

LES TRANSFERTS ET LES TRANSPORTS DE PATIENTS

SYNTHÈSE

CE QUE DISENT LES TEXTES



La facturation en cas de transferts de patients

L'article 2 de 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 (...)* », applicable depuis le 1^{er} mars 2016, modifie et précise les règles de facturation des transferts de patients.

Il distingue deux types de transfert :

- **Transfert définitif** : tout transfert d'une durée supérieure à deux jours.
- **Transfert provisoire** : tout transfert d'une durée inférieure à deux jours (au plus une nuitée).

À noter que le décompte de journée s'effectue à chaque présence du patient à minuit et qu'en cas de prise en charge partielle du transport par le patient, l'établissement financeur devra réaliser un recouvrement correspondant à cette part.

Dans sa « notice technique » publiée le 6 juin 2016¹, l'ATIH a détaillé les nouvelles dispositions réglementaires, issues de l'arrêté du 25 février 2016, pour les transferts provisoires.

On distingue :

- **Les prestations inter établissements (PIE)** : transfert d'un établissement vers un autre établissement relevant du même champ d'activité (ex : PSY vers PSY).
- **Les prestations inter activités donnant lieu à une admission (« PIA Séjours »)** : transfert d'un établissement vers un autre établissement ne relevant pas du même champ d'activité (ex : PSY vers MCO).
- **Les prestations inter activités donnant lieu à un acte ou consultation externe (« PIA Externes »)** : transfert d'un établissement vers un autre établissement ne relevant pas du même champ d'activité (ex : PSY vers MCO).

¹ https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2916/notice_technique_atih_ndegcim-mf-408-2-2016.pdf

Concernant les « PIA Séjours », l'assurance maladie a résumé le dispositif de facturation dans une fiche technique². Pour les cliniques de psychiatrie :

- **Cas d'un séjour en psychiatrie avec un transfert en MCO sans nuitée** (sans présence à minuit dans l'établissement d'accueil) :



Prix de journée : facturation tous les jours sauf le jour de sortie définitive.

Forfait journalier : facturation tous les jours.


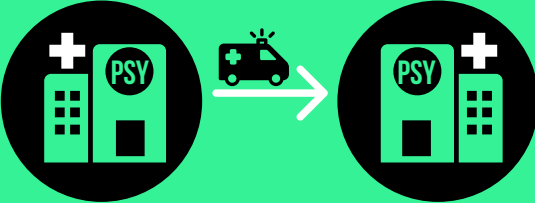
- **Cas d'un séjour en psychiatrie avec un transfert en MCO d'une nuitée** (avec présence à minuit dans l'établissement d'accueil) :



Prix de journée : facturation tous les jours sauf le jour de transfert et de sortie définitive.

Forfait journalier : facturation tous les jours sauf le jour de transfert.

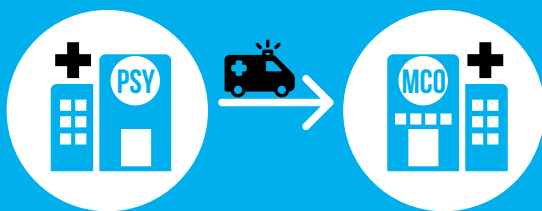
Les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 25 février 2016 peuvent être reprises ainsi :

ARRÊTÉ 25 FÉVRIER 2016, ART. 2	RÈGLES DE FACTURATION
 TRANSFERT DÉFINITIF	<ul style="list-style-type: none">• Transfert pour une durée supérieure à deux jours dans un autre établissement ou dans une unité de soins.• Seules les prestations réalisées au sein de l'établissement ou de l'unité médicale dans laquelle le patient est transféré sont facturées le jour du transfert.
PRESTATIONS INTER-ÉTABLISSEMENTS (PIE) 	<ul style="list-style-type: none">• Transfert pour une durée de moins de deux jours dans un autre établissement relevant du même champ d'activité (ex : PSY vers PSY).• L'ensemble des prestations dont le patient a bénéficié au cours de son séjour, y compris celles réalisées au sein de l'établissement prestataire, sont alors facturées par l'établissement d'origine au moyen du bordereau S3404 (11° de l'article R. 161-42 CSS).• Au cours de la prise en charge dans l'établissement prestataire, la présence du patient à minuit donne lieu à facturation du forfait journalier correspondant par le seul établissement d'origine.• L'établissement d'accueil peut facturer quant à lui, sur le fondement de la convention de transfert, l'établissement d'origine pour le montant correspondant aux actes prodigués au patient.

