

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE
DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau du premier recours (R2)

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux (1A)

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS n° 2013-262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du Guide de prise en charge des frais de transport de patients

NOR : AFSH1316855C

Validée par le CNP le 1^{er} février 2013. – Visa CNP 2013-25.

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 : clarification des règles de prise en charge des frais de transport de patients.

Mots clés : transports sanitaires.

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6312-1 et suivants, R. 6312-1 et suivants ;

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 321-1 et R. 322-10 ;

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports sanitaires.

Textes abrogés :

Circulaire CNAMTS-DGR n° 2239-88 du 18 juillet 1988 relative à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux, application du décret n° 88-678 du 6 mai 1988 ;

Circulaire CNAMTS-DGR n° 2285-88 du 27 décembre 1988 relative à la prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux, application du décret n° 88-678 du 6 mai 1988 ;

Circulaire DHOS/F4/DSS/1A n° 2007-330 du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées aux transports de patients.

Annexe : Guide de prise en charge des frais de transport de patients.

Le directeur général de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour diffusion) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour application).

L'attention du ministère des affaires sociales et de la santé et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a régulièrement été appelée sur les difficultés à appliquer la réglementation relative à la prise en charge des transports de patients du fait de la multiplicité des règles afférentes.

Le guide de prise en charge des transports de patients a pour objectif de clarifier la réglementation applicable en proposant un document synthétique et commun à l'ensemble des acteurs du système de soins.

Il se substitue à l'ensemble des textes, circulaires, instructions et lettres réseaux sur le sujet et constitue la référence unique pour déterminer à qui incombe la prise en charge des frais de transports de patients.

Ainsi, l'ensemble des acteurs, professionnels de santé, établissements hospitaliers, organismes d'assurance maladie, entreprises de transports sanitaires et assurés pourront se référer à ce document pour connaître la réglementation applicable en matière de prise en charge du transport de patients. Il s'agit du cadre réglementaire général qui ne prend pas en compte les situations particulières des établissements listés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et financés par des tarifs journaliers dont le périmètre peut varier localement.

Ce guide est constitué :

- d'un rappel de la réglementation applicable à la prescription et à la prise en charge des transports de patients, précisant un ensemble de principes généraux et de notions relatifs aux modalités de prise en charge des frais de transport de patients ;
- d'une synthèse sous forme de tableau présentant les règles de prise en charge en fonction des types de transport.

Ce guide constitue une première version qui fera l'objet d'un travail de complément portant sur les transports spécifiques.

Il est demandé aux ARS d'assurer la diffusion de ce guide auprès des établissements de santé et de sensibiliser ces derniers. Toute difficulté d'application doit également faire l'objