

Depuis la réforme de contrats responsables en 2015, les forfaits journaliers hospitaliers sont pris en charge par les complémentaires santé de façon illimitée, aussi bien en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), qu'en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie. La majorité des complémentaires santé offrent des garanties supplémentaires pour des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale : pour huit bénéficiaires sur dix, la durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée et les dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués par des praticiens hospitaliers sont couverts, partiellement ou totalement.

Les contrats responsables couvrent le forfait journalier quelle que soit la durée de l'hospitalisation

Les soins hospitaliers représentent 92,8 milliards d'euros de dépenses en 2017, dont 71,5 milliards d'euros dans le secteur public et 21,4 milliards d'euros dans le secteur privé (Gonzalez *et al.*, 2018). Il est d'usage de distinguer quatre types d'hospitalisations selon le motif d'hospitalisation et la nature des soins prodigués : les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie, en soins de suites et de réadaptation (SSR) et les hospitalisations à domicile (HAD). Certains séjours ne donnent pas lieu à des nuitées : on parle alors d'hospitalisations de jour, encore dénommées partielles ou ambulatoires, par opposition aux hospitalisations complètes.

En cas de séjour complet comportant une ou plusieurs nuitées dans l'établissement, l'Assurance maladie laisse à la charge du patient le montant le plus élevé entre le ticket modérateur et le forfait qui correspond aux frais d'hébergement et d'entretien liés à son hospitalisation (voir fiche 01). Le montant du forfait journalier a été revalorisé à compter du 1^{er} janvier 2018, et dépend de la nature de l'hospitalisation, certains patients en étant exonérés (*encadré 1*).

Depuis le 1^{er} avril 2015, pour être responsables, les contrats de complémentaire santé doivent couvrir intégralement le ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation et prendre en charge de façon illimitée le forfait journalier facturé par les établissements de santé, quelle que soit la durée du séjour et pour tout type

d'hospitalisation (MCO, SRR, HAD, psychiatrie). Avant cette réforme, les personnes couvertes par une complémentaire santé bénéficiaient d'une prise en charge illimitée du forfait journalier en MCO pour 95 % d'entre elles, en SSR pour près de 90 % d'entre elles, et en psychiatrie pour 64 % d'entre elles (Barlet *et al.*, 2016).

La prise en charge pour une chambre particulière est illimitée dans le temps pour huit bénéficiaires sur dix

Les frais liés à une chambre particulière pour convenance personnelle ne sont pas couverts par l'Assurance maladie. En revanche, la plupart des assurances complémentaires offrent cette prise en charge. En 2016, seuls 4 % des bénéficiaires des contrats collectifs et 9 % de ceux des contrats individuels ne disposent pas de cette prestation.

Pour limiter le risque à couvrir, certains contrats plafonnent la durée ou le montant de prise en charge. Ainsi, pour environ un bénéficiaire sur dix, le nombre de jours pris en charge est plafonné à 90 jours par an. Pour huit bénéficiaires de complémentaires sur dix cette prise en charge est illimitée dans le temps (87 % des bénéficiaires de contrats collectifs et 75 % des bénéficiaires de contrats individuels). Pour une chambre particulière facturée 80 euros par jour, la moitié des bénéficiaires ont une garantie supérieure à 50 euros par jour : c'est le cas de 80 % des bénéficiaires des contrats collectifs, contre 20 % des bénéficiaires des contrats individuels (*graphique 1*). Ces garanties ont légèrement augmenté entre 2006 et 2011 et sont restées stables depuis.

La prise en charge de certains frais pour accompagnement d'un enfant hospitalisé (lit, repas) est prévue pour 90 % des bénéficiaires (85 % en individuel et 95 % en collectif).

Tout ou partie des dépassements d'honoraires sur les actes techniques en chirurgie pris en charge pour neuf bénéficiaires sur dix

En cas d'hospitalisation, des dépassements d'honoraires sur des actes techniques ou cliniques peuvent être facturés par les médecins. Ces

dépassements sont plus fréquents en clinique mais existent aussi à l'hôpital. Ils peuvent être couverts par les contrats d'assurance complémentaire santé. Par exemple, pour une opération de la cataracte facturée 600 euros au patient par le chirurgien, la Sécurité sociale prend en charge le tarif de convention de 271,70 euros moins la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds (cette participation passe à 24 euros à compter du 1^{er} janvier 2019). Dans ce cas, le reste à charge du patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, de 346,30 euros

