

FAQ : transports et prise en charge

Version en date du 16 octobre 2018

La présente fiche a pour objet de compiler les questions formulées par les acteurs (ARS, organismes d'assurance-maladie, établissements de santé, fédérations hospitalières, transporteurs) afin de faciliter l'application de la réglementation et d'en garantir l'homogénéité.

Sommaire :

Glossaire	2
Périmètre de l'article 80.....	6
Notion d'établissement prescripteur (assumant la charge du transport entre deux établissements)	15
Facturation des suppléments (couverture des dépenses de transports prescrits par des établissements de santé MCO)	23
Transports et dialyse	27
Autres (TVA, CAQES ...).	32

Glossaire

A ...

- **Actes et consultations externes** : désignent des actes et consultations en établissement de santé réalisés au bénéfice d'un patient non hospitalisé dans des conditions identiques à une prise en charge en ville. Le transport d'un patient pris en charge en externe vers un autre établissement de santé ne rentre pas dans le champ d'application de l'article 80.

E ...

- **Entité géographique** : les entités géographiques sont des lieux de « production », c'est-à-dire des lieux : caractérisés par un ensemble de structures physiques partageant des infrastructures communes ; exerçant une activité homogène (sanitaire ou médico-sociale ou formation).

Une entité géographique s'entend par ailleurs comme un ensemble parcellaire relevant d'une même entité juridique et composé de bâtiments contigus pouvant être ou non séparés par une ou plusieurs voies publiques. **Une entité géographique dispose d'un Finess géographique (numéro d'immatriculation) qui lui est propre.**

Dans le secteur public, l'entité géographique ne dispose d'aucune autonomie juridique (fonction dévolue à l'entité juridique). Dans le secteur privé, la majeure partie des entités géographiques existantes dispose d'une autonomie budgétaire et juridique.

La notion « d'entité géographique » se confond avec celle « d'implantation géographique ».

- **Entité juridique** : la définition varie selon le secteur. Dans le secteur public, l'entité juridique constitue l'entité disposant de la personnalité morale (ce dont ne disposent pas les entités géographiques). L'entité juridique y est totalement autonome, possède un conseil d'administration, une direction et est maîtresse de sa décision.

Dans le secteur privé, les attributs sont variables (fonction de leurs conventions constitutives)

H ...

- **Hospitalisation** : cette notion recouvre les cas suivants :
 - l'hospitalisation complète — dont l'hospitalisation de semaine ;
 - l'hospitalisation à temps partiel — dont l'hospitalisation de jour et de nuit, l'anesthésie et la chirurgie ambulatoire ;
 - les séances pour chimiothérapie, dialyse, radiothérapie, transfusion sanguine et aphasie sanguine, séances en caisson hyperbare
 - les passages en unité d'hospitalisation de courte durée au sein des services d'urgences (UHCD).

Il ne faut donc pas confondre la prise en charge d'un patient en établissement de santé et son hospitalisation.

Ainsi, un patient pris en charge en établissement de santé pour la réalisation d'une consultation externe n'a pas le statut de patient hospitalisé. Il en est de même s'agissant de patients pris en charge aux urgences d'un établissement de santé (sauf cas de figure des prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée).

A noter qu'un patient bénéficiant d'une séance (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie) a systématiquement le statut d'hospitalisé. De même, un patient pris en charge en unité d'hospitalisation à courte durée (UHCD) a le statut d'hospitalisé.

I ...

- **Implantation géographique :** la notion d'implantation géographique, en l'absence de définition réglementaire opposable, renvoie à la notion d'entité géographique, caractérisée par un numéro finess géographique. Cette organisation est donc propre à chaque établissement. Dans la mesure où il est attribué un numéro Finess géographique distinct aux EHPAD et USLD rattachés à un établissement de santé, ces structures relèvent de fait d'une implantation géographique différente de celle des activités du champ MCO, SSR et psychiatrie.

P ...

- **Permission de sortie (nouvelle rédaction) :** L'article R. 1112-56 du CSP prévoit que les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie. Ces permissions ont une durée maximale de quarante-huit heures.

Le décompte des 48h de permission est fondé sur la base de la règle de la présence à minuit : le patient peut donc être absent deux jours et une nuit. Si le patient n'est pas rentré en temps voulu il est considéré comme sortant. Dès lors, une « permission » débutant le vendredi et se clôturant le lundi ne peut être assimilée à une permission de sortie. Dans ce cas de figure, un premier séjour est clôturé le vendredi et un second séjour est ouvert le lundi.

Si une permission nécessite systématiquement l'avis du directeur après avis du médecin chef de service, elle peut être délivrée pour satisfaire diverses exigences (motif médical, organisationnel ou pour convenance personnelle du patient).

- **Prescripteur assumant la charge du transport :** comme indiqué à l'article D. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, les prestations de transports sont prises en charge par l'établissement prescripteur qui, dans la très grande majorité des cas, correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré (les deux seules exceptions sont les suivantes : transferts relevant d'une PIA séjour, ou transferts liés à la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie).

C'est au prescripteur qu'il revient d'identifier le moyen de transport le plus adapté à l'état de santé du patient.

En cas de prescription d'un transport pour transfert provisoire, le prescripteur prescrit l'aller et le retour. Il doit donc s'assurer du moyen de transport le plus adapté pour l'aller, mais également pour le retour (moyen pouvant différer).

- **Prestations inter-établissement (PIE) :** les PIE correspondent aux transferts des patients d'un établissement A vers un établissement B qui répondent aux caractéristiques suivantes :

- Le patient est transféré pour la réalisation d'une prestation dans un autre établissement. On entend ici par « autre établissement » une autre entité géographique (appartenant ou non à la même entité juridique) ;
- Le séjour en B dure au plus 48 heures (soit une nuitée maximum), après quoi le patient retourne dans l'établissement A d'origine ;
- Les prestations réalisées dans les établissements A et B relèvent du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du CSS (MCO, SSR, psychiatrie, USLD) ;

- **Prestations interactives (PIA) :** les PIA correspondent aux transferts du patient qui répondent aux caractéristiques suivantes :

- Le patient transite provisoirement d'une unité d'hospitalisation demandeuse A vers une unité prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation : la prestation peut donc être externe (PIA externe) ou d'hospitalisation (PIA séjour) ;
- L'unité B peut appartenir à la même entité géographique que l'unité A ou relever d'une autre entité géographique (de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique).
- Le passage dans l'unité B dure au plus deux journées civiles (soit une nuitée maximum), après quoi le patient retourne dans l'unité A d'origine ;
- Les prestations réalisées dans les établissements A et B relèvent de champs d'activité distincts au sens de l'article L. 162-22 du CSS (MCO, SSR, psychiatrie, USLD) ;

Il convient par ailleurs de distinguer :

- Les PIA donnant lieu à admission du patient en hospitalisation. Ces PIA sont qualifiées de « PIA séjours » et obéissent au régime décrit infra.
- Les PIA de types « actes et consultations externes ». Ces PIA sont qualifiées de « PIA externes » et ne doivent pas faire l'objet d'une facturation à l'assurance maladie. Leur facturation suit par conséquent les mêmes règles que celles définies pour les PIE.

- **Prestation d'hospitalisation** : cette notion se confond avec la notion d'hospitalisation. Elle ne doit pas être confondue avec la notion de « Prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation ».

S'agissant du champ MCO, sont incluses les prestations donnant lieu à la facturation d'un GHS séjour ou d'un forfait D séance.

- **Prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation** : désigne des prestations réalisées uniquement au sein d'établissement de santé mais s'adressant à une patientèle non hospitalisée. Au sens du présent document, cette catégorie est assimilable aux actes et consultations externes.

Sont ici notamment visées les prises en charge non suivies d'hospitalisation (donnant lieu à ATU ou encore à forfait FFM ou FSE). Les prestations associées à ces prises en charge relèvent de la catégorie des prestations hospitalières non suivies d'hospitalisation

Les transports entre deux établissements effectués suites à la réalisation de ces prestations ne sont pas inclus dans le périmètre de l'article 80.

Autrement dit et s'agissant du champ MCO, seuls les transports inter établissement faisant suite à la réalisation d'une prestation donnant lieu à la facturation d'un GHS séjour ou d'un forfait D séance sont concernés par la réforme de l'article 80.

- **Prestation pour exigence particulière du patient** : Coexistent à côté des prestations prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des prestations dites pour exigence particulière du patient, dénuées de fondement médical, qui sont directement facturées au patient sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale dans la mesure où elles ne sont pas réalisées au titre des activités de soins des établissements de santé.

Ces prestations sont limitativement énumérées par les dispositions de l'article R. 162-27 du CSS et leurs modalités de facturation par les établissements de santé relèvent des dispositions du code de la sécurité sociale ainsi que des règles spécifiques du droit commercial et du droit de la consommation régissant les relations entre professionnels et consommateurs.

La notion de prestation « pour convenance personnelle du patient » se confond avec celle de prestation « pour exigence particulière du patient ».

Dans le présent contexte, le recours à un prestataire de transport pour une permission de sortie répondant à la définition d'une prestation pour exigence particulière du patient doit être facturé au patient.

T ...

- **Transfert définitif** : Le patient hospitalisé dans un établissement est transféré dans un autre établissement (au sens d'entité géographique) que celui-ci appartienne ou non à la même entité juridique pour y séjourner en hospitalisation pour une durée de plus de 48 heures. Ce deuxième séjour peut être motivé par la nécessité de recourir à une spécialité non présente au sein du premier établissement (transfert pour intervention cardiaque par exemple) ou par la nécessité de suites d'hospitalisation à proximité du domicile du patient (transfert du MCO vers le SSR par exemple).

La notion de transfert ne doit pas être confondue avec le transport : le transfert correspond à un mode d'entrée ou de sortie d'un patient. Le transport correspond à une modalité de transfert.

- **Transfert provisoire** : On désigne par transfert provisoire une situation dans laquelle un établissement de santé a recours au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement de santé, relevant ou non de la même entité juridique, pour assurer aux patients des soins ou des examens qu'il ne peut pas effectuer lui-même.

Le patient doit séjourner moins de 48h (une nuitée au plus) dans l'établissement B pour que le transfert depuis l'établissement A vers l'établissement B soit considéré comme provisoire.

S ...

- **Structure libérale** : désigne l'ensemble des structures d'exercice libéral, à savoir les cabinets libéraux ainsi que les maisons de santé pluri professionnelle.
- **Supplément tarifaire** : les suppléments forfaitaires sont facturés en sus du GHS pour des séjours en MCO. Ces suppléments sont soumis au coefficient géographique (mais également au coefficient prudentiel).
- **Supplément tarifaire TDE** : les transferts définitifs entre deux entités géographiques génèrent la facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au séjour « transport définitif » - supplément TDE.

Ce supplément est facturable selon les règles de la tarification à l'activité dès lors qu'un transfert définitif depuis un établissement MCO vers une entité géographique distincte (identifiée par un autre numéro Finess) est réalisé. La facturation de ce supplément est générée automatiquement dès lors que les données PMSI se rapportant au séjour du patient identifient un séjour connexe ou contigu.

