

Le Livre blanc

DES FORFAITS SANTÉ



Forfaits santé

avant de payer,
je me renseigne



www.forfaits-sante.fr
#ForfaitsSante



MUTUALITÉ
FRANÇAISE

LORRAINE

En partenariat
avec le



Savez-vous que,
à côté du forfait
hospitalier de 18 euros
par jour, toute une série
de nouveaux forfaits
ont fait leur apparition
à l'hôpital, en clinique
et en médecine
de ville ?





La Mutualité Française Lorraine s'empare du débat sur les forfaits santé, facteurs d'inégalités pour l'accès aux soins.

Après un véritable travail d'enquête sur les nombreux dispositifs qui se multiplient, tant dans les cliniques privées que dans les hôpitaux et en médecine de ville, la Mutualité Française Lorraine a organisé, en octobre 2015, un café débat sur le sujet, qui regroupait des représentants du monde mutualiste, associatif et de la santé.

Le document qui suit reprend les différentes interventions de :

- **Laurent Masson**, président de la Mutualité Française Lorraine ;
- **Jean Perrin**, président du Ciss de Lorraine ;
- **Pascale Vatel**, administratrice de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) à la CNAM ;
- **Hubert Attenont**, président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (ARS Lorraine) ;
- **Bernard Dupont**, directeur général du CHRU de Nancy.

Le chantier lancé par la Mutualité Française Lorraine ne fait que commencer. Il doit se poursuivre et devenir un débat national.

L'ensemble de ce travail est disponible sur :
www.forfaits-sante.fr

Découvrez dans les pages qui suivent les frais auxquels vous pourrez être confrontés, ainsi que les enjeux liés à ces nouvelles pratiques.

Des frais supplémentaires réclamés pour des prestations particulières? La pratique demeure opaque. A tel endroit on facture un forfait administratif, à tel autre une participation est demandée pour l'acheminement des prélèvements biologiques... Ces frais ne sont remboursés ni par la Sécurité sociale, ni par les complémentaires santé.



Résultat, personne ne sait ce qui lui restera à régler en sortant de l'hôpital ou de la clinique. La Mutualité Française Lorraine s'est intéressée à la question et a enquêté. Souvent avec difficulté, car la plupart des établissements de santé rechignent à communiquer sur le sujet. Les résultats sont sans appel : les frais supplémentaires pour les patients se multiplient.

Toutes les dépenses ne sont pas prises en charge à 100 %

Un jour ou l'autre, vous serez soigné dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé. Chaque année, en effet, on compte **25 millions de séjours dans des hôpitaux** (16 millions en médecine, chirurgie, obstétrique, 6 millions en psychiatrie et 3,5 millions en soins de suite et de réadaptation)... Or, contrairement à une idée largement répandue, **une hospitalisation n'est pas prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie.**

Au fil des réformes, le « reste à charge » n'a cessé de s'alourdir, creusant les inégalités sociales de santé. « On assiste à une déconnexion croissante entre les dépenses réelles et les remboursements de l'assurance-maladie. Et toutes ces dépenses ne sont pas prises en charge par les mutuelles. Ainsi, sur les dépassements d'honoraires, 16,4 milliards d'euros restaient à la charge des assurés en 2014 » souligne Pascale Vatel, administratrice de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) à la Cnam.

Parallèlement, de plus en plus de frais supplémentaires facturés sous forme de forfaits par les établissements de santé n'ont rien à voir avec les soins. De ce fait, ils ne seront remboursés ni par l'assurance-maladie ni, pour la grande majorité d'entre eux, par les complémentaires. « Ces pratiques s'inscrivent dans le flou du parcours de soins. Elles nécessitent une clarification, afin que l'assuré puisse distinguer ce qui relève de l'obligatoire et de l'optionnel », souligne Laurent Masson, président de la Mutualité Française Lorraine.

C'est pourquoi, avant de payer, renseignez-vous !

