

En France, l'assurance santé privée est dite complémentaire, car elle intervient sur le même panier de soins, prodigués par les mêmes professionnels de santé, que l'assurance maladie obligatoire, en finançant une partie des sommes restant à charge des patients après intervention de l'assurance maladie obligatoire. La complémentaire santé intervient d'une part sur les participations financières instaurées par la Sécurité sociale, et d'autre part sur la liberté tarifaire résultant des dépassements d'honoraires et des tarifs libres sur certains produits ou actes, notamment en optique, pour les audioprothèses et les soins prothétiques dentaires. En complément, elle peut aussi prendre en charge des soins non remboursés par la Sécurité sociale (ostéopathie par exemple).

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

Pour la plupart des soins remboursés par l'assurance maladie, des participations financières des patients sont prévues : ticket modérateur, forfaits et franchises. Ces copaiements composent le reste à charge dit opposable. Il s'agit de la différence entre le tarif de convention (ou base de remboursement de la Sécurité sociale) et le remboursement de la Sécurité sociale. Par ailleurs, la dépense de santé peut comporter un reste à charge lié à la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires ou tarifs libres sur certains actes ou produits), qui peut être partiellement ou totalement couvert par la complémentaire santé. Ces restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) composent le champ d'intervention de la complémentaire santé. Selon son niveau de prise en charge, il peut subsister pour le patient un reste à charge après assurance maladie complémentaire (RAC AMC) [schéma 1].

Les participations financières en ville

Avec le ticket modérateur, la Sécurité sociale a instauré dès sa création, en 1945, une participation financière des assurés pour l'ensemble des soins, à l'époque à un taux unique de 20 %. Aujourd'hui, le niveau du ticket modérateur varie (de 30 % à 85 %) selon les catégories de soins et l'intérêt thérapeutique des produits. Depuis 2009, son niveau dépend

également du respect du parcours de soins. Par exemple, sur une consultation d'un médecin spécialiste de secteur 1, le ticket modérateur est de 30 % du tarif de convention fixé à 25 euros si le patient a consulté dans le cadre du parcours de soins, et de 70 % si cette consultation est hors parcours de soins coordonnés¹. Certains assurés bénéficient de taux réduits : c'est le cas notamment des assurés du régime d'Alsace-Moselle, ainsi que des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse ou de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

Au ticket modérateur s'ajoute, depuis 2005, une participation forfaitaire (PF) de 1 euro pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin (généraliste ou spécialiste), pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale. Elle est plafonnée à 4 euros par jour pour un même professionnel de santé et à 50 euros par an par assuré. Il existe également depuis 2008 des franchises médicales de 0,50 euro par boîte de médicaments, 0,50 euro par acte paramédical, 2 euros par transport sanitaire. Elles sont plafonnées à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, 4 euros par jour pour les transports sanitaires, et 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

Par exemple, pour une consultation dans le cadre du parcours de soins coordonnés facturée 45 euros par un spécialiste adhérent à l'option de pratique

1. Le TM est de 70 % pour les assurés qui consultent hors parcours de soins, c'est-à-dire lorsque l'assuré n'a pas désigné son médecin traitant ou consulte un autre praticien sans orientation préalable de son médecin traitant ; mais le montant de la majoration est plafonné à 10 euros (en application de l'article R. 160-6 du Code de la sécurité sociale).

tarifaire maîtrisée (Optam) [honoraires avec dépassements maîtrisés], la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) est de 30 euros et le taux de remboursement de la Sécurité sociale de 70 % (schéma 2)² [voir fiche 19]. Le remboursement de la Sécurité sociale (RSS) est de 20 euros, soit 70 %*30 euros -1 euro de participation forfaitaire (PF). Le ticket modérateur (TM) à 30 % correspond à 9 euros, et est obligatoirement pris en charge si le patient est couvert par un contrat responsable (voir annexe I). La complémentaire santé peut, selon le contrat souscrit, prendre en charge tout ou partie des dépassements d'honoraires (D) qui représentent 15 euros.

Une participation sur les actes coûteux, de 24 euros en 2019 (auparavant de 18 euros en 2018) [PF 24] s'applique en ville et dans les établissements de santé aux actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 euros (ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60). Elle se substitue alors au ticket modérateur.

