



Paris, le 29 juillet 2014

Décision du Défenseur des droits MSP-2014-103

Le Défenseur des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n° 2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé;

Le Défenseur des droits a été saisi d'une réclamation relative à la facturation systématique, par un établissement de santé privé, d'un forfait d'assistance aux démarches administratives.

Dans le contexte exposé par la note récapitulative ci-jointe, le Défenseur des droits :

- recommande au groupe X de préciser sa pratique tarifaire consistant à facturer au patient des prestations pouvant être déjà couvertes par le tarif des prestations de l'établissement.
- recommande au groupe X de revoir la rédaction de son formulaire « Informations et Tarifs » dans des termes susceptibles de fournir suffisamment d'éléments d'information
- recommande au groupe X de réviser la rédaction dudit formulaire afin de recueillir une adhésion explicite du patient à la souscription d'un tel forfait.

Le Défenseur des droits demande au groupe X de rendre compte des suites données aux recommandations ci-dessus dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la présente décision.

Le Défenseur des droits informe la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) ainsi que le Ministre des affaires sociales et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, de cette décision.

Le Défenseur des droits

Jacques TOUBON

Décision relative à la facturation systématique d'un forfait d'assistance aux démarches administratives par un établissement de santé privé

Le Défenseur des droits a été saisi par Madame Y sur la facturation d'un forfait administratif par un établissement du groupe d'hospitalisation privé X.

Le formulaire « Informations et tarifs » de la polyclinique Z soumet à la signature du patient, au moment de son admission, de nombreuses mentions : chambre particulière, ligne téléphonique, lit accompagnant, repas accompagnant, et notamment une mention relative au forfait d'assistance aux démarches administratives :

-
- *Déclare être informé qu'un forfait de 9 € me sera demandé par séjour (qui correspond aux démarches administratives effectuées par la clinique pour la bonne prise en charge du séjour).*
-

Ce forfait administratif (démarches administratives effectuées par la clinique pour le compte du patient) varierait autour de 10€ et serait demandé au titre des démarches suivantes, effectuées ou non :

- Recherche des garanties auprès des complémentaires de santé,
- Demande de prise en charge auprès des complémentaires de santé,
- Démarches liées au retour à domicile,
- Gestion du transfert en taxi ou ambulance,
- Demande d'intervention d'une assistante sociale,
- Organisation d'un hébergement en maison de rééducation, ...

Dès lors qu'il ne lui apparaissait pas qu'un tel forfait soit facultatif et corresponde à une demande particulière du patient formulée par écrit, le Défenseur des droits a sollicité le groupe X qui lui a apporté son éclairage sur cette pratique.

A titre préliminaire et pour rappel, la loi prévoit l'acquittement par les assurés :

- Du forfait hospitalier (article L.174-4 du code de la sécurité sociale),
- Des dépassements d'honoraires le cas échéant tels que prévus par la convention médicale,
- D'un ticket modérateur correspondant à la partie des dépenses de santé restant à la charge de l'assuré après le remboursement de l'Assurance Maladie.
- Des suppléments « *pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale* » (article L.162-22-1 du code de la sécurité sociale).

C'est à ce titre que l'article R 162-32-2 du même code précise :

« Les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, mentionnées au 2° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en sus des prestations mentionnées au 1° des mêmes articles, sont les suivantes :

(...) 5° les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement.(...)

L'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée conformément aux dispositions de l'article L. 441-3 du code de commerce. »

- Le Défenseur des droits souhaite rappeler que le forfait d'assistance aux démarches administratives ne peut être facturé que s'il est destiné à financer une exigence particulière du patient.

Cette exigence doit faire l'objet d'une demande écrite et ne doit pas être déjà couverte par le tarif des prestations de l'établissement relatives aux groupes homogènes de séjours (GHS).

Dans sa réponse au Défenseur des droits, le groupe X mentionne à titre d'exemple de « *service rendu au patient* », les formalités accomplies par l'établissement soit lors de l'admission du patient pour sa prise en charge vis-à-vis des complémentaires de santé, soit lors de sa sortie, pour la gestion du retour à domicile, notamment le transfert en taxi ou en ambulance ou l'organisation d'un hébergement en maison de rééducation, ...

Le Défenseur des droits s'interroge sur l'opportunité de facturer de telles prestations aux patients ; le groupe X les considérant donc comme des « prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical » alors que notamment, l'organisation d'un hébergement en maison de rééducation ou le transport d'un patient en taxi ou en ambulance, lorsqu'il est prescrit par un médecin, sera considéré comme une prestation sanitaire afférente aux soins, prise dans le cadre du principe de continuité des soins, donc prise en charge par l'Assurance Maladie.

- D'autre part, le Défenseur des droits souhaite attirer plus particulièrement l'attention du groupe X sur la rédaction du formulaire-type par lequel ses établissements informent les patients de ce qu' « un forfait de 9€ leur sera demandé par séjour ».

Le Défenseur des droits recommande que le groupe X puisse définir clairement le terme « démarches administratives effectuées par la clinique pour la bonne prise en charge du séjour ».

Afin de s'assurer d'une information explicite du patient sur l'étendue de cette prestation, le Défenseur des droits recommande que soit revue la rédaction de ce paragraphe en ce sens.

- Enfin, afin de s'assurer du caractère non systématique du forfait et du consentement express du patient, le Défenseur des droits recommande que ce dernier ait la possibilité d'exprimer un refus de souscrire à ce dit forfait.

Or, dans le formulaire qui lui a été soumis lors de la saisine du Défenseur des droits, n'apparaît pas un tel choix pour le patient.

L'introduction de case à cocher « oui » ou « non », comme il est d'usage pour les prestations « chambre particulière, ligne téléphonique,... » pourrait être une solution alternative permettant de mettre en évidence le caractère parfaitement optionnel de la prestation.

Le Défenseur des droits recommande au groupe X de revoir la rédaction dudit formulaire afin de recueillir une adhésion explicite du patient à la souscription d'un tel forfait.

Au vu de ce qui précède :

C'est pourquoi le Défenseur des droits recommande au groupe X de préciser sa pratique tarifaire consistant à facturer au patient des prestations pouvant être déjà couvertes par le tarif des prestations de l'établissement.

Le Défenseur des droits recommande au groupe X de revoir la rédaction de son formulaire « Informations et Tarifs » dans des termes susceptibles de fournir suffisamment d'éléments d'information.

Le Défenseur des droits recommande au groupe X de réviser la rédaction dudit formulaire afin de recueillir une adhésion explicite du patient à la souscription d'un tel forfait.

Le Défenseur des droits informe la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) ainsi que le Ministre des affaires sociales et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, de cette décision.