- **Supplément tarifaire TSE** : les transferts provisoires pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie génèrent la facturation par l'établissement prestataire d'un supplément au séjour « transport séance » - supplément TSE,).

Ce supplément couvre les charges induites par le transport aller ainsi que par le transport retour.

Aucun supplément n'est facturable en cas de transfert provisoire pour un motif autre que les séances de chimiothérapie, dialyse et radiothérapie ainsi qu'en cas de permission de sortie.

I. Périmètre de l'article 80

Pour rappel, si le principe général est que tout transport d'un patient déjà hospitalisé n'est plus facturable à l'assurance maladie mais pris en charge par l'établissement prescripteur, plusieurs exceptions ont été introduites à l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale :

- les transports réalisés entre deux établissements en avion ou en bateau ;
- les transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale d'urgence ;
- les transports réalisés par le SMUR ;
- les transports de patients non hospitalisés ;
- les transports prescrits par une structure d'HAD sauf exception
- les transports depuis ou vers un EHPAD sauf exception ;
- les transports depuis ou vers une USLD sauf exception ;
- les transports provisoires pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral.

1.1. Lorsque le patient sort définitivement pour rentrer à son domicile, le transport prescrit par l'établissement est-il à la charge de l'Assurance Maladie ?

Les transports liés à un retour définitif du patient à son domicile, entre l'établissement et le domicile du patient, n'entrent pas dans le champ d'application de cette mesure. Ils sont donc facturables à l'Assurance Maladie, dans les conditions de droit commun.

**
*

1.2. Les transports d'un patient non hospitalisé vers un établissement pour une admission en hospitalisation demeurent-ils pris en charge par l'assurance maladie ?

Les transports d'un patient non hospitalisé (depuis son domicile vers un établissement de santé, ou entre deux établissements) demeurent pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

Cela est notamment le cas des transferts de patients non hospitalisés, entre deux entités géographiques relevant d'une même entité juridique (exemple : transfert d'un patient non hospitalisé depuis un service d'accueil aux urgences vers un autre établissement, quand bien même les deux structures relèvent d'une même entité juridique).

**
*

1.3. S'agissant des transports par avion ou par bateau de patients hospitalisés, quid de la prise en charge du transport terrestre en amont et en aval du trajet aérien ou maritime ?

Deux cas de figures doivent être distingués :

(1) Le transport par avion / par bateau est médicalisé et s'apparente à une EVASAN (transport de patient médicalisé, régulé par le SAMU, sur une grande distance, entre la métropole et l'outre-mer ou entre territoires d'outre-mer).

Dans ce cas de figure, les transports terrestres entre l'établissement de santé et l'aéroport / le port peuvent être assurés :

- par un SMUR : à ce titre pris en charge par la dotation MIG dédiée
- par un transport régulé par le « SAMU – centre 15 » : même si le patient est hospitalisé au moment du transport, celui-ci est réalisé dans le cadre de l'aide médicale urgente et est ainsi

facturé à l'Assurance maladie, dans les règles de droit commun (transport hors du périmètre de l'article 80).

(2) Le transport par avion / par bateau n'est pas médicalisé (le patient est uniquement accompagné d'un professionnel de santé non médical).

Dans ce cas de figure, le patient étant hospitalisé au moment du transport, en l'absence de régulation médicale par le SAMU, le transport (depuis l'établissement demandeur vers l'aéroport/ le port puis de l'aéroport/ le port vers l'établissement de recours) est à la charge de l'établissement depuis lequel le patient est transféré. Si cet établissement relève du champ MCO, alors il pourra facturer en sus de son GHS le supplément tarifaire TDE.

**
*

1.4. Le transport sanitaire (y compris pédiatrique) effectué dans le cadre de l'aide médicale urgente à la demande du SAMU-Centre 15 demeure facturable par le transporteur à l'Assurance maladie. Cela signifie-t-il que si le SAMU-Centre 15 définit le mode de transport, ce dernier est la charge de l'Assurance maladie ?

Oui, dès lors que le mode de transport est prescrit par le SAMU-Centre 15, la dépense est à la charge de l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun.

La prescription CERFA est dans ce cas de figure établie par le SAMU-centre 15. Ces transports font donc l'objet d'une facturation du transporteur à l'Assurance Maladie (et permettent aux transporteurs de bénéficier, en sus du tarif conventionnel, d'un supplément pour un transport d'urgence).

**
*

1.5. Les transports depuis une structure d'hospitalisation à domicile sont-ils systématiquement facturables à l'Assurance Maladie ? Dans quels cas sont-ils pris en charge par la structure d'hospitalisation à domicile ?

La réforme dite de l'article 80 a entériné les modalités de prise en charge des transports de patients en hospitalisation à domicile.

(1) Pour savoir qui prend en charge le transport d'un patient hospitalisé à domicile, il convient en premier lieu de se poser la question de la structure en charge de la prescription. Pour ce faire, il est nécessaire de faire référence aux règles de droit commun, définies à l'article D. 162-17-2 du code de la sécurité sociale.

La règle générale est la suivante : en cas de transfert, définitif ou provisoire d'un patient depuis son domicile vers un autre établissement de santé, il revient à l'établissement HAD de prescrire le transport.

Cette règle connaît deux exceptions :

- Les transferts provisoires pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse en centre ;
- Les transferts provisoires entre deux champs d'activités différents (en l'occurrence, vers le SSR ou la PSY) pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation.

Ces deux types de transports doivent être prescrits par l'établissement prestataire et non par la structure HAD.

(2) Une fois l'établissement prescripteur connu, il convient de savoir si le transport est facturable ou non à l'Assurance Maladie.

- S'agissant des transports prescrits par un établissement d'hospitalisation à domicile, ils sont facturables à l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun sauf :
 - lorsque la prestation motivant le transport a été inscrite dans le protocole de soins ;
Ou
 - lorsque la prestation motivant le transport est en lien avec le mode de prise en charge en cours au moment de la prescription.

Autrement dit, le transport est facturable à l'Assurance Maladie lorsque la prestation nécessitant le transfert est sans lien avec le motif d'hospitalisation à domicile (pathologie intercurrente).

- S'agissant des transports prescrits par un établissement prestataire, c'est ce dernier qui doit assumer la charge du transport (indépendamment du fait que le patient provienne d'une structure d'hospitalisation à domicile).

**
*

1.6. Les transports depuis un établissement d'hospitalisation à domicile pour la réalisation de séances sont-ils facturables à l'Assurance Maladie ou pris en charge par l'établissement prescripteur ?

Ce ne sont pas les transports de patients hospitalisés à domicile qui ont été exclus du périmètre de l'article 80 mais bien les prescriptions de transport générées par une structure d'hospitalisation à domicile.

Dès lors, peu importe que le patient soit ou non hospitalisé à domicile, il convient systématiquement de s'interroger sur la nature de l'établissement prescripteur.

Pour ce faire il convient de se rapporter à l'article D. 162-17-2 du code de la sécurité sociale. Si en règle générale, l'établissement prescripteur correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré, tel n'est pas le cas s'agissant des transferts pour la réalisation de séance de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse en centre.

Dans ce cas de figure, c'est bien l'établissement réalisant la séance qui est juridiquement considéré comme prescripteur. Le transport (aller comme retour) est donc sa charge¹. L'établissement réalisant la séance de dialyse peut par ailleurs facturer à l'Assurance Maladie, en sus de son GHS, le supplément tarifaire TSE dédié.

S'agissant du cas particulier des séances de dialyse hors centre, est considérée comme prescrivant le transport la structure depuis laquelle le patient est transféré. Concernant des patients hospitalisés à domicile, la structure d'hospitalisation à domicile est donc considérée comme ayant prescrite le transport. Ce transport est donc facturable à l'Assurance Maladie sauf lorsque la prestation de dialyse était inscrite au protocole de soins ou si cette prestation de dialyse a un lien avec le mode de prise en charge en cours au moment de la prescription (auquel cas, le transport sera à la charge de la structure d'hospitalisation à domicile).

**
*

1.7. Nouvelle rédaction : Quelle prise en charge des transports depuis et vers un EHPAD ou un USLD?

Principe générale : les dépenses de transports depuis ou vers un EHPAD/ USLD ont été exclues du périmètre de la réforme dite de l'article 80.

¹ La seule exception est la suivante : en cas de transfert vers une structure d'exercice libéral ou un centre de santé pour la réalisation d'une séance de radiothérapie, le transport demeure facturable à l'Assurance Maladie.

Autrement dit, cela sous-tend que ces transports demeurent régies selon les conditions antérieures à la mise en œuvre de la réforme à savoir une prise en charge par l'assurance maladie selon les conditions définies à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

Cela ne veut donc pas dire que tous les transports depuis ou vers un EPHAD / USLD sont prise en charge par l'assurance maladie (à titre d'illustration, les transports liées à des permissions de sortie depuis un USLD ne peuvent être facturables à l'assurance maladie, aucune base réglementaire ne légitimant la couverture de telles charges).

Explicitation : Les transports depuis un EHPAD (ou une USLD) vers une structure MCO ou depuis une structure MCO vers un EHPAD (ou une USLD) demeurent facturables à l'Assurance Maladie. Ils sont exclus du champ de la réforme par principe, car il ne s'agit pas de transport inter-hospitalier, dans la mesure où l'EHPAD est considéré comme le domicile du patient qui y réside.

Demeure cependant une exception lorsque l'EHPAD appartient à une structure hospitalière et relève de la même entité géographique.

Si l'EHPAD et la structure MCO de transfert sont situées sur le même site géographique (autrement dit : les deux structures appartiennent à la même entité juridique et relèvent de la même entité géographique), tous les transferts réalisés, aller comme retour, sont à la charge de l'établissement.

A noter que l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale (définissant le périmètre des dépenses de transport à la charge des établissements de santé) exclut les transports depuis et vers un EHPAD à l'exception des transports réalisés entre deux établissements relevant d'une même implantation géographique. La note d'information quant à elle n'utilise pas le terme d'implantation géographique mais le terme d'entité géographique. *In fine*, ces deux notions se regroupent et elles se caractérisent techniquement par un finess géographique commun à la structure sanitaire et à la structure médico-sociale.

Ce cas de figure (mobilisation d'un transport entre un établissement de santé et un EHPAD situé sur le même site géographique) semble toutefois relativement théorique :

- D'une part, ce type de transfert ne devrait pas nécessiter la mobilisation d'un transport sanitaire mais plutôt relever d'un brancardage sur le site géographique. Si l'établissement opte pour un transport (notamment pour des raisons organisationnelles), alors il devra assumer la charge du transport ;
- D'autre part, les établissements de santé disposant d'EHPAD doivent identifier cette structure via un Finess géographique distinct. Autrement dit, il ne devrait pas y avoir de cas où une structure sanitaire et un EHPAD se partagent le même finess géographique et se situent donc (juridiquement) au sein de la même entité géographique.

Par contre, si les deux structures relèvent de deux entités géographiques différentes (quand bien même ils appartiennent à la même entité juridique), alors le transport est facturable à l'assurance maladie (sauf le cas particulier du transfert provisoire depuis l'établissement MCO vers l'EPHAD pour permission de sortie).