Etre hospitalisé n'est jamais un plaisir. Comment garder sa capacité de discernement dans ce moment stressant ? Surtout quand on vous présente un dossier de 15 à 20 pages dans lequel se mélangent, pêle-mêle, un document sur les risques de l'opération, un autre sur l'anesthésie, un autre encore sur les honoraires des praticiens... Comment distinguer, au milieu de tout ça, la petite feuille ou la petite phrase qui vous impose un forfait administratif ?

Quelles sont les règles ? Qu'avez-vous le droit de refuser ? Qu'est-ce qui est remboursé ?

Lorsque vous êtes hospitalisé, l'assurance-maladie ne rembourse pas le forfait hospitalier.* Créé en 1983, c'est une participation du patient aux frais d'hébergement. Il s'élève à 18 € par jour à l'hôpital ou en clinique conventionnée et à 13,50 € en psychiatrie. La plupart des mutuelles, dans leurs contrats dits « responsables », le prennent en charge intégralement et sans limitation de durée.

Les dépassements d'honoraires des médecins pratiquant dans les cliniques privées ou exerçant une activité privée à l'hôpital public **restent également à la charge des assurés ou à celle de leur complémentaire**, qui les remboursent sous certaines conditions.

Montants à votre charge

Frais d'hébergement
18 €
par jour et
13,50 €
en psychiatrie

Sources : sante.gouv.fr
ameli.fr

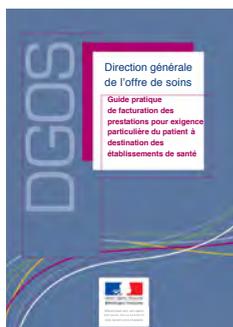


* Si vous dépendez du régime d'Alsace-Moselle, vous n'aurez pas à payer le forfait journalier hospitalier.

A côté de ces « restes à charge », **d'autres forfaits, moins visibles, sont apparus petit à petit...** Jouant sur la confusion des termes, les établissements de santé facturent des frais supplémentaires pour des prestations n'ayant rien à voir avec les soins : chambre individuelle, archivage des radios ou frais administratifs.

De nombreux établissements hospitaliers y ont recours : ils constituent un complément utile à leur budget. « *Il est vrai que l'hôpital qui augmente le tarif de sa chambre individuelle ou fait payer le téléphone, c'est pour améliorer son budget, même si cela représente une part très faible dans ses comptes* », explique Bernard Dupont, directeur général du CHRU de Nancy.

Il est **difficile de se repérer dans la jungle de ces frais supplémentaires** qui ont vu le jour, principalement dans les établissements privés et qui peuvent varier d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre... D'autant que ces facturations se cachent parfois sous des noms qui font penser qu'elles sont officielles !



Guide pratique
édité par la DGOS

Or, comme le rappelle la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), qui a constaté une augmentation des abus et dérives en la matière : **seules peuvent être facturées au patient les prestations pour exigence particulière, dénuée de fondement médical.** Dans un guide récent, la DGOS énumère les prestations qui peuvent être facturées. « *Il faut être vigilant, car il existe des abus. Dans certains endroits, même si vous refusez les forfaits qui n'ont pas à être facturés, ils le sont quand même* », insiste Hubert Attenont, président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie. Et en matière de forfaits, l'imagination n'a pas de limites.

Sur le site www.forfaits-sante.fr, ouvert par la Mutualité Française Lorraine pour informer les patients de ces pratiques et recueillir leurs témoignages, certains ont rapporté se voir facturer des frais pour thermomètre d'un montant de 4,70 € ou encore des frais de garde de dentier!



www.forfaits-sante.fr

Des forfaits pour prestations de service font également leur apparition en médecine de ville. « Certains médecins généralistes de secteur 1 facturent entre 4 et 7 € pour prise de rendez-vous, alors même que c'est leur mode de consultation », affirme Hubert Attenont. Or, tous ces services supplémentaires n'ont rien à voir avec les soins. « Si vous ne payez pas ces forfaits, vous ne serez pas moins bien soignés », rappelle Laurent Masson.

Le nombre de forfaits santé
s'accroît sans cesse.

Ils ne sont remboursés ni par la
Sécurité sociale ni par les mutuelles.

La Mutualité Française Lorraine
a enquêté sur ces pratiques.



