

Les dépenses de santé sont financées par trois acteurs principaux : la Sécurité sociale, les assurances santé privées et les patients. En France, les assurances santé privées sont dites « complémentaires », car elles interviennent sur le même panier de soins que celui pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), en en complétant le financement. Elles peuvent rembourser d'une part les tickets modérateurs et les forfaits journaliers hospitaliers, d'autre part les dépassements, résultant de la liberté tarifaire. Les complémentaires santé peuvent aussi prendre en charge des soins non remboursables par l'AMO.

En France, l'assurance maladie obligatoire (AMO) est la branche de la Sécurité sociale qui protège les individus contre les risques liés à la santé. Elle intervient principalement en prenant en charge les dépenses de santé sur un panier de soins relativement étendu. Toutefois, la prise en charge de la plupart des soins remboursables par l'AMO est partielle. La part restante de dépenses incombe au patient (directement, ou indirectement via la couverture par une complémentaire santé à laquelle il choisit de souscrire).

Les dépenses de santé prises en charge par l'assurance complémentaire

La partie des dépenses non prise en charge par l'AMO est de deux types. D'une part, le reste à charge dit « opposable » correspond à l'écart entre le tarif de convention (appelé également « base de remboursement de la Sécurité sociale », ou « BRSS »), et le montant qui est effectivement pris en charge par l'AMO (schéma 1). Il est principalement constitué d'un « ticket modérateur » auquel s'ajoutent les participations forfaitaires et les franchises (voir ci-après). D'autre part, la dépense relative à un soin peut dépasser la base de remboursement de l'AMO, au titre de la liberté tarifaire : ce sont les dépassements, opérés par certains professionnels de santé. Ils concernent aussi bien les actes ou dispositifs médicaux (comme les lunettes) que les

consultations de médecins – on parle alors de dépassements d'honoraires. Le total du reste à charge opposable et des dépassements constitue le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Celui-ci forme, avec les soins non remboursables par l'AMO (comme les consultations d'ostéopathe ou de psychologue, voir fiche 26), le champ d'intervention de la complémentaire santé (hors participations forfaitaires et franchises). Selon le niveau de prise en charge du contrat de complémentaire santé, le montant qui subsiste pour le patient s'appelle reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) [voir fiche 14].

Le reste à charge opposable des patients pour leurs soins de ville

En mettant en place le ticket modérateur, la Sécurité sociale a instauré, dès sa création en 1945, une participation financière des assurés pour l'ensemble des soins, à hauteur, à l'époque, de 20 % de la BRSS. L'objectif était de faire contribuer financièrement les cotisants pour qu'ils modèrent leurs dépenses de santé (Da Silva, 2022). Depuis, cette part a augmenté pour atteindre entre 30 % et 85 % de la BRSS (sauf en cas d'exonérations), selon la catégorie du soin ou l'intérêt thérapeutique du produit de santé¹. Le ticket modérateur varie également, depuis 2009, en fonction du

1. Ces taux continuent d'évoluer. Ainsi, en octobre 2023, le ticket modérateur pour les soins dentaires est passé de 30 % à 40 % de la dépense.

respect du parcours de soins : il est, par exemple, de 30 % de la BRSS pour la consultation d'un médecin spécialiste si le patient respecte le parcours de soins coordonnés² (encadré 1) et atteint 70 % dans le cas contraire.

Au ticket modérateur s'ajoute, depuis 2005, une participation forfaitaire pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin (généraliste ou spécialiste), pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale. Initialement fixée à 1 euro, la participation forfaitaire s'élève à 2 euros depuis le 15 mai 2024³. Elle est plafonnée à 8 euros par jour pour un même professionnel de santé (4 euros avant le 15 mai 2024), et à 50 euros par an par assuré. Depuis 2008, il existe également des franchises médicales qui s'appliquent aux médicaments (0,50 euro, passées à 1 euro depuis le 31 mars 2024), aux actes paramédicaux (0,50 euro, passées à 1 euro également) et aux transports sanitaires (2 euros, passées à

4 euros). Les franchises sont plafonnées par jour (à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, passées à 4 euros ; à 4 euros par jour pour les transports sanitaires, passées à 8 euros), et par an, à 50 euros également pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