Enfin, si l'EHPAD et le service MCO sont situés sur le même site géographique mais appartiennent à deux entités juridiques différentes (situation théorique), le transport est également à la charge de l'Assurance Maladie.

**

*

1.8. L'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale exclut du périmètre de la réforme les transports de patients hospitalisés vers des structures d'exercice libéral ou des centres de santé pour la réalisation de prestation de radiothérapie. Cette exception englobe-t-elle les cabinets libéraux hébergés par un établissement de santé privé ou public ?

Oui, un transport provisoire depuis un établissement de santé vers un cabinet libéral pour la réalisation d'une prestation de radiothérapie, implanté dans un autre établissement de santé, demeure facturable à l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun.

**
*

1.9. Quid de la prise en charge des dépenses de transports de patients psychiatriques en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT) ou en soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État (SDRE) ?

Ces dépenses ne constituent pas une exception à l'article 80. Ainsi les dépenses de transports de patients « hospitalisés d'office » en psychiatrie vers d'autres établissements ne sont plus facturables à l'Assurance Maladie mais sont à la charge de l'établissement prescripteur.

Il n'en demeure pas moins que les exceptions à l'article 80 s'appliquent à ce cas de figure. Ainsi, si le transport est régulé par le SAMU-Centre 15, il demeure facturable dans les conditions de droit commun.

Un cas particulier doit néanmoins être souligné : celui du **retour en établissement d'un patient dans le cadre de rupture du protocole soins (fugue) :**

Si ce retour nécessite l'utilisation d'un transport et que la rupture est inférieure à 48h, le transport est à la charge de l'établissement dans lequel le patient était hospitalisé.

En effet, dans ce cas de figure, le séjour n'est pas clôturé ; le patient demeure donc hospitalisé, le transport n'est donc pas facturable à l'Assurance Maladie.

Si la rupture dure plus de 48h, l'hospitalisation initiale doit être clôturée. Le patient, au moment du retour dans l'établissement n'est donc plus hospitalisé. L'éventuel transport n'est donc plus à sa charge.

**
*

1.10. Quid de la prise en charge des dépenses de transports de patients détenus ?

Divers cas de figure existent :

(1) Transfert de la maison d'arrêt d'un détenu vers l'unité hospitalière spécialement aménagées (UHSA)

- **Transport depuis l'établissement pénitentiaire vers l'UHSA d'une personne détenue devant être hospitalisée avec son consentement**

L'article R. 3214-21 du code de la santé publique dispose que le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée avec son consentement incombe à l'administration pénitentiaire.

Si l'état de santé de la personne intéressée l'exige, et sur prescription médicale, celle-ci est accompagnée par le personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité.

Par ailleurs, aux termes de l'article R. 3214-23 du code de la santé publique, il convient de souligner qu'en cas de prescription médicale, le recours à un transport est facturable à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

- **Transport depuis l'établissement pénitentiaire vers l'UHSA d'une personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement**

L'article R. 3214-21 du code de la santé publique dispose que le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement incombe à l'établissement de santé siège de l'unité.

La personne détenue est accompagnée par le personnel soignant de l'établissement de santé et escortée par le personnel pénitentiaire.

- **Transport retour de l'UHSA vers l'établissement pénitentiaire**

L'article R. 3214-21 du code de la santé publique dispose que le transport de l'unité spécialement aménagée à l'établissement pénitentiaire d'une personne détenue, hospitalisée avec ou sans son consentement, incombe à l'administration pénitentiaire. La personne détenue est accompagnée, sur prescription médicale, par le personnel soignant

Par ailleurs, aux termes de l'article R. 3214-23 du code de la santé publique, il convient de souligner qu'en cas de prescription médicale, le recours à un transport est facturable à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

- **Extraction médicale de l'UHSA vers un établissement assurant des soins somatiques²**

L'article R. 3214-22 du code de la santé publique dispose que si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée dans une unité spécialement aménagée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'unité pour des raisons somatiques, le transport est assuré sur prescription médicale par l'établissement de santé siège de l'unité, au moyen d'un véhicule sanitaire.

Il n'en demeure pas moins que si aux termes de l'article D.162-17-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement prescripteur se confond dans la majorité des cas avec l'établissement depuis lequel le patient est transféré (en l'occurrence l'établissement siège d'UHSA), en cas de transfert provisoire vers un établissement relevant d'un champ d'activité différent pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation, l'établissement prescripteur correspond à l'établissement vers lequel le patient est transféré.

- L'articulation est la suivante : Soit l'établissement siège de l'UHSA doit prescrire le transport (transfert provisoire à des fins de consultations vers un établissement MCO ou transfert définitif) : il organise, prescrit et finance le transport ;
- Soit l'établissement d'accueil doit prescrire le transport (transfert provisoire à des fins d'hospitalisation ou pour la réalisation d'une séance de dialyse, de chimiothérapie ou de radiothérapie) : l'établissement MCO prescrit juridiquement le transport et en assume le financement. L'organisation du transfert (préparation du patient, indication à l'établissement prescripteur des précautions d'usage, lien avec l'administration pénitentiaire pour la mise en place d'une escorte) demeure à la charge de l'établissement siège de l'UHSA.

(2) Transfert de la maison d'arrêt d'un détenu vers les unités hospitalières sécurisées interrégionales

- **Transport aller et retour entre l'établissement pénitentiaire et l'UHSI**

Le transport aller de la personne détenue est organisé par l'établissement pénitentiaire d'origine, avec un véhicule de l'administration pénitentiaire. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Le transport retour de la personne détenue est organisé par l'équipe pénitentiaire de l'UHSI, avec un véhicule de l'administration pénitentiaire. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Si l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne détenue le nécessitent, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée par un médecin de l'unité sanitaire. Le transport est facturable à l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun.

² Article R.3214-22 du Code de la Santé Publique

- **Transport entre un centre hospitalier et une UHSI**

Dès lors que la personne détenue est hospitalisée, sous garde statique, au sein du centre hospitalier de rattachement, l'organisation du transport est fixée selon les règles de droit commun définie dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

Ainsi, en cas de transfert définitif ou provisoire (hors PIA séjours ou transfert pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse en centre), le transport est à la charge de l'établissement dans lequel l'UHSI est implanté.

**
*

1.11. Nouvelle rédaction : Quelles sont les dépenses de transports liés à des permissions de sortie à la charge du patient ?

L'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale dispose que les transports réalisés au cours d'une permission de sortie sont à la charge des établissements de santé, à l'exception des transports correspondant à une prestation pour exigence particulière du patient telle que définie à l'article R. 162-27 facturables au patient.

Ainsi, pour savoir quels sont les transports liés à des permissions de sorties à la charge du patient, il convient de faire référence au régime juridique de ces prestations pour exigence particulière du patient.

Dans ce régime, pour facturer une prestation au patient, il est nécessaire de respecter plusieurs conditions cumulables :

- la prestation ne doit avoir aucun fondement médical ;
- la prestation doit avoir été demandée par le patient (elle ne peut lui être imposée) ;
- la prestation doit revêtir un caractère exceptionnel.

Ainsi, si la permission de sortie à une vocation thérapeutique, le transport devra être pris en charge par l'établissement.

De même, si la permission n'a pas été demandée par le patient mais est imposé à ce dernier pour des raisons d'organisation propre à l'établissement (fermeture le week-end par exemple), le transport devra être pris en charge par l'établissement.

Enfin, notamment pour des séjours longs, si les permissions de sorties sont itératives et propres par ailleurs à un type de patientèle (par exemple : patient EVC/EPR, pris en charge en SSR sur une longue durée et revenant à son domicile tous les week-ends), la prestation ne revêt par un caractère exceptionnel. Le transport doit ainsi être pris en charge par l'établissement.

A l'inverse, si un patient souhaite bénéficier exceptionnellement d'une permission de sortie pour assister à un événement familial, alors le transport devra être à sa charge.

A noter que le décompte des 48h de permission est fondé sur la base de la règle de la présence à minuit : le patient peut donc être absent deux jours et une nuit. Si le patient n'est pas rentré en temps voulu il est considéré comme sortant. Dès lors, une « permission » débutant le vendredi et se clôturant le lundi ne peut être assimilée à une permission de sortie. Dans ce cas de figure, un premier séjour est clôturé le vendredi et un second séjour est ouvert le lundi. Les transports sont dans ce cas de figure facturable à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

**
*

1.12. Nouveau : Les transports en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle sont-ils inclus dans la réforme ? Les établissements ont-ils des formalités particulières à accomplir pour permettre la bonne imputation des dépenses de transports au risque professionnel ?

Les transports en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle sont bien inclus dans la réforme.

Concernant les patients déjà hospitalisés, ces transports étant à la charge des établissements et non directement de l'assurance maladie, ils ne seront plus imputés sur le risque professionnel. De facto, aucune formalité n'est à accomplir.

Les patients non encore hospitalisés (depuis leur domicile vers un établissement de santé) restent pris en charge selon les conditions de droit commun (cf. articles L. 431-1, L. 432-1 et L. 442-8 du CSS).

**
*

1.13. Nouveau : Le transport entre un établissement et le lieu d'accueil familial thérapeutique est-il considéré comme un transfert entrant dans le cadre de la réforme ?

En application de l'arrêté du 14/03/1986 relatifs aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, le placement familial thérapeutique constitue une modalité particulière d'hospitalisation à temps complet.

Bien qu'ancien, cet arrêté est toujours en vigueur.

Ces dispositions ont été confirmées par la lettre ministérielle du 02/03/1995.

A ce titre, le transfert entre l'établissement et le lieu d'accueil familial thérapeutique est bien considéré comme un transport entre deux établissements qui incombe à l'établissement prescripteur.

**
*

1.14. Nouveau : Les établissements peuvent-ils prescrire des transports liés aux transferts en véhicule personnel ou transports en commun (exemple par quelqu'un de la famille) ?

Si oui, comment les établissements peuvent-ils rembourser les frais de transports avancés par les patients et les personnes accompagnantes pour l'usage de leur véhicule personnel ou l'utilisation des transports en commun ? Par exemple dans le cadre d'une permission de sortie thérapeutique, la famille de l'assuré se charge des transports aller et retour à l'hôpital ?

A titre liminaire, il est utile de rappeler que sont concernés par la réforme dite de l'article 80, les transports de patients hospitalisés vers d'autres établissements de santé ainsi que les transports prescrits par un médecin de l'établissement dans le cadre des permissions de sorties.

Le recours à un véhicule personnel ou un transport en commun n'est donc pas exclu mais devrait être limité.

Sa prise en charge par l'établissement est cependant plus complexe. En effet, si un établissement³ souhaitait prendre en charge ce type de prestation en dehors de tout marché, cela pourrait être considéré comme constituant un détournement du marché mis en place et serait ainsi illégal.

³ Soumis au Code des marchés publics

S'agissant des transports liés à des permissions de sortie, le recours à un véhicule personnel devrait être plus répandu. Le défraiement par les établissements de santé du fait de l'usage de véhicule n'est pas à proscrire. Il importe pour autant que ces prestations aient été exclues du champ de l'appel d'offre (à défaut, un tel défraiement pourrait être constitutif d'un détournement du marché).

