Ministère des solidarités et de la santé
Ministère de l'action et des comptes publics

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé et médico-sociaux (1A)
Affaire suivie par : Adrien Debever
Tél. 01.40.56.75.27

Direction Générale de l'Offre de Soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau du premier recours
Affaire suivie par Clémence Charras
Tél. 01.40.56.40.38

La ministre des solidarités et de la santé
Le ministre de l'action et des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé

Monsieur le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie

Monsieur le directeur général de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Monsieur le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie

NOTE D'INFORMATION N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017

Date d'application : 1er octobre 2018
NOR : SSAS1808079N
Classement thématique : Sécurité sociale : organisation, financement

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 16 mars 2018 – N ° 31
Publiée au BO : oui
Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.
Résumé : La présente note d'information apporte des précisions sur les conditions d'application de réforme dite de l'article 80 de la LFSS pour 2017 (prise en charge par les établissements de santé des dépenses de transports), entrant en vigueur au 1er octobre 2018.

Mots-clés : transports de patients ; établissements de santé
Textes de référence : Article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale
Textes abrogés : - **Textes modifiés:** dispositions relatives aux transports inter- établissements visés par la circulaire du 27 juin 2013
Annexes : - illustrations du périmètre des dépenses de transports incluses dans la réforme dite de l'article 80 ; - proposition de cahier des clauses administratives particulières et de cahier des clauses techniques particulières.
Diffusion : établissements de santé– caisses d'assurance maladie

La présente note d'information présente la mise en œuvre de la réforme dite de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

Cette mesure, qui entre en vigueur au 1er octobre 2018, a pour objectif d'unifier les modalités de prise en charge des dépenses de transports inter et intra-hospitaliers et de préciser les règles concernant la prise en charge des transports des patients bénéficiant de permissions de sortie.

Aujourd'hui, les transports de patients entre établissements sont financés d'une part, par l'enveloppe des soins de ville (transferts provisoires pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie / transferts définitifs entre deux entités juridiques) et d'autre part, par le budget des établissements de santé (transfert provisoires hors séances / transfert entre deux entités géographiques d'une même entité juridique). La réforme prévoit de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement de l'ensemble de ces transports, inter et intra hospitaliers.

Les bénéfices attendus de cette mesure sont les suivants :

- inciter les établissements à structurer l'organisation de la commande de transport, fondée sur la prescription médicale ;
- favoriser une meilleure adéquation entre le mode de transport et l'état de santé du patient.

1. Périmètre de la réforme

L'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale dispose que les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport.

L'application de cette règle implique que ces transports ne peuvent être facturés à l'assurance maladie.

Le principe général est le suivant : tout transport d'un patient déjà hospitalisé n'est plus facturable à l'assurance maladie mais pris en charge par l'établissement prescripteur. Ce principe général comporte les exceptions suivantes :

- 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 de patients non hospitalisés ;
- les transports réalisés par le SMUR ;
- les transports prescrits par une structure d'HAD sauf exception (*cf.*1.2.1) ;
- les transports depuis ou vers un EHPAD sauf exception (*cf.* 1.2.2) ;
- les transports depuis ou vers une USLD sauf exception (*cf.*1.2.3) ;
- les transports provisoires pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral.

1.1. Les dépenses de transports à la charge des établissements

1.1.1. Les transports entre deux établissements

Les transports inter-établissements sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport et sont inclus dans les tarifs et dotations hospitalières (voir en en ce sens l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale).

Sont ainsi visés :

- **Les transports provisoires (i.e. de moins de 48h[1]),** entre deux entités géographiques d'une même entité juridique (transports intra-établissement) ou entre deux entités juridiques distinctes (transports inter-établissements).

  A noter que cela vaut tant pour les prestations inter-établissement réalisées entre deux établissements ou structures relevant du même champ d'activité, que pour les prestations inter-activités, prestations réalisées entre deux établissements ou structures relevant de champ d'activité distinct.

- **Les transports définitifs (i.e. supérieurs à 48h)**, entre deux entités géographiques d'une même entité juridique (transport intra-établissement) ou entre deux entités juridiques distinctes (transport inter-établissements).

Il est cependant impératif que le patient transféré ait le statut d'hospitalisé au moment du transfert. A contrario, le transfert d'un patient non hospitalisé vers un autre établissement en vue de son admission pour hospitalisation ne relève pas du périmètre des transports pris en charge par un établissement de santé.

A titre illustratif, un patient admis dans une unité d'hospitalisation de courte durée[2] (UHCD) puis transféré vers un autre établissement est considéré au moment de son transfert comme hospitalisé. Le transport est donc à la charge de l'établissement depuis lequel le patient est transféré. Tel n'est pas le cas d'un patient pris en charge dans la structure des urgences hors UHCD d'un établissement puis transféré à des fins d'hospitalisation dans un autre établissement (au sens entité géographique). Dans ce cas de figure, le transport demeure facturable à l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

A noter que la prise en charge des dépenses de transports s'agissant de patients placés sous-main de justice s'effectue dans les conditions de droit commun. Ainsi, en cas de transports d'un patient hospitalisé placé sous-main de justice entre deux établissements de santé, la prise en charge de la dépense de transport incombe à l'établissement prescripteur

1.1.2. Les transports liés à des permissions de sorties

Pour rappel, une permission de sortie correspond à un retour temporaire à domicile d'une durée maximale de 48h (R. 1112-56 du code de la santé publique). Le patient demeurant hospitalisé, une permission est accordée par le directeur de l'établissement sous réserve de l'avis favorable du médecin chef de service.

Une permission peut être prescrite pour raison thérapeutique. Le retour temporaire du patient à domicile s'inscrit alors dans une démarche médicale. La permission peut également être demandée par le patient sans revêtir un fondement médical. La prestation de transport dans ce cas relève de

[1] Le décompte s'effectue en fonction de la présence du patient à minuit. Ainsi, un transfert durant deux nuitées ou plus est considéré comme transféré plus de 48h. A l'inverse, un transfert inférieur à deux nuitées est considéré comme provisoire.

[2] Dans les conditions définies à l'article 11 de l'arrêté modifié 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.

l'application du régime juridique des prestations pour exigences particulières définies à l'article R. 162-27 du code de la sécurité sociale.

Les frais de transport liés aux sorties pour permission ne peuvent pas être facturés à l'assurance maladie.

En cas de mobilisation d'un transport pour le retour provisoire à domicile du patient, la prise en charge dépend du type de permission accordée :

- Si le patient souhaite que l'établissement lui commande un transport (sans que l'utilisation de ce dernier n'ait un fondement médical ou ne soit motivée pour des raisons propres à l'établissement et à son organisation – fermeture un jour férié par exemple), c'est au patient de payer cette dépense (sous réserve du respect du régime juridique des prestations pour exigences particulières définies à l'article R. 162-27 du code de la sécurité sociale[3]) ;

- A l'inverse, dès lors que le retour à domicile revêt un fondement médical (permission de sortie à but thérapeutique) ou que la permission est liée à une problématique d'organisation propre à l'établissement (fermeture le week-end), la charge incombe à l'établissement de santé. La prestation ne peut pas en effet être assimilée à une prestation pour exigence particulière du patient.

Il faut noter que toute prescription de transport dans le cadre d'une permission de sortie qui aurait été établie par une autre structure que l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé ne saurait être facturé audit établissement. Ce transport doit être facturé au patient et n'est pas remboursable par l'assurance maladie.

1.1.2.1. Les transports de patients hospitalisés pour la réalisation de prestations « hors les murs »

A l'instar des permissions de sortie, tout transport provisoire d'un patient hospitalisé pour la réalisation d'une prestation en dehors des murs de l'établissement (consultation en cabinet libéral par exemple) incombe à l'établissement prescripteur.

L'unique exception est la suivante : le transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral. Dans ce seul cas de figure, le transport demeure facturable à l'assurance maladie. A défaut, la structure d'exercice libéral ou le centre de santé seraient considérés comme prescripteurs et, à ce titre, seraient responsables de la dépense. Or, contrairement aux établissements de santé, ces structures n'ont pas la capacité de facturer le supplément tarifaire couvrant la dépense (cf. infra). Ils assumeraient ainsi une charge nouvelle sans recette associée. Ces transferts sont donc exclus du périmètre de la réforme.

1.2. Les transports demeurant pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun

Les transports mentionnés ci-dessous sont facturables dans les conditions définies à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

1.2.1. Les transports prescrits par une structure d'hospitalisation à domicile

Le principe est que les transports prescrits par les établissements d'hospitalisation à domicile. Demeurent facturables à l'assurance maladie.

Les exceptions sont les suivantes :

- les transports prescrits pour des soins prévus au protocole de soins ;

[3] Voir en ce sens l'instruction DGOS/R1 no 2015-36 du 6 février 2015 relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé

- les transports non prévus au protocole de soins lorsque l'état du patient le justifie et dans le cadre du mode de prise en charge principal ou associé en cours au moment de la prescription.

1.2.2. Les transports depuis ou vers un EHPAD

L'EHPAD étant assimilé à un domicile, les transports depuis ces structures vers un établissement de santé (ou inversement) sont donc exclus du périmètre de la réforme.

Deux exceptions (théoriques) sont néanmoins à noter :

- cas du transfert réalisé entre deux structures relevant d'une même entité géographique. Le transport dernier incombe à l'établissement de santé prescripteur ;
- cas du transfert de moins de 48h depuis un établissement de santé vers un EHPAD réalisés au cours d'une permission de sortie. Le transport incombe à l'établissement de santé prescripteur.

1.2.3. Les transports depuis ou vers une USLD

A l'instar des EHPAD, l'USLD est assimilé à un domicile, les transports depuis ces structures vers un établissement de santé (ou inversement) sont donc exclus du périmètre de la réforme.

Une seule exception (théorique) est à noter : les transports réalisés entre deux établissements relevant d'une même entité géographique incombent à l'établissement de santé prescripteur.

1.2.4. Les transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU)

Dès lors que le transport est effectué dans le cadre de l'AMU le transport réalisé est facturable à l'assurance maladie.

Cette disposition ne concerne pas les transports assurés par le SMUR qui sont financés sur l'enveloppe MIG de l'établissement gestionnaire du SMUR.

1.2.5. Les transports par avion ou par bateau

Les transports entre deux établissements réalisés en avion ou en bateau sont exclus du champ de la réforme.

2. Définition de l'établissement prescripteur

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 connait 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[4] 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).

[4] A contrario, en cas de transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, l'établissement prescripteur, celui assumant la charge de la dépense de transport, correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré sauf lorsque le transfert s'apparente à une PIA (transfert entre deux champs d'activité différents – par exemple du SSR vers le MCO). Auquel cas, l'établissement prescripteur correspond à l'établissement vers lequel le patient est envoyé, à savoir l'établissement MCO.

3. Un encadrement des relations transporteurs / établissements de santé

Pour la prise en charge des transports pour patient, les établissements publics de santé vont devoir recourir, à travers leur GHT, à une procédure de marché public. Les établissements privés devront quant à eux recourir à des contrats de prestation.

Figure donc en annexe de la présente note d'information un modèle-type de cahier des clauses administratives particulières et de cahier des clauses techniques particulières visant à accompagner les établissements de santé dans la passation à venir de ces marchés ou contrats de prestations.

Parmi ces recommandations, deux éléments peuvent être soulignés :

- Les modalités d'évaluation des offres : il est conseillé d'attribuer une pondération importante au critère relatif à la « qualité technique et proposition organisationnelle », à hauteur par exemple de 60% (devront notamment être analysées la qualité de l'organisation technique et administrative proposée, la mise en place d'un service logistique de réponse, l'interface entre le service centralisé de commande de transport de l'établissement et les transporteurs) ;
- Les éléments tarifaires : les établissements ont la responsabilité de proposer un modèle économique dans le cadre du marché (distinguant a minima le recours à un transport allongé et le recours à un transport assis, et ce en cohérence avec les lots établis). Cela sous-entend que, dans ce cadre, les tarifs conventionnels ne constituent plus une référence juridique opposable.

Si ce document ne constitue qu'une recommandation à destination des établissements (en ce sens, il n'est pas prescriptif), il n'en demeure pas moins que certaines clauses, pour des raisons de sécurité juridique, doivent impérativement être intégrées dans les appels d'offres (ou s'agissant des établissements de santé privés, dans les contrats liant l'établissement au prestataire).

3.1. La procédure de marché public ou de contrat de prestations

3.1.1. Périmètre des prestataires pouvant être choisis par les établissements pour réaliser les transports inter-établissements

Conformément aux dispositions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale, le transport de patient ne peut être assuré que par des transporteurs sanitaires autorisés, agréés par le directeur général de l'ARS et conventionnés par l'assurance maladie ainsi que par des taxis conventionnés par l'assurance maladie.

Que le transport soit à la charge de l'établissement ou facturable à l'assurance maladie, cet état de droit ne change pas.

L'article L. 6312-1 du code de la santé publique dispose ainsi que : « *Constitue un transport sanitaire, tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet* ».

L'article L. 6312-2 du code de la santé publique dispose que : « *Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le directeur général de l'agence régionale de santé ».*

Si cette définition restreint le transport pour patient aux seuls transporteurs sanitaires agréés, le code de la sécurité sociale, en son article L. 322-5 élargit cette définition aux taxis ayant conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie.

L'article R.6312-30 du code de la santé publique dispose que *« dans chaque département, le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du sous-comité des transports sanitaires, arrête conformément à l'article L. 6312-4 le nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires, à l'exclusion des véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente. Ce nombre est obtenu par l'application à la population du département des indices prévus à l'article R. 6312-29. Il est ensuite éventuellement majoré ou minoré dans les limites fixées par l'arrêté mentionné au même article.*

La majoration ou la minoration prend en compte les caractéristiques démographiques, géographiques ou d'équipement sanitaire, la fréquentation saisonnière, la situation locale de la concurrence dans le secteur des transports sanitaires, le taux d'utilisation des véhicules de transports sanitaires existant ainsi que, le cas échéant, l'existence de véhicules affectés à l'exécution de contrats conclus avec une société d'assistance ou un établissement public de santé ».

Un établissement de santé peut disposer en propre d'une flotte de transport. Bien qu'internalisé, le transport demeure soumis aux règles de santé publique définies *supra.* Dès lors, l'établissement de santé réalisant le transport doit avoir été préalablement agréé et autorisé pour la mise en service de ses véhicules sanitaires par le directeur général de l'agence régionale de santé.

3.1.2. Candidatures solidaires

Afin de garantir la qualité du service rendu aux patients, il est recommandé aux établissements de santé d'inclure dans leur CCTP et CCAP des clauses favorisant le dépôt de candidatures communes permettant aux transporteurs :

- de proposer une offre de transport conséquente et organisée, limitant ainsi le temps d'attente ;
- de limiter d'éventuels retours « à vide » de véhicules.

Les transporteurs sont ainsi incités à déposer des candidatures conjointes et solidaires.

3.1.3. Prise en compte du maillage territorial dans la construction des marchés ou des contrats

Il est souhaitable que le marché soit alloti par zone géographique, puis par moyen de transport, et ce dans l'intérêt des établissements comme des transporteurs.

Si la zone géographique est assez précise, les transporteurs pourront plus facilement candidater au marché. Se faisant, l'établissement prescripteur s'assure d'une plus grande réactivité dans la commande de la prestation et dans sa réalisation. Illimite par ailleurs le risque de transport « à vide ».

Il est ainsi conseillé, particulièrement dans les départements ruraux dans lesquels l'implantation des transporteurs est éclatée, de disposer de zone géographique infra-départementale.

3.1.4. Reprise du personnel

Dans la mesure où les établissements de santé lanceront une procédure de marché (ou de contrat de prestations) destinée à regrouper les prestations de transports inter-établissements et intra-établissements ou de renouvellement, ils pourraient se trouver en situation de faire perdre un marché à leur prestataire. Ainsi la question du transfert de personnel pourrait se poser.

En cas de perte d'un marché par un prestataire au bénéfice d'une nouvelle entreprise, le personnel du prestataire ayant été exclu du marché doit être repris par l'entreprise ayant remporté le marché à la condition que tout ou partie dudit personnel ait été préalablement affecté au marché.

La reprise obligatoire du personnel résulte de l'application de l'article L. 1224-1 du code du travail qui dispose que *« lorsque survient une modification dans la situation juridique de l'employeur, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société de l'entreprise, tous les contrats de travail en cours au jour de la modification subsistent entre le nouvel employeur et le personnel de l'entreprise ».*

La jurisprudence civile a élargi cet article aux marchés de service. Il en résulte donc que l'application de l'article L. 1224-1 du code du travail peut concerner les marchés publics. Ainsi, si le marché public constitue une entité économique autonome, les salariés affectés à ce marché seront transférés de plein droit au nouveau titulaire du contrat public. Pour autant, il est jugé de manière constante que la seule perte d'un marché public n'entraine pas automatiquement un transfert d'entreprise et donc un transfert des contrats de travail. Selon la jurisprudence de la Cour de cassation, pour que le transfert des contrats de travail s'opère de plein droit, il est indispensable qu'apparaisse le transfert d'une entité économique autonome conservant son identité, et dont l'activité est poursuivie ou reprise (cass. soc. 7 juillet 1998, n° 96-21451 ; cass. soc. 13 décembre 2011, n° 10-17716).

C'est une organisation spécifique avec du personnel spécialement affecté (reflétée, notamment, par les qualifications et formation spécifiques inhérentes à l'activité) qui permet de caractériser cette entité. L'absence d'un personnel propre affecté à l'activité peut permettre d'écarter l'existence d'une entité économique (cass. soc. 18 juillet 2000, n° 99-13976). Autrement dit, l'entreprise « perdant le marché » doit avoir préalablement rattaché tout ou partie du personnel à la réalisation du marché afin de pouvoir les identifier et les transférer à la nouvelle entreprise.

Toutes choses égales par ailleurs, en l'occurrence, de telles situations devraient être limitées eu égard à la nature multi attributaires des marchés.

En tout état de cause, sous peine de nullité, les établissements de santé doivent intégrer une clause dans les marchés visant à informer les prestataires qu'en cas de « reprise » du marché, les salariés de l'entreprise ayant été rejetés du marché pourraient être transférés de droit dans la structure du nouveau prestataire. Il convient de souligner que le dossier de consultation devra pour ce faire non seulement informer de l'existence de cette obligation de reprise de personnel (sous réserve du respect des critères jurisprudentiels), mais aussi fournir des informations précises sur la masse salariale pouvant faire l'objet d'un transfert (TA Limoges, 5 avril 2012, n° 1001642).

3.2. Règles de prescription, de commande et de facturation

3.2.1. Formulaire spécifique de prescription médicale

Les transports visés par l'article 80 conservent le caractère de transports à visée sanitaire.

Une prescription médicale de transport établie par un médecin identifié, doit donc toujours précéder la réalisation du transport (sauf pour les transports dans le cadre de permissions relevant d'exigence particulière du patient qui faute de remboursement ne donnent pas lieu à prescription médicale.)

Le médecin prescrit un mode de transport au patient, selon son état de santé et son niveau d'autonomie et de déficience, conformément au référentiel de prescription du 23 décembre 2006.

Afin de faciliter la gestion de la facturation par les transporteurs et la juste imputation des dépenses sur l'enveloppe définie réglementairement, il est demandé aux établissements de santé d'utiliser un formulaire de prescription spécifique distinct de celui utilisé dans le cadre du droit commun. Ce formulaire spécifique doit garantir au transporteur qu'il facture conformément aux nouvelles règles de la réforme.

Il est donc demandé à l'établissement d'établir sa prescription de transport sur un formulaire spécifique distinct du Cerfa 50 742* 04.

Le nouveau formulaire spécifique doit systématiquement indiquer l'établissement prenant en charge le transport.

Ainsi, à la lecture de la prescription, le transporteur doit avoir connaissance de l'établissement assumant *in fine* la charge : soit l'établissement depuis lequel le patient est transféré, soit l'établissement vers lequel le patient est transféré.