² https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FI_PIA.pdf

PRESTATIONS INTERACTIVITÉS

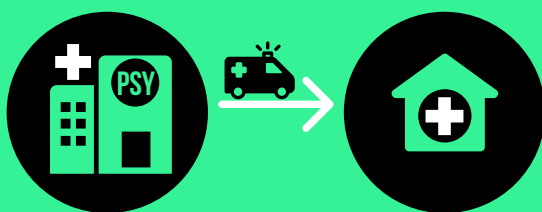
(« PIA Séjour » selon l'ATIH)



- Transfert pour une durée de moins de deux jours dans un autre établissement ne relevant pas du même champ d'activité (ex : PSY vers MCO).
- L'établissement d'origine interrompt toute facturation liée au séjour durant la période du transfert.
- L'établissement d'accueil facture directement aux régimes obligatoires d'assurance maladie les prestations d'hospitalisation réalisées au cours 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 prix de journée, ni le forfait journalier.

ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

(« PIA Externes » selon l'ATIH + CE, 26 octobre 2017, req. n° 403764)



- Les actes et consultations externes (ACE) réalisés au profit des patients hospitalisés ne sont pas pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale au titre des prestations d'hospitalisation, l'arrêté du 25 février 2016 ne leur est donc pas applicable.
- **Les ACE** réalisées lors d'un transfert de moins de deux jours dans un autre établissement ne relevant pas du même champ d'activité **sont facturables** aux caisses d'assurance maladie **par l'établissement d'origine** au moyen du bordereau S3404 (11° de l'article R. 161-42 CSS) alors même que ces actes et consultations ont été effectués dans un autre établissement.
- L'établissement d'accueil peut alors facturer l'établissement d'origine pour le montant correspondant aux ACE sur le fondement de la convention de transfert.

La facturation des transports de patients

Les règles de financement du transport en cas de transfert de patient entre établissements viennent récemment d'évoluer.

Actuellement et jusqu'au 1^{er} octobre 2018, date d'entrée des nouvelles disposition législatives et réglementaires, les transports de patients entre établissements sont financés d'une part, par l'assurance maladie via l'enveloppe des soins de ville (transferts provisoires pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie / transferts définitifs entre deux entités juridiques) et d'autre part, par le budget des établissements de santé (transfert provisoires hors séances / transfert entre deux entités géographiques d'une même entité juridique).

L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 80 la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, dispose désormais que les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs de prestations de ce dernier³.

Ainsi, cet article confie aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble de ces transports, inter et intra hospitaliers, provisoires ou définitifs.

Ce texte, qui entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2018, a été précisé par le décret du 15 mai 2018 et la note d'information du 19 mars 2018.

Tout d'abord les prestations de transport seront facturées à l'établissement prescripteur dans les conditions définies au contrat liant l'établissement au prestataire de transport.

En ce qui concerne les établissements de santé autorisés en psychiatrie, le décret du 15 mai 2018 précise que les dépenses de transports seront prises en charge dans les tarifs de prestations d'hospitalisation de l'article L.162-22-1 1° du code de la sécurité sociale.

Au total, l'établissement « en charge de la prescription médicale de transport » sera l'établissement « depuis lequel le patient est transféré ». Dans ce cadre, un transport réalisé pour un patient hospitalisé en psychiatrie pour une consultation somatique sera à la charge de l'établissement psychiatrique.

Ensuite, le texte détermine :

Les cas où l'établissement à l'origine de la prescription de transport devra prendre en charge les dépenses de transport :

- Transports réalisés au sein d'établissements relevant d'une même entité juridique ;
- Transports réalisés entre deux entités juridiques ;
- Transports réalisés au cours d'une permission de sortie (sauf exigence particulière du patient) ;
- Transports en vue d'une prestation de soins en dehors de l'établissement (durée inférieure à deux jours, et sauf pour séance de radiothérapie en libéral ou centre de santé).

