Hausse des forfaits hospitaliers : les patients mis à contribution

Sous couvert de maîtrise des dépenses publiques, le gouvernement serre un peu plus la vis aux assurés. Dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), plusieurs hausses de forfaits et de participations entreront en vigueur dès le printemps, avec à la clé 400 millions d'euros d'économies pour l'Assurance-maladie, mais un reste à charge alourdi pour les patients.

Dans le même temps, une taxe d'un milliard d'euros sur les complémentaires santé est actée, confirmant un mouvement de fond : le transfert progressif des charges de la Sécurité sociale vers les mutuelles… et, in fine, vers les patients.

Des hausses concrètes dès mars et avril

À partir du 1er mars et du 1er avril, plusieurs tarifs augmenteront. Le forfait journalier hospitalier passera de 20 à 23 euros (et de 15 à 17 euros en psychiatrie). Le forfait patient urgences, appliqué après un passage sans hospitalisation, grimpera lui aussi à 23 euros.

Même logique pour les soins lourds : la participation forfaitaire bondira de 24 à 32 euros, soit une hausse de plus de 30 %.

« Indolore » pour qui ?

Le ministère de la Santé assure que ces mesures seront « indolores » pour les assurés, mettant en avant le fait que 96 % d'entre eux disposent d'une complémentaire santé, ainsi que les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S).

Un argument loin de convaincre. Car derrière cette moyenne se cachent des inégalités marquées : 2,5 millions de personnes, soit 4 % de la population, restent sans complémentaire. Et parmi les 10 % les plus pauvres, ils sont 12 %, selon la DREES.

Pour ces publics, chaque hausse se traduit mécaniquement par un reste à charge plus lourd — déjà « nettement plus élevé » que celui des ménages aisés.

Des décisions jugées « injustes »

Les critiques n'ont pas tardé. L'association France Assos Santé dénonce des mesures « non seulement brutales mais injustes », pointant une politique qui fait peser l'effort sur les plus fragiles.

D'autant que ces annonces ne sont pas isolées. En 2024, les franchises médicales ont déjà été doublées, accentuant la participation directe des patients aux dépenses de santé.

Vers une explosion des coûts des mutuelles ?

Autre inquiétude : l'impact sur les complémentaires santé. Sollicitées via une taxe d'un milliard d'euros et appelées à couvrir davantage de dépenses, elles pourraient répercuter ces coûts sur leurs tarifs.

La question reste entière : jusqu'où les assurés devront-ils payer pour compenser les économies de l'Assurance-maladie ?

Patrick Merer, administrateur de Que Choisir Ensemble de la Vienne