Le même établissement de santé pourra selon le cas soit transférer un patient soit le recevoir.

En cas d'erreur de prescription amenant le transporteur à facturer sa prestation à l'assurance maladie, ce dernier ne pourra être mis en cause. L'indu sera à la charge de l'établissement prescripteur. De même, en cas d'erreur entre deux établissements, le transporteur ne devra pas être pénalisé.

3.2.2. La mise en place d'une gestion centralisée des commandes de transport

Il est recommandé aux établissements de mettre en place une gestion centralisée des commandes de transports pour patient et si possible de prescription, grâce à un logiciel commun et ce, sous leur responsabilité. Des recommandations complémentaires seront diffusées aux ARS et aux établissements s'appuyant sur les expériences déjà existantes et visant à généraliser ce type d'organisation dans le cadre des GHT.

Quel que soit leur mode d'organisation, ce dernier doit respecter le cahier des charges établi par la Cnam de décembre 2015 (disponible sur le site ameli.fr).

3.2.3. Procédure de facturation et de paiement dématérialisée

Pour rappel, l'ordonnance n°2014-697 du 26 juin 2014 relative au développement de la facturation électronique impose l'envoi par les fournisseurs des factures sous format électronique et l'obligation par la personne publique de les accepter, selon un calendrier défini en fonction de la taille des entreprises, conformément à l'article 3 de l'ordonnance.

Les transporteurs attributaires des marchés sont ainsi fortement encouragés à utiliser la plateforme Chorus Pro (CPP).

Une telle démarche est de nature à faciliter le mandatement des factures et à réduire leurs délais de traitement.

4. Modalités d'intégration des dépenses dans le budget des établissements

4.1. Principe général

- **Absence de ticket modérateur et franchise associés à cette dépense**

L'établissement à l'origine de la prescription de transport assume l'intégralité de la charge financière.

Cela sous-tend mécaniquement que les transports s'inscrivant dans le périmètre de l'article 80 ne génèrent aucun reste à charge pour l'assuré (ni d'un ticket modérateur ni franchise).

Le transporteur a donc un interlocuteur unique, l'établissement de santé à l'origine de la prescription.

- **Identification de l'enveloppe à transférer**

Chaque dépense de transport inter établissement facturée à l'assurance maladie a été identifiée, par champ d'activité et par secteur sur la base des données de facturation 2016.

Le montant remboursable correspondant à ces dépenses a ensuite été majoré afin d'intégrer le tendanciel prévisionnel de dépense 2017 et 2018 (+4,5% par an).

Cette masse a fait l'objet d'un transfert entre le sous objectif « ville » de l'ONDAM et le sous objectif de dépense « établissements de santé ».

Cette masse a ensuite été ventilée par champ d'activité (en fonction de la consommation réelle de transport de chacun de ces champs et des règles de facturation décrites supra) puis par secteur.

4.2. Cas des transports prescrits par un établissement relevant du champ MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique)

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.

Pour la campagne tarifaire 2018 (en l'occurrence du 1er octobre au 28 février 2019), les effets revenus générés par ce transfert de dépense, supérieurs à -0.1% des recettes de l'établissement[5], seront neutralisés à travers le versement d'une aide financière.

Cas particulier de la dialyse hors centre :

Pour rappel, dans le cas d'un transfert provisoire depuis un établissement MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, l'établissement prestataire (contrairement à la réalisation d'une séance de dialyse en centre) ne facture pas sa prestation à l'assurance maladie. La prestation de dialyse hors centre est facturée par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur (sur le fondement des tarifs négociés entre ces deux établissements). C'est ainsi l'établissement demandeur MCO qui facture à l'assurance maladie le GHS, ainsi que le forfait D (correspondant à la réalisation de la séance de dialyse). Dans ce cas de figure, c'est l'établissement demandeur qui est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et bénéficie en parallèle de la capacité de facturer le supplément TSE.

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 est considéré comme une « prestation inter activité ». Dans ce cas, l'établissement prestataire MCO peut facturer sa prestation (en l'occurrence son forfait D) à l'assurance maladie. Ainsi, c'est l'établissement prestataire MCO qui est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et bénéficie en parallèle de la capacité de facturer le supplément TSE

4.3. Cas des transports prescrits par les établissements relevant des champs de soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie.

Tout transport définitif ou provisoire par un établissement relevant des champs SSR ou psychiatrie est pris en charge via les tarifs ou dotations des établissements prescripteurs.

Pour ce faire, les DAF (dotations annuelles de financement) ou les PJ (prix de journée) des établissements ont été majorés du montant équivalent aux dépenses de transports facturés en 2016 et prescrits par ces établissements (montant majoré afin de prendre en compte le tendanciel de dépense).

5. Contrôles de facturation

Comme cela est défini supra, l'une des frontières entre un transport facturable et un transport à la charge de l'établissement renvoie au statut du patient : est-il hospitalisé ou non ?

Or, dans le cadre des contrôles réalisés par l'assurance maladie, un séjour peut être déclassé en acte externe. C'est le cas des hospitalisations dans des unités de courte durée (UHCD) ou des hospitalisations de jour (HDJ).

[5] Recettes issues de l'activité MCO prises en charges par les régimes obligatoires d'assurance maladie

Afin de ne pas léser l'établissement qui a assumé la charge du transport, le supplément destiné à couvrir le coût du transport et facturé par l'établissement à la caisse doit venir en minoration de l'indu lié au coût du séjour qui serait notifié par l'assurance maladie.

Vous voudrez bien assurer la diffusion de la présente note d'information aux établissements de santé, du ressort de l'ARS.

Pour les ministres et par délégation

La directrice générale de l'offre de soins

Cécile COURREGES

Signé

La directrice de la sécurité sociale

Mathilde LIGNOT-LELOUP

Signé

Annexe 1 : illustrations du périmètre des dépenses de transports incluses dans la réforme dite de l'article 80

1. Transport entre deux établissements relevant du périmètre de l'article 80

1.1. Transfert définitif d'un patient hospitalisé

L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A, quel que soit le champ d'activité de l'établissement B.

Sont ainsi visés les transports pour transfert définitif vers le MCO, les SSR, la psychiatrie ou l'hospitalisation à domicile.

Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Seul importe que le patient ait été préalablement hospitalisé au sein de l'établissement A avant le transfert.

Dans ce cas de figure, si l'établissement A relève du champ MCO, il facturera en sus de son GHS un supplément pour transport définitif.

1.2. Transport provisoire (hors séance de radiothérapie, chimiothérapie et dialyse) d'un patient hospitalisé entre deux établissements relevant du même champ d'activité

L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A, sous réserve que l'établissement B relève du même champ d'activité.

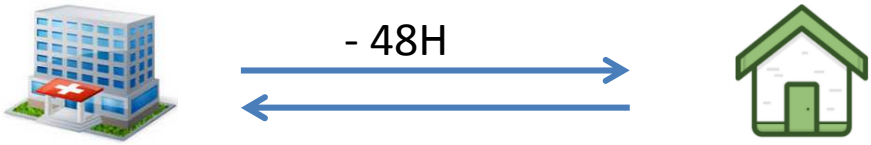
Sont ainsi visés les transports pour transfert provisoire vers le MCO, les SSR, la Psychiatrie ou l'hospitalisation à domicile relevant d'un champ d'activité identique (MCO vers MCO, SSR vers SSR, PSY vers PSY).

Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Seul importe que le patient ait été préalablement hospitalisé au sein de l'établissement A avant le transfert.

Dans ce cas de figure, l'établissement A assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

1.3. Transport en lien avec une permission de sortie à visée thérapeutique



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transporté vers son domicile ou vers une structure assimilée (EHPAD).
.
Dans ce cas de figure, l'établissement assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

Point d'attention : toute prescription de transport dans le cadre d'une permission de sortie qui aurait été réalisée par une autre structure que l'établissement de santé dans lequel le patient est rattaché ne saurait être facturé audit établissement. Ce transport, non pris en charge par l'assurance maladie, est de fait facturé au patient.

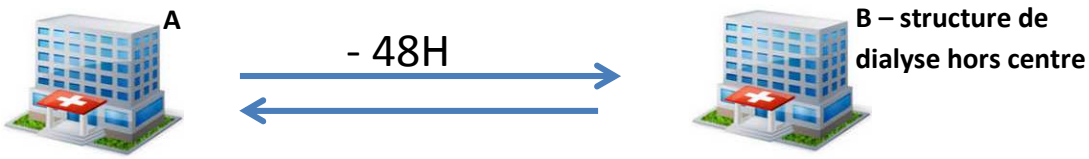
1.4. Transport provisoire de patient hospitalisé vers une structure libéral ou un centre de santé (hors radiothérapie en ville)

L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré.

Dans ce cas de figure, l'établissement assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

Point d'attention : en cas de transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en ville, le transport correspondant demeure facturable à l'assurance maladie.

1.5. Transport provisoire pour réalisation d'une séance de dialyse hors centre



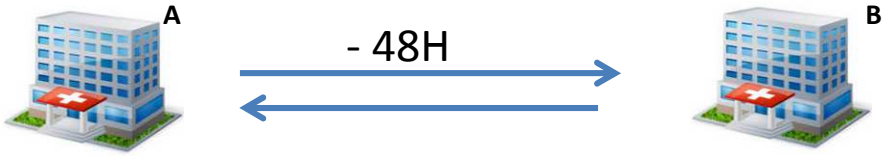
Si l'établissement A relève du MCO, l'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A. Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

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.

Si l'établissement A relève du champ SSR ou PSY, le transfert correspond à une PIA séjour (cf. infra). L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond donc à l'établissement B (de facto relevant du champ MCO). Dans ce cas de figure, l'établissement B

facturera en sus de son forfait D (correspondant au traitement de dialyse) un supplément pour transport provisoire.

