

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

1. Textes de référence

⇒ Code de la sécurité sociale (CSS)

- Article [L 174-4](#)
- Article [L325-1](#) [D 325-1](#) et [D 325-6](#) (dispositions particulières relatives aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle)
- Article [L 861-3](#) (couverture maladie universelle complémentaire)
- Articles [R 174-5](#), [R 174-5-1](#) et [R 174-5-2](#).

⇒ Arrêtés

- [Arrêté du 27 décembre 2004](#) fixant le montant du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L 174-4.
- 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 de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité.
- [Arrêté du 23 janvier 2008](#) relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale.

⇒ Circulaires

- Circulaire 83 H 578 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 du plan d'économie de l'assurance maladie dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux à tarification préfectorale.

2. Définition

Le forfait journalier hospitalier (FJH) est une participation forfaitaire mise à la charge des patients hospitalisés ; en pratique, son montant intègre des frais liés à l'hébergement correspondant à des frais hôteliers liés à la présence des patients (alimentation par exemple) et à des coûts fixes tels que le chauffage, la lingerie, l'entretien des équipements....

Il s'élève à 16 € depuis le 1^{er} janvier 2007 ([arrêté du 27 décembre 2004](#)), sauf dans les services de psychiatrie où il est fixé à 12 €, l'article R.174-5-1 du CSS prévoyant que le "*montant du forfait journalier applicable en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un établissement de santé ne peut excéder 75% du montant du forfait fixé en application de l'article [R.174-5](#)*" relatif aux autres services d'hospitalisation.

3. Champ d'application

Le FJH **s'applique aux séjours en hospitalisation complète**, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Tous les établissements de santé sont concernés à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

- ⇒ **Il ne s'applique pas :**
- En hospitalisation à domicile (HAD)
 - Aux séjours de moins de 24 heures (hospitalisation de jour, prises en charge de moins d'une journée, hospitalisation de nuit)
 - Aux séances de chimiothérapie, d'hémodialyse, de radiothérapie et assimilés
 - Aux séjours liés à une IVG non thérapeutique (cf fiche) d'une durée égale ou inférieure à 48 heures
 - En consultations externes.
- ⇒ **Il est facturable du jour d'entrée du patient au jour de sortie inclus, quelle que soit l'heure de sortie¹ (circulaire du 26 août 1993), sauf dans les cas suivants :**
- en cas de décès dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) conformément à l'arrêté du 19 février 2009 selon lequel "*le forfait journalier est facturé pour chaque journée d'hospitalisation y compris le jour de sortie à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède*";
 - lorsque le malade est transféré dans un autre hôpital, y compris dans un établissement de long séjour ou un établissement médico-social ;
 - lors des permissions de sortie accordées par le directeur sur avis favorable du médecin chef de service, pour une durée maximum de 48 heures (article R.1112-56 du CSP).

Selon le contrat du patient, le FJH peut-être pris en charge par l'assurance complémentaire.

4. Cas d'exonération

- ⇒ **Le FJH est pris en charge par l'assurance maladie pour les patients suivants :**
- enfants et adolescents handicapés hospitalisés dans les établissements sanitaires en raison de leur handicap, dès lors qu'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées ;
 - victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles : la prise en charge du forfait journalier est limitée aux cas d'hospitalisation imputables à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le fait d'être titulaire d'une rente d'incapacité permanente de travail ne conduit donc pas nécessairement à l'exonération du forfait journalier² ;
 - bénéficiaires de l'assurance maternité (femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de la grossesse, pour l'accouchement et pendant les douze jours suivant l'accouchement)².
- L'assurance maladie prend également en charge le FJH :
- des séjours pour interruption de grossesse thérapeutique ou fausse couche à condition que la déclaration de maternité ait été enregistrée et que la grossesse dépasse les 22 semaines d'aménorrhée ou que le fœtus pèse plus de 500 grammes,
 - des séjours des enfant nouveau-nés, hospitalisés dans les trente jours suivant leur naissance, l'exonération n'étant pas, dans ce cas, limitée dans le temps,
 - Des séjours des enfants prématurés hospitalisés dans un centre ou service spécialisé agréé, qu'ils soient ou non placés dans un incubateur ;
 - bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qu'ils soient assurés ou ayants droit² ;
 - donateurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique².

Par ailleurs, le forfait journalier est pris en charge par la [CMU complémentaire](#) et [l'aide médicale Etat](#), pour ceux qui en bénéficient.

¹ A l'inverse des tarifs journaliers de prestation ou des prix de journée, non facturables le jour de sortie.

² Dans ce cas, le FJH est pris en charge par l'assurance maladie

Le forfait journalier peut être pris en charge, en tout ou partie, par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle (articles [D 325-1](#) et [D 325-6](#) du CSS).

