

SÉCURITÉ SOCIALE : GARANTIR LA SANTÉ DES INDIVIDUS

L'Assurance maladie, la MSA et le RSI prennent en charge 76 % des dépenses de santé, soit chaque année 2 160 euros par habitant (chiffres 2013).



L'Assurance maladie, la MSA et le RSI prennent en charge la majorité des dépenses de santé afin de favoriser la santé de tous. La Sécurité sociale rembourse à tous les assurés et à leurs ayants droits les frais médicaux engagés à l'occasion d'une maladie ou d'une maternité. Elle garantit l'accès aux soins des plus démunis, par la couverture maladie universelle.

La Sécurité sociale verse un revenu de remplacement aux personnes cessant leur activité professionnelle pour des raisons de santé :

- les indemnités journalières, en cas d'arrêt pour cause de maladie ou d'accident ;
- les indemnités journalières, durant les congés maternité et paternité ;
- une pension d'invalidité, à l'issue d'une maladie ou d'un accident de la vie qui entraîne une réduction de la capacité de travail ;
- un capital, en cas de décès.

LA SÉCURITÉ SOCIALE, PRINCIPAL FINANCEUR DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DES SOINS DE VILLE

Les établissements de santé, acteurs essentiels de notre système de soins

Les soins sont assurés par environ 2 700 établissements de santé, publics ou privés, et par des services d'hospitalisation à domicile. Travaillant en coopération, ils assurent une triple mission de soins, de recherche et de formation des professionnels de santé. Ils assurent plusieurs types d'activité :

- les soins de court séjour, tels que la chirurgie ou la médecine ;
- les soins de suite nécessitant une hospitalisation plus longue ;
- les soins psychiatriques ;
- les services d'urgences hospitalières avec près de 18 millions de visites chaque année.

Afin de permettre à tous les Français d'être soignés dans les mêmes conditions, l'Assurance maladie finance en moyenne 80 % des frais d'hospitalisation, soit 142,1 millions de journées d'hospitalisation en 2013.

Les soins de ville, garants d'une prise en charge de proximité

La médecine de ville consiste en la prise en charge des patients en dehors de l'hospitalisation. Elle est exercée, dans un cabinet ou à domicile, par un médecin, un chirurgien-dentiste, avec le concours d'auxiliaires médicaux : infirmière ou autre professionnel paramédical.

Tous les résidents réguliers en France sont obligatoirement affiliés à l'Assurance maladie. Ils peuvent consulter le médecin de leur choix. Mais s'ils souhaitent être remboursés dans les conditions les plus favorables, ils doivent désigner un médecin traitant qui les oriente, si nécessaire, vers un spécialiste.

Les relations avec les professionnels de santé sont assurées par des conventions passées avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette convention médicale fixe le montant des honoraires remboursés. En échange, les caisses d'assurance maladie garantissent le remboursement, en partie ou en totalité, des assurés.

CHIFFRES CLÉS RÉGIME GÉNÉRAL :
59 millions

de personnes couvertes
MSA : 3 millions

de personnes protégées en maladie
RSI : 4 millions

COMBIEN ÇA COÛTE ?

Coût des soins annuels d'une personne sous dialyse :
63 000 €

Prise en charge annuelle des soins et des médicaments pour une maladie des yeux liée au vieillissement :
10 800 €

Prix moyen d'une hospitalisation pour une opération de chirurgie orthopédique :
3 900 €

Montant des prestations et indemnités pour une maternité :
6 500 €

475 765 384 consultations de médecine de ville prises en charge par l'assurance maladie.
Chiffres CNAMTS 2012.

POUR EN SAVOIR +
> ameli.fr
> msa.fr
> rsi.fr



↑ La carte Vitale est une carte électronique individuelle, mise en place depuis 1997 © CONTEXTES