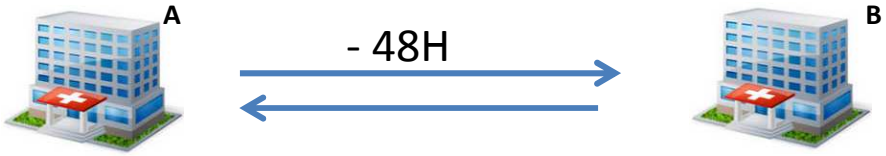
1.6. Transport provisoire pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre, de radiothérapie



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement B. Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Dans ce cas de figure, l'établissement B facturera en sus de son GHS (correspondant à la séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie) un supplément pour transport provisoire.

1.7. Transfert provisoire entre deux champs d'activité différent pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (PIA séjour)



L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement B.

Sont visés les transferts provisoires entre deux champs d'activités distincts (SSR vers MCO essentiellement) pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation.

Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques.

Dans ce cas de figure, l'établissement B assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

1.8. Transfert provisoire entre deux champs d'activité différent pour la réalisation d'une prestation externe (PIA externe)

L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A.

Sont visés les transferts provisoires entre deux champs d'activités distincts (SSR vers MCO essentiellement) pour la réalisation d'une prestation externe.

Peu importe que l'établissement A et B relèvent ou non de la même entité juridique, sont visés l'ensemble des transferts entre deux entités géographiques. Dans ce cas de figure, l'établissement A assume la charge du transport (prise en compte dans ces tarifs ou sa dotation).

2. Transfert entre deux établissements en dehors du champ de l'article 80 (facturables à l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article R. 322-10 et suivants)

2.1. Transport inter établissement avec recours à un bateau / avion

2.2. Transport inter – établissement d'un patient non hospitalisé au moment du transfert

Point d'attention : un patient passant par une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) puis transféré vers un autre établissement est considéré comme hospitalisé. Le transport est donc à la charge de l'établissement depuis lequel le patient est transféré.

2.3. Transport sanitaire entre deux établissement effectué dans le cadre de l'AMU

Point d'attention : le transport sanitaire 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.

2.4. Transport pour « sortie définitive » puis réadmission

Ce cas de figure est relativement classique en SSR.

Sont ici visées des hospitalisations de jour successives. Dans ce cas de figure, 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.

2.5. Transport depuis ou vers un EHPAD (hors permission de sortie)

2.6. Transport depuis ou vers un USLD

2.7. Transport prescrit par une structure hospitalisation à domicile

Point d'attention :

- Ces transports sont facturables uniquement lorsque le transfert n'est pas prévu au protocole de soins ou est réalisé sans que l'état de santé du patient ne le justifie ;
- En cas de transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse en centre, l'établissement prescripteur ne correspond pas à la structure d'hospitalisation à domicile. C'est l'établissement prestataire qui est considéré comme prescripteur. La dépense de transport est donc à la charge de cet établissement (cf. supra) ;
- en cas de transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, l'établissement prescripteur correspond à l'hospitalisation à domicile. Le transport est donc facturable à l'assurance maladie.

Annexe 2 : exemple de cahier des clauses administratives particulières (CCAP) et de cahier des clauses techniques particulières (CCTP)

Le présent document mêle CCAP et CCTP. Le GHT devra se charger d'éclater ce document en deux : un CCTP et un CCAP en intégrant dans le CCAP ces clauses-type habituelles (pénalités, résiliation,…).

A noter que le coordonnateur du GHT est chargé de la préparation, de la passation du marché ainsi que de l'exécution de son marché (avenants, résiliation, notamment). Il est désigné au sein du présent document par le terme « pouvoir adjudicateur ».

MARCHE PUBLIC DE SERVICES

Pouvoir Adjudicateur/Coordonnateur :

XXX

Représentant du Pouvoir Adjudicateur :

XXX

Procédure :

Marché passé en procédure formalisée d'appel d'offre ouvert

Article 1er - PARTIES CONTRACTANTES *20*
Article 2 - OBJET ET FORME DU MARCHÉ PUBLIC *20*
Article 3 - DUREE DU MARCHE *23*
Article 4 - PIECES CONTRACTUELLES *24*
Article 5 - MODALITES D'EXECUTION *24*
Article 6 – CRITERES D'EVALUATION DES OFFRES *27*
Article 7 - ASSURANCES *28*
Article 8 – PRIX *28*
Article 9 - AVANCE *29*
Article 10 - PAIEMENT – ETABLISSEMENT DE LA FACTURE *29*
Article 11- PENALITES - EXECUTION AUX FRAIS ET RISQUES *30*
Article 12 – OBLIGATIONS DU TITULAIRE *31*
Article 13 - RESILIATION DU MARCHE *31*
Article 14 - SUIVI DE L'EXECUTION DU MARCHE *32*
Article 15 – REGLEMENT DES LITIGES *32*
Article 16 - CESSION, ASSOCIATION, SUBSTITUTION, LIQUIDATION JUDICIAIRE *33*
Article 17 - INAPPLICABILITE DE LA CLAUSE « NON-ADIMPLETI CONTRACTUS » *33*

Article 1er - PARTIES CONTRACTANTES

1.1. Acheteur

L'objet de la prestation concerne les transports terrestres de patient à la charge des établissements du Groupement hospitalier de territoire XXX.

En application de l'article L. 6132-3, L. 6143-7 et R. 6132-16 du code la santé publique (CSP)[6], le directeur de l'établissement support du Groupement hospitalier de territoire XXX est désigné comme coordonnateur du présent marché.

1.2 Titulaire

Le prestataire ou son mandataire dont l'offre a été retenue est désigné par le terme « titulaire ».

1.3 Cotraitance

Conformément à l'article 45 III du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016, en cas de groupement conjoint, le mandataire est solidaire des autres membres du groupement.

1.4 Sous-traitance

Il est rappelé que la sous-traitance n'est autorisée que pour les marchés publics de services tels que définis à l'article 5 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015.

Le candidat pourra donc sous-traiter une partie de l'exécution du marché.

Article 2 - OBJET ET FORME DU MARCHÉ PUBLIC

2.1. Objet

Le présent marché a pour objet d'assurer les transferts de patients hospitalisés dont le transport a été prescrit par l'un des établissements constituant le Groupement hospitalier de territoire :

- Finess géographique / adresse géographique:
- Finess géographique / adresse géographique:
- …

Seuls les transports mentionnés au point 2.4 sont visés par le présent marché.

2.2 Forme

Il s'agit d'un accord cadre à bons de commande, multi-attributaire, sans minimum ni maximum en volume, valeur ou quantité (article 4 de l'Ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics) passé dans le cadre d'un appel d'offres ouvert (article 67 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics).

[6] «L'établissement support désigné par la convention constitutive assure (...) pour le compte des établissements partie au groupement […] la fonction achats ».

2.3 Nombre d'attributaires

XX

2.4 Allotissement

Le marché est décomposé en deux lots communs à l'ensemble des établissements.

NB : *il est conseillé d'allotir le marché par zone géographique, puis par mode de transport et ce, dans l'intérêt des établissements comme des transporteurs.*

Si la zone géographique est assez précise, les transporteurs pourront plus facilement candidater au marché. Se faisant, l'établissement prescripteur s'assure d'une plus grande réactivité dans la commande de la prestation et dans sa réalisation.

Il est ainsi conseillé, particulièrement dans les départements ruraux dans lesquels l'implantation des transporteurs est éclatée, de disposer de zones géographiques infra-départementales.

- **lot n° 1 : Transports sanitaires en ambulance**

En conformité avec les dispositions du code de la santé publique et de l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale, ce premier lot vise les transports par ambulance de patients s'inscrivant dans les cas de figure suivants :

- Le patient présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport obligatoirement en position allongée ou semi-assise ;
- Le patient nécessite un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ;
- Le patient nécessite un transport avec brancardage ou portage, ou un transport devant être réalisé avec des conditions d'asepsie.

Les seuls prestataires habilités à répondre au présent lot sont les transporteurs sanitaires agréés dans les conditions définies aux articles R. 6312-1 du code de la santé publique et bénéficiant d'une autorisation de mise en service délivrés dans les conditions définies aux articles R. 6312-33 du même code.

Le transporteur doit donc respecter les conditions définies à l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.

Le prestataire s'engage ainsi à disposer pour l'exécution de ce marché de l'équipage conforme au code de la santé publique : 2 équipiers dont au moins un titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier (DEA) et 1 deuxième titulaire de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier ou titre équivalent.

- **lot n° 2 : Transports assis professionnalisés**

En conformité avec les dispositions du code de la santé publique, du code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale, ce deuxième lot vise les transports assis professionnalisés (TAP) s'inscrivant dans les cas de figure suivants :

- Déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- Déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;

- Déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- Déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Ce deuxième lot peut également viser des transports prescrits pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Les seuls prestataires habilités à répondre au présent lot sont :

- les transports sanitaires agréés dans les conditions définies aux articles R. 6312-1 du code de la santé publique et bénéficiant d'une autorisation de mise en service délivrées dans les conditions définies aux articles R. 6312-33 du même code, à savoir les véhicules sanitaires légers (VSL).

  Le transport doit ainsi respecter les critères définis à l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres. Le prestataire s'engage ainsi, pour chaque transport, de disposer d'une personne titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier ou de la qualification d'auxiliaire ambulancier ou leurs équivalents.

  Cette prestation comprend une aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule, une transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante, le respect rigoureux des règles d'hygiène et la prévention du risque infectieux et la conservation à bord du véhicule d'une trousse de secours dont la composition minimale est précisée dans ladite convention.

- les entreprises de taxis conventionnées avec les caisses primaires d'assurance maladie pour le transport de patient, qui par nature en vertu de leur conventionnement d'une part exploitent de façon effective et continue leur autorisation de stationnement depuis plus de deux ans et d'autre part proposent une prestation conforme à l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription de transport.

  Cette prestation comprend une aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule, une transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante, le respect rigoureux des règles d'hygiène et la prévention du risque infectieux et la conservation à bord du véhicule d'une trousse de secours dont la composition minimale est précisée dans ladite convention.