La tarification d'une chambre particulière

Montants à
votre charge,
en moyenne

Chambre
particulière
55 €
par jour

Chambre
particulière
132 €
par séjour

Source : leciess.org



En cas d'hospitalisation, et en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, l'installation dans une chambre particulière est facturée au patient.

Ces frais ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, mais peuvent l'être par certaines mutuelles. **Mieux vaut se renseigner avant l'hospitalisation auprès de sa complémentaire.** En moyenne, le reste à charge lié à la chambre particulière est estimé à 132 € pour la durée du séjour hospitalier, avant intervention de la complémentaire santé, selon les données de l'Observatoire citoyen des restes à charge en santé.

Mais pour qu'une chambre vous soit facturée, encore faut-il que vous en ayez fait la demande expresse... **Si vous êtes en chambre particulière, faute d'autres places disponibles, cette chambre ne doit pas vous être facturée.** Une nuance qui peut coûter cher : en 2013, le coût moyen d'une chambre particulière était de 55 € par jour, mais pouvait varier fortement d'un établissement à l'autre.

Même lors d'une **hospitalisation en ambulatoire** (lorsque vous rentrez le matin et sortez le soir même), **15 % des cliniques et 10 % des hôpitaux publics facturent des chambres individuelles.** Mais, là encore, il faut que vous en ayez fait la demande et qu'il s'agisse bien d'une chambre et non d'un box.

Des frais supplémentaires peuvent également vous être facturés pour la télévision, le téléphone, l'hébergement d'un accompagnant. Ces frais ne sont pas toujours couverts par les complémentaires.

Les frais administratifs

Certains établissements privés facturent des frais censés couvrir le coût de la **gestion administrative de votre dossier** : la mise en relation de l'établissement de santé avec votre complémentaire santé pour automatiser vos remboursements; la réservation d'un taxi à la sortie; la mise à jours des droits de la Sécurité sociale...

Ces frais regroupés sous une appellation de type « forfait administratif » représentent une dizaine d'euros facturés soit par séjour, soit par an pour chaque patient hospitalisé dans l'établissement.

Comme le rappelle le Ciss, **le financement de ces tâches administratives est déjà payé par l'assurance-maladie dans le cadre de la rémunération de l'établissement de santé**. Et la mise à jour de la carte Vitale ne peut pas servir de prétexte car elle est gratuite... et automatique. Dans son guide sur les pratiques de facturation pour exigence particulière des patients, la DGOS stipule spécifiquement que les forfaits pour frais administratifs ne peuvent faire l'objet d'une facturation au patient.

Et pourtant, ce type de forfaits se multiplie. Ils ne sont évidemment pas pris en charge par les complémentaires santé.



Montants à votre charge, en moyenne

Forfait administratif entre
9 et 14 €

Source : leciss.org

Les frais d'archivage des radios

Montants à
votre charge,
en moyenne

Frais de dossier
10 €

Frais d'archivage
1,50 à 5 €

Sources : leciss.org,
ameli.fr

Depuis le 9 janvier 2012, l'archivage des mammographies dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein et du suivi des cancers du sein traités peut être facturé à hauteur de 1,50 €. Il en va de même, sous certaines conditions, pour les scanners et les IRM. Ces frais sont remboursés par les régimes obligatoires. Pour tout autre examen, le radiologue peut demander une rémunération spécifique autour de 5 €.

Le patient est libre d'accepter ou de refuser de payer ce supplément. Cette somme n'est pas remboursée par l'assurance-maladie et doit faire l'objet d'un justificatif.

En cas de refus de paiement de ce supplément, le patient devra stocker personnellement ses radios.



Les frais d'acheminement des prélèvements biologiques

Lorsque l'analyse des prélèvements biologiques ne se fait pas sur place, le transport est assuré par le laboratoire d'analyse médicale. Certains établissements appliquent une participation pour acheminement des prélèvements biologiques. Cette participation forfaitaire varie de 2 à 3 €.

Le patient doit être prévenu de ces frais et peut les accepter ou les refuser.

