

## Le « reste à charge » en France

---

En France, l'assurance maladie rembourse une grande partie (environ 77%<sup>1</sup>) des dépenses de soins. Les 33% restants sont à la charge de l'assuré : c'est le « reste à charge », c'est-à-dire la part des dépenses de santé non remboursées par l'assurance maladie. Les complémentaires santé (mutuelles, assurances privées ou instituts de prévoyance) peuvent rembourser tout ou partie de ce reste à charge.

Le reste à charge est constitué de plusieurs dispositifs, introduits par les différentes réformes de l'assurance maladie, afin d'assurer la pérennité financière du système de santé. Ainsi, le ticket modérateur est la part la plus importante à la charge de l'assuré. S'y ajoutent les différents forfaits créés (forfait hospitalier depuis 1983, « contribution d'un euro » sur les actes médicaux depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005) et plus récemment les franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux (en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008). Pour les personnes les plus malades, le système des Affections de Longue Durée (ALD) correspond à un régime de remboursement spécifique, qui exonère ses bénéficiaires du paiement de la plupart des restes à charge.

### Le ticket modérateur :

➤ **Principe :**

Le ticket modérateur correspond à la part qui reste à la charge de l'assuré une fois le remboursement par l'assurance maladie effectué. Il s'applique à tous les soins et frais médicaux remboursables : consultation chez un médecin, achat de médicaments remboursables prescrits, etc...

➤ **Conditions d'application :**

Le **montant du ticket modérateur** varie selon la situation de l'assuré, notamment selon la nature du risque, le type d'acte ou de traitement effectué et enfin selon le respect ou non du parcours de soins coordonné.

Par exemple, en cas de consultation du médecin traitant qui est un médecin généraliste conventionné en secteur 1, le tarif est de 22 € (tarif depuis le 1/07/2007). Sur ce montant, l'Assurance Maladie rembourse 70 % (15,40 €), moins 1 € au titre de la participation forfaitaire. Le remboursement est donc de 14,40 € et le montant du ticket modérateur demeurant à la charge du patient correspond à la différence, soit 7,60 €. En revanche, les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie.

Dans le **cas du tiers payant**, l'assuré n'aura à avancer que le montant du ticket modérateur. Les complémentaires santé peuvent proposer dans leurs contrats de rembourser tout ou partie du ticket modérateur.

---

<sup>1</sup> Source : communiqué de l'assurance maladie, 5 juillet 2007 : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Depenses\\_horizon\\_2015\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Depenses_horizon_2015_01.pdf)

➤ **Exonérations :**

Il existe certaines situations pour lesquelles l'assuré n'aura pas à payer le montant du ticket modérateur. C'est le cas par exemple des bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle Complémentaire (CMUC) car ce dispositif couvre les dépenses liées au ticket modérateur.

<b>Le forfait hospitalier :</b>
---------------------------------

➤ **Principe :**

Le forfait hospitalier, instauré en 1983, représente **la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation**. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement hospitalier public ou privé.

➤ **Conditions d'application :**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, son montant est de 16 € par jour dans un hôpital ou une clinique et de 12 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé. Non remboursé par l'assurance maladie, le forfait hospitalier peut être pris en charge par les complémentaires santé ou les mutuelles.

➤ **Exonérations :**

Certains assurés sont exemptés du paiement du forfait hospitalier. Ainsi, les bénéficiaires de la CMUC ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME)<sup>2</sup> en sont exonérés, tout comme les femmes enceintes durant les quatre derniers mois de grossesse et pour l'accouchement ou encore les patients hospitalisés à domicile.

<b>Le « forfait 18 euros » :</b>
----------------------------------

➤ **Principe :**

Mis en place le 1<sup>er</sup> septembre 2006, le « forfait 18 euros » est une part de la dépense pour les soins les plus onéreux, non remboursée par l'assurance maladie. Ce forfait ne s'applique qu'à certains actes : ceux dont le tarif est supérieur ou égal à 91 € (par exemple, l'échographie-doppler du cœur à 95,16 €, est concernée par ce forfait).

➤ **Conditions d'application :**

Il existe des **conditions particulières d'application** de ce forfait afin d'éviter que le patient ne le paie deux fois pour le même acte. Ainsi, lorsque deux actes effectués par le même praticien lors de la même consultation ont un tarif supérieur à 91 €, le forfait de 18 € ne s'applique qu'une seule fois. De même, lorsque deux actes

---

<sup>2</sup> Voir fiche n°4 sur la CMU et l'AME

rentrant dans le champ du forfait sont réalisés lors d'une seule et même hospitalisation, il ne s'applique qu'une fois.