2.5. Description des prestations

La prestation de transport est réalisée de jour comme de nuit (24h/24h), tous les jours de l'année y compris jours fériés (365 jours/an)

Elle inclut pour chaque lot les éléments suivants :

- Les transports « inter-établissements », à savoir les transports de patients hospitalisés depuis une entité juridique membre du groupement hospitalier de territoire vers une autre entité juridique, membre ou non du GHT, avec ou sans retour ;
- Les transports « intra-établissement», à savoir les transports entre entité géographique d'une même entité juridique ;
- Les transports d'un patient vers son domicile (ou vers une structure assimilée – EHPAD notamment) en cas de permission de sortie d'une durée intérieure à 48heures, ainsi que son retour vers l'établissement ;
- Les transports provisoires de patients hospitalisés pour la réalisation d'une prestation en dehors de l'établissement (en cabinet de ville par exemple) à l'exception des transferts pour réalisation d'une séance de radiothérapie dans une structure

d'exercice libéral ou un centre de santé.

Par ailleurs, et à l'exception des USLD, tous les champs d'activité sanitaires des établissements sont visés : MCO, SSR, psychiatrie.

Enfin, la prestation de transport inclut la prise en charge du dossier médical du patient et de ses effets personnels.

2.6. Prestations exclues

Sont exclues du présent marché les prestations de transport sanitaire qui ne sont pas à la charge financière de l'hôpital, à savoir :

- Les transports médicalisés ;
- Les transports effectués dans le cadre de l'aide médicale d'urgence (autrement dit que la commande de transport soit passée par un Samu-Centre 15) ;
- Le transport visant à hospitaliser un patient. Sont visés les transferts d'un patient depuis son domicile vers un établissement membre du Groupement hospitalier de territoire en vue de son hospitalisation mais également les transferts depuis un établissement membre du Groupement hospitalier de territoire vers un autre établissement lorsque le patient n'est pas hospitalisé au moment du transfert ;
- Les retours définitifs d'un patient vers son domicile ;
- Les transports de patients non hospitalisés depuis leur domicile vers un établissement membre du groupement hospitalier de territoire pour la réalisation d'une consultation externe (notamment de préadmission) ;
- Les transports provisoires et définitifs depuis et vers une unité de soins de longue durée à l'exception des transports réalisés entre deux établissements relevant d'une même entité géographique ;
- Les transports provisoires et définitifs depuis et vers un EHPAD à l'exception des transports réalisés entre deux établissements ou relevant d'une même entité géographique.

Article 3 - DUREE DU MARCHE

Le marché est passé pour une première période de 24 mois à compter du XX, ou à défaut à compter de sa date de notification au titulaire si celle-ci est postérieure (date de l'accusé de réception faisant foi), jusqu'au XX.

Dans le cas où le marché serait notifié postérieurement à cette date, le marché ne pourra commencer à s'exécuter que le jour de sa notification, celui-ci correspondant à la date de réception du courrier l'accusé de réception faisant foi.

Il pourra être reconduit 1 fois pour une durée de 12 mois. La durée maximale du marché ne pourra excéder 3 ans.

Conformément à l'article 16 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 susmentionné, la décision de reconduire le marché sera expresse et adressée par lettre recommandée avec avis de réception postal, au plus tard 3 mois avant la fin de la durée de validité du marché.

Le titulaire du marché pourra refuser la reconduction dans un délai de 10 jours à compter de la réception de la notification de la reconduction. Il devra en informer le pouvoir adjudicateur par courrier.

***NB** : Plusieurs établissements ont déjà des marchés correspondant aux dépenses de transports « historiquement » à leurs charges. Pour ces établissements, le lancement de nouveaux marchés « post – article 80 » va avoir pour conséquence de gérer deux marchés distincts. C'est la raison pour laquelle il est conseillé de limiter la durée du nouveau marché afin que l'ensemble des marchés arrive concomitamment à échéance. Cela permettra à l'avenir aux établissements d'unifier leurs marchés*

Article 4 - PIECES CONTRACTUELLES

Le présent marché est constitué par les documents contractuels énumérés ci-dessous, par ordre de priorité décroissante :

Pièces particulières :

- l'acte d'engagement et ses éventuelles annexes;
- le présent Cahier des Clauses Administratives Particulières ;
- le Cahier des Clauses Techniques Particulières (C.C.T.P.) et ses annexes;
- le mémoire technique-type (Cf. annexe) proposé à l'appui de l'offre du titulaire intégrant notamment le plan de progrès,
- la fiche de suivi des services et des fournisseurs sur les délais, horaires, lieux et autres.

Seuls les originaux conservés dans les archives de l'établissement font foi en cas de litige.

Article 5 - MODALITES D'EXECUTION

5.1. Dispositions générales

⇨ **Si l'établissement de santé dispose d'une flotte de transports**

Le pouvoir adjudicateur assure en priorité par ses propres moyens les transports de patients visés à l'article 2, point 2.4.

Lorsque ses moyens ne lui permettent pas de répondre techniquement à la demande (ou d'y répondre dans les délais prescrits), le pouvoir adjudicateur fait appel à un prestataire extérieur dans les conditions définies au présent marché.

Il s'agit de transports à la charge financière et organisationnelle du pouvoir adjudicateur réalisé par des prestataires extérieurs de jour comme de nuit, en semaine, en week-end et jours fériés pour répondre aux besoins non couverts par le Service de Transport des Patients des établissements membres du Groupement hospitalier de territoire.

NB : *Un établissement de santé peut disposer en propre d'une flotte d'ambulance et VSL. Bien qu'internalisée, le transport demeure soumis aux règles de santé publique du code de la santé publique. Dès lors, l'entité réalisant le transport doit avoir été préalablement agréé et autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé (cf. art. L.6312-2 et suivants du code de la santé publique). Il importe de décrire quantitativement les prestations qui seront confiés aux prestataires.*

Le pouvoir adjudicateur s'engage à transmettre les courses avec l'anticipation nécessaire à la bonne réalisation des transports en termes de ponctualité au rendez-vous.

Aucune dérogation (grève….), sauf lors d'absence d'intervention justifiée et ayant fait l'objet d'un avis immédiat aux responsables des Services Logistiques ne sera accordée.

5.2. Prescription médicale

Une prescription médicale de transport (PMT), établie par un médecin identifié (RPPS-FINESS), doit toujours précéder la réalisation du transport.

Il prescrit un moyen de transport au patient, selon son état de santé et son niveau d'autonomie et de déficience, conformément au référentiel de prescription de décembre 2006 reproduit dans le présent cahier des clauses.

Cette prescription est réalisée sur un support propre à l'établissement et non sur la base du Cerfa S3138c n° 11574*04.

La prescription a notamment comme objectif d'indiquer à l'entreprise de transport l'établissement prescripteur, c'est-à-dire celui assumant la charge du transport. A noter que la prescription doit mentionner le cas de figure où l'établissement prescripteur correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré (cas majoritaire) ou correspond à l'établissement vers lequel le patient est transféré (sont principalement visés les transferts d'un patient pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse et de radiothérapie).

La prescription doit par ailleurs indiquer :

- L'identification du patient (nom, prénom, âge) ;
- La nature du transport (Aller, Aller-retour, transport simultané de plusieurs patients, etc.) ;
- La date et l'heure de prise du rendez-vous du patient ;
- Le lieu de prise en charge ;
- Le lieu de destination.

5.3. Modalité d'émission des bons de commande aux titulaires

La prescription est réceptionnée par le secrétariat du service XXX du pouvoir adjudicateur ou directement par le service centralisé.

Le service formalise alors la commande de transport. Cette commande peut être enrichie d'informations non précisées par la PMT mais qui contribuent à améliorer les conditions de réalisation du transport :

- Numéro de chambre – en l'absence de salon d'attente dédié) ;
- Le matériel nécessaire (brancard, fauteuil, fauteuil personnel, nacelle, attelle, coquille) ;
- Les précautions du transport : modalité d'isolement, de manutention, de surveillance ;
- Les documents nécessaires au paient : dossier, lettres, ordonnances, clichés d'examen et carton de rendez-vous
- Toute information complémentaire (accompagnant, document, matériel nécessaire, etc.).

⇨ **En cas de mise en place d'une plateforme de commande**

La transmission des PMT au(x) titulaires(s) s'effectuent à travers une plateforme dématérialisée de commande (PF). Cette transmission vaut bon de commande.

L'environnement technique de la plateforme permet ainsi de saisir, tracer et traiter la PMT.

La PMT est traduite par la PF sous forme d'une demande permettant sa traçabilité auprès du transporteur.

Cette commande comporte les données de temps et de lieu du trajet, le moyen de transport prescrit et toutes les informations nécessaires à la réalisation du transport.

La PF est chargée notamment :

- d'enregistrer la prescription médicale ;
- d'actionner le tour de rôle pour requérir le moyen de transport prescrit selon un dispositif équitable garantissant le respect de la libre concurrence ;
- de tenir à jour une traçabilité des demandes et du suivi des réponses apportées ainsi que des événements indésirables, en amont de la commande ou en aval (jusqu'à la réalisation du transport).

Le pouvoir adjudicateur émettra les commandes de manière la plus équitable possible entre chaque titulaire d'un même lot et selon une cadence qui sera définie avec les titulaires après la notification des marchés.

Dans cette optique, la PF sélectionne, sur la base de cette commande, parmi les titulaires du présent marché (et plus particulièrement ceux rattachés au lot géographique correspondant à la zone géographique depuis lequel le patient est transféré) selon les modalités définies infra (cf. 5.4.1. modalités d'activation du transport).

⇨ **En l'absence de mise en place d'une plateforme de commande**

Le pouvoir adjudicateur émettra les commandes de manière la plus équitable possible entre chaque titulaire d'un même lot et selon une cadence qui sera définie avec les titulaires après la notification des marchés.

Dans cette optique, la transmission des PMT (valant bons de commandes) au(x) titulaires(s) s'effectuent, parmi les titulaires du présent marché (et plus particulièrement ceux rattachés au lot géographique correspondant à la zone géographique depuis lequel le patient est transféré) selon les modalités définies infra (cf. 5.4.1. modalités d'activation du transport).