Les participations financières à l'hôpital

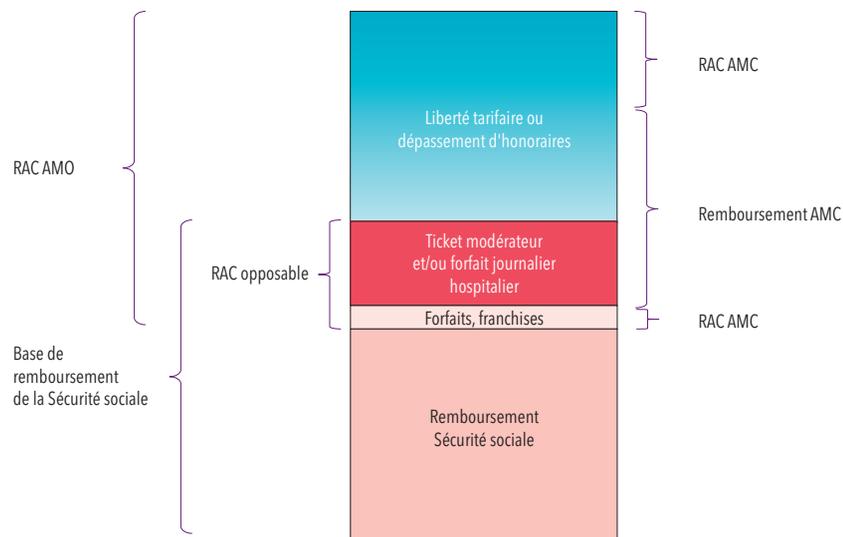
Dans les établissements de santé, le reste à charge d'un assuré de droit commun est égal au montant

le plus élevé entre le forfait journalier et le ticket modérateur.

Dans les établissements de santé, le TM est fixé à 20 %, mais son assiette diffère selon le statut de l'établissement. Pour les établissements à but lucratif, l'assiette repose sur le groupe homogène de séjour « privé » (GHS), c'est-à-dire hors honoraires de professionnels de santé, les patients payant en plus un TM sur les actes des professionnels libéraux. Pour les établissements publics et à but non lucratif (ex-dotation globale), l'assiette repose sur le tarif journalier de prestation (TJP) propre à chaque établissement multiplié par la durée de séjour (cette durée ne pouvant dépasser 30 jours). Comme en ville, la participation forfaitaire (de 24 euros en 2019) pour les actes coûteux se substitue au TM.

Par ailleurs, les patients participent au financement des frais d'hébergement en établissements de santé par le forfait journalier hospitalier (FJH) fixé, depuis le 1^{er} janvier 2018, à 20 euros par jour en hôpital ou en clinique et à 15 euros par jour pour les séjours en psychiatrie. Il est facturé pour chaque jour d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, sauf en cas de décès ou transfert.

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



Note > RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire.

2. La base de remboursement est de 25 euros, si le spécialiste n'était pas adhérent Optam, et le taux de remboursement de la Sécurité sociale de 30 % si la consultation est hors parcours de soins coordonné.

Exceptionnellement, le forfait journalier peut se cumuler avec le TM³.

Les exonérations aux participations financières

Ces différentes participations financières font l'objet de nombreuses exonérations. Les principales sont liées au coût des prestations : ainsi, sont exonérés du TM et de la PF 24 les assurés en affection de longue durée (ALD) pour les actes en lien avec celle-ci, les hospitalisations longues à compter du 31^e jour d'hospitalisation, les médicaments coûteux⁴.

D'autres cas d'exonérations 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 30 jours suivant leur naissance bénéficient d'une exonération complète. Sont exonérés des seuls TM, PF 24 et FJH, les victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP), les

interruptions volontaires de grossesse, les donneurs d'organes et de produits issus du corps humain.

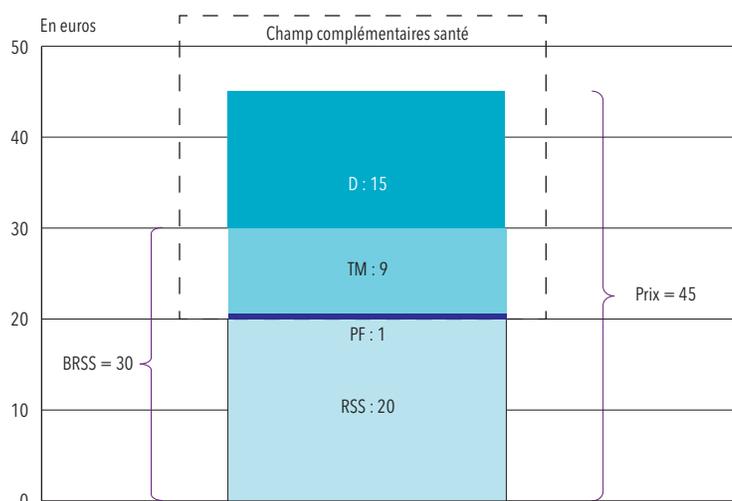
Il existe des exonérations liées à des considérations de santé publique, qui concernent par exemple les frais de dépistage des infections par le VIH et le virus de l'hépatite C, les programmes de dépistage organisé, les consultations de prévention destinées aux mineurs, les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire.

Enfin, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont exonérés des franchises et PF 1 euro.

La liberté tarifaire

Les complémentaires santé interviennent également dans la prise en charge des dépassements d'honoraires, lesquels ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie. Il peut s'agir des dépassements exceptionnels des médecins conventionnés de secteur 1 (en cas de demande particulière du patient,

Schéma 2 Prise en charge pour une consultation de spécialiste en secteur 2 adhérent à l'Optam dans le cadre du parcours de soins



Note > BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale ; D : dépassement d'honoraires ; PF : participation forfaitaire ; TM : ticket modérateur ; RSS : remboursement de la Sécurité sociale.