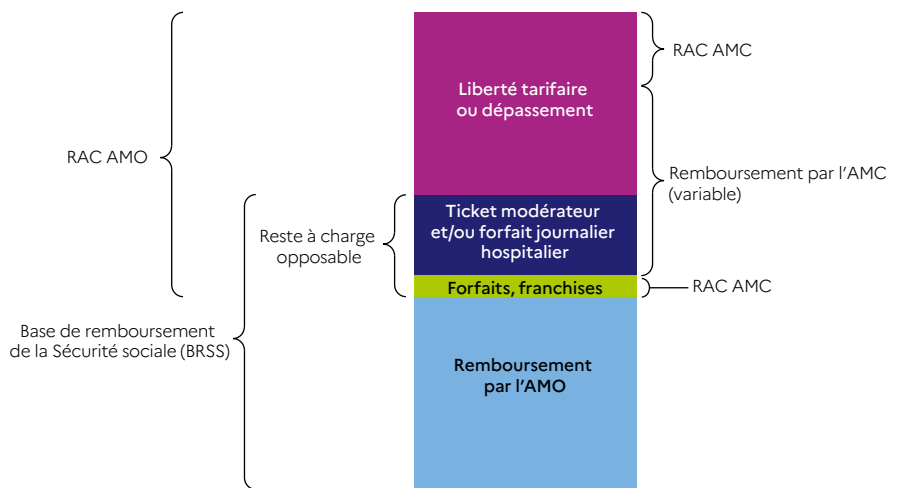
Pour les actes lourds particulièrement coûteux⁴, un ticket modérateur forfaitaire s'applique, et se substitue au ticket modérateur classique. Fixé à 18 euros lors de sa création en 2006, son montant s'établit à 24 euros depuis 2019 (voir fiche 20).

Le reste à charge opposable des patients pour leurs soins à l'hôpital

À l'hôpital, le reste à charge opposable correspond généralement au maximum entre le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier (voir fiche 21).

Le ticket modérateur est généralement fixé à 20 % de la dépense hospitalière facturée, mais

Schéma 1 Le reste à charge sur une dépense du panier de soins remboursables



AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Note > Le remboursement par l'AMC est indiqué comme « variable » car il est conditionné à la souscription d'un contrat de complémentaire santé, et les taux de remboursement dépendent du type de soins et du contrat.

2. C'est-à-dire lorsque l'assuré consulte un médecin spécialiste en étant orienté au préalable par un médecin traitant.

3. Décret n° 2024-113 de modification du Code de la Sécurité sociale.

4. Actes dont la BRSS est supérieure ou égale à 120 euros (ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60). Par exemple, la photocoagulation au laser, l'ablation d'un nodule de la thyroïde ou l'appendicectomie par cœlioscopie.

la définition de celle-ci dépend du statut de l'établissement :

- En ce qui concerne les hôpitaux privés à but lucratif, le montant est défini par un tarif de référence privé qui est égal au prix du séjour hospitalier (uniquement les trente premiers jours). La dépense est majorée des honoraires de professionnels de santé, sur lesquels s'applique aussi un ticket modérateur.

- En ce qui concerne les hôpitaux publics ou à but non lucratif, le montant est calculé à partir du tarif journalier de prestation (TJP), multiplié par la durée de séjour, avec une prise en charge à 100 % de ce montant au-delà du trentième jour consécutif d'hospitalisation. Ce tarif est représentatif du coût réel du séjour et repose sur une estimation des charges d'exploitation et de l'activité de l'établissement, en fonction

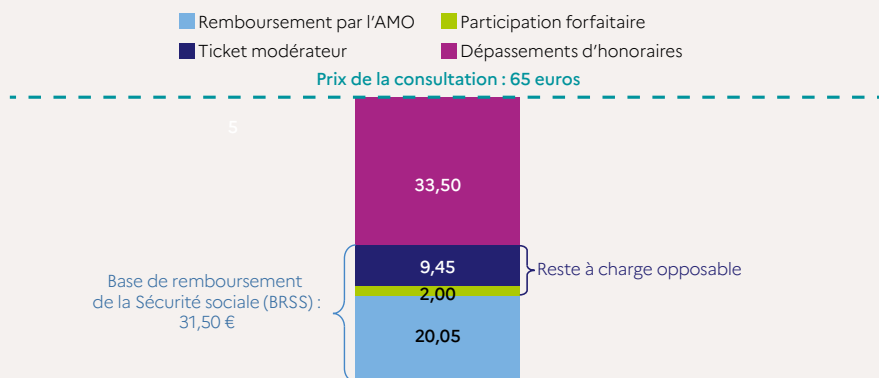
Encadré 1 Exemple de prise en charge d'une consultation de médecin spécialiste de secteur 2, au 15 mai 2024

À titre d'exemple, pour une consultation de médecin spécialiste de secteur 2 adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), pour un montant de 65 euros, la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) est de 31,50 euros¹. Si le patient a préalablement été orienté par son médecin traitant, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) est de 70 % de la BRSS, soit 22,05 euros (voir schéma ci-dessous ; et fiche 20)². Mais du fait de la participation forfaitaire, cette prise en charge est minorée de 2 euros. Le reste à charge opposable du patient (après remboursement par l'AMO) s'élève donc à 11,45 euros (31,50 euros, desquels sont retranchés 22,05 euros de remboursement par l'AMO).