Tous ces nouveaux frais sont certes la contrepartie de services proposés, mais, outre le fait qu'ils n'étaient pas facturés jusque-là, ils alourdissent la facture, car ils ne sont remboursés ni par l'assurance-maladie, ni par les mutuelles. C'est pourquoi avant de payer, il est impératif de se renseigner sur ce qui est remboursé par la Sécurité sociale et les complémentaires et ce qui restera la charge (et au libre choix) du patient...

Montants à votre charge, en moyenne

Transport des analyses

2 à 3 €

Source : témoignages



Vos témoignages



Nicole G.,
Verdun

Alors que l'hôpital public avait envoyé un prélèvement dans un laboratoire d'analyse biologique. J'ai reçu une facture **avec des frais administratifs à payer de 3 €** de la part de ce laboratoire. J'ai refusé de les payer.»

Certains d'entre vous ont déjà partagé leur expérience. N'hésitez pas à faire comme eux.

Par courrier :
Mutualité Française Lorraine
15, rue Sainte-Catherine
54000 Nancy
ou sur notre site :
www.forfaits-sante.fr



M^{me} R., 55 ans,
Lunéville

Je suis allée récemment chez mon dermatologue parce que j'avais une petite plaie qui ne se refermait pas sur le devant du tibia. Il m'a proposé de faire un prélèvement de tissus pour déterminer la nature du problème. J'ai réglé la consultation, mais, quelques jours plus tard, j'ai reçu une facture du laboratoire qui me demandait en plus des frais d'analyse, un montant de **2,70 € pour frais d'acheminement du prélèvement**. J'ai trouvé ça étonnant ! Ce n'est pas la somme qui me gêne, c'est le fait de n'avoir à aucun moment été informée. J'ai appelé le laboratoire pour dire que je ne voulais pas payer cette somme, mais ils m'ont répondu que, à défaut, ils ne m'enverraient pas la feuille de soins et que je ne pourrais pas me faire rembourser par ma mutuelle.»

Vos témoignages



M. G., 42 ans,
Bar-le-Duc

J'ai été hospitalisé en juillet dernier dans une clinique de Nancy pour une petite intervention. Mon séjour a duré 48 heures. En entrant, j'ai rempli tout un tas de documents dont certains concernaient ma prise en charge au plan médical, mais aussi d'autres qui valaient confirmation que j'avais bien compris les risques liés à cette intervention. Lors de ma sortie, la personne m'a présenté une facture des suppléments que j'avais pris, et que j'ai réglés. **Mais j'ai refusé de payer la somme de 9 € pour constitution de dossier administratif.** Elle n'a pas insisté, contrairement à sa collègue dans le box à côté qui répondait à une patiente au téléphone, indiquant que ce forfait était obligatoire. »



M^{me} L., 67 ans,
Epinal

Je souffre du dos depuis longtemps, mais les choses se sont aggravées depuis quelques mois. Mon médecin m'a donc proposé de passer des radios pour vérifier mon état. J'ai pris rendez-vous dans un cabinet de radiologie et j'ai passé l'examen. Au moment de partir, **la secrétaire m'a demandé de régler un forfait de 3 € pour stockage des clichés radiographiques.** Je l'ai réglé mais, à la réflexion, il y a quelque chose que je ne comprends pas. Il y a dix ans, je passais des radios, et souvent le laboratoire les gardait alors qu'elles prenaient beaucoup de place. Aujourd'hui, tout est sur informatique et on me demande de payer pour leur stockage. Ce n'est pas logique ! »

Vos témoignages



Catherine,
Vosges

Le cabinet de radiologie où j'ai passé une mammographie m'a demandé de payer l'archivage des clichés. J'ai d'abord refusé, puis j'ai finalement accepté après la mise en garde sur la nécessité de ces archives pour le suivi de mon dossier. J'ai payé un euro et je n'ai pas de facture.

J'ai refusé pour d'autres radios et l'on m'a répondu qu'il m'appartenait de conserver mes documents...»



Hubert B.