II. Notion d'établissement prescripteur (assumant la charge du transport entre deux établissements)

L'établissement prescripteur (et donc celui assumant la charge du transport) correspond à l'établissement depuis lequel le patient hospitalisé est transféré (voir en ce sens l'article D.162-17-2 du code de la sécurité sociale). Ce principe général connaît deux exceptions :

- en cas de transfert provisoire (moins de 48 heures) entre deux établissements pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie, l'établissement responsable de la prescription et de la commande est l'établissement vers lequel le patient est envoyé ;
- en cas de transfert provisoire entre deux établissements relevant de champs d'activité différents pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (PIA séjour), l'établissement responsable de la prescription et de la commande est celui vers lequel le patient est envoyé (transfert provisoire d'un établissement SSR vers un établissement MCO par exemple).

2.1.1. **Nouvelle rédaction : Quelles sont les modalités de prise en charge du transport d'un patient hospitalisé en SSR après un séjour en chirurgie, qui est convoqué par le chirurgien pour une consultation post-opératoire ?**

En l'occurrence, si la prestation réalisée par l'établissement MCO au profit d'un patient hospitalisé en SSR se limite à une consultation, alors le transfert est considéré comme une PIA externe.

Auquel cas, la prestation externe n'est pas facturable à l'Assurance Maladie mais doit être prise en charge par l'établissement demandeur.

Dans ce cas de figure, le transport est à la charge de l'établissement SSR (qui assume *in fine* l'intégralité des prestations réalisées au profit d'un patient hospitalisé en son sein).

Attention et pour rappel, si l'établissement MCO réalise une prestation d'hospitalisation au profit d'un patient hospitalisé dans un établissement appartenant à un champ différent (SSR ou psychiatrie), le transfert sera dans ce cas qualifié de PIA séjour. La prestation d'hospitalisation réalisée par l'établissement MCO est facturable à l'Assurance Maladie. Cette prestation n'est donc pas à la charge de l'établissement SSR ou psychiatrie. Le transport est également à la charge de l'établissement MCO (qui est ici considéré comme prescripteur du transport).

**

*

2.2. **Cas des transferts provisoires aux urgences pour un patient hospitalisé en SSR ? Qui supporte la charge du transport quand il n'est pas assuré par le SMUR ?**

Il convient de distinguer deux cas de figures :

(1) Si le transport a été régulé par le SAMU-centre 15, le transport sera facturable à l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun.

(2) Si le transport n'a pas été régulé par le SAMU-centre 15 et que le patient, hospitalisé en SSR, est provisoirement transféré vers un établissement MCO pour une prise en charge aux urgences, le transport est à la charge de l'établissement SSR (cas de figure des PIA externe).

Attention néanmoins, si lors de sa prise en charge aux urgences, le patient est hospitalisé dans une unité de courte durée (UHCD), le transfert s'apparente à une PIA séjour. Le transport est à la charge de l'établissement MCO.

**
*

2.3. Nouvelle rédaction : Quid d'une modification de la nature du transfert après la réalisation du transport ?

S'agissant de transferts a priori provisoires qui se révéleraient définitifs (ou à l'inverse des transferts définitifs se révélant provisoires), deux impératifs doivent précéder toute réflexion en la matière :

- Un transporteur ne doit pas être « ballotté » entre deux établissements ;
- L'établissement qui n'a pas commandé le transport ne doit pas avoir à payer un transporteur qui a été commandé par un autre établissement. En effet, cela se heurterait au respect du droit des contrats.

Autrement dit, si une prestation de transport a été commandée par un établissement (a priori considéré comme prescripteur), alors c'est cet établissement qui doit être l'unique point de contact avec le transporteur.

Concrètement, deux cas de figures peuvent être identifiés :

Cas n°1 : transfert depuis un établissement SSR (établissement A) vers un établissement MCO (établissement B) pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation, a priori conçu comme un transfert provisoire (inférieur à 48h) mais se révélant définitif (supérieur à 48h).

Au moment où le transfert est programmé, l'établissement A pensant que celui-ci est provisoire, il n'est pas considéré comme prescripteur. C'est à l'établissement B de commander le transport A/R.

Le transporteur commandé par l'établissement B transfère le patient depuis l'établissement A vers l'établissement B.

Contrairement à ce que pouvait pressentir l'établissement A, le séjour du patient dans l'établissement B est supérieur à 48h.

Pour le transporteur, rien ne change : son trajet « aller » doit être remboursé par l'établissement B.

Pour les établissements, juridiquement, le transfert se révélant définitif, c'est à l'établissement A d'en assumer la charge. Ainsi, l'établissement B doit refacturer sa prestation de transport à l'établissement A.

Cas n°2 : transfert depuis un établissement SSR (établissement A) vers un établissement MCO (établissement B) pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation, a priori conçu comme un transfert définitif (supérieur à 48h) mais se révélant provisoire (inférieur à 48h).

Au moment où le transfert est programmé, l'établissement A pensant que celui-ci est définitif, il est considéré comme prescripteur. C'est bien à cet établissement de commander le transport.

Le transporteur commandé par l'établissement A transfère le patient vers l'établissement B. Son trajet est payé par l'établissement A.

Contrairement à ce que pouvait pressentir l'établissement A, le séjour du patient dans l'établissement B est inférieur à 48h (**une prestation d'hospitalisation a tout de même été réalisée**).

Pour le transporteur commandé par l'établissement A, rien ne change : son trajet doit être remboursé par l'établissement A.

Pour l'établissement A : il n'a pas à assumer la charge du transport, il refacture donc cette prestation (transport aller) à l'établissement B

Pour l'établissement B : il doit assumer la charge du transport « aller » commandé par l'établissement A. Il doit également commander un transport retour vers l'établissement A (transport qui sera à sa charge).

**
*

2.4. Nouveau : Si un patient est initialement transféré pour une PIA externe et que la prestation réalisée par l'établissement d'accueil se révèle être une hospitalisation (PIA séjour), comment doit être pris en charge le transport ?

Par assimilation, la situation décrite à la question 2.3 (cas n°2) peut être appliquée et déclinée.

La modification de la nature du transfert après la réalisation du transport génère juridiquement une modification de l'établissement ayant in fine la charge du transport.

En l'espèce, il est ici question d'un transfert provisoire depuis un établissement SSR ou PSY (établissement A) vers un établissement MCO (établissement B) pour la réalisation d'une prestation, a priori conçu comme externe mais se révélant être une prestation d'hospitalisation.

Au moment où le transfert est programmé, l'établissement A pensant que la PIA est externe est considéré comme prescripteur. C'est à lui de commander le transport A/R.

Le transporteur commandé par l'établissement A transfère le patient depuis l'établissement A vers l'établissement B.

Contrairement à ce que pouvait pressentir l'établissement A, le séjour du patient dans l'établissement B correspond à une PIA séjour (le patient, initialement transféré pour une consultation, a bénéficié d'autres prestations faisant basculer le séjour en HDJ).

Pour le transporteur, rien ne change : son trajet « aller/retour » doit être remboursé par l'établissement A.

Pour les établissements, juridiquement, le transfert se révélant correspondre à une PIA séjour, c'est à l'établissement B d'en assumer la charge. Ainsi, l'établissement A doit refacturer sa prestation de transport à l'établissement B.

**
*

2.5. Nouveau : Patient initialement transféré provisoirement pour la réalisation d'une séance de dialyse en centre, est transférée définitivement vers son domicile à l'issue de la séance de dialyse

Par assimilation, la situation décrite à la question 2.3 (cas n°2) peut être appliquée et déclinée.

La modification de la nature du transfert après la réalisation du transport génère juridiquement une modification de l'établissement ayant in fine la charge du transport.

En l'espèce, il est ici question d'un transfert initialement conçu comme étant provisoire depuis un établissement MCO (établissement A) vers une structure de dialyse en centre (établissement B) pour la réalisation d'une prestation, a mais se révélant être un transfert définitif.

Au moment où le transfert est programmé, pensant que le transfert pour la réalisation d'une séance en centre était provisoire, l'établissement A se charge pas la prescription de transport, qui incombe à l'établissement B.

Le transporteur commandé par l'établissement B transfère le patient depuis l'établissement A vers l'établissement B.

Contrairement à ce que pouvait pressentir les deux établissements, à l'issue de sa séance de dialyse, le patient est directement transféré vers son domicile et ne revient donc pas vers l'établissement A.

Pour le transporteur, rien ne change : son trajet « aller » doit être pris en charge par l'établissement B.

Pour les établissements, juridiquement, le transfert se révélant correspondre à un transfert définitif, c'est à l'établissement A d'en assumer la charge. Ainsi, l'établissement B doit refacturer sa prestation de transport à l'établissement A (qui pourra en l'occurrence facturer en sus de son GHS un supplément TDE).

A noter par ailleurs que le transport depuis la structure de dialyse vers le domicile du patient est facturable à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

**

*

2.6. Nouveau : Comment sont pris en charge les transferts définitifs inter-établissements depuis une hospitalisation complète vers une hospitalisation de jour ? Quid des transferts provisoires depuis une hospitalisation complète vers une hospitalisation de jour ? Comment sont pris en charge les transports depuis ou vers le domicile liés à des hospitalisations de jour ?

- **Transfert définitif pour une hospitalisation de jour :**

S'il s'agit bien d'un transfert définitif à l'issue de son hospitalisation d'origine :

- soit le patient a été transporté d'abord à son domicile avant de débiter sa première journée d'hospitalisation de jour.

Dans ce cas, le transport entre l'établissement d'origine et le domicile est un transport pour sortie d'hospitalisation qui sera facturable à l'assurance maladie.

De la même manière, la prise en charge des transports depuis le domicile du patient vers l'établissement assurant l'hospitalisation de jour du patient (transport pour entrée d'hospitalisation) sont facturables à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

- soit le patient a été transporté directement de l'établissement d'origine vers l'établissement dans lequel a lieu la première hospitalisation de jour. Dans ce cas, il s'agit d'un transfert définitif inter établissement, dont la charge incombe à l'établissement prescripteur (celui depuis lequel le patient a été transféré).

- **Transfert provisoire depuis une hospitalisation complète vers une hospitalisation de jour :**

Il s'agit de transferts inter-établissements à la charge de l'établissement prescripteur.

Par exception le transport sera à la charge de l'établissement vers lequel est envoyé si l'hospitalisation de jour concerne d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie ou s'il concerne une PIA séjour.

- **Transports depuis ou vers le domicile liés à des hospitalisations de jour :**

L'exemple 2.4 de la note 2018-80 précise qu'en situation d'hospitalisation de jour « chaque journée correspond à une « seule » hospitalisation. Les transports en amont ou en aval sont considérés

comme des transports primaires (le patient n'étant plus hospitalisé au moment du transfert), facturables à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun. »

Dans ce cas, les transports sont facturables à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

**
*

2.7. Nouveau : Les établissements ont-ils à leur charge les transports prescrits par un médecin tiers (médecin traitant, spécialiste libéral, praticien hospitalier) antérieurement à l'hospitalisation du patient dans leur établissement ?

