

Le Livre blanc

DES FORFAITS SANTÉ



Forfaits santé

avant de payer,
je me renseigne



www.forfaits-sante.fr

#ForfaitsSante

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 ?





Des frais supplémentaires réclamés pour des prestations particulières? La pratique, si elle est légale, 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.

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. Certains de ces restes à charge sont couverts par votre mutuelle. Mais 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 votre complémentaire.

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

Une hospitalisation n'est pas prise en charge à 100 %

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

Montants à votre charge

Frais
d'hébergement

18 €

par jour et

13,50 €

en psychiatrie

Sources : [sante.gouv.](http://sante.gouv.fr),

ameli.fr



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 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 privés ou exerçant une activité privée à l'hôpital public restent également à votre charge ou à celle de votre complémentaire, qui les rembourse sous certaines conditions.

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. Certes, il n'y a rien d'illégal dans ces pratiques. Tous les établissements hospitaliers, qu'ils soient privés, publics ou mutualistes, y ont recours : ils constituent un complément utile à leur budget.

Le problème, c'est qu'il est difficile de se repérer dans la jungle de ces frais supplémentaires 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!



Ils se sont remboursés ni par la Sécurité sociale ni par les mutuelles. Ce sont les forfaits santé, dont le nombre s'accroît sans cesse. La Mutualité Française lorraine a enquêté sur ces pratiques.



Montants à votre charge, en moyenne

Chambre
particulière
55 €
par jour

Chambre
particulière
132 €
par séjour

Source : leciiss.org

La tarification d'une chambre particulière

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. Ils doivent avoir été présentés au patient et faire l'objet d'une facture détaillée. Ils ne sont pas pris en charge par les complémentaires.

Les frais d'archivage des radios

Depuis le 9 janvier 2012, l'archivage des scanners et IRM peut être facturé à hauteur de **1,5 €**. 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.

Montants à
votre charge,
en moyenne

Frais de dossier
10 €

Frais d'archivage
1,5 à 5 €

Sources : leciss.org,
ameli.fr



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 €**.

Montants à votre charge, en moyenne

Transport des analyses

2 à 3 €

Source : témoignages

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 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...

Nous comptons
sur vous!
Aidez-nous,
par vos témoignages,
à mesurer l'ampleur
de ce phénomène
et à débusquer,
éventuellement,
de nouveaux forfaits.

Grâce à vous, à votre
vigilance, nous pourrions
informer l'ensemble
des patients.

**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

Témoignages



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. »

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 document 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 ! »

Pour aller plus loin...

Les frais supplémentaires facturés par de plus en plus d'établissements étaient encore, il y a peu, inclus dans leur prestation globale. Aujourd'hui, ils représentent un supplément de revenus parfois nécessaire à leur budget.

Mais l'accumulation de ces forfaits contribue aux difficultés d'accès aux soins pour les plus fragiles, et donc, en les obligeant à différer ou annuler leurs soins, à l'aggravation de leurs problèmes de santé. **C'est pourquoi la Mutualité Française Lorraine lance le débat et vous propose d'y participer en faisant remonter vos témoignages sur la question.**

Si vous avez été confronté à cette pratique, écrivez à la Mutualité Française Lorraine, 15, rue Sainte-Catherine, 54000 Nancy.

Vous pouvez également témoigner sur le site Internet : www.forfaits-sante.fr

A l'issue de cette action, ce Livre blanc sera complété, édité, bâti autour des témoignages recueillis, des débats menés, et des propositions formulées. Il sera présenté aux parlementaires.