Le 12 août, à 13 h, je suis entré à l'hôpital de Mercy pour subir, le lendemain, matin un choc électrique au cœur. Les médecins n'ont pas voulu faire cette intervention et l'ont repoussée à une date ultérieure; je suis donc sorti vers 16 h. J'ai passé les 3 heures dans une chambre avec un autre malade, sans occuper de lit. **Je viens de recevoir une facture de 7 € pour frais de chambre particulière.**

Je n'ai rien payé, et j'ai envoyé une lettre pour expliquer que je n'étais pas d'accord.

Retrouvez tous les témoignages sur le site, rubrique témoignages

<http://www.forfaits-sante.fr/temoignages/>

La presse en parle



29 septembre 2015



16 octobre 2015

Interview de Patrice Fort, Secrétaire général de la Mutualité Française Lorraine.



Ce sont des forfaits qui n'ont pas grand-chose à voir avec l'état de santé des patients. (...)

Vous payez tout cela.

Ce sont de petites sommes, 10 €, 3 €, 2,70 €. Mais, au final, cela fait des sommes relativement importantes.

Et leur accumulation pose un problème d'accès aux soins. »



Et demain ?

Le Ciss a plusieurs fois alerté sur le nombre sans cesse croissant de forfaits administratifs dans les établissements privés.

« Mais nous ne pouvons pas intervenir, car le Ciss n'a pas l'agrément "association de consommateurs", qui lui permettrait d'intenter une action de groupe dans le cadre de la loi Hamon. Il ne pourra pas non plus le faire dans le cadre de l'action de groupe de la future loi Tournaine, car seule l'indemnisation d'un dommage corporel y est envisagée », souligne Jean Perrin, président du Ciss de Lorraine.

Une chose est sûre : **le combat ne peut pas être individuel.** La plupart du temps, lorsque les assurés sociaux se voient facturer des forfaits sans leur consentement, il leur est difficile d'entreprendre eux-mêmes les démarches. *« Les gens n'écrivent pas, uniquement par peur d'être moins bien soignés. Les associations devraient pouvoir se substituer aux patients pour porter réclamation »,* estime Hubert Attenont.

**Le combat
doit être collectif.**

**Les associations devraient
pouvoir se substituer
aux patients.**

Et demain ?

L'enjeu est de taille : ces nouveaux forfaits s'accumulent et posent un problème d'accès aux soins. Une patiente, pourtant prise en charge à 100 % dans le cadre de son affection de longue durée (ALD), raconte que, entre les dépassements d'honoraires, les franchises et les forfaits, son reste à charge commence à peser lourdement sur son budget.

C'est pourquoi **la Mutualité Française Lorraine souhaite porter le débat sur la place publique et interpeller le législateur.** *« Au moment de la commémoration des 70 ans de la Sécurité sociale, ces pratiques posent la question des besoins de financement et de l'accessibilité aux soins. Elles doivent être encadrées »,* conclut Laurent Masson.

L'enjeu majeur est
l'accès aux soins pour tous.

La Mutualité Française Lorraine
souhaite porter le débat
au niveau national.



Maman ❤️

Tu sais ce que sont
les forfaits santé ?

Non pourquoi ? 😞

C'est ce qu'on me
demande de payer

Renseigne toi
avant de payer



Réalisation **Viva** - Juillet 2015.

Forfaits santé

avant de payer,
je me renseigne



www.forfaits-sante.fr
#ForfaitsSante



MUTUALITÉ
FRANÇAISE

LORRAINE

En résumé

Les frais supplémentaires facturés par de plus en plus d'établissements contribuent aux difficultés d'accès aux soins pour les plus fragiles. La conséquence immédiate pour les patients est de différer ou d'annuler les soins, en aggravant leurs problèmes de santé.

C'est pourquoi la Mutualité Française Lorraine a lancé le débat. Après un véritable travail d'enquête sur les nombreux dispositifs qui se multiplient tant dans les cliniques privées que les hôpitaux et la médecine de ville, elle organisait en octobre 2015 un café-débat sur le sujet, qui regroupait des représentants du monde mutualiste, associatif et de la santé.

Ce Livre blanc a été réalisé à partir d'enquêtes, mais aussi bâti et complété à partir des témoignages recueillis, des débats menés et des propositions formulées. Il est présenté aux parlementaires.



LORRAINE