En secteur 2, la liberté tarifaire s'applique. Le médecin spécialiste a la possibilité de facturer des dépassements d'honoraires, qui s'élèvent, dans cet exemple, à 33,50 euros (différence entre les 65 euros facturés par le médecin et les 31,50 euros de la BRSS).

Le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) du patient est donc de 44,95 euros (11,45 euros après remboursement par l'AMO, auxquels s'ajoutent les 33,50 euros liés au secteur 2). Si le patient a souscrit un contrat de complémentaire santé responsable (ce qui est le cas pour 98 % des personnes couvertes³), il bénéficie d'une prise en charge complète du ticket modérateur (9,45 euros). La complémentaire santé peut, selon le contrat souscrit, prendre en charge tout ou partie des dépassements d'honoraires. La participation forfaitaire reste à la charge du patient (2 euros).

Décomposition de la prise en charge pour une consultation à 65 euros d'un médecin spécialiste en secteur 2, au 15 mai 2024



1. Auparavant de 30 euros, la BRSS a été revalorisée à 31,50 euros au 1^{er} novembre 2023.

2. Pour un spécialiste non adhérent à l'Optam, la BRSS est de 23 euros ; si la consultation est hors parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement par l'AMO est abaissé à 30 %.

3. D'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC). Cela représente par ailleurs 96 % en termes de cotisations collectées (voir annexe 1 bis) d'après l'Urssaf Caisse nationale.

des soins effectués. Il est calculé par intervention et par établissement par les agences régionales de santé.

En cas d'actes lourds réalisés au cours du séjour hospitalier, comme en soins de ville, le ticket modérateur devient forfaitaire et est fixé à 24 euros (participation forfaitaire). Dans ce cas, le reste à charge opposable du séjour hospitalier correspond alors à la somme du ticket modérateur forfaitaire et du forfait journalier hospitalier.

Le forfait journalier hospitalier, qui s'applique au titre du financement des frais d'hébergement, est quant à lui de 20 euros par jour dans le cas général, et de 15 euros en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie. Il est facturé pour chaque jour d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, sauf en cas de décès ou de transfert. Au-delà du trentième jour consécutif d'hospitalisation, seul le forfait journalier hospitalier est facturé (ainsi que les éventuels frais pour confort personnel).

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit s'acquitter d'un forfait patient urgences d'un montant de 19,61 euros, sauf minorations ou exonérations pour certains patients (voir ci-après).

De possibles exonérations de frais

Afin de limiter le montant de RAC AMO des patients les plus malades et les plus précaires, des exonérations de frais ont été créées.

Ainsi, les assurés en affection de longue durée (ALD) sont exemptés de ticket modérateur pour les dépenses en lien avec leur affection (Adjerad, Courtejoie, 2021a). Ils se voient aussi appliquer un forfait patient urgences minoré (de 8,49 euros au lieu de 19,61 euros).

D'autres cas d'exonération sont liés à la situation des bénéficiaires : les personnes en invalidité, les pensionnés militaires d'invalidité, les victimes d'actes terroristes, les femmes au titre de l'assurance maternité, les nouveau-nés

pour les hospitalisations pendant les trente jours suivant leur naissance bénéficient ainsi d'une exonération complète. Sont exonérés des seuls tickets modérateurs, ticket modérateur forfaitaire et forfait journalier hospitalier, les victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), les donneurs d'organes et de produits issus du corps humain. C'est aussi le cas des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), qui sont également exonérés des franchises et des participations forfaitaires (voir fiche 18). La prise en charge par l'AMO est aussi majorée jusqu'à 100 % pour les assurés du régime d'Alsace-Moselle (Bithorel, Reduron, 2023).

Enfin, il existe des prises en charge intégrales par l'AMO des dépenses liées à des considérations de santé publique, comme les frais de dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C ou les frais de dépistage du Covid-19 pendant la crise sanitaire en 2020 et 2021. Certains moyens de contraception sont également intégralement pris en charge par l'AMO pour les patients de moins de 26 ans. Les dépistages organisés (cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal), les consultations de prévention destinées aux mineurs, les examens de prévention bucco-dentaire, ainsi que les interruptions volontaires de grossesse sont également concernés par des exonérations de frais.

