



○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

Créé en 1983 par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983, le forfait hospitalier, calculé par journée d'hospitalisation, est une participation à la charge de la personne hospitalisée, exigée au titre de ses frais d'hébergement.

Un forfait journalier est également supporté par les personnes admises en établissement médico-social à l'exception de ceux accueillant les personnes âgées.

Le montant de ce forfait est déterminé par arrêté ministériel.

○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

A/ Quel est le montant du forfait hospitalier ?

Le montant du forfait hospitalier est de 18 euros par jour. Dans le cadre des hospitalisations en établissement psychiatrique, ce montant s'élève à 13,50 euros.

B/ Quelles sont les hospitalisations pour lesquelles le forfait hospitalier ne s'applique pas ?

- Les séjours de moins de 24 heures sauf si ceux-ci sont à cheval entre deux jours calendaires.
- Les consultations externes.
- Les séances de chimiothérapie, d'hémodialyse, de radiothérapie et assimilée.
- Les séjours liés à une IVG non thérapeutique d'une durée égale ou inférieure à 48 heures.

- Les hospitalisations à domicile.
- Les séjours dans les unités ou centres de soins de longue durée.

C/ Qui paye le forfait hospitalier ?

Le forfait hospitalier n'est en principe pas pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

Il existe cependant un certain nombre d'exceptions déterminées principalement par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale (CSS).

○ S'INFORMER

Santé Info Droits - 0 810 004 333 (N° Azur - tarif selon l'opérateur téléphonique) ou 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale)



La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

*Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h
Mardi, jeudi : 14h-20h*

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur www.leciss.org/sante-info-droits.

EVALUEZ LA DOCUMENTATION DU CISS !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de la documentation du CISS disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.leciss.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris

Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27

www.leciss.org

Cas de prise en charge du forfait hospitalier

Bénéficiaires de la CMU complémentaire	Prise en charge (art. L861-3 2° du CSS)
Bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat	Prise en charge (art. L251-2 4° du Code de l'Action sociale et des familles)
Bénéficiaires de l'assurance maternité	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale (art. L174-4 du CSS)
Soins résultant d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale (art. L174-4 du CSS)
Nouveau-nés	Prise en charge dans le cadre d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance (sans limitation de durée)
Titulaires d'une pension militaire d'invalidité	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale uniquement pour les soins résultant de la maladie ou de la blessure ayant ouvert droit à la pension (L174-4 CSS)
Assurés sociaux d'Alsace-Moselle	Prise en charge par le régime local d'Assurance maladie du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle (art. L174-4, D325-1 et D325-6 du CSS)
Enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ou s'ils sont hospitalisés en raison de leur handicap	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale (art. L174-4 du CSS)
Donneurs d'éléments et de produits du corps humain	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale (art. L174-4 du CSS)
Fonctionnaires hospitaliers	Prise en charge par l'établissement employeur (maximum 6 mois : art. 44 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986)

Attention : ne sont donc pas dispensés en tant que tels du paiement du forfait hospitalier les assurés reconnus en ALD.

Les « contrats responsables » proposés par les complémentaires santé prennent désormais en charge le forfait hospitalier sans limite de durée. C'est le cas notamment de tous les contrats agréés dans le cadre de l'aide au paiement de la complémentaire santé (ACS).

Bon à savoir

En cas de difficultés à payer le forfait journalier hospitalier, les assurés peuvent solliciter, à titre exceptionnel, une prise en charge par leur Caisse d'Assurance maladie,

dans le cadre de son action sanitaire et sociale.

Pour en savoir plus sur ce dispositif, se reporter à la fiche CISS pratique n° 50 – « L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie ».

D/ Quelles sont les modalités de décompte du forfait hospitalier ?

Si la durée de l'hospitalisation est supérieure à 24 heures, le forfait journalier est facturé au patient du jour d'entrée dans l'établissement au jour de sortie inclus. Ainsi, par exemple, un patient hospitalisé à 10 heures le lundi et sortant le mardi à 11 heures se verra imputer 2 forfaits journaliers.

Ce principe comporte quelques exceptions mentionnées dans l'article 9 de l'arrêté du 19 février 2009 :

- en cas de décès dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, le jour où le décès survient n'est pas facturé ;
- lors des permissions de sortie accordées par le directeur sur avis favorable du médecin chef de service pour une durée maximum de 48 heures ;
- en cas de transfert dans un autre établissement (y compris un établissement de long séjour ou médico-social).

POSITIONS DU CISS

Depuis 1983, le forfait journalier hospitalier a été multiplié pratiquement par 6, et a ainsi augmenté deux fois plus vite que le SMIC horaire. Cette tendance pèse de plus en plus dangereusement sur les usagers non ou mal assurés ainsi que sur celles ou ceux dont l'état de santé nécessite des hospitalisations longues ou itératives.

Le CISS s'oppose à l'augmentation de ce forfait à la charge des usagers, comme il conteste la création des franchises et autres participations forfaitaires dont la multiplication génère des renoncements aux soins que notre collectivité pourrait payer chers à plus longs termes.

Loin de résoudre les problèmes de financement auxquels notre système de santé est structurellement confronté, l'ensemble de ces restes-à-charge sape les bases solidaires de notre protection sociale en pénalisant les usagers les plus malades et les plus défavorisés. La soutenabilité économique de l'Assurance maladie obligatoire nécessite une réforme des organisations et des parcours de santé avec pour objectif de garantir l'égalité d'accès aux soins.

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Article L174-4 du Code de la Sécurité sociale
- Articles R174-5 à R174-5-2 du Code de la Sécurité sociale
- Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale
- Circulaire 83H578 du 22 avril 1983 relative au forfait journalier dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux
- Circulaire du 26 août 1993 relative aux modalités de mise en œuvre de plan d'économie de l'Assurance maladie dans les établissements hospitaliers
- Circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation
- Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application à l'article L162-22-6 du Code de la Sécurité sociale
- Arrêté du 23 décembre 2009 fixant le montant du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale