

CABINET D'AVOCATS CORMIER - BADIN

67, rue de l'Université – 75007 PARIS
Tél. 01 53 81 05 52 - Fax. 01 53 81 00 94

Avocats à la Cour d'appel de Paris - Toque Palais : B 0713

Xavier BADIN
Docteur en droit
xb@cormier-badin.fr
Avocat associé

Maxence CORMIER
DEA droit public interne
DEA finances publiques et fiscalité
mc@cormier-badin.fr
Avocat associé

Jean-Michel de FORGES
Agrégré de droit public
jml@cormier-badin.fr
Avocat

Aude LECAT
M2 Droit de la santé
M2 Économie de la santé
al@cormier-badin.fr
Avocat

Luiza GABOUR
M2 Activités de soins et
responsabilité médicale
lg@cormier-badin.fr
Avocat

Antoine AUDOUIN
Diplômé de l'IEP de Rennes
M2 droit sanitaire et social
aa@cormier-badin.fr
Juriste

Aurélien GAUTRIAUD
M2 Droit public de l'économie
ag@cormier-badin.fr
Juriste

Jérémy ROTH
M1 Droit public
jr@cormier-badin.fr
Juriste

Benoît APOLLIS
Docteur en droit
ba@cormier-badin.fr
Consultant

Jean-Eric GICQUEL
Agrégré de droit public
jeg@cormier-badin.fr
Consultant

Paris, le 25 avril 2019

**Fédération de l'hospitalisation privée –
Soins de suite et de réadaptation**
Le Grand Prado
20, Allées Turcat Mery
13 008 Marseille

Par courriel à vrousset@fhp-ssr.fr

Madame la Déléguée aux affaires juridiques,

Faisant suite à la transmission le 23 avril 2019 de votre projet de circulaire à destination de vos adhérents et relative à la publication de cinq nouveaux arrêtés ministériels dans le cadre de la campagne tarifaire 2019, nous vous confirmons rejoindre votre analyse quant aux modifications apportées par l'arrêté du 16 avril 2019 modifiant l'arrêté du 25 février 2016 « *relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie (...)* ».

En effet, outre que cet arrêté crée trois forfaits supplémentaires correspondant à des suppléments transports dénommés ST1, ST2 et ST3, ce texte modifie également les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 25 février 2016 portant sur les conditions de facturation des prestations inter-établissement (PIE) et interactivités (PIA).

En particulier, le 3° de cet article 2, applicable à l'ensemble des établissements SSR privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale, a été ainsi modifié :

« Lorsqu'au cours d'un séjour le patient est transféré pour une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement, ou au sein du même établissement dans une unité médicale telle que définie aux annexes des arrêtés du 29 juin 2006 et du 30 juin 2011 susvisés, ne relevant pas du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les prestations ou les actes et consultations externes prévues à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale réalisés au cours du transfert sont facturés aux régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement d'accueil indépendamment de la facturation des prestations réalisées au cours du reste du séjour par l'établissement d'origine, qui interrompt toute facturation liée au séjour durant la période du transfert. »

Lorsque ce transfert comporte une nuitée dans l'établissement dans lequel le patient a été transféré, l'établissement d'origine ne facture, le jour du transfert, ni les forfaits prévus à l'article 1^{er}, ni le forfait journalier. Le décompte de journée s'effectue à chaque présence du patient à minuit ».

Or, l'article L. 162-22 du Code de la sécurité sociale susmentionné dispose pour sa part :

« Les établissements de santé autorisés en application de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique sont financés :

1° Pour les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, conformément à l'article L. 162-22-6 du présent code ;

2° Pour les activités de psychiatrie, conformément à l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et conformément à l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 ;

3° Pour les activités réalisées dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés à l'article L. 174-5, conformément à l'article L. 174-1 ;

4° Pour les activités de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article L. 162-23-1 ».

Moyennant quoi, ce sont bien tous les établissements de santé, quel que soit leur statut juridique, qui sont visés par ce dernier article et répartis en quatre « *champs d'activité* » différents, pour reprendre ici les termes du 3° de l'article 2 de l'arrêté du 25 février 2016 précité.

Par conséquent, l'ensemble des établissements relevant de l'application de cet article doivent pouvoir bénéficier de ses dispositions ainsi que, pour les actes et consultations externes, de celles du 7° de l'article 1^{er} de l'arrêté du 25 février 2016, c'est-à-dire la facturation d'un « *supplément transport dénommé ST2 (...) par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe réalisé dans les conditions du 3° de l'article 2* ».

Il en ressort que le nouveau texte n'exclut pas, ni même ne fait référence aux régions d'implantation des établissements de SSR en cause (notamment pas celles dont les tarifs ont été historiquement fixés comme « tout compris ») ou encore aux régimes de tarification antérieurs de certains d'entre eux (« ex-PJP » notamment). Désormais, tous les établissements titulaires d'une autorisation d'activité de SSR mentionnée au 5° de l'article R. 6122-25 du Code de la santé publique devraient donc pouvoir bénéficier de dispositions de l'arrêté du 25 février 2016, telles que modifiées en avril 2019.

Demeurant naturellement à votre disposition pour toute information complémentaire que vous jugeriez utile à court ou à plus long terme, nous vous prions d'agréer, Madame la Déléguée aux affaires juridiques, l'expression de notre meilleure considération.