



Facturation des professionnels et établissements de santé : Qu'est ce qui peut vous être facturé ?

Les règles de facturation des professionnels et établissements de santé ne sont pas toujours bien connues des patients. Les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, ne peuvent vous facturer que des prestations de soins rendues, ainsi que le forfait journalier hospitalier et certaines prestations que vous leur aurez demandées et dont la liste est strictement limitée. Comment ces prestations sont-elles encadrées ?

En cas d'hospitalisation ou de problèmes de santé, le patient peut voir ses facultés de jugement diminuer et sa capacité à maîtriser cet ensemble de règles peut en être affectée. En outre, il a peu la possibilité de faire jouer la concurrence et se révèle particulièrement vulnérable face aux professionnels. Cette fiche a donc pour objet d'informer le patient des règles opposables aux professionnels et établissements de santé en matière de facturation.

Quelles sont les prestations qui peuvent être facturées en plus des prestations de soins ?

► **Le forfait journalier hospitalier**

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Celui-ci est pris en charge dans le cadre des contrats responsables des complémentaires-santé.

► Les prestations pour « exigence particulière »

Les prestations pour « exigence particulière », dénuées de fondement médical, qui peuvent faire l'objet d'une facturation complémentaire, sont énoncées de manière limitative dans le Code de la sécurité sociale :

- l'installation dans une chambre particulière, si elle ne résulte pas d'une nécessité médicale spécifique (d'une surveillance continue, d'une situation ou d'un environnement technique particulier par exemple...);
- l'hébergement, les repas et boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée ;
- la mise à disposition du patient, à la chambre de la télévision, du *wifi* ou d'un téléphone fixe (location de l'appareil et refacturation des unités téléphoniques majorées dans la limite de 30 %) ;
- les interventions de chirurgie esthétique ;
- les prestations dites « exceptionnelles » ayant fait l'objet d'une demande écrite, peuvent être réalisées de manière régulière par l'établissement de santé mais ne relèvent pas de ses missions habituelles et ne doivent pas être couvertes par des tarifs de prestations de l'établissement ;
- le maintien du corps du patient dans la chambre mortuaire de l'établissement au-delà de 3 jours à la demande de la famille.

Toute autre prestation ne pourra être facturée. Ainsi, par exemple, la facturation d'un supplément pour bénéficier en priorité d'une chambre individuelle, ou encore d'un forfait d'assistance aux démarches administratives (mise à jour de la carte vitale, mise en relation avec la complémentaire santé...) est illégale.

Ces prestations pour « exigence particulière » ne sont pas prises en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale mais peuvent, dans certains cas, faire l'objet d'une participation de votre assurance complémentaire.

À quelles conditions ces prestations pour « exigence particulière » peuvent-elles vous être facturées ?

La réalisation de ces prestations doit impérativement répondre à une démarche volontaire et une demande expresse de votre part ou de vos ayants-droits, voire d'une demande écrite s'agissant de prestations dites « exceptionnelles » (avec devis préalable). En aucun cas ces prestations ne peuvent vous être suggérées ou imposées.

Ainsi, un établissement ne pourra vous imposer la facturation d'une chambre individuelle sous prétexte

¹ Jugement du tribunal administratif de Toulon du 24 septembre 2020.

qu'il ne dispose plus de chambre double disponible et alors même que vous avez refusé cette prestation. Il en est de même si, en raison de mesures sanitaires particulières (épidémie par exemple), une chambre double ne peut être occupée que par une seule personne.

La prestation doit être effective. Si par exemple, à l'occasion d'une intervention de chirurgie ambulatoire, vous souhaitez bénéficier d'une chambre particulière, il va de soi que la mise à disposition d'un fauteuil en salle commune ne pourra vous être facturée comme telle. Cependant, l'installation dans un « box », dès lors que sa configuration (lieu clos) et que les exigences d'accueil et de prise en charge que vous recherchez (intimité, souhait d'être isolé) sont respectées, pourra être facturée comme mise à disposition d'une « chambre particulière ».

Dans ce même contexte de médecine ambulatoire, la mise à disposition à votre demande et sans raison médicale particulière, d'un lit en chambre individuelle ou non, peut constituer une prestation exceptionnelle puisque ce n'est pas l'usage.

Avant que vous ne souscriviez à l'une d'entre elles, l'établissement doit vous informer du contenu précis de la prestation et de son prix. À l'issue de votre séjour, l'établissement doit vous remettre une note (facture) détaillée qui pourra d'ailleurs servir de justificatif pour votre assurance complémentaire.

Attention : certaines de ces prestations sont parfois regroupées sous des appellations commerciales comme « forfait », « pack », etc., ce qui entretient une certaine confusion avec le forfait hospitalier et qui ne permet pas toujours d'en connaître précisément le contenu.

Quelles prestations ne peuvent en aucun cas vous être facturées ?

Les dispositions du Code de la santé publique définissent les missions ordinaires des établissements de santé (délivrance et coordination des soins avec les membres des professions de santé, prévention et éducation à la santé, etc.). Elles ne peuvent faire l'objet d'une facturation supplémentaire.

La jurisprudence est venue préciser cette liste (appel d'un établissement de santé par un patient¹, démarche préalable de prise en charge auprès des assurances complémentaires, organisation des transferts vers le domicile ou vers d'autres structures d'accueil, réservations de transport et liaisons avec les services de soins à domicile², etc.).

Qu'en est-il chez les professionnels de santé libéraux ?

Afin de limiter les facturations abusives, la loi limite également les frais exigibles par les professionnels

² Jugement du tribunal administratif de Nancy 20 février 2020.

de santé conventionnés. C'est-à-dire qu'ils ont signé une convention avec les régimes obligatoires de l'assurance maladie (médecins généralistes et spécialistes, directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, certains auxiliaires médicaux dont les infirmiers et les masseur-kinésithérapeutes, etc.).

Ces professionnels ne peuvent exiger des patients que le paiement d'une somme correspondant à une prestation de soin. Lorsque le professionnel propose d'autres prestations au patient, il doit en afficher la liste et le prix de chacune d'elles. L'affichage ne doit pas faire douter le patient du caractère facultatif de la prestation.

Par exemple, le radiologue peut proposer à titre payant une prestation d'archivage numérique mais ne saurait l'imposer.

Textes de référence

Code de la santé publique – Articles : [L. 1111-3-4](#) - [L. 6111-1](#)

Code de la sécurité sociale - Articles : [L. 162-22-1](#) - [R. 162-27](#)

[Instruction n° DGOS/R1/2015/36 du 6 février 2015](#) relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé

Les éléments ci-dessus sont donnés à titre d'information. Ils ne sont pas forcément exhaustifs et ne sauraient se substituer aux textes officiels.



Vous avez rencontré un problème en tant que consommateur ?

Signalez-le sur www.signal.conso.gouv.fr, le site de la DGCCRF

Crédit photo : ©AdobeStock