⇒ **Particularités de facturation**

Lorsqu'un fonctionnaire hospitalier en activité est hospitalisé, le FJH est pris en charge par son établissement employeur dans les conditions prévues à l'article 44 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

5. Modalités de facturation et, pour les établissements ex DG, de modalités de prise en compte dans la valorisation des séjours

5.1 Pour les patients non exonérés du ticket modérateur

Le forfait journalier s'impute sur le ticket modérateur (TM), le montant de la participation acquittée par le patient à ses frais de soins étant plafonné à 20% du tarif journalier de prestations. Il est en revanche facturé le jour de sortie du patient.

Le GHS du séjour correspondant est valorisé à 80% dans les établissements ex DG (facturé dans les établissements ex OQN).

En comptabilité :

- le ticket modérateur s'enregistre sur le compte budgétaire 7321x « produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie » ;
- le forfait journalier sur le compte 7327x

Si, exceptionnellement, le FJ est supérieur au ticket modérateur, le ticket modérateur s'impute sur le forfait, sauf si le patient ne doit que le ticket modérateur forfaitaire de 18 €(cf fiche). **Dans ce cas, le forfait journalier est facturable en sus du TM de 18 €**

5.2 Pour les patients exonérés du ticket modérateur.

Le forfait journalier est facturé en sus du TJP.

Le GHS du séjour correspondant est valorisé à 100% déduction faite du FJH facturé au patient, le FJH étant inclus dans le GHS.

Ces modalités de facturation et de valorisation sont décrites dans le tableau joint.

**REGLES DE FACTURATION RELATIVES AU TICKET MODERATEUR (TM) ET AU FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (FJH)
APPLICABLES, EN MCO, AUX PATIENTS ASSURES SOCIAUX DANS LES ETABLISSEMENTS EX DG**

PRINCIPES GENERAUX

Le forfait journalier (FJH) est inclus dans les groupes homogènes de séjour (GHS)

Le forfait journalier est facturable le jour de sortie, sauf en cas de décès du patient en MCO

Le ticket modérateur (TM) n'est pas facturable le jour de sortie, lorsque le patient quitte définitivement l'établissement

Le patient est exonéré de ticket modérateur lorsqu'il est hospitalisé plus de 30 jours, à compter du 31^{ème} jour d'hospitalisation

Le ticket modérateur est égal à 20% du tarif journalier de prestations (TJP) et inclut le FJH (règle d'imputation du FJH sur le TM)

La règle d'imputation du FJH sur le TM ci-dessus ne s'applique au ticket modérateur forfaitaire de 18 € ; **de ce fait, le FJH est facturable en sus du TM forfaitaire de 18 €**

	FJH A LA CHARGE DU PATIENT			FJH PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE			
	Assurance Maladie Valorisation des GHS	Patient Facturation TM et FJH (16€)	Recettes établissement	Assurance Maladie Valorisation des GHS	Patient Facturation TM et FJH (16€)	Recettes établissement	
Patient non exonéré du ticket modérateur (TM)	<i>Séjour inférieur à 31 jours</i>						
		$[(TJP \times 20\%) - 16€] \times (nb \text{ jours} - 1)$ + (16€ * nb jours)	GHS x 80% $[(TJP \times 20\%) - 16€] \times (nb \text{ jours} - 1)$ + (16€ * nb jours)		$TJP \times (nb \text{ jours} - 1) \times 20\%$	GHS x 80% + TJP x (nb jours - 1) x 20%	
	GHS x 80 %	<i>Séjour supérieur à 30 jours</i>					
	<i>qq soit la durée du séjour</i>	* Jusqu'au 30^{ème} jour $[(TJP \times 20\%) - 16€] \times 30 \text{ jours}$ + (16€ * 30 jours)	GHS x 80% $[(TJP \times 20\%) - 16€] \times 30 \text{ jours}$ +	GHS x 80 %	<i>qq soit la durée du séjour</i>	* Jusqu'au 30^{ème} jour $TJP \times 20\% \times 30 \text{ jours}$	GHS x 80% TJP x 20% x 30 jours
		* A partir du 31^{ème} jour 16 € x nb jours	16€ x nb jours		+	* A partir du 31^{ème} jour	
		TM non facturable			TM non facturable		
	Cas particulier : si 2 séjours sont consécutifs et en lien et si la durée totale des 2 séjours > 30 jours, le GHS du 2^{ème} séjour est valorisé à 100 %.						
Patient exonéré du TM pour acte(s) coûteux (> 91 €) → ticket modérateur forfaitaire (TMF) 18 €	GHS x 100 % - 18 € (TMF) - (16 € x nb de jours)	TMF = 18 € + 16 € x nb jours	GHS x 100%	GHS x 100 % - 18 € (TMF) <i>qq soit la durée du séjour</i>	TMF = 18 € <i>qq soit la durée du séjour</i>	GHS x 100%	
Patient exo du TM pour autres cas que les actes coûteux	GHS x 100 % - (16 € x nb de jours)	TM = 0 € + 16 € x nb jours	GHS x 100%	GHS x 100 % qq soit la durée du séjour	TM = 0 €	GHS x 100%	