**L'assuré devra régler directement cette participation forfaitaire** au praticien de santé ou à l'établissement dans lequel il a bénéficié des soins. Il pourra, le cas échéant, être ensuite remboursé de ce forfait par sa complémentaire santé.

➤ **Exonérations :**

Il existe des situations où l'assuré n'aura pas à payer le forfait : c'est le cas pour les bénéficiaires de la CMUC. Par ailleurs, certains types de soins ne sont pas concernés par le forfait, même si leur coût dépasse les 91 € : par exemple, les actes de radiodiagnostic, le transport médical ou encore les frais d'acquisition de prothèses oculaires ou faciales.

<b>La « contribution d'un euro » :</b>
--

➤ **Principe :**

Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005, cette **participation forfaitaire s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, y compris** les examens radiologiques ou les analyses biologiques. Elle vient s'ajouter au ticket modérateur et n'est **pas remboursée par l'assurance maladie** ni les complémentaires santé dans le cadre des contrats dits responsables.

➤ **Conditions d'application :**

Cette contribution s'applique à tous les assurés âgés de plus de 18 ans. Les actes concernés par cette participation sont : toutes les consultations délivrées par un médecin généraliste ou spécialiste, ainsi que les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale.

Il n'existe que de rares exceptions au paiement de cette contribution. Ainsi, les patients en ALD ou encore les personnes en arrêt maladie n'en sont pas exonérés.

➤ **Exonérations :**

Sont exonérés les assurés bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME, les enfants de moins de 18 ans et les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse.

Plusieurs plafonds différents s'appliquent :

• **Un plafond journalier :**

- En cas de consultation de **plusieurs médecins différents au cours de la même journée**, et si un seul acte ou consultation est effectué à chaque fois : la participation forfaitaire de 1 € est retenue pour chaque consultation ou acte, **sans aucun plafond**.
- En cas de consultation du **même médecin plusieurs fois au cours de la même journée** ou si le même médecin réalise plusieurs actes au cours d'une même séance : la participation forfaitaire de 1 € est retenue

pour chaque consultation ou acte, **avec un plafond de 4 € par jour** pour un même professionnel de santé.

*Exemple : en cas de consultation d'un médecin généraliste qui prescrit 5 examens biologiques, l'assuré aura à payer : 1 € pour la consultation du généraliste, puis lors des examens biologiques uniquement 4€ puisque le plafond de 4 € par jour par professionnel de santé s'applique, même s'il y a 5 examens biologiques.*

- **Un plafond annuel :**
  - Un plafond annuel fixé à 50€ s'applique sur la contribution de 1€ afin de ne pas trop pénaliser les personnes les plus malades.

## Les franchises médicales :

### ➤ Principe :

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le dispositif des franchises médicales est entré en vigueur. La franchise est une **somme qui est déduite des remboursements effectués par la caisse d'Assurance Maladie. Elle s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.**

### ➤ Conditions d'application :

Le montant de la franchise est de :

- 0,50 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement, flacon par exemple),
- 0,50 € par acte paramédical,
- 2 € par transport sanitaire.

Le système de la franchise médicale est doublement plafonné :

- **Un plafond annuel :** le montant des franchises est plafonné à 50 € par an (même montant que pour la contribution de 1€) pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.
- **Un plafond journalier :** un plafond journalier a été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ainsi, on ne peut pas déduire plus de 2 € par jour pour les actes paramédicaux, ni plus de 4 € par jour pour les transports sanitaires.

### ➤ Exonérations :

Comme pour la contribution de 1€, **tous les assurés âgés de plus de 18 ans sont concernés par les franchises.** Seuls les enfants de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMUC et les femmes enceintes à partir du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après l'accouchement en sont exonérés.

### ➤ Quelle efficacité du dispositif ?

Les franchises ont été instituées afin de financer les nouveaux investissements nécessaires dans trois causes sanitaires majeures : la **lutte contre**

**le cancer, la maladie d'Alzheimer et l'amélioration des soins palliatifs.** Le Gouvernement s'est ainsi engagé à présenter un rapport tous les ans au Parlement pour préciser l'affectation des montants ainsi recouverts.

L'assurance maladie a fait un premier bilan de la mise en place des franchises médicales : depuis le mois de janvier 2008, elle a constaté un **ralentissement de la croissance des remboursements de soins**, et plus particulièrement un ralentissement du poste médicaments (la croissance du nombre de boîtes remboursées a été de 1,4% en avril 2008 contre 4,4% en avril 2007)<sup>3</sup>.

## **Le régime spécifique des patients atteints d'une ALD**

Le dispositif spécifique pour les patients atteints d'une Affection de Longue Durée (ALD) a été mis en place afin de mieux connaître l'évolution de ces maladies chroniques, et surtout de donner **aux patients concernés une protection sociale maximale**.

Ainsi, un patient en ALD doit pouvoir bénéficier d'une **prise en charge complète** par l'assurance maladie (remboursement à 100%) **de toutes les dépenses de santé liées à cette ALD**. Néanmoins, un assuré en ALD supporte aussi certains restes à charge.

Selon le rapport Briet sur le bouclier sanitaire<sup>4</sup>, il existe actuellement un million d'assurés en ALD (11,8% des effectifs totaux) qui supportent un reste à charge supérieur à 600 € par an. Dans le même temps, 3,4 millions d'assurés en ALD (39,3% des effectifs totaux) supportent un RAC annuel inférieur à 100 €.

### Restes à charge dont l'assuré atteint d'une ALD est exonéré :

- Pour les dépenses de soins liées à leur ALD, les patients sont **exonérés du ticket modérateur** ;
- Pour les actes, traitements ou soins liés à leur affection, les patients en ALD sont **exonérés du paiement du « forfait 18 euros »** ;

### Restes à charge dont l'assuré atteint d'une ALD n'est pas exonéré :

- Le forfait hospitalier reste à la charge du patient atteint d'une ALD ;
- La « contribution d'un euro » sur les actes médicaux est également payée par les patients atteints d'une ALD ;
- Le système des franchises médicales s'applique également aux patients atteints d'une ALD.

Le système de la prise en charge des ALD représente un enjeu financier considérable pour l'assurance maladie. Selon la CNAMTS<sup>5</sup>, les 7,4 millions d'assurés atteints d'une ALD (14% des personnes affiliées au régime général) représentent aujourd'hui 60% du total des remboursements de l'assurance maladie et cette part atteindrait 70% en 2015.

<sup>3</sup> Source : communiqué de l'assurance maladie, 21 mai 2008 :

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/CP\\_depenses\\_de\\_sante\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_depenses_de_sante_01.pdf)

<sup>4</sup> <sup>4</sup> Rapport de la mission bouclier sanitaire, 27 septembre 2007 : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000602/0000.pdf>

<sup>5</sup> Assurance maladie, Point d'information, 5 juillet 2007 : « Les dépenses de santé à l'horizon 2015 » : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Depenses\\_horizon\\_2015\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Depenses_horizon_2015_01.pdf)

## Etat actuel de la réflexion sur le reste à charge en France :

Le 28 septembre 2007, Raoul Briet (Haute Autorité de Santé) et Bertrand Fragonard (Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie) ont rendu un rapport au ministre de la santé sur le « **bouclier sanitaire** »<sup>6</sup>.

Le « bouclier sanitaire », ou « bouclier santé » est un dispositif qui aurait pour objectif d'instituer un **plafond des restes à charge supportés par les patients sur la dépense remboursable** (hors dépassement d'honoraires). Ainsi, en dessous d'un certain seuil, les tickets modérateurs et dépenses forfaitaires resteraient à la charge de l'assuré, mais au-delà de ce seuil, qui reste à déterminer, l'assurance maladie lui garantirait une couverture intégrale.

Le rapport présente quelques **objectifs de la réforme** si elle était mise en œuvre, notamment :

- Une **meilleure protection pour certains ménages aux revenus modestes** (ceux qui n'ont pas de complémentaire santé et qui ne bénéficient pas de la CMUC) ;
- Un **ciblage de la prise en charge à 100 %** sur les seuls assurés qui supportent des restes à charge élevés, au lieu d'une prise en charge à 100% pour tous les malades atteints d'une ALD ;
- Un **meilleur pilotage des dépenses de santé**, grâce à la modulation possible du plafond ;
- Une **amélioration du suivi des maladies chroniques**, sur la base d'un contrat de soins entre le patient et le médecin traitant.

Le projet d'instauration d'un bouclier sanitaire n'est pour l'instant pas inscrit dans le programme des réformes du système de santé en 2008.

### Liens utiles :

Lien vers le rapport BRIET/FRAGONARD sur le bouclier sanitaire

Lien vers l'avis de la HAS sur les ALD : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis\\_college\\_ald\\_liste\\_criteres.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/avis_college_ald_liste_criteres.pdf)

Lien vers le portail de l'Assurance Maladie, Rubrique « Ce qui est à votre charge » : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/index.php>

---

<sup>6</sup> Rapport de la mission bouclier sanitaire, 27 septembre 2007 : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000602/0000.pdf>