Encadré 1 Le forfait journalier hospitalier

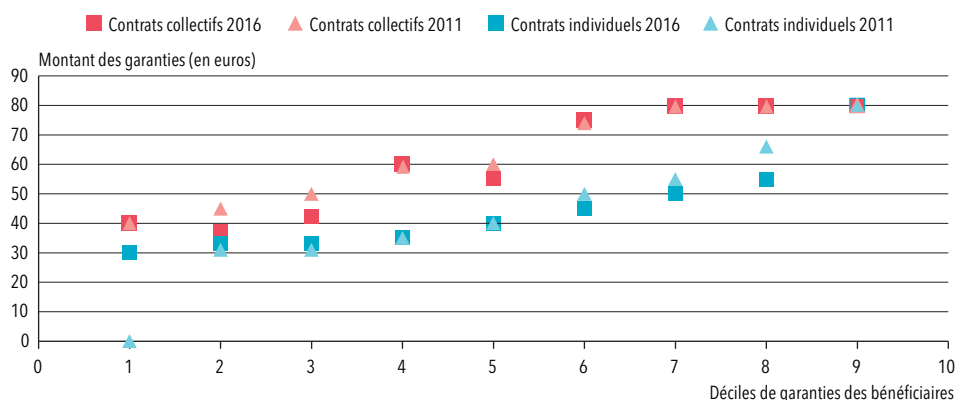
Le forfait est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Le montant du forfait hospitalier est fixé par arrêté ministériel. Depuis le 1^{er} janvier 2018, il est de :

- 20 euros par jour en hôpital ou en clinique ;
- 15 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C), de l'aide médicale de l'État (AME), du régime d'Alsace-Moselle, les titulaires d'une pension militaire ou les enfants handicapés de moins de 20 ans hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnels en sont exonérés. Il n'est pas dû non plus en cas d'hospitalisation liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ou en cas d'hospitalisation dans les 30 jours suivant la naissance.

Graphique 1 Déciles des garanties souscrites en 2011 et 2016 auprès d'organismes complémentaires pour une chambre particulière facturée 80 euros par jour au patient



Lecture > En 2016, 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts (D1 : premier décile) par un contrat collectif ont un remboursement inférieur à 40 euros par leur organisme complémentaire pour une chambre particulière.

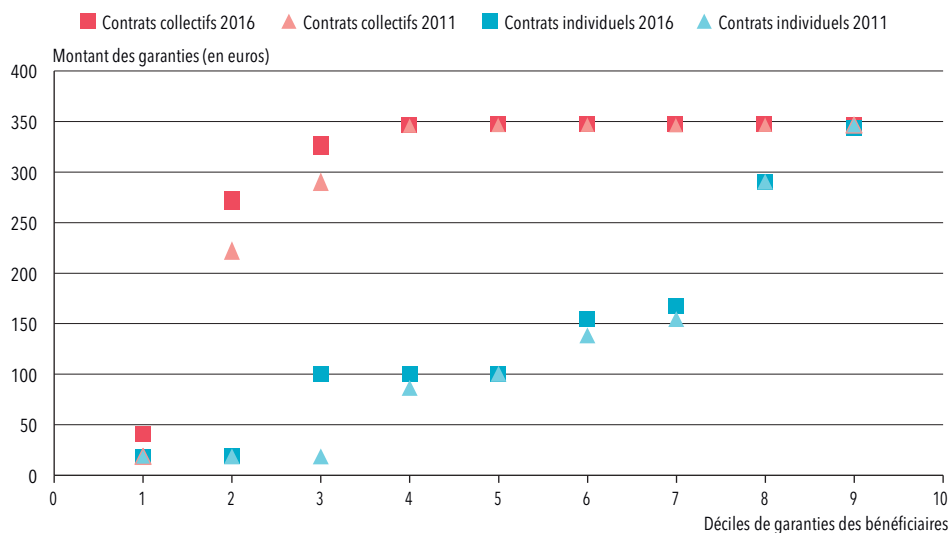
Champ > Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

(graphique 2), est intégralement pris en charge par l'assurance complémentaire pour six bénéficiaires de contrat collectif sur dix, et pour un bénéficiaire de contrat individuel sur dix, seulement. Plus de neuf bénéficiaires de contrat collectif sur dix sont remboursés de tout ou partie des dépassements d'honoraires. C'est le cas de sept bénéficiaires de contrats individuels sur dix (six sur dix en 2011). Pour les autres, seule la participation forfaitaire de 18 euros est prise en charge dans le cadre des contrats responsables. Par ailleurs, depuis la mise en place de la réforme

des contrats responsables, en avril 2015, lorsque le praticien n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins (CAS), remplacé par l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) en 2017 (voir annexe 1 et fiche 19), le remboursement des dépassements est plafonné. Pour reprendre l'exemple d'une opération de la cataracte, il ne peut excéder le plus petit des deux plafonds suivants : soit 340 euros en 2015 et 2016, 271 euros à compter de 2017, soit le montant du dépassement pris en charge par le contrat pour les médecins ayant adhéré au dispositif, diminué de 20 %. ■

Graphique 2 Déciles des garanties souscrites en 2011 et 2016 auprès d'organismes complémentaires pour une opération de la cataracte facturée 600 euros et remboursée 253,7 euros par la Sécurité sociale



Lecture > En 2016, 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts (D1 : premier décile) par un contrat collectif ont un remboursement inférieur à 41 euros par leur organisme complémentaire en cas d'opération de la cataracte avec dépassement d'honoraire du chirurgien, en sus de la prise en charge par la Sécurité sociale de 253,70 euros (tarif de convention de 271,70 euros moins la participation forfaitaire de 18 euros pour acte lourd).

Champ > Ensemble des bénéficiaires des contrats de complémentaire santé hors CMU-C et ACS.

Sources > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits 2011 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Pour en savoir plus

> Barlet, M., Beffy, M., Raynaud, D. (2016). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferretti, C. (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.