

Les soins hospitaliers représentent 86,6 milliards d'euros de dépenses en 2013, dont 66,8 milliards d'euros dans le secteur public et 19,8 milliards d'euros dans le secteur privé¹. Il est d'usage de distinguer 4 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, 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 ou partielles 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 un forfait qui correspond aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le montant de ce forfait dépend de la nature de l'hospitalisation et certains patients en sont exonérés (encadré). Depuis le 1^{er} avril 2015, pour être responsable, un contrat doit proposer une prise en charge illimitée du forfait journalier, quel que soit le type d'hospitalisation.

En 2013, sur les 12,2 millions de personnes hospitalisées en France, 5,8 millions ont dû s'acquitter du forfait journalier au titre d'un ou plusieurs séjours

en MCO, pour 9 jours d'hospitalisation cumulés en moyenne, 810 000 pour un ou plusieurs séjours en SSR pour 40 jours d'hospitalisation cumulés en moyenne et 330 000 pour un ou plusieurs séjours en psychiatrie pour 54 jours d'hospitalisation cumulés en moyenne².

Prise en charge illimitée du forfait journalier en MCO pour 95 % des bénéficiaires

Avant la réforme de 2015 des contrats responsables, la plupart des contrats proposaient déjà une prise en charge illimitée du forfait journalier en cas de séjour en MCO. En 2013, 95 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits bénéficient d'une prise en charge illimitée. Les différences entre contrats individuels et contrats collectifs sont peu marquées : 97 % des bénéficiaires des contrats collectifs bénéficient de ce type de couverture contre 92 % des bénéficiaires des contrats individuels.

À l'inverse, en cas de séjour en psychiatrie, en 2013 seulement 64 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits bénéficient d'une prise en charge illimitée du forfait journalier. Les différences entre contrats individuels et contrats collectifs sont

Encadré 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 2010, il est de :

- > 18 euros par jour en hôpital ou en clinique ;
- > 13,50 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 CMU-C, de l'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. Le forfait n'est pas dû non plus en cas d'hospitalisation liée à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ou d'hospitalisation dans les 30 jours suivant la naissance.

1. Comptes nationaux de la santé 2013.

2. PMSI, RIM-P, calculs DREES.

Tableau 1 Répartition en 2006 et en 2013 des personnes couvertes selon la durée de prise en charge du forfait journalier et de la chambre particulière prévue par leur contrat

En pourcentage des bénéficiaires

		Forfait journalier en MCO*		Forfait journalier en psychiatrie		Forfait journalier en SSR**		Chambre particulière	
		2006	2013	2006	2013	2006	2013	2006	2013
		Pas de prise en charge	Contrats collectifs	0	0	2,1	8,6	0,2	0,6
	Contrats individuels	0	2	2,1	3,2	1,3	2,7	11,8	13,4
	Ensemble (1)	0	1,2	2,1	5,4	0,9	1,8	8,2	8,5
1 à 90 jours	Contrats collectifs	4,9	1,2	28,2	14,3	12,3	8,2	12,8	9,7
	Contrats individuels	10,7	4,2	40,5	35	23,7	9,4	19,1	13
	Ensemble (2)	8,4	2,9	35,5	26,3	19,1	8,9	16,6	11,6
91 à 359 jours	Contrats collectifs	0	1,3	0	2,6	0	2	0,9	0,8
	Contrats individuels	0	1,5	0	5,4	0	1,3	5,9	5
	Ensemble (3)	0	1,4	0	4,2	0	1,6	3,9	3,2
Illimité	Contrats collectifs	95,1	97,5	69,7	74,5	87,5	89,2	83,6	87,7
	Contrats individuels	89,3	92,3	57,5	56,5	75	86,6	63,2	68,6
	Ensemble (4)	91,6	94,5	62,4	64	80	87,7	71,4	76,7
Total (1 + 2 + 3 + 4)		100	100	100	100	100	100	100	100

* MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

** SSR : soins de suite et de réadaptation.

Note > Pour 2006, il s'agit de la durée de prise en charge par an. Pour 2013, il s'agit de la durée par hospitalisation ou par année.

Lecture > En 2013, 2,9 % des bénéficiaires ont une durée de prise en charge du forfait journalier en médecine limitée à au plus 90 jours.

Champ > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, données 2006 et 2013.

Tableau 2 Distribution en 2006 et 2013 des remboursements par les organismes complémentaires d'une chambre particulière facturée 80 euros par jour au patient

En euros

Déciles	Contrats collectifs		Contrats individuels		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
D1	21	25	0	0	20	25
D2	30	45	25	31	27	33
D3	35	45	30	33	30	40
D4	45	60	30	38	35	45
D5	50	62	34	40	40	50
D6	53	68	40	50	50	60
D7	65	77	50	50	53	64
D8	80	80	60	66	68	75
D9	80	80	75	80	80	80
Moyenne	50	59	39	43	43	50

Lecture > Les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif en 2013 ont un remboursement inférieur à 25 euros par leur assurance complémentaire pour une chambre particulière.

Champ > Organismes complémentaires répondants à la question de l'enquête.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits en 2006 et 2013.

marquées : 75 % des bénéficiaires des contrats collectifs bénéficient de ce type de couverture contre 57 % des bénéficiaires des contrats individuels. Quand la prise en charge est limitée, le plafond est le plus souvent inférieur à 90 jours : c'est le cas six fois sur dix en individuel et huit fois sur dix en collectif.

En cas de séjour en SSR, près de neuf bénéficiaires des contrats les plus souscrits sur dix bénéficient déjà d'une prise en charge illimitée du forfait journalier en 2013, qu'il s'agisse des personnes couvertes par un contrat individuel (87 %) ou par un contrat collectif (89 %).

Durée illimitée de prise en charge de la chambre particulière pour 77 % des bénéficiaires

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 charge. En 2013, seuls 2 % des bénéficiaires des contrats collectifs les plus souscrits et 13 % des bénéficiaires des contrats individuels n'ont aucune prise en charge de cette prestation.

Pour limiter le risque à couvrir, les contrats plafonnent la durée et le montant de prise en charge. Ainsi, 18 % des bénéficiaires des contrats individuels les plus souscrits ont un nombre de jours de prise en charge plafonné. Pour une chambre particulière facturée 80 euros par jour, en 2013, la moitié des bénéficiaires des contrats collectifs obtiennent un remboursement supérieur à 62 euros, contre un quart des bénéficiaires des contrats individuels (tableau 2).

Les frais pour accompagnement d'un enfant sont prévus pour 88 % des bénéficiaires (87 % en individuel et 90 % en collectif). ■