

Depuis la réforme des contrats responsables en 2015, les forfaits journaliers hospitaliers (FJH) sont pris en charge par les complémentaires santé de façon illimitée, aussi bien en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), qu'en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en psychiatrie (PSY). La majorité des complémentaires santé offrent des garanties supplémentaires pour des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) : pour sept bénéficiaires sur dix, la durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée et, pour la plupart des bénéficiaires, les dépassements d'honoraires pratiqués par certains 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 114,9 milliards d'euros de dépenses en 2022, soit 48,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont 88,7 milliards d'euros dans le secteur public et 26,2 milliards d'euros dans le secteur privé (Arnaud, Lefebvre, 2023). Il est d'usage de distinguer quatre types d'hospitalisation selon le motif d'hospitalisation et la nature des soins prodigués : les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie (PSY), en soins médicaux et de réadaptation (SMR) 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.

Les règles de facturation à l'hôpital et la prise en charge des dépenses sont complexes (*encadré 1*). Pour être responsables, les contrats de complémentaire santé doivent couvrir intégralement le ticket modérateur (TM) sur les frais de séjour 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, SMR, HAD, PSY). Pour les patients, le reste à charge comprend alors les éventuels dépassements d'honoraires

des consultations non remboursés par leur complémentaire santé, la participation forfaitaire spécifique à certains actes lourds et les frais liés aux suppléments pour confort personnel (chambre particulière, par exemple).

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

Les frais liés à une chambre particulière pour convenance personnelle ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO). En revanche, la plupart des assurances complémentaires offrent cette prise en charge. En 2021, seuls 6 % des bénéficiaires de contrat collectif et 17 % de ceux de contrat individuel ne disposent pas de cette prestation.

Pour limiter le risque à couvrir, certains contrats plafonnent la durée ou le montant de prise en charge de la chambre particulière. Ainsi, en 2021, environ deux bénéficiaires sur dix disposent d'une prise en charge plafonnée à 90 jours par an. Pour sept bénéficiaires de complémentaire sur dix, cette prise en charge est illimitée dans le temps (73 % des bénéficiaires de contrat collectif et 62 % des bénéficiaires de contrat individuel).

Pour une chambre particulière, la moitié des bénéficiaires disposent d'une garantie d'au moins 60 euros par nuit. Six bénéficiaires de contrat collectif sur dix et trois bénéficiaires de contrat

individuel sur dix disposent d'une garantie d'au moins ce montant (respectivement D4 et D7) [graphique 1]. Ces chiffres sont relativement stables depuis 2019<sup>1</sup>.

La prise en charge de certains frais pour accompagnement d'un enfant hospitalisé (lit, repas) est prévue pour 85 % des bénéficiaires en moyenne (81 % « en individuel » et 89 % « en collectif »).

### Encadré 1 Les frais et les remboursements des soins à l'hôpital

Les règles de facturation à l'hôpital sont complexes. Elles se composent :

> d'un **forfait journalier hospitalier (FJH)**, pour participer aux frais d'hébergement du patient. Son montant, fixé par arrêté ministériel, est de 20 euros par jour, sauf en psychiatrie où il s'élève à 15 euros (respectivement 18 euros et 13,50 euros avant 2018). Il dépend de la nature de l'hospitalisation et certains patients en sont exonérés (Adjerad, Courtejoie, 2021). Le forfait est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie ;

> des **frais de séjour** liés aux prestations de soins réalisées au cours de l'hospitalisation. Ces frais sont remboursés à 80 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), laissant un ticket modérateur (TM) de 20 %. Pour les établissements publics, c'est un tarif journalier de prestation qui s'applique. Ce tarif est défini au niveau des établissements et fixé par arrêté par les agences régionales de santé (ARS). Il doit être représentatif du coût réel moyen du séjour et repose sur une estimation des charges d'exploitation et de l'activité prévisionnelle de l'établissement, en fonction des soins effectués. Son montant peut donc différer d'un hôpital à l'autre, pour une même intervention. Pour les établissements de santé privés, il correspond à un tarif de référence qui n'inclut pas les honoraires des professionnels de santé. En effet, ceux-ci interviennent en tant que professionnels libéraux et les remboursements appliqués à leur consultation sont ceux pratiqués pour les médecins spécialistes (voir fiche 20) ;

> d'éventuels **dépassements d'honoraires** qui peuvent s'ajouter dans les établissements privés et publics, lorsque le médecin pratique une activité libérale hospitalière ;

> d'une **participation forfaitaire spécifique à certains actes lourds** (hors transport d'urgence et actes de radiodiagnostic, scanner et imagerie IRM) dont le tarif est au moins égal à 120 euros. La participation forfaitaire remplace alors le TM dans le reste à charge des patients. Elle est fixée à 24 euros depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et doit être prise en charge par les contrats de complémentaire santé responsables ;

> d'un forfait patient urgences de 19,61 euros depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022 pour chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée ;

> des frais liés aux **suppléments** pour confort personnel que le patient peut demander (par exemple bénéficier d'une chambre particulière). Ces frais supplémentaires ne sont pas pris en charge par l'AMO mais peuvent l'être par les complémentaires santé.