La prescription médicale de transport en possession de l'assuré avant son hospitalisation est-elle toujours valable ? Si oui, la prise en charge du transport incombe-t-elle à l'établissement ou à l'assurance maladie, notamment si le RDV a lieu pendant l'hospitalisation du patient ?

Par exemple :

- transport prescrit longtemps à l'avance par un ophtalmologiste pour un RDV chez ce spécialiste ?
- transport prescrit par le médecin traitant pour des séances de kinésithérapie avant l'hospitalisation ?
- transport prescrit par le cardiologue d'un établissement dans le cadre du suivi d'une pathologie ?

Les consultations prescrites antérieurement à l'hospitalisation mais réalisées pendant la durée de celle-ci, sont à la charge de l'établissement de santé.

Le cas du suivi de la pathologie correspond à une PIE ou PIA externe. Le transport reste donc à la charge de l'établissement d'origine du patient.

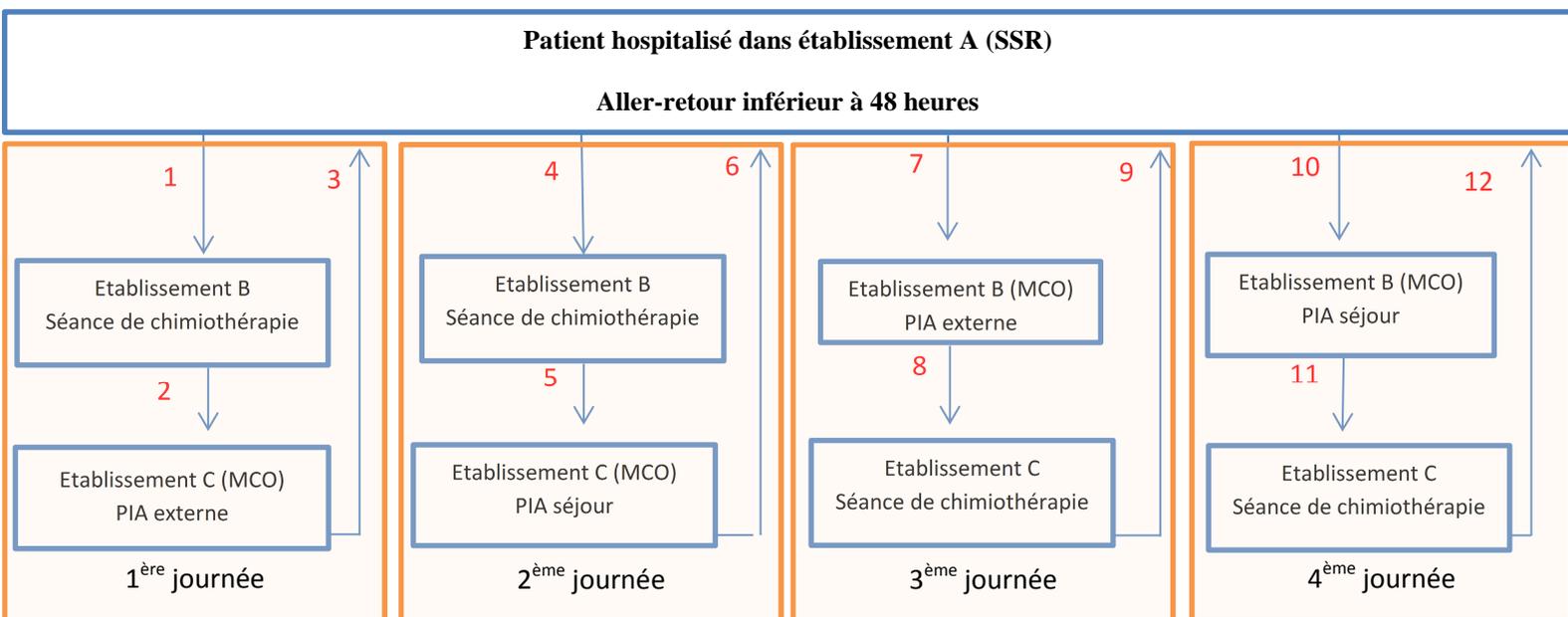
Les personnes habilitées à prescrire un transport pris en charge par l'établissement sont les médecins prescripteurs de l'établissement de santé.

**
*

2.8. Nouveau : Lorsque l'établissement est amené à déplacer le RDV médical d'un patient en raison de son hospitalisation, doit-il rédiger une nouvelle prescription de transport si le RDV est déplacé après la fin de l'hospitalisation ? Si non, vers quel médecin orienter le patient pour la prescription de ce transport ?

Tout changement de date nécessite de réviser l'acte médical de prescription de transport au regard de l'état de santé du patient et, le cas échéant, de son évolution. En effet, après une période d'hospitalisation, la situation du patient pouvant elle-même évoluer, le transport du patient peut nécessiter le recours à une ambulance alors qu'un transport assis se révélait suffisant avant cette période. Le médecin hospitalier est habilité à établir la nouvelle prescription médicale.

2.9. Nouveau : dans le cas où plusieurs prestations sont réalisées le même jour par plusieurs établissements prestataires, qui doit prendre en charge les différents trajets réalisés ?



1^{ère} journée :

Le trajet 1 est à la charge de l'établissement B réalisant la séance de chimiothérapie. Il peut facturer en sus de son GHS un supplément TSE.
Les trajets 2 et 3 ont à la charge de l'établissement SSR.

2^{ème} journée :

Le trajet 4 est à la charge de l'établissement B réalisant la séance de chimiothérapie. Il peut facturer en sus de son GHS un supplément TSE.
Les trajets 5 et 6 sont à la charge de l'établissement C.

3^{ème} journée :

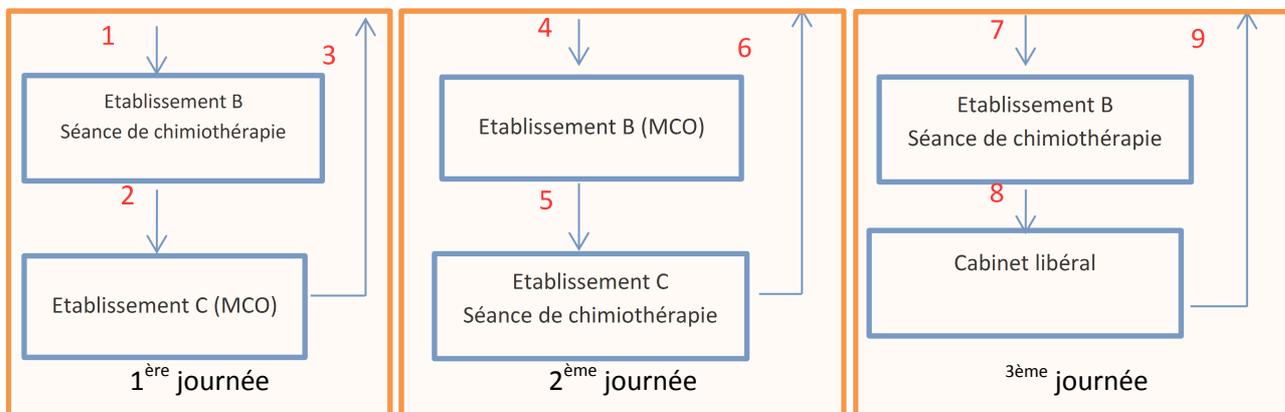
Le trajet 7 est à la charge de l'établissement A.
Les trajets 8 et 9 sont à la charge de l'établissement C réalisant la séance de chimiothérapie. Il peut facturer en sus de son GHS un supplément TSE.

4^{ème} journée :

Le trajet 10 est à la charge de l'établissement B.
Les trajets 11 et 12 sont à la charge de l'établissement C réalisant la séance de chimiothérapie. Il pourra facturer en sus de son GHS un supplément TSE.

Patient hospitalisé dans établissement A (MCO)

Aller-retour inférieur à 48 heures



1^{ère} journée :

Le trajet 1 est à la charge de l'établissement B réalisant la séance de chimiothérapie. Il pourra facturer en sus de son GHS un supplément TSE.

Les trajets 2 et 3 sont à la charge de l'établissement A.

2^{ème} journée :

Le trajet 4 est à la charge de l'établissement A.

Les trajets 5 et 6 sont à la charge de l'établissement C réalisant la séance de chimiothérapie. Il pourra facturer en sus de son GHS un supplément TSE.

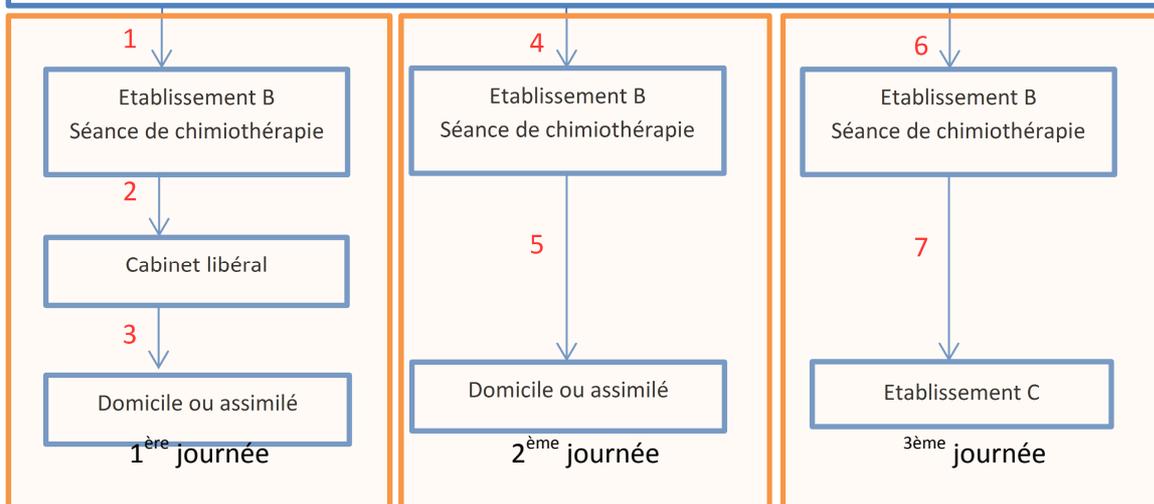
3^{ème} journée :

Le trajet 7 est à la charge de l'établissement B réalisant la séance de chimiothérapie. Il pourra facturer en sus de son GHS un supplément TSE.

Les trajets 8 et 9 sont à la charge de l'établissement A.

Patient hospitalisé dans établissement A

Transfert définitif



1^{ère} journée :

Le trajet 1 est à la charge de l'établissement A qui pourra facturer en sus de son GHS ou de son forfait D un supplément TDE.

Les trajets 2 et 3 sont facturables à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun (le patient n'étant plus hospitalisé au moment du transfert).

2^{ème} journée :

Le trajet 4 est à la charge de l'établissement A qui pourra facturer en sus de son GHS ou de son forfait D un supplément TDE.

Le trajet 5 est facturable à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

3^{ème} journée :

Le trajet 6 est à la charge de l'établissement A qui pourra facturer en sus de son GHS ou de son forfait D un supplément TDE.