3. Si, exceptionnellement, le FJ est supérieur au TM et que le patient ne doit que le TM forfaitaire (PF 24), alors le forfait journalier est facturable en sus du TM forfaitaire.

4. Les médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus dans les établissements et les médicaments rétrocédables sont en général intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

par exemple de visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet). Il peut s'agir plus généralement des honoraires libres pratiqués par les médecins conventionnés de secteur 2. Ces dépassements sont encadrés pour les médecins adhérent à l'Optam, qui s'engagent à modérer et stabiliser leurs honoraires, et pour lesquels l'assurance maladie rembourse sur une base plus élevée (celle du secteur 1) que pour les non-adhérents à l'Optam, ce qui diminue d'autant le dépassement d'honoraires (voir fiche 19).

Les consultations et soins chez les chirurgiens-dentistes et médecins stomatologues (soins conservateurs de type détartrage, traitement de carie, dévitalisation et soins chirurgicaux, de type extraction par exemple) sont tenus d'être facturés au tarif fixé par l'assurance maladie, sauf dans certaines situations (exigence particulière du patient, chirurgien-dentiste disposant d'un droit permanent à dépassement ou médecin stomatologiste exerçant en secteur 2, dit à honoraires libres) [voir fiche 22].

En revanche, contrairement aux consultations et aux soins dentaires conservateurs, les soins dentaires prothétiques ont des tarifs de responsabilité (ou tarifs conventionnels) souvent très inférieurs à leur tarif réel. Les complémentaires santé peuvent donc jouer un rôle important dans la prise en charge des restes à charge sur les dépenses de soins prothétiques.

Cette liberté tarifaire s'applique également à d'autres actes sur la liste des produits et prestations, et, en particulier, les équipements d'optique et les audioprothèses.

La liberté tarifaire est encadrée pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS qui bénéficient de tarifs plafonds opposables aux professionnels de santé (voir fiches 16 et 17). Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme « 100 % santé », elle le sera également pour l'ensemble des assurés pour une partie des lunettes, des audioprothèses et des prothèses dentaires. Les tarifs des équipements du panier « 100 % santé » seront plafonnés, avec une montée en charge

progressive jusqu'en 2021, à compter de 2019 en audiologie et en dentaire, et à compter du 1^{er} janvier 2020 en optique.

L'encadrement des remboursements des complémentaires

Le champ d'intervention de l'assurance complémentaire porte principalement sur le ticket modérateur, les forfaits journaliers à l'hôpital, les dépassements d'honoraires et sur le panier de soins remboursables par la Sécurité sociale. Les complémentaires santé peuvent en outre prendre en charge des soins non remboursés par la Sécurité sociale, comme par exemple des consultations d'ostéopathie ou de psychologue. Les contrats de complémentaire santé se distinguent selon les soins considérés, et leur prise en charge est régulée via le cahier des charges des contrats dits responsables, qui bénéficient d'aides fiscales (voir annexe 1). Les contrats responsables ne peuvent pas prendre en charge les participations forfaitaires (de 0,50 euro à 4 euros) ni les franchises médicales. Le dernier cahier des charges, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015 pour les contrats individuels et qui s'applique à l'ensemble des contrats collectifs à compter du 1^{er} janvier 2018, prévoit par ailleurs que les contrats responsables des complémentaires santé remboursent au minimum l'ensemble du ticket modérateur (à l'exception des frais de cure thermale, de l'homéopathie, et des médicaments pris en charge à 15 % ou 30 % par l'assurance maladie) y compris sur les frais d'hospitalisation, la participation forfaitaire sur les actes lourds, et l'intégralité du FJH facturé par les établissements de santé. Les contrats offrant des garanties supérieures au ticket modérateur doivent également plafonner leurs garanties pour les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Optam⁵ qui doivent être inférieures au remboursement proposé par le même contrat pour les dépassements de médecins adhérents⁶. Des plafonds de prise en charge sont également prévus en optique (voir fiche 21).

5. Auparavant aux non-adhérents aux contrats d'accès aux soins (CAS).

6. Les garanties pour les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'Optam ne peuvent pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable. Elles doivent être inférieures à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements de médecins adhérents, en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge.

Les obligations des contrats responsables seront révisées dans le cadre de la réforme « 100 % santé », et les contrats d'assurances complémentaires devront proposer une prise en charge du panier

« 100 % santé » en optique, dentaire et audiology, et limiter le remboursement des soins en dehors du panier (montures et prothèses auditives hors panier « 100 % santé » notamment). ■

Pour en savoir plus

- > Site de l'assurance maladie, rubrique assuré, sous-rubrique remboursements.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards, protection sociale*, 49(1), 69-79.
- > Sur les contrats responsables, voir article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 et circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.