5.4. Engagement du ou des titulaires

La ou les entreprise(s) soumissionnaire(s) s'engage(nt), sans exception, de jour comme de nuit, y compris les jours fériés, à assurer les transports demandés par l'établissement prescripteur.

La ou les entreprise(s) soumissionnaire(s) s'engage(nt) à répondre rapidement à la demande exprimée.

La ou les entreprise(s) soumissionnaire(s) s'engage(nt) au respect des horaires convenus avec l'établissement de santé.

Les délais de réponse sont définis au moment de l'expression de la demande, et sont plus contraignants si la demande est faite suffisamment en amont, afin de favoriser l'anticipation des besoins.

Si la demande a lieu 24 heures à l' avance, les transporteurs s'engagent sur les horaires demandes, 12 heures à l'avance les délais peuvent être modifiés de plus ou moins 2 heures, 6 heures à l'avance de plus ou moins 3 heures, si la demande est faite moins de 6 heures à l' avance, les horaires sont fixes par l' entreprise en fonction de ses disponibilités.

Au vu de l'heure prévue de sortie, l'établissement veille à ce que le patient soit prêt, les formalités liées à son départ effectuées, et la prescription médicale de transport réalisée.

Les indisponibilités successives d'une entreprise (ex : 5 à 10 suivant les configurations du GHT) les entraineront pour cette dernière un déclassement dans leur rang d'appel (cf. Modalités de sollicitation d'un prestataire de transport).

Le personnel du titulaire doit obligatoirement porter une carte d'identité ainsi qu'un badge attestant de sa qualité professionnelle. Il se conformera à toute procédure d'identification et de contrôle mise en place par le pouvoir adjudicateur.

NB : *il est nécessaire d'intégrer au sein des cahiers des charges une description quantitative des transports :*

- le volume financier n-1 associés à des transports (voir en ce sens le volume de factures associé) ;
- les types de trajets attendus (établissements de départ et arrivée, établissements vers domicile aller ou retour,…), les distances concernées (données statistiques,…)

Au-delà du rappel historique de l'année N-1, il serait utile de faire également une projection par lot sur les 1ères et 2èmes années du marché (si des évolutions sont prévisibles du fait de la configuration du GHT et de l'évolution de l'activité).

5.4.1. Dispositions communes aux transports programmés et non programmés

- **Choix du transport**

Le choix du mode de transport (taxis, VSL ou ambulance 7jours/7) et ses caractéristiques appartiennent à l'établissement demandeur.

Lorsque le titulaire n'est pas en mesure de répondre à une demande de transport en VSL ou en taxi, il peut y substituer un transport en ambulance, qui lui sera réglé sur la base du tarif applicable au transport en VSL ou taxi qu'il n'a pas été en mesure de réaliser.

- **Modalités d'activation du transport**

⇨ **Sélection sur la base d'un « tour de rôle »**

Les prestataires sélectionnés dans le cadre du marché public seront tirés au sort par lot et par zone géographique selon un « tour de rôle » aléatoire informatique garantissant l'équité de traitement des entreprises de transports, dans le respect de la règle du transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient.

⇨ **Sélection sur le fondement d'un classement**

Les prestataires seront sollicités (par lot) suivant un appel en «cascade » :

- Le prestataire le mieux classé sera sollicité en premier ;
- Le prestataire classé 2ème sera sollicité ensuite si le 1er n'est pas disponible ;
- Le prestataire classé 3ème sera sollicité ensuite si le 2ème n'est pas disponible
- Etc…

Les prestataires auront été classés au terme de l'appel d'offres après passage au crible des critères d'évaluation (cf. Infra).

5.4.2. Transports programmés

Les transports programmés sont ceux pour lesquels une demande est adressée au titulaire la veille pour le lendemain.

Le bon de commande, est transmis au titulaire selon les modalités définies au point 5.3.

Le titulaire est tenu d'exécuter la prestation aux jours, heures et selon les modalités indiquées dans le formulaire de demande de transport émis par l'établissement.

5.4.3. Transports non programmés

Dans le cas de transports non programmés, le titulaire devra mettre en place tous les moyens nécessaires à la réactivité attendue pour cette prestation.

Article 6 – CRITERES D'EVALUATION DES OFFRES

Les candidats seront évalués sur la base d'une notation de leur offre à partir des critères ci-dessous. :

- Critère prix 40%
- Qualité technique et proposition organisationnelle 60%

  - Etendue et qualité du parc automobile (type, nombre, vétusté, équipements,…)
  - Qualité de l'organisation technique et administrative proposée. Est notamment visée la mise en place d'un service logistique de réponse, interface entre le service centralisé de commande de transport de l'établissement et les transporteurs.

***NB** : Ces critères pourront être largement adaptés par les GHT suivant leurs pratiques et particularités locales (niveau concurrentiel du marché fournisseurs,…).*

Article 7 - ASSURANCES

Le titulaire du marché s'engage à souscrire une police d'assurance « responsabilité civile » couvrant tous les risques matériels et corporels causés aux tiers.

Cette assurance doit notamment garantir les personnes, matériels, documents et produits transportés. Elle doit être effective dès le début du présent marché, être valable et régulièrement renouvelée pour couvrir toute la durée du marché. A la demande de l'établissement, le titulaire devra être en mesure de justifier de sa validité à tout moment lors de l'exécution du présent marché.

Si la police d'assurance comporte une clause de franchise, l'entreprise doit prendre intégralement à sa charge les frais résultant de tout dommage.

En cas de dommage lors d'un transport de matériels, si la couverture de l'assurance s'avère insuffisante, le titulaire s'engage à dédommager le pouvoir adjudicateur de l'intégralité du coût des dommages subis. Le matériel sera estimé à sa valeur vénale.

Article 8 – PRIX

8.1. Dispositions générales

- **Base de remboursement**

NB : les établissements ont la responsabilité de proposer un modèle économique dans le cadre du présent marché (distinguant a minima le recours à un transport allongé et le recours à un transport assis, et ce en cohérence avec les lots établis).

Il peut par ailleurs être laissé aux candidats la possibilité d'adapter ce modèle (variante au modèle économique).

- **Précision**

Lorsqu'un véhicule effectue un transport comportant l'aller et le retour du patient, deux prestations de transports sont facturables.

Les prix du transport (assis ou allongé) couvrent les charges suivantes :

- la mise à disposition du véhicule, de l'équipement et de l'équipage agréés ;
- la fourniture et le lavage de la literie (draps, couvertures, etc.) pour le transport en ambulance, et le respect des règles d'hygiène ;

- la fourniture de l'oxygène en cas de besoin ;
- la désinfection du véhicule après chaque transport, et son nettoyage si nécessaire ;
- la prise en charge du patient au lieu de la demande par l'établissement ;
- le transport du malade jusqu'au lieu de destination indiqué lors de la demande par l'établissement ;
- le brancardage au départ et à l'arrivée du patient.

8.2 Cas particulier du transport simultané de plusieurs patients

En transport assis (VSL et taxis), l'établissement peut imposer le transport simultané de plusieurs patients (3 maximum) dans un même véhicule. Dans ces deux cas il doit le préciser dans la demande de transport et y mentionner les éventuelles conditions ou exigences à respecter lors du transport groupé.

En ambulance, le transport groupé n'est possible que pour une mère et son nouveau-né, ou deux nouveau-nés de la même fratrie.

Une facture est établie pour chacun des malades, et un abattement est alors appliqué. Cet abattement s'applique à la totalité du prix de la facture par patient, y compris les éventuelles majorations ou suppléments, et à l'exclusion des droits de péage.

Les détours éventuellement faits par le transporteur lors d'un transport simultané et consécutifs à la prise en charge des patients en des points différents et quel que soit leur nombre sont pris en compte.

Article 9 - AVANCE

Le présent marché prenant la forme d'un marché à bons de commandes et les conditions requises par l'article 110 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics n'étant pas susceptibles d'être réunies lors de l'émission des bons de commandes, il ne sera versé aucune avance au titulaire.

Article 10 - PAIEMENT – ETABLISSEMENT DE LA FACTURE

Le règlement des transports sera effectué par facturation individuelle via une procédure dématérialisée ou papier.

10.1 Procédure dématérialisée

L'Ordonnance 2014-697 du 26 juin 2014 relative au développement de la facturation électronique impose l'envoi par les fournisseurs des factures sous format électronique et l'obligation par la personne publique de les accepter, selon un calendrier défini en fonction de la taille des entreprises, conformément à l'Article 3 de l'Ordonnance.

Le pouvoir adjudicateur en l'occurrence, s'engage à utiliser la plateforme Chorus Pro (CPP) et encourage les titulaires des marchés, quelle que soit la taille de leur structure, à recourir à CPP dès le 01/01/2018, cf. lien suivant : https://communaute-chorus-pro.finances.gouv.fr//

Pour l'accès à Chorus Pro, l'identifiant du pouvoir adjudicateur est son n° de SIRET XXXX.

10.2 Factures papier

Les factures papier seront établies en double exemplaire, en deux exemplaires, accompagnée de tous les justificatifs nécessaires (prescription de transport, tickets de péage d'autoroute, etc.). Les factures seront adressées à :

XXX

Ces factures porteront, outre les mentions légales, les indications suivantes :

- Le numéro du marché et du lot concerné ;
- La date et le numéro du formulaire de demande de transport;
- Le moyen de transport (VSL, ambulance) ;
- Le numéro d'immatriculation du véhicule utilisée et l'identification de l'équipage / conducteur ;
- La nature du transport (Aller, Aller-retour, transport simultané de plusieurs patients, …) ;
- La date, l'heure, le nombre de kilomètres et le lieu de départ;
- L'identification du patient ou des patients ;
- La date, l'heure et le lieu d'arrivée;
- Le montant hors T.V.A. du transport ;
- Le taux et le montant de la T.V.A. le cas échéant ;
- Les éléments de majoration : (nuits, dimanches et jours fériés) ;
- Les temps d'attente ;
- Le type de demande : transport programmé/ transport non programmé ;
- Le montant total du transport facturé.

10.3 Délai de paiement et Intérêts moratoires

Le délai dont dispose le pouvoir adjudicateur pour procéder au paiement des factures est fixé à 50 jours à compter de la réception dans les services et de la validation du service fait.