Les règles de facturation à l'hôpital comportent également de nombreux cas particuliers. Pour un assuré de droit commun et en l'absence de motif d'exonération, le TM s'applique et le FJH n'est pas facturable si le montant du TM est supérieur à celui du forfait journalier. Dans ce cas, seul le FJH du jour de sortie est facturé (sauf en cas de décès ou de transfert du patient). Par ailleurs, le FJH est facturé uniquement pour les séjours excédant 24 heures. Il ne l'est donc jamais en HAD, et pour les hospitalisations à temps partiel.

Il existe par ailleurs de nombreux motifs d'exonération du TM, liés à la situation de l'assuré ou aux soins reçus au cours du séjour. Certaines personnes bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé (bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire [CSS], titulaires d'une pension d'invalidité, femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse, personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée [ALD] exonérante pour les actes, soins et traitements en rapport avec cette affection, etc.). De plus, certains actes et certains frais sont pris en charge à 100 % par l'AMO (frais de séjour à partir du 31<sup>e</sup> jour d'hospitalisation consécutif, etc.).

Il existe également des motifs d'exonération du FJH (femmes enceintes hospitalisées pendant les quatre derniers mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement, bénéficiaires de la CSS, titulaires d'une pension militaire, etc.).

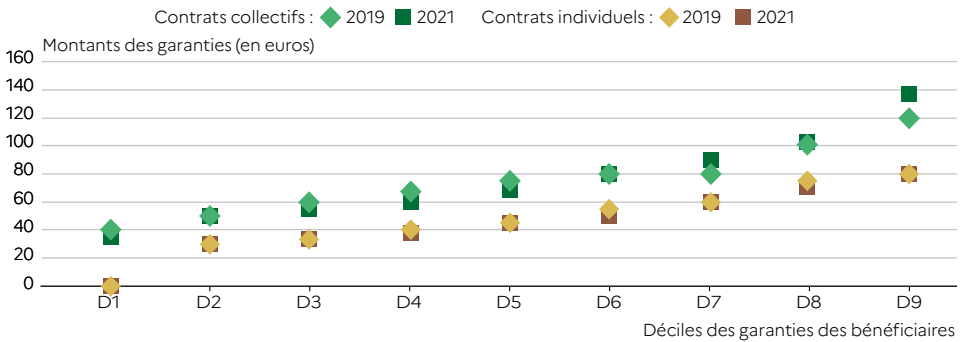
1. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

**Tout ou partie des dépassements d'honoraires en chirurgie sont remboursés pour neuf bénéficiaires de contrat collectif sur dix**

En plus des frais de séjour, 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, l'AMO prend en charge le tarif de convention de 271,70 euros moins la participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds. Dans le cas d'une opération facturée 600 euros par le chirurgien, le reste à charge du patient après remboursement par l'AMO de 352,30 euros en 2021, est intégralement pris en charge par l'assurance complémentaire pour plus de six bénéficiaires de contrat collectif sur

**Graphique 1** Déciles des garanties des contrats souscrits pour une chambre particulière



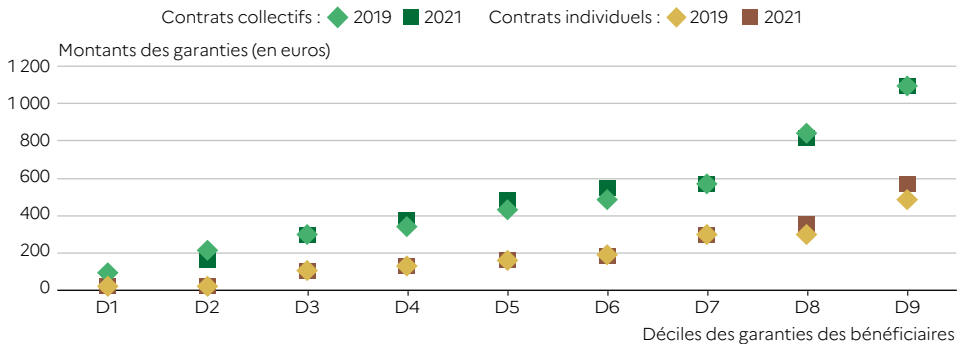
**Note** > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

**Lecture** > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 35 euros (D1) pour une chambre particulière à l'hôpital.

**Champ** > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

**Sources** > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

**Graphique 2** Déciles des garanties des contrats souscrits pour une opération de la cataracte



**Note** > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

**Lecture** > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat individuel les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 24 euros (D1) pour une opération de la cataracte à l'hôpital.

**Champ** > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

**Sources** > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

dix (D4 égal à 378 euros), et pour deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix (D8 égal à 350 euros) [graphique 2]. Près de neuf bénéficiaires de contrat collectif sur dix sont remboursés d'au moins une partie des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire au-delà de 24 euros (D1). C'est le cas de près de huit bénéficiaires de contrat individuel sur dix (D2).

Par ailleurs, lorsque le praticien n'a pas adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam),

mise en place en 2017 et faisant suite au contrat d'accès aux soins (CAS) [voir annexe 1 et fiche 20], le remboursement des dépassements est plafonné. Pour reprendre l'exemple d'une opération de la cataracte, celui-ci ne peut excéder 100 % du tarif de convention établi à 271,70 euros à compter de 2017 et doit être inférieur d'au moins 20 % au montant du dépassement pris en charge par le contrat pour les médecins ayant adhéré au dispositif. ■

#### Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'enquête OC sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES : [data.drees.solidarites-sante.gouv.fr](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr), thème Santé et système de soins, enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2019 à 2021.

> **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, 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.

> **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé