résultats*, n° 773, septembre 2011

Ministère de la Santé,
www.sante.gouv.fr,
Rubrique Organisation du système de soins

Palier B., *La réforme des systèmes de santé*, coll. « Que sais je ? » PUF, 4^e édition, 2009

Sécurité sociale,
www.securite sociale.fr