

27/04/2011 - Mis à jour : 15/05/2013 - Missions - Maladie

La branche maladie

Les missions

La branche maladie de la Sécurité sociale assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés malades et garantit l'accès aux soins. Elle mène également différents programmes de prévention, et grâce à son action sociale, favorise l'accès à la santé des plus démunis et contribue au fonctionnement d'établissements médico-sociaux.

Dans la plupart des régimes, la branche maladie gère aussi, lorsqu'ils existent, les risques :

- Maternité : prise en charge des examens pré et postnataux et octroi d'indemnités journalières pendant le congé de maternité
- Invalidité : octroi d'une pension lorsque l'assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains dans des proportions déterminées.
- Décès : paiement d'un capital égal à un multiple de gain journalier de base en cas de décès de l'assuré.

La gestion du risque est également au cœur de la mission de la branche maladie. Elle consiste dans la maîtrise de l'évolution des dépenses tout en améliorant l'état de santé de la population. La maîtrise médicalisée qui permet des gains de productivité dans le système de soins fait partie des outils utilisés.

L'organisation de la branche

La branche maladie est gérée principalement par les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général (CNAMTS), le régime agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI), tous trois regroupés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Le rôle de l'Uncam est de :

- Conduire la politique conventionnelle qui détermine les liens entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux
- Définir le champ des prestations admises au remboursement
- Fixer le taux de prise en charge des soins.

Les prestations versées :

Les prestations en nature :

Elles correspondent au remboursement des frais de santé suivants :

- Les frais de médecine générale et spécialisée,
- 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 traitement 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 effectué 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.

Pour une prise en charge par l'assurance maladie, les soins et produits doivent remplir deux conditions :

- Être dispensés par un établissement public ou privé autorisé ou un praticien ou personnel paramédical dûment habilité à exercer,
- 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 ou d'autorité. Tout dépassement par rapport à ces tarifs est à la charge de l'assuré ou d'une protection complémentaire.

Une participation (ticket modérateur) est laissée à la charge de l'assuré. Elle peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. Toutefois, cette participation est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux notamment en cas d'hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulière coûteuse.

En principe, l'assuré est tenu de faire l'avance des frais, la Sécurité sociale remboursant ensuite à l'assuré. Toutefois, il existe de nombreuses conventions de " tiers-payant " prévoyant le paiement direct pour la caisse au prestataire de service.

Les prestations en espèces :

Elles compensent la perte d'un revenu pour les personnes devant cesser leur activité professionnelle pour raison de santé. Ces revenus de remplacement correspondent :

- aux indemnités journalières en cas d'arrêt maladie ou durant les congés maternité et paternité à un capital en cas de décès
- à une pension d'invalidité, lorsque l'assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains dans des proportions déterminées.

Les bénéficiaires

L'assurance maladie reste marquée par son histoire et le régime dont dépend un assuré dépend 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 couverture maladie universelle (voir IV).

L'assuré ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à :

- Son conjoint, concubin ou pacsé lorsqu'il ne bénéficie pas d'un régime de protection sociale.
- Les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin, pacsé jusqu'à 20 ans maximum.
- Toute personne à la charge effective et permanente de l'assuré ne bénéficiant pas d'un régime de protection sociale.

La couverture maladie universelle

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle met en place à compter du 01 janvier 2000 deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

- Un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM ;
- Un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais

(" tiers-payant ").

Le premier volet , pour la Couverture de base, améliore l'accès aux soins de personnes en situation de grande exclusion, mais aussi de nombreuses personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance-maladie. Il simplifie également nombre de situations, en posant le principe de la continuité des droits : une caisse ne pourra cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national. La loi sur la CMU prévoit pour les personnes affiliées à l'assurance personnelle qui est supprimée une affiliation au régime général sur critère de résidence. Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un seuil, paieront une cotisation, calculée sur les revenus excédant ce seuil.

Le second volet, la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Cette réforme touche les 10 % les plus défavorisés de la population, répondant à des critères de ressources et de résidence.

Pour en savoir plus :

Assurés du régime général et d'Alsace Moselle : Voir le site de l'Assurance maladie

Assurés du régime agricole : Voir le site de la MSA

Assurés du régime des indépendants : Voir sur le site du RSI