En cas de dépassement du délai de paiement, le taux des intérêts moratoires sera calculé en fonction de l'application du décret 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.

10.4 Validation du service fait

La fin de prestation valant « service fait » sera constatée par le patient et se traduira par l'apposition de sa signature sur un document ad hoc transmis par le prestataire en fin de transport.

Le prestataire en informera également le centre de coordination des transports du GHT ou la personne désignée par le GHT (service, numéro de téléphone, adresse messagerie).

NB : *Il est souhaitable que ce processus soit dématérialisé de bout en bout. De manière à tracer sans ambiguïté les éléments essentiels à la validation du service fait (validation, date/heure, signatures,…) et ne pas ralentir le paiement. Dans le cas, où le GHT a dématérialisé ce processus, il est nécessaire que celui-ci soit décrit ici en détail.*

Article 11- PENALITES - EXECUTION AUX FRAIS ET RISQUES

11.1. Pénalités

En cas de retards constatés supérieurs aux engagements définis à l'article 5.4 et sous réserve du respect par l'établissement des engagements définis au même article, des pénalités de XX€ TTC par ½ heures de retards pourront être notifiées par l'établissement. Ces retards seront constatés par rapport aux heures ciblées par le coordonnateur des transports du GHT pour la prise en charge du patient et la dépose au point d'arrivée et indiquées au transporteur lors de l'initialisation du transport.

De même, s'agissant de l'établissement, en cas d'annulation d'une demande de transport une heure avant celle prévue pour la prise en charge, le titulaire peut réclamer une indemnité dans les conditions indiquées ci-après :

- L'établissement prévient entre 1 heure et 30 minutes avant l'heure prévue de prise en charge du patient : le titulaire peut réclamer une indemnité maximale de 50 % du forfait de prise en charge ;

- L'établissement prévient entre 29 et 15 minutes avant l'heure prévue de prise en charge : le titulaire peut réclamer une indemnité maximale de 75 % du forfait de prise en charge ;

- L'établissement prévient moins de 15 minutes avant l'heure prévue de prise en charge ou ne le prévient qu'une fois que celui-ci s'est déplacé : le titulaire peut réclamer une indemnité maximale de 100 % du forfait de prise en charge.

L'annulation du transport sera immédiatement régularisée à travers une annulation du bon de commande.

11.2. Exécution aux frais et risques

Lorsque le titulaire prévient l'établissement de son incapacité à réaliser la prestation de transport, ce dernier peut faire appel à un tiers aux frais et risques du titulaire du marché, sous réserve du respect des conditions et obligations inhérentes au présent marché.

Article 12 – OBLIGATIONS DU TITULAIRE

12.1. Modifications affectant l'agrément ou le conventionnement du titulaire

Le titulaire du marché s'engage à informer sans délai l'établissement de toutes les modifications affectant l'agrément qui lui a été délivré par l'agence régionale de santé (retrait, mesure de suspension, avertissement, etc.) ou, s'agissant des entreprises de taxis, affectant la convention les liant aux caisses primaires.

Sont notamment visés les sanctions administratives limitant ou interdisant l'exercice professionnel.

12.2. Contrôle du titulaire

Le titulaire pourra faire l'objet d'un contrôle par les services de l'établissement ou d'un tiers mandaté par lui. Ce contrôle pourra porter sur le respect des engagements contractuels souscrits par le titulaire ou de ses obligations légales et réglementaires.

Article 13 - RESILIATION DU MARCHE

Le présent marché pourra être résilié à tout moment par l'établissement aux torts exclusifs du titulaire, sans que celui-ci puisse prétendre à indemnité et avec exécution des prestations à ses frais et risques jusqu'au terme prévu du marché :

- En cas de retards manifestes et répétés ;
- En cas de manquements graves et fréquents aux dispositions des cahiers des charges (notamment le fait de ne pas prévenir d'éventuels retards dans la prise en charge du patient).

Une mise en demeure assortie d'un délai d'exécution aura été préalablement notifiée au titulaire par l'établissement. Si cette mise en demeure est restée infructueuse, la décision de résiliation interviendra après que le titulaire ait été informé de la décision envisagée et invité à présenter ses observations dans un délai de quinze jours.

A défaut de la non communication ou de la non recevabilité des observations au regard des droits et obligations de chaque partie, ce marché sera résilié.

Le marché pourra par ailleurs être résilié pour faute du titulaire sans mise en demeure du titulaire dès lors que celui-ci perd en cours d'exécution du contrat le droit d'exercer sa profession (cas du retrait définitif de l'agrément ou des autorisations d'exercer par exemple), ou ne répond plus aux conditions d'exercice de son activité telles que définies dans les codes et textes en vigueur.

Article 14 - SUIVI DE L'EXECUTION DU MARCHE

Afin de permettre à l'administration un contrôle de l'activité, le titulaire doit impérativement établir pendant toute la durée du marché, dans les cinq jours ouvrables qui suivent la fin du mois précédent, **un relevé mensuel des transports effectués par ses soins** selon le modèle défini ci-après :

Date	Nom ou des patients	Service demandeur	Destination	N° de la facture	Heure et lieu de départ	Heure et lieu d'arrivée	Km	Type de transport : jour/ nuit/ dimanche/ jours férié	Ambulance, VSL, taxis	Transport groupé (si oui indiquer le nombre de patients)	Eléments de majoration et Temps d'attente	Coût total HT

Article 15 – REGLEMENT DES LITIGES

Au cas où un litige apparaîtrait lors de la présente consultation ou lors de l'exécution des marchés en résultant, les réclamations des candidats ou titulaires, devront être adressées sous pli recommandé avec accusé de réception postal au Directeur du Pôle Ressources Achats, Logistiques et Techniques du pouvoir adjudicateur.

Ceci n'exclut pas la possibilité pour les candidats titulaires ou pour le Pouvoir Adjudicateur de saisir des comités consultatifs de règlement amiable des litiges.

Si une solution amiable n'était pas trouvée, le recours à une juridiction s'impose. En application de l'article R. 312-11 du code de justice administratif, le Tribunal Administratif dont dépend le pouvoir adjudicateur, est seul compétent pour connaître des litiges nés de l'application du présent marché.

Article 16 - CESSION, ASSOCIATION, SUBSTITUTION, LIQUIDATION JUDICIAIRE

Le titulaire du marché ne peut céder son marché en totalité ou en partie, ni contracter une association pour son exécution sans autorisation expresse du pouvoir adjudicateur.

A cet effet, il communique à ceux-ci, et sans délai, les documents juridiques décrivant les conditions dans lesquelles la cession du marché s'est produite (copie de l'Assemblée générale extraordinaire, extrait de Kbis, publications officielles de l'avis rendu par l'Assemblée Extraordinaire etc.).

Toute cession, association ou substitution non autorisée sera nulle de plein droit et pourra entraîner la résiliation du marché.

En cas de cession, de substitution ou d'association régulièrement autorisée, le titulaire du marché demeure garant solidairement avec le cessionnaire ou avec ses associés de l'accomplissement de toutes les clauses du marché.

Au cas où une procédure de redressement judiciaire serait mise en place au bénéfice du titulaire du marché, celui-ci en informera sans délai les Pouvoirs Adjudicateurs et leur communiquera le jugement prononçant l'ouverture d'une période d'observation.

Dans l'hypothèse où, à l'issue de cette période d'observation, le Tribunal de Commerce prononcerait la liquidation judiciaire de l'entreprise titulaire du marché, son gérant en informera sans délais le pouvoir adjudicateur.

Article 17 - INAPPLICABILITE DE LA CLAUSE « NON-ADIMPLETI CONTRACTUS »

En aucun cas et pour quelque motif que ce soit, les litiges entre un établissement et le titulaire du marché ne pourront être avancés comme justifiant la suspension – même temporaire – des prestations prévues au présent marché.

En outre, la grève ne saurait constituer une cause exonérant le titulaire du marché de l'exécution de ses obligations contractuelles, le principe de continuité du service public devant prévaloir en tout état de cause.

Les pénalités définies à l'article 10 du présent cahier seront donc applicables.

Annexe.1 : Mémoire technique

Outre les documents administratifs demandés (DC1, DC2,…), chaque candidat présentera son offre sous la forme d'un mémoire technique. Celui-ci indiquera notamment les thématique suivantes :

- Présentation générale de l'entreprise
  (date création, forme juridique, capital, chiffre d'affaires et résultat des 3 dernières années)

- Liste des véhicules de la société et ceux-ci disponibles pour les prestations
  (marque/type, date immatriculation/acquisition,…)

- Liste des matériels de la société et ceux-ci disponibles pour les prestations
  (liste…)

- Liste des personnels de la société et ceux-ci disponibles pour les prestations
  (liste, qualification…)

- Liste des clients actuels (avec marchés)

- Liste des références clients des trois dernières années

- Type et volume de transports sanitaires réalisés

- Organisation et processus envisagés spécifiquement pour le marché avec le GHT

- Il sera transmis des plans de chaque établissement de manière d'identifier sans ambiguïté les zones, bâtiments et voies de circulation de chaque établissement du GHT

