2026

Santé Info Droits PRATIQUE

C.6.1

SÉCURITÉ SOCIALE

LE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

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 par l'établissement d'accueil. Il correspond, en pratique, aux frais liés à l'hébergement, c'est-à-dire aux 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...

CE QU'IL FAUT SAVOIR

A/ Quel est le montant du forfait hospitalier ?

Le montant du forfait hospitalier est déterminé par arrêté ministériel et correspond aujourd'hui à 23 euros par jour. Dans le cadre des hospitalisations en établissement psychiatrique, ce montant s'élève à 17 euros.

B/ Où le forfait est-il appliqué ?

- en établissements hospitaliers pour les séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie ;
- en établissements médico-sociaux ;
- en appartement de coordination thérapeutique (avec un montant minoré à 10% du forfait classique - cf. Article R174-5-2 du Code de la Sécurité sociale - CSS).

Il n'est pas appliqué au sein des unités ou centres de soins de longue durée, des établissements et services d'aide par le travail et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

C/ Dans quels cas le forfait hospitalier ne s'applique-t-il pas ?

- les séjours de moins de 24 heures sauf si ceux-ci sont à cheval entre deux jours calendaires (c'est-à-dire lorsque le patient est présent dans l'établissement à minuit) ;
- 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 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 vingt-deux semaines d'aménorrhée ou que le fœtus pèse plus de 500 g ;
- les soins délivrés aux victimes d'actes de terrorisme (article L169-2 du CSS) ;
- les hospitalisations à domicile.

D/ Qui paye le forfait hospitalier ?

Sauf exceptions expressément prévues par les textes, le forfait hospitalier n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire.
Il est donc à la charge de l'usager, y compris à celle de l'assuré reconnu en affection de longue durée par l'Assurance maladie.
Il existe cependant un certain nombre d'exceptions déterminées principalement par l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale (CSS).

CAS DE PRISE EN CHARGE DU FORFAIT HOSPITALIER

Enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ou s'il est hospitalisé en raison de son handicap	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale (art. L174-4 du CSS)
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)	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)
Donneurs d'éléments et de produits du corps humain	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale (art. L174-4 du CSS)
Titulaires d'une pension militaire d'invalidité et leurs ayants droit	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)
Nouveau-nés	Prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale en cas d'hospitalisations intervenant 30 jours après la naissance (sans limitation de durée)
Assurés sociaux du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de Moselle	Possibilité de prise en charge de tout ou partie par le régime local d'Assurance maladie (art. L174-4, D325- 1 et D325-6 du CSS)
Enfants prématurés hospitalisés dans un centre ou service spécialisé agréé, qu'ils soient ou non placés dans un incubateur	Prise en charge par l'Assurance maladie (Circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation)
Fonctionnaires hospitaliers	Prise en charge par l'établissement employeur en cas d'hospitalisation dans un établissement public (maximum 6 mois : art. 44 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986)
Bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS)	Prise en charge par la complémentaire (art. L861-3 2° du CSS)
Bénéficiaires de l'Aide médicale d'Etat (pour les mineurs sans conditions et les autres bénéficiaires sous certaines conditions)	Prise en charge par l'AME (art. L251-2 4° du Code de l'Action sociale et des familles)

A noter que les « contrats responsables » proposés par les complémentaires santé prennent en charge le forfait hospitalier sans limite de durée. C'est le cas notamment de tous les contrats agréés dans le cadre de la Complémentaire santé solidaire mais aussi des contrats de groupe obligatoire proposés par les employeurs.

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 *Santé Info Droits* pratique C.9.4 - L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie.

E/ 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 h le lundi et sortant le mardi à 11 h se verra imputer 2 forfaits journaliers. Ce principe comporte quelques exceptions mentionnées aux articles 4, 4 bis et 4 ter de l'arrêté du 19 février 2015 modifié par l'arrêté du 25 février 2016 :

- 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, seul le forfait de l'établissement d'accueil est facturé à l'usager.

POINT DE VUE

Depuis 1983, le forfait journalier hospitalier a été multiplié presque par 8, 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. France Assos Santé s'oppose à l'augmentation de ce forfait à la charge des usagers et a déposé un recours auprès du Conseil d'Etat contre les derniers décrets parus en février 2026, venant augmenter le forfait de 15%. Elle conteste également les 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. Si les complémentaires santé prennent en charge le forfait hospitalier, les cotisations sont chaque année plus élevées, notamment du fait des hausses successives de ce forfait. Par ailleurs, 4% de la population générale n'est pas couverte par une complémentaire santé, mais parmi les 20% de populations les plus pauvres ce chiffre monte à près de 12%. Les personnes les plus défavorisées sont donc les plus impactées par la hausse du forfait journalier hospitalier, pouvant rester intégralement à leur charge. 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 et R174-5 à R174-5-2 du Code de la Sécurité sociale
- Circulaire du 26 août 1993 relative aux modalités de mise en œuvre du 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 25 février 2016 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la Sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile (article 4, 4 bis et 4 ter)
- Arrêté du 21 décembre 2017 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale.

En cas de problème juridique lié à votre santé, préférez cette ligne à une recherche en ligne.

Des juristes répondent gratuitement
à vos questions en lien avec votre santé.

France Assos Santé
La voix des usagers

Défendre vos droits Vous représenter Agir sur les lois

Informations et actions sur france-assos-sante.org

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

La ligne d'information et d'orientation de France Assos Santé sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.
Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits

Santé Info Droits
01 53 62 40 30
La ligne de France Assos Santé

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

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

http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc

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

FP-2009-C.6.1-E8-26

© Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sous aucune forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photo-copie, enregistrement ou par quelque forme d'entreposage d'information ou de système de recouvrement, sans la permission écrite de France Assos Santé