La liberté tarifaire : les dépassements

En ce qui concerne les honoraires, des dépassements peuvent être appliqués, le plus souvent par des médecins conventionnés de secteur 2⁵. Depuis 2012, afin de limiter les montants des dépassements d'honoraires, un secteur dit « optionnel » a été créé, à mi-chemin entre le secteur 1 (tarifs de la Sécurité sociale) et le secteur 2 (honoraires libres). Le dispositif, initialement appelé contrat d'accès aux soins (CAS), est devenu option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam)⁶ en 2017. Les médecins qui y souscrivent

5. Plus rarement, il peut s'agir de dépassements de médecins conventionnés de secteur 1 dans le cadre de demande particulière du patient, par exemple pour une consultation demandée en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet.

6. Et l'Optam-Co pour les chirurgiens et obstétriciens.

s'engagent à respecter un taux de dépassements d'honoraires moyen et une part d'activité sans dépassement, permettant ainsi de faire bénéficier leurs patients d'un moindre reste à charge et d'un meilleur remboursement de leurs soins. En contrepartie, ils bénéficient d'avantages financiers, notamment la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie (voir fiche 20).

Ces dépassements s'appliquent sur les honoraires de consultations et sur les actes techniques réalisés par les médecins⁷. La liberté tarifaire ne s'applique pas aux consultations et soins conservateurs réalisés par les chirurgiens-dentistes ou par les stomatologues⁸, sauf exceptions (voir fiche 23). La liberté tarifaire s'applique aussi particulièrement aux dispositifs médicaux. Les prix des prothèses dentaires, des prothèses auditives et des équipements optiques sont notamment souvent très supérieurs aux tarifs conventionnels. Le dispositif 100 % santé (voir fiches 22, 23, 24 et 29) donne accès, pour chacun de ces dispositifs, à une offre sans reste à charge pour les personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé responsable et a conduit à plafonner les prix de certains équipements en optique, en dentaire et en audiologie, pour l'ensemble des assurés.

À l'hôpital, le patient peut devoir s'acquitter également de frais liés aux suppléments pour confort personnel (par exemple, les frais de

chambre particulière). Ces frais supplémentaires ne sont pas pris en charge par l'AMO.

La liberté tarifaire ne peut pas s'appliquer aux patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) [voir fiche 18].

La réglementation des contrats responsables

Il existe une hétérogénéité de prise en charge des dépenses de santé par les contrats de complémentaire. Mais les niveaux de garantie sont régulés via la réglementation des contrats dits « responsables », fiscalement incitative pour les organismes complémentaires (voir annexe 1 bis). Un contrat responsable doit ainsi prendre en charge l'ensemble des tickets modérateurs⁹ relatifs aux soins de ville et aux hospitalisations, ainsi que les forfaits journaliers hospitaliers sans limitation de durée et l'intégralité du reste à charge après remboursement par l'AMO pour les biens du panier 100 % santé. Les participations forfaitaires et les franchises médicales des soins de ville doivent être exclues de la prise en charge des contrats responsables et restent donc à la charge des patients. Enfin, des plafonds de prise en charge s'appliquent pour certains dépassements d'honoraires ou dépassements en optique, en audiologie, et pour les consultations de spécialistes non adhérents à l'Optam (voir fiches 20, 22 et 24). En 2021, 98 % des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé privé sont couverts par un contrat responsable¹⁰. ■

7. Les autres professionnels de santé (y compris paramédicaux) sont par ailleurs autorisés à facturer des dépassements d'honoraires « pour exigence particulière du malade non liée à un motif médical » en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile par exemple (article 39 de l'arrêté du 30 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016).

8. Les soins conservateurs incluent les soins de détartrage, de traitement d'une carie, de dévitalisation ou ceux d'extraction.

9. Les tickets modérateurs incluent les tickets modérateurs forfaitaires pour les actes lourds. Les frais de cure thermale et les médicaments pris en charge à 15 % ou 30 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ne sont pas concernés par cette obligation (voir fiche 25).

10. D'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC). Cela représente par ailleurs 96 % en termes de cotisations collectées (voir annexe 1 bis) d'après l'Urssaf Caisse nationale.

Pour en savoir plus

- > Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > Sur les contrats responsables, voir article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
- > Sur l'augmentation des participations forfaitaires et des franchises, voir décret n° 2024-113 du 16 février 2024 relatif à la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du paragraphe II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale (Légifrance, [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)) et décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des paragraphes II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale (Légifrance, [legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr)).
- > Site de l'Assurance maladie.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021a, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021b, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.
- > **Bithorel, P.-L., Reduron, V.** (2023, mai). Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? DREES, *Études et Résultats*, 1265.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Da Silva, N.** (2022, octobre). *La bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé*. Paris, France : La Fabrique.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards, protection sociale*, 49(1), p. 69-79.
- > **Safon, M.-O.** (2022, juillet). Le ticket modérateur en France – Aspects historiques et réglementaires. *Irdes, Synthèses & Bibliographies*.