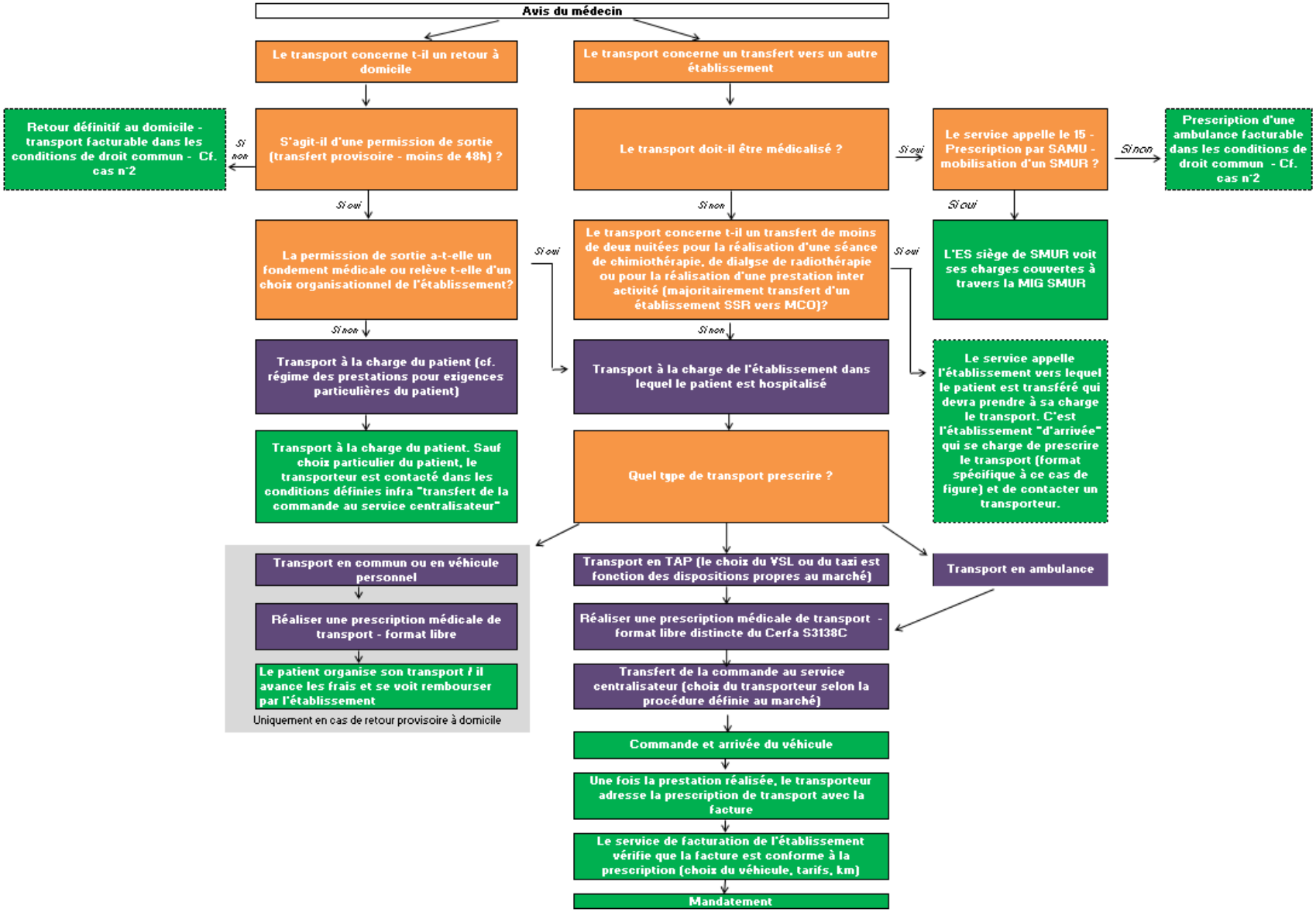
Annexe. 3 : Description de la passation de la commande

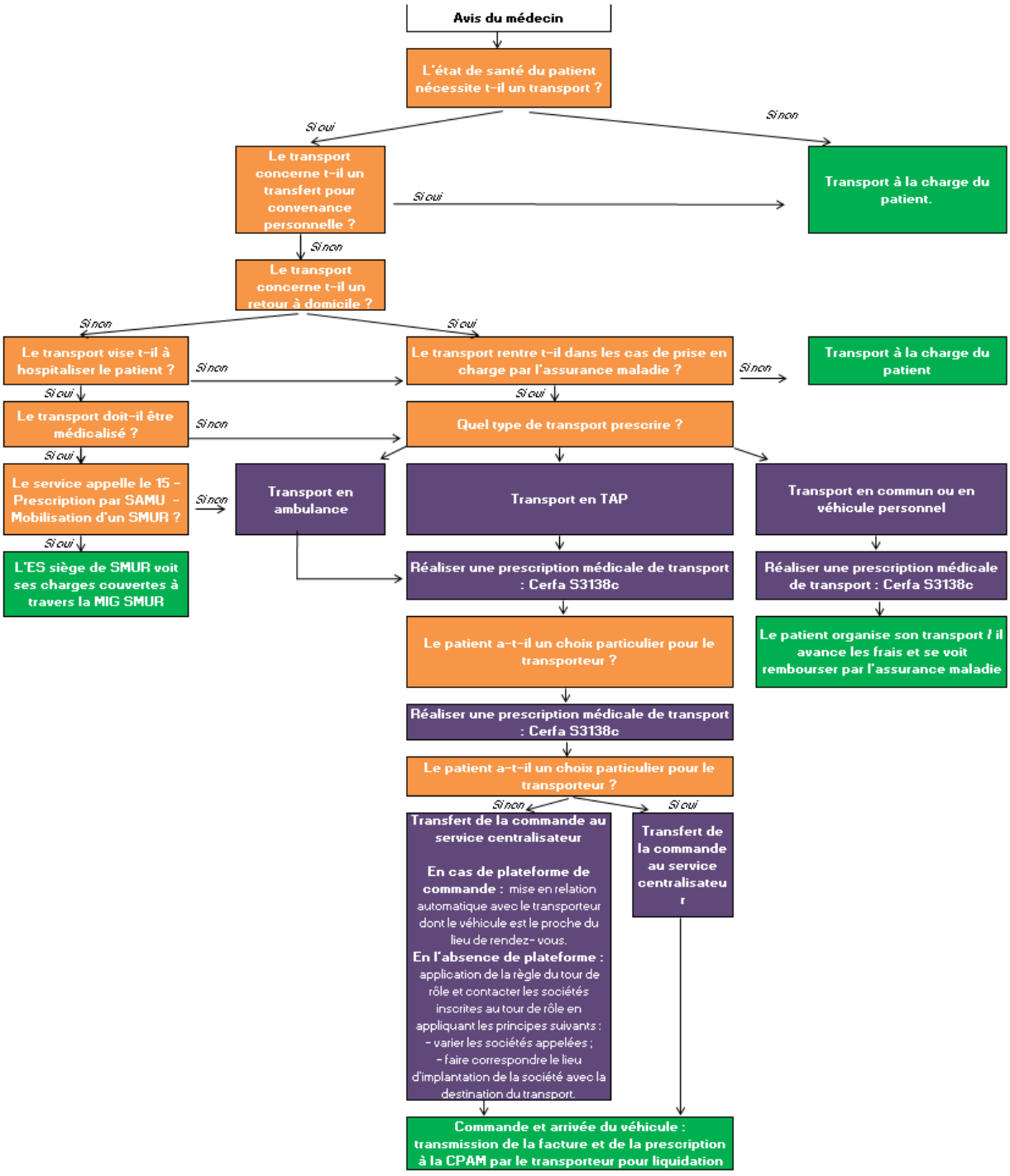
Postulat de départ : patient déjà présent dans un établissement

Code couleur

	Question aboutissant à un choix
	Résultat issu d'une question ou action
	Action définitive

Cas n° 1 : patient hospitalisé au moment du transfert. L'hospitalisation s'entend ici au sens administratif du terme. Pour rappel, un patient pris en charge en établissement de santé pour la réalisation d'une séance de radiothérapie (par exemple) est hospitalisé. A contrario, un patient admis aux urgences n'est pas hospitalisé. Ce logigramme retrace in fine les cas de transport relevant du présent marché (sauf partie grisée).


Avis du médecin
Le transport concerne t-il un retour à domicile
Le transport concerne un transfert vers un autre établissement
Retour définitif au domicile - transport facturable dans les conditions de droit commun - Cf. cas n°2
Si non
S'agit-il d'une permission de sortie (transfert provisoire - moins de 48h) ?
Le transport doit-il être médicalisé ?
Si oui
Le service appelle le 15 - Prescription par SAMU - mobilisation d'un SMUR ?
Si non
Prescription d'une ambulance facturable dans les conditions de droit commun - Cf. cas n°2
Si oui
Si non
Si oui
La permission de sortie a-t-elle un fondement médicale ou relève t-elle d'un choix organisationnel de l'établissement?
Si oui
Le transport concerne t-il un transfert de moins de deux nuitées pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse de radiothérapie ou pour la réalisation d'une prestation inter activité (majoritairement transfert d'un établissement SSR vers MCO)?
Si oui
L'ES siège de SMUR voit ses charges couvertes à travers la MIG SMUR
Si non
Si non
Transport à la charge du patient (cf. régime des prestations pour exigences particulières du patient)
Transport à la charge de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé
Le service appelle l'établissement vers lequel le patient est transféré qui devra prendre à sa charge le transport. C'est l'établissement "d'arrivée" qui se charge de prescrire le transport (format spécifique à ce cas de figure) et de contacter un transporteur.
Transport à la charge du patient. Sauf choix particulier du patient, le transporteur est contacté dans les conditions définies infra "transfert de la commande au service centralisateur"
Quel type de transport prescrire ?
Transport en commun ou en véhicule personnel
Transport en TAP (le choix du VSL ou du taxi est fonction des dispositions propres au marché)
Transport en ambulance
Réaliser une prescription médicale de transport - format libre
Réaliser une prescription médicale de transport - format libre distincte du Cerfa S3138C
Le patient organise son transport // il avance les frais et se voit rembourser par l'établissement
Transfert de la commande au service centralisateur (choix du transporteur selon la procédure définie au marché)
Uniquement en cas de retour provisoire à domicile
Commande et arrivée du véhicule
Une fois la prestation réalisée, le transporteur adresse la prescription de transport avec la facture
Le service de facturation de l'établissement vérifie que la facture est conforme à la prescription (choix du véhicule, tarifs, km)
Mandatement

Cas n° 2 : patient non hospitalisé au moment du transfert (prise en charge en externe ou patient ayant bénéficié d'une prestation hospitalière sans pour autant avoir été hospitalisé - cas le plus fréquent : passage aux urgences non suivie d'hospitalisation au sein de l'établissement disposant de l'unité d'urgence).

Ce logigramme retrace in fine les cas où le besoin de transport d'un établissement ne relève pas du présent marché.