Le trajet 7 est facturable à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

III. Facturation des suppléments (couverture des dépenses de transport prescrits par des établissements de santé MCO)

S'agissant des transports prescrits par des établissements relevant du champ MCO, tout transport définitif, quel qu'en soit le motif, ou provisoire pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie s'accompagne de la facturation par l'établissement prescripteur d'un supplément tarifaire. Ces suppléments concernent :

- les transferts définitifs entre deux entités géographiques (facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au séjour « transport définitif » TDE) ;
- les transferts provisoires pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie (facturation par l'établissement prestataire d'un supplément au séjour « transport séance » TSE).

A contrario, les autres types de dépenses de transports sont pris en charge via les tarifs de prestations et ne déclenchent pas la facturation d'un supplément. Sont ainsi visées les dépenses de transports liées à des permissions de sortie à but thérapeutiques ou à des transferts provisoires hors réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie.

3.1. Les transferts définitifs entre deux entités géographiques d'une même entité juridique permettent-ils la facturation d'un supplément TDE ?

Oui. Si ces transports étaient déjà à la charge des établissements de santé (s'agissant du secteur ex DG), il n'en demeure pas moins que la réforme de l'article 80 permet à ces établissements de santé de disposer d'une ressource supplémentaire pour la prise en charge de ces dépenses, à travers la facturation, en sus du GHS, du supplément tarifaire TDE (si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève du champ MCO).

**
*

3.2. La prescription d'un transport provisoire correspond-il à un aller-retour ?

L'établissement prescripteur d'un transfert provisoire est en charge de la prescription du transport aller comme retour.

Ainsi, en cas de facturation d'un supplément (TSE), ce dernier couvre l'aller et le retour (autrement dit, il n'y a qu'un seul supplément facturé pour un transfert provisoire lié à la réalisation d'une séance).

**
*

3.3. S'agissant des transports provisoires (hors séance de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse) d'un patient hospitalisé entre deux établissements relevant du même champ d'activité, l'établissement depuis lequel le patient est transféré assume la charge du transport. Si l'établissement relève du champ MCO, peut-il facturer un supplément ?

Les suppléments tarifaires introduits en campagne tarifaires MCO 2018 ne sont facturables que dans les cas de figure suivants :

- Dans le cas d'un transfert définitif (supérieur à 48h), l'établissement depuis lequel le patient est transféré facture en sus de son GHS le supplément tarifaire dédié (TDE) ;

- Dans le cas d'un transfert provisoire (inférieur à 48h) pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie, l'établissement vers lequel le patient est transféré facture en sus de son GHS le supplément tarifaire dédié (TSE) ;
- Dans le cas d'un transfert provisoire (inférieur à 48h) entre deux établissements relevant du même champ d'activité pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre (transfert entre deux établissements MCO), l'établissement depuis lequel le patient est transféré facture en sus de son GHS et de son forfait D le supplément tarifaire dédié (TSE) ;
- Dans le cas d'un transfert provisoire (inférieur à 48h) entre deux établissements relevant de champs d'activités différents pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre (transfert depuis un établissement SSR/PSY vers un établissement MCO), l'établissement vers lequel le patient est transféré facture en sus de son forfait D le supplément tarifaire dédié (TSE).

Ainsi, dans le cas de figure soulevé par la question, en cas de transfert provisoire « simple » entre deux établissements relevant du même champ d'activité, aucun supplément n'est facturable en sus du GHS. L'établissement depuis lequel le patient a été transféré assume la charge du transport (couvert par son GHS si ce dernier relève du champ MCO).

**
*

3.4. S'agissant des transferts provisoires de patients hospitalisés vers une structure libérale ou un centre de santé (hors radiothérapie en ville), l'établissement assume la charge du transport. Si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève du champ MCO, peut-il facturer un supplément ?

Dans ce cas de figure, aucun supplément n'est facturable en sus du GHS. L'établissement depuis lequel le patient a été transféré assume la charge du transport (couvert par son GHS).

**
*

3.5. S'agissant de transfert provisoire entre deux champs d'activités différents pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (PIA séjour), l'établissement vers lequel le patient est transféré assume la charge du transport. Si l'établissement vers lequel le patient est transféré relève du champ MCO, peut-il facturer en sus de son GHS un supplément pour transport provisoire ?

Dans ce cas de figure, sauf cas particulier où le patient est transféré pour une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou hors centre ou de radiothérapie, aucun supplément n'est facturable en sus du GHS. L'établissement vers lequel le patient a été transféré assume la charge du transport (couvert par son GHS).

**
*

3.6. S'agissant de transferts provisoires entre deux champs d'activité différents pour la réalisation d'une prestation externe (PIA externe), l'établissement depuis lequel le patient est transféré assume la charge du transport. Dans ce cas de figure, si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève du champ MCO, peut-il facturer un supplément en sus de son GHS ?

A l'instar de la réponse à la question 3.2, aucun supplément n'est facturable en sus du GHS. L'établissement depuis lequel le patient a été transféré assume la charge du transport (couvert par son GHS).

**
*

3.7. Nouvelle rédaction : Quel taux de prise en charge doit être associé aux suppléments TDE et TSE ?

Pour rappel, le taux de prise en charge associé à un séjour se déverse sur l'intégralité de la facture du séjour (GHS, borne, suppléments), hors cas particulier de séjours supérieurs à 30 jours⁴.

Cette règle s'applique sans exception aux suppléments TDE et TSE⁵.

Ainsi, en l'absence d'exonération, si la prise en charge « assurance maladie obligatoire » d'un séjour est de 80%, l'établissement facturera à l'Assurance Maladie l'équivalent de 80% GHS et de 80% supplément.

Cependant et s'agissant du secteur ex DG, l'utilisation du FICHSUP - déconnecté du séjour - a nécessité de définir un taux de prise en charge associé aux suppléments tarifaires transports.

S'agissant du supplément TDE (transfert définitif), le taux de remboursement utilisé correspond au taux de remboursement moyen des séjours hors séances (incluant les GHS et suppléments journaliers) calculé sur les données 2017 de l'établissement. Il sera affiché dans les tableaux OVALIDE FICHSUP Transports.

S'agissant du supplément TSE (transfert séance), le taux de remboursement est de 100% (la patientèle visée par ces transports étant de fait exonéré de tout ticket modérateur).

**
*

3.8. Y a-t-il un reste à charge associé à la prestation de transport ?

Il n'y a pas de reste à charge associé à la prestation de transport. Comme toute autre prestation à la charge d'un établissement et réalisée dans le cadre d'un séjour, l'établissement assume la charge du transport (autrement dit, la facture du transporteur est réglée intégralement par l'établissement).

Il est cependant nécessaire de faire la distinction entre la charge qui pèse sur les établissements de santé et les nouvelles recettes liées à la facturation des suppléments transports dans le cadre de la T2A, venant compenser en tout ou partie cette charge.

(1) S'agissant des établissements privés ex OQN/ OQN, la survenance d'un transport générant la facturation à l'AMO d'un supplément transport (TDE ou TSE) à une incidence sur le calcul du ticket modérateur facturé au patient. Ce point doit cependant être nuancé vu le peu de séjours en établissements de santé ex OQN débouchant sur la facturation d'un ticket modérateur.

Les modalités de facturation sont les suivantes :

- En l'absence d'exonération du TM :
Facturation AMO : [(GHS + supplément) x coefficient MCO] x 0,8%
Facturation Patient : [(GHS + supplément)] x 0,2% + FJS
- En cas de limitation du TM à une participation forfaitaire de 18€ :
Facturation AMO : [(GHS + supplément) x coefficient MCO] – (18€ + FJH)
Facturation Patient : 18€ + FJH
- En cas d'exonération de TM

⁴ Auquel cas, les prestations journalières de type supplément ou borne haute sont intégralement prise en charge par l'AMO au-delà du 30ème jour ; le GHS – prestation insécable - demeure quant à lui prise en charge à 80% hors cas d'exonération propre à la situation médico-administrative du patient.

⁵ Même si, du fait de leurs statuts ALD, les prestations des patients concernés par les TSE sont en général intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie.

Facturation AMO : [(GHS + supplément) x coefficient MCO] – FJH
Facturation Patient : FJH

(2) S'agissant des établissements publics ou privés non lucratifs ex DG / DAF, la nouvelle charge que constitue l'article 80 doit venir majorer les TJP de l'établissement. Cette nouvelle charge a donc (théoriquement) une incidence sur le TM des patients (qu'ils aient ou non bénéficié d'une prestation de transport).

**
*

3.9. Il est précisé dans la note d'information du 19 mars 2018 que « les effets revenus générés par ce transfert de dépense, supérieurs à -0.1% des recettes de l'établissement » seront compensés. Qu'entendez-vous par « versement d'une aide financière » ? A combien s'élèverait cette aide et quelle forme prendrait-elle ? A quelle date serait-elle versée ?

La démarche est la suivante :

Dans le champ des établissements MCO, le ministère a comparé les dépenses de transports 2016 qui seront transférées dans le budget des établissements de santé et les nouvelles recettes associées (principalement les suppléments tarifaires).

Nous avons constaté des écarts (positifs ou négatifs).

Lorsque ces écarts sont supérieurs à -0,1% des recettes AMO de l'établissement, il a été acté d'attribuer une aide à l'établissement sous forme de AC. Cette aide vous sera versée de manière fléchée en deuxième circulaire.

Pour 2018, le montant (sur 3 mois donc) est de 0,78M€

IV. Transports et dialyse

4.1. Comment sont prises en charge les dépenses de transports de patients hospitalisés vers des structures de dialyse hors centre ?

Il convient de distinguer deux cas de figure :

(1) L'établissement depuis lequel le patient est transféré relève du champ MCO.

Dans cet exemple, et contrairement à une séance de dialyse en centre, la structure réalisant la prestation de dialyse hors centre ne pourra facturer sa prestation à l'Assurance Maladie.

Elle facturera sa prestation à l'établissement MCO demandeur.

L'établissement MCO demandeur pourra quant à lui facturer, en sus de son GHS, un forfait D (correspondant à la prestation de dialyse hors centre).

Raison pour laquelle, dans ce cas de figure, l'article D. 162-17-1 du code de la sécurité sociale dispose que c'est l'établissement MCO qui est considéré comme prescripteur.

Il doit donc assumer la charge du transport et pourra facturer à l'Assurance Maladie, en sus de son GHS et du forfait D le supplément TSE.

Attention : ces règles de facturation hospitalière sont propres à l'hémodialyse (qui génère la facturation d'un forfait D11). En effet, en cas d'auto dialyse simple ou assistée (forfaits D12 et D13), la structure réalisant la séance peut facturer sa prestation à l'Assurance Maladie (par exception à la règle classique des PIE). Pour autant, aucun transport ne devrait être requis en cas de transfert provisoire d'un patient hospitalisé pour la réalisation d'une séance d'auto dialyse. En effet, l'auto-dialyse peut être réalisée au profit d'un patient hospitalisé uniquement au sein d'une structure accolée à l'établissement de santé dans lequel le patient est hospitalisé⁶. Raison pour laquelle ce point particulier (transfert provisoire au sein d'un même champ d'activité de patient hospitalisé pour la réalisation d'une séance d'auto-dialyse) n'a pas été traité dans le cadre de la note d'information dédiée aux transports inter-hospitaliers.