Les cas où, par exception, les dépenses de transports resteront prises en charge directement par l'assurance maladie :

- Transports à partir ou vers le domicile (ce qui concerne les prestations en hospitalisation de jour notamment) ;
- Transports entre deux établissements (relevant ou non d'une même entité juridique) pour hospitaliser un patient n'ayant pas encore bénéficié d'une prestation d'hospitalisation ;
- Transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (sauf SMUR) ;
- Transports par avion ou bateau ;
- Transports prescrits par les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) (sauf soins prévus dans le protocole de soins ou non prévus lorsque l'état du patient le justifie) ;
- Transports vers et depuis une unité ou un centre de soins de longue durée (USLD) (sauf si même entité géographique) ;
- Transports vers et depuis un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (sauf si même entité géographique).

³ « Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs des prestations mentionnés au 1° des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 et à l'article L. 162-23-1 ou dans la dotation mentionnée à l'article L. 174-1. Un décret précise les conditions d'application du présent article. »

Par ailleurs, la réforme confirme que les transports effectués par les SMUR sont pris en charge au titre des missions d'intérêt général (MIG), ce qu'un décret est venu réaffirmer en mars 2017.

Cependant, de manière dérogatoire, il prévoit que ce sera à l'établissement d'accueil de prescrire le transport et par conséquent d'en assurer la responsabilité financière dans deux cas :

- Lorsque le patient sera transféré pour une durée inférieure à deux jours vers un autre établissement pour y recevoir une prestation d'hospitalisation relevant d'un champ d'activité différent (PIA Séjour). Ceci est par exemple le cas pour les séances de sismothérapie réalisée en établissement de santé MCO et faisant l'objet d'une facturation d'un GHS ;
- Lorsque le patient sera transféré pour une durée inférieure à deux jours vers un autre établissement pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, radiothérapie ou de dialyse en centre.

En synthèse sur ce dispositif, les règles de facturation des transports à compter du 1^{er} octobre 2018 sont les suivantes :

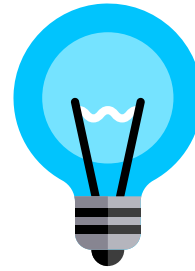
TRANSFERTS À LA CHARGE DE L'ÉTABLISSEMENT DE PSYCHIATRIE	Transferts de plus de 48 heures entre établissements (transferts définitifs).
	Transferts provisoires vers un cabinet de ville ou un établissement de champ différent pour un acte ou consultation externe.
	Transport pour permission de sortie si raison thérapeutique.
TRANSFERTS À LA CHARGE DE L'ÉTABLISSEMENT DE CHAMP DIFFÉRENT	Transfert provisoire vers un établissement de champ différent faisant l'objet d'une facturation de PJ ou GHS.
	Transport provisoire pour réalisation d'une séance de dialyse hors centre, d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie.



Facturations considérées comme irrégulières par l'assurance maladie, c'est-à-dire contrevenant à une ou plusieurs des dispositions précitées ; notamment toute facturation méconnaissant les dispositions de l'article 2 de l'arrêté du 25 février 2016 tel qu'interprété par l'ATIH et le Conseil d'État.

- Rejet possible des facturations.
- Action en répétition d'indus possible pour les caisses d'assurance maladie sur le fondement de l'article L. 133-4 du CSS (à la suite d'un contrôle de la facturation de l'établissement).
- Sanctions financières supplémentaires prononcées par le directeur de l'organisme d'assurance maladie pouvant aller jusqu'à 50 % des sommes considérées comme indument facturées (art. L. 114-17-1 du CSS).

RECOMMANDATIONS ET BONNES PRATIQUES



- Il est recommandé de **ne produire qu'un seul RPS** englobant la période de suspension de l'hospitalisation (transfert de moins de deux jours).
- **Établir des procédures adaptées** afin que les services et personnels concernés respectent les dispositions précitées et puissent concrètement établir les bordereaux de facturation.
- **Procéder à un audit** des conventions de transfert de patients existantes afin d'en revoir les clauses potentiellement contraires aux textes applicables.
- **Convenir avec les partenaires contractuels potentiels** des conventions de transfert de patients régulières s'agissant de la facturation des prestations délivrées.



David CASTILLO
Délégué Général FHP-Psychiatrie
david.castillo@fhp-psy.fr
Publication - Juin 2018