(2) Si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève d'un autre champ que le MCO (SSR ou psy), le transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre doit être considéré comme une « prestation inter activités ».

Auquel cas, il convient de se référer aux règles de facturation des PIA séjours (transfert provisoire entre deux établissements de santé relevant de champs d'activités différents pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation).

Dans ce cas :

- La structure de dialyse est considérée comme prescriptrice ;
- La structure de dialyse peut facturer sa prestation (en l'occurrence son forfait D) à l'Assurance Maladie ;
- La structure de dialyse MCO peut facturer le supplément TSE en sus de son forfait D.

**
*

⁶ La structure d'auto-dialyse doit disposer d'un accès direct avec l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé afin d'assurer dans des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des patients, sans voie publique à traverser

4.2. S'agissant des transports provisoires pour réalisation d'une séance de dialyse hors centre, si l'établissement depuis lequel le patient est transféré (établissement A) relève du MCO, l'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A. Dans ce cas de figure, l'établissement A facturera en sus de son GHS et du forfait D (correspondant au traitement de dialyse) un supplément pour transport provisoire.

La question est la suivante : s'il y a transfert, c'est que l'établissement A ne dispose pas de l'autorisation du hors centre. Comment peut-il facturer un forfait en D ?

L'intérêt même d'une prestation inter-établissement (PIE) est de prendre en compte ce type de situation.

En effet, la PIE a vocation à permettre à un établissement de santé de recourir au plateau technique ou aux équipements d'un autre établissement pour assurer à ses patients des soins ou des examens qu'il ne peut effectuer lui-même.

En cas de PIE, l'établissement demandeur le code les actes réalisés à son profit par l'établissement prestataire.

Autrement dit, dans le cas de figure énoncé, l'établissement A peut tout à fait facturer en sus de son GHS le forfait D correspondant à la prestation de dialyse hors centre, quand bien même l'établissement A ne disposerait pas d'une telle autorisation.

Plus précisément, est visé dans ce cas de figure le transport d'un patient hospitalisé en MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre en unité de dialyse médicalisée (UDM). Si l'établissement A avait disposé en son sein d'une UDM, il aurait eu la capacité de facturer en sus de son GHS le forfait D11 correspondant (voir en ce sens le 4° de l'article 5 de 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, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile). A défaut, cet établissement a dû transférer son patient vers un autre établissement disposant d'une UDM (établissement B). L'établissement B ne pourra pas facturer sa prestation à l'Assurance Maladie (seuls les forfaits de dialyse en centre sont facturables par un établissement prestataire en cas de transfert provisoire). L'établissement facturera donc sa prestation à l'établissement A. L'établissement A pourra donc facturer à l'Assurance Maladie le forfait D11 en sus de son GHS comme si la prestation avait été réalisée en son sein.

De la même manière, un établissement ne disposant pas d'une autorisation de réanimation peut facturer un supplément REA si, à l'occasion d'un transfert provisoire, le patient a été pris en charge dans une telle unité.

S'agissant des établissements ex DG, cette information doit être reportée dans les fichiers FICHCOMP (prestation inter établissement correspondant à un séjour dans une unité médicale soumise à autorisation et donnant lieu au paiement de suppléments journaliers ou d'un forfait D).

S'agissant des établissements ex OQN, cette information doit être reportée dans la facture (nature de fin de séjour renseignée à E, et numéro FINISS de la structure de dialyse hors centre reportés sur la ligne du GHS et sur la ligne du forfait D dans les zones « établissement de transfert et lieu d'exécution de l'acte »), un exemple de facturation sera intégré dans l'annexe 24 de la norme B2.

**
*

4.3. Lors de la prise en charge en dialyse (centre ou hors centre), le patient étant arrivé de son domicile, celui-ci nécessite en définitive une hospitalisation vers un établissement MCO. Au-delà du cas où le transport s'effectue par SMUR pour les rares situations médicales qui le nécessitent, nous sommes faces à deux situations possibles.

(1) L'hospitalisation en MCO dure moins de 48 heures, et le patient doit subir une nouvelle séance de dialyse, la structure de dialyse (centre ou hors centre) facture-t-elle un transport provisoire ?

Si le patient n'a pas bénéficié lors de son premier passage dans la structure de dialyse d'une prestation (séjour vide), alors, bien que transféré depuis l'unité de dialyse, il ne peut être considéré comme étant hospitalisé (situation assimilable à un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation et nécessitant un transfert vers un autre établissement).

L'établissement de dialyse ne produit donc pas de RSS correspondant à cette phase de la prise en charge. Ainsi, le transport lié au transfert vers l'établissement MCO sera facturable à l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun. Le transport retour sera quant à lui pris en charge par l'établissement MCO en cas de transfert définitif. Ce dernier facturera en sus de son GHS un supplément TDE.

Si à l'inverse, le patient avait déjà bénéficié lors de son premier passage dans la structure de dialyse d'une prestation hospitalière (séance de dialyse), alors son transfert provisoire vers l'établissement MCO est considéré comme une « prestation inter établissement ». Dans ce cas de figure, le patient est considéré comme étant hospitalisé au moment du transfert. Le transport est donc la charge de l'établissement depuis lequel le patient est hospitalisé ; aucun supplément n'est facturable en sus.

(2) L'hospitalisation en MCO dure plus de 48 heures, la structure de dialyse (centre ou hors centre) facture-t-elle un transport provisoire ?

Si le patient n'a pas bénéficié lors de son premier passage dans la structure de dialyse d'une prestation (séjour vide), alors, bien que transféré depuis l'unité de dialyse, il ne peut être considéré comme étant hospitalisé (situation assimilable à un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation et nécessitant un transfert vers un autre établissement).

L'établissement de dialyse ne produit donc pas de RSS correspondant à cette phase de la prise en charge. Ainsi, le transport lié au transfert vers l'établissement MCO sera facturable à l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun.

Si à l'inverse, le patient avait déjà bénéficié lors de son premier passage dans la structure de dialyse d'une prestation hospitalière (séance de dialyse), alors son transfert définitif vers l'établissement MCO offre la possibilité à l'établissement de dialyse de facturer en sus de son GHS ou de son forfait D le supplément TDE correspondant.

**
*

4.4. Après la réalisation d'une séance de dialyse (centre ou hors centre), le patient est transféré pour la réalisation d'une consultation puis repart à son domicile. Qui prend en charge le transport depuis l'établissement vers la structure réalisant la consultation ?

Dans ce cas de figure, en l'absence de retour du patient dans la structure réalisant la séance de dialyse, le séjour est clôturé. Le patient, au moment du transfert, n'est donc plus considéré comme étant hospitalisé.

Le transport est donc à la charge de l'Assurance Maladie (selon les conditions définies au code de la sécurité sociale).

**
*

4.5. Comment distinguer les séances de dialyse hors centre des séances de dialyse en centre ?

A titre liminaire, il convient de rappeler que le traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors cas particulier de la greffe) peut se baser sur :

- De l'hémodialyse : en centre, en unité de dialyse médicalisée (UDM), en unité d'auto-dialyse et en dialyse à domicile ;
- De la dialyse péritonéale : dialyse péritonéale automatisée (DPA) et dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA), assistée ou non assistée par une infirmière sur le lieu de vie.

L'hémodialyse, méthode la plus répandue, consiste en une filtration externe du sang par un générateur de dialyse utilisant une membrane synthétique.

Elle peut avoir lieu en centre c'est-à-dire au sein même d'un établissement de soins.

Cette même hémodialyse peut avoir lieu au sein d'une unité de dialyse médicalisée (UDM) où elle est mise en œuvre par des personnels médicaux.

Elle peut également avoir lieu dans des unités d'auto-dialyse (UAD) pouvant être assistée par des personnels paramédicaux (UADA). Elle peut enfin, mais plus rarement, avoir lieu au domicile même du malade.

La dialyse hors centre englobe ainsi l'intégralité des modes de traitements alternatifs à la dialyse en centre :

- Hémodialyse en UDM ;
- Hémodialyse à domicile ;
- Dialyse péritonéale.

Il est utile de rappeler que bien que non réalisées dans les murs d'un établissement, ces prestations sont considérées comme des prestations d'hospitalisation.

Du point de vue de leur financement, 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, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, article 10) cite ces modes de traitement comme des alternatives : dialyse en unité de dialyse médicalisée, dialyse à domicile et auto-dialyse. Elles sont facturables à travers des forfaits, dits « forfaits D ».

**
*

4.6. Nouveau : quid de l'applicabilité de l'article 80 aux séances de dialyse à domicile ?

La question est la suivante : les transports d'un patient pris en charge à domicile pour la réalisation de séance de dialyse sont-ils ou non inclus dans la réforme dite de l'article 80 ?

A titre liminaire, une structure de dialyse à domicile n'est pas assimilée à une structure d'hospitalisation à domicile. Dès lors, les transports prescrits par ces structures pour des patients dialysés à domicile ne sont pas, par nature exclus du champ d'application de la réforme dite de l'article 80.

Il convient cependant de distinguer deux situations :

- **L'hémodialyse à domicile**

Pour rappel, tous les transports réalisés durant la période d'hospitalisation sont à la charge de la structure dans laquelle le patient est hospitalisé⁷.

C'est le cas des patients dialysés à domicile.

⁷ Sauf cas particulier des transferts provisoires assimilés à des PIA séjours et des transferts provisoires pour la réalisation de séance de dialyse en centre, de chimiothérapie et de radiothérapie.

Cela ne veut pas pour autant dire que tous les transports depuis le domicile vers un établissement de santé ou une structure d'exercice libérale sont à la charge de l'établissement de dialyse.

En effet, pour rappel, seuls les transports de patients hospitalisés sont inclus dans la réforme dite de l'article 80.

Or, s'agissant de l'hémodialyse à domicile, il est loisible de considérer que l'hospitalisation débute à l'heure à laquelle commence le traitement et se clôture à la fin de la séance. Les transports en amont ou en aval, quand bien même ils auraient lieu la même journée, ne sont pas des transports de patient hospitalisé. Rappelons que le forfait D est calibré sur la base d'une journée de traitement. Ainsi, et à l'instar d'une hospitalisation de jour, chaque séance d'hémodialyse est considérée comme une hospitalisation à part entière. Les transports en amont et en aval demeurent donc facturables à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.

In fine, le seul cas où la structure assume la charge de transport c'est en cas de transfert définitif vers un autre établissement de santé. Le patient est dans ce cas de figure toujours hospitalisé. Dans cet exemple, la structure de dialyse pourra facturer en sus de son forfait D un supplément tarifaire TDE.

- **la dialyse péritonéale à domicile,**

A la différence de l'hémodialyse à domicile, la dialyse péritonéale à domicile est prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire au travers d'un forfait « semaine ». Ainsi, lorsque le patient bénéficie d'une dialyse péritonéale à domicile, il est considéré comme hospitalisé sur une semaine entière.

Les transports réalisés au cours de la semaine de traitement sont donc à la charge de l'établissement (hors cas particulier où la dépense de transport est à la charge de l'établissement vers lequel le patient est transféré).

V. Autres (TVA, CAQES...)

5.1. Les frais de transport sanitaire sont-ils soumis à la TVA dans les seuls cas où ces dépenses correspondent à des transports pour exigences particulières du patient, c'est-à-dire, sans motif médical ?

Le 3° du 4 de l'article 261 du code général des impôts exonère de la TVA le transport de malades ou de blessés à l'aide de véhicules spécialement aménagés à cet effet effectué par des personnes visées à l'article L. 6312-2 du code de la santé publique (BOI-TVA-CHAMP-30-10-20-40).

Ainsi, seuls les transports allongés bénéficient d'une exonération de TVA.

Les transports assis sont donc imposés à la TVA, au taux réduit (application du b quater de l'article 279 du code général des impôts).

Aucune distinction n'est faite dans la doctrine fiscale selon que le transport soit ou non motivé médicalement.

**
*

5.2. Pourquoi les données transmises par les CPAM sur la prescription de transport par établissement de santé (dans le cadre des CAQES) diffèrent-elles des données transmises par le Ministère dans le cadre de la réforme dite de l'article 80 ?

Les données transmises par les CPAM correspondent aux prescriptions hospitalières de transports financées sur l'enveloppe des soins de ville (PHEV transports). Concrètement, les caisses isolent les dépenses de transports prescrites par les établissements de santé et identifiées via le code Finess (pour les établissements de santé ex DG/DAF). Ces dépenses recouvrent donc la totalité des transports prescrits en établissement de santé pour des patients externes non hospitalisés ou sortant d'hospitalisation à savoir : les transports de sortie d'hospitalisation, les transports prescrits à des patients consultants externes ou après passage aux urgences.

Le tableau, transmis par le Ministère aux ARS et aux établissements de santé constitue quant à lui une « photographie » des dépenses de transports facturées en 2016 et qui seront à la charge des établissements de santé à compter du 1er octobre 2018. Comme précisé dans le focus dédié à ce chiffrage, ce dernier correspond avant tout à un croisement entre les données de facturation du SNIIRAM et les données d'hospitalisation issues du PMSI. Ainsi, tout transport facturé pour un transfert entre deux établissements (appartenant ou non à la même entité juridique) – correspondant au périmètre de la réforme - dont la date de réalisation coïncide avec une hospitalisation, a été isolé et rapporté à l'établissement prescripteur – dans le respect des règles définies par le décret.

Le fait que ces factures de transport soient ou non associées à un code RPPS n'a aucune incidence.

Même si ces deux bases peuvent se regrouper, elles procèdent d'une logique et d'un chiffrage différent :

- Sur le fond, les données transmises par les CPAM renvoient à un périmètre plus large que les seules dépenses de transports transférées dans le budget des établissements de santé (des suites de l'application de l'article 80)⁸ ;
- Dans les faits, l'information du prescripteur (FINESS/RPPS) n'est pas toujours satisfaisante. Ainsi, les données transmises par les CPAM peuvent omettre certaines dépenses de transports inter-établissements (car non associées à un FINESS/RPPS), pourtant prises en compte dans le chiffrage du Ministère.

⁸ Les dépenses de transport transférées à la charge des établissements représentent environ 10 % du total des PHEV transports.

**
*

5.3. Quelle conséquence l'article 80 génère-t-il sur le CAQES ?

Pour rappel, le volet transport des CAQES recouvre les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) et vise à les réguler.

La réforme relative au financement des transports inter hospitalier a pour conséquence de modifier le périmètre et donc le montant des PHEV transports à partir du 1^{er} octobre 2018, date à laquelle les dépenses correspondant aux transports inter-établissements et aux permissions de sortie financées jusqu'à présent en tout ou partie sur l'enveloppe de ville seront transférées aux établissements.

Une instruction dédiée aux CAQES et aux modalités d'intéressement apportera prochainement des éclairages sur ce point.

**
*

5.4. Les procédures d'accord préalable (pour les transports de plus de 150 km ainsi que les transports en série) demeurent-elles opposables s'agissant des dépenses de transports à la charge des établissements de santé.

Non, ces procédures ont été introduites afin de réguler les dépenses de transports à la charge de l'assurance maladie.

Juridiquement ces procédures sont intrinsèquement liées à une prise en charge « assurance maladie » des dépenses (voir en ce sens l'article R. 322-10-4 du code de la sécurité sociale).

Dès lors que le transport est la charge des établissements de santé, ces procédures ne trouvent plus à s'appliquer.

**
*

5.5. Le référentiel de prescription du 23 décembre 2006, mentionné à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale est-il opposable aux transports à la charge des établissements de santé ?

Juridiquement, ce référentiel n'est opposable qu'aux dépenses de transport à la charge de l'Assurance Maladie (voir en ce sens l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale).

Néanmoins, les établissements de santé peuvent y faire référence dans leurs appels d'offres et ainsi conférer à ce document une opposabilité contractuelle.

**
*

5.6. Nouveau : Pour les transports de patients hospitalisés, les transporteurs demandent aux établissements les bulletins de situation des patients transportés, à joindre à la facture en plus de la prescription. Les bulletins de situation doivent-ils être remis aux transporteurs en tant que pièce justificative ? Si oui, dans quelles conditions ?

Lorsque le transport est à la charge des établissements de santé, ce sont ces derniers qui définissent quels doivent être les documents correspondant aux pièces justificatives de paiement.

S'agissant des établissements soumis au code des marchés publics, ce type de disposition est à inclure dans l'appel d'offre.

**

*

5.7. Nouveau : Qu'en est-il de la liberté du patient de choisir son transporteur?

Les transports intra ou inter établissements de patients hospitalisés relèvent désormais du cadre d'un marché public ou de contrats de prestations. Ainsi, les prestations de transport concernées s'effectuent dans les conditions définies au contrat liant l'établissement au prestataire.

Dans la mesure où ces transports relèvent désormais de la responsabilité juridique, organisationnelle et financière de l'établissement de santé, le libre choix ne saurait ainsi s'y exercer.

**

*

5.8. Nouveau : Transport et responsabilité des établissements de santé en cas d'échec au transfert

A titre liminaire, il convient de rappeler qu'avant tout transfert inter établissement, l'établissement depuis lequel le patient est transféré doit contacter l'établissement vers lequel le patient est censé être transféré afin de s'assurer qu'une place est disponible.

La problématique est la suivante : Il est question du transfert depuis un établissement MCO (établissement A) vers un établissement SSR (établissement B), a priori conçu comme définitif mais se révélant provisoire (du fait de l'impossibilité de l'établissement B d'accueillir in fine le patient). Au moment où le transfert est programmé, l'établissement A pensant que celui-ci est définitif, ce dernier est considéré comme prescripteur. C'est bien à cet établissement de commander le transport. Le transporteur commandé par l'établissement A transfère le patient vers l'établissement B. Son trajet est payé par l'établissement A. Contrairement à ce que pouvait pressentir l'établissement A, l'établissement B n'est pas en mesure d'accueillir le patient. Ce dernier est donc « rapatrié » vers l'établissement de départ. In fine, le transfert est inférieur à 48h et, par nature, aucune prestation n'a été réalisée au profit du patient dans l'établissement B.

Dans ce cas de figure, le transfert est rétroactivement considéré comme relevant de la catégorie des PIA externe (transfert provisoire inter champ sans que n'ait été réalisée de prestation d'hospitalisation).

L'établissement A demeure donc prescripteur du transport et doit donc en assumer la charge aller. Cependant, contrairement à ce qu'il pouvait penser initialement, l'établissement doit également assumer le retour du patient. Il ne peut par ailleurs bénéficier du supplément tarifaire TDE, facturable uniquement en cas de transfert définitif.

Il est loisible d'affirmer que l'établissement A subi un préjudice du fait d'une organisation défectueuse de l'établissement B (qui n'a pu prendre en charge le patient nonobstant son accord de départ).

Ainsi, si l'établissement B correspond à un établissement public, sa responsabilité peut être engagée sur le fondement de la faute de service (défaillance dans l'organisation ou le fonctionnement normal du service public).

Si l'établissement B relève du champ des établissements privé, sa responsabilité civile délictuelle peut être engagée sur le fondement de l'article 1240 du code civil.

Dans ces conditions, il est conseillé aux établissements de santé d'établir des conventions encadrant le transfert de patient (organisation de la prise de contact avant le transfert, process ...) dans lesquelles pourraient être fixées les conditions de remboursement des frais de transports exposés par un établissement lorsque ces derniers sont dus à une défaillance du service.

**

*

5.9. **Nouveau** : Transfert vers un établissement éloigné à la demande du patient

La problématique est la suivante : Un patient doit être transféré depuis un établissement MCO vers un établissement SSR. Le patient souhaite être pris en charge dans un autre établissement. Le transfert ne se fera pas dans l'établissement SSR le plus proche, initialement choisi par l'établissement MCO, mais dans un établissement plus éloigné.

Dans ces conditions et du fait de la seule demande exprimée par le patient, le supplément TDE facturé par l'établissement ne pourra couvrir l'intégralité des charges de transport.

Conformément à l'article L. 1110-8 du code de la santé publique, si le patient est parfaitement libre de choisir son établissement (hors cas d'urgence), cette faculté doit pouvoir se conjuguer avec la prise en charge financière des transports inter-hospitaliers par les établissements prescripteurs et le régime juridique des prestations pour exigence particulière du patient, et plus particulièrement des prestations dites exceptionnelles.

Le raisonnement est le suivant :

- L'article D. 162-17-1 confie aux établissements la charge des dépenses de transports prescrits par ces derniers ;
- Au moment de la prescription de transport (et plus généralement de la prescription de transfert vers un autre établissement), l'établissement depuis lequel le patient doit être transféré recherche les places disponibles dans les établissements les plus proches (utilisation du logiciel « trajectoires ») ;
- Juridiquement, l'établissement a à sa charge le transport correspondant à ce trajet ;
- Pour rappel, aux termes de l'article R. 162-27, constitue une prestation exceptionnelle une prestation sans fondement médical 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.
- Dans le cas présent, ce n'est pas le transport en tant que tel qui constituerait une prestation exceptionnelle (le transport et donc le transfert ayant un fondement médical), mais la demande du patient d'être transférée dans un établissement plus éloigné. Cette demande ne repose en effet sur aucun fondement médical. Dans ces conditions, l'établissement doit pouvoir facturer au patient le différentiel entre ce qui sera facturé par le transporteur et ce qui aurait été facturé à l'établissement en l'absence de demande expresse du patient.

Attention néanmoins : dans ce cas de figure, il est impératif de présenter au patient un devis détaillé afin de recueillir son consentement (conformément aux dispositions de l'article L. 441-3 du code de commerce). Sur ce devis, il convient de mentionner la prescription initiale de transport et le coût généré par la demande expresse du patient d'être pris en charge dans un autre établissement. Suivant l'exemple précité, ce coût facturable au patient doit être égal au coût réel du transport depuis l'établissement MCO vers l'établissement SSR (ayant été choisi par le patient), minoré du montant correspondant au transport entre l'établissement MCO et l'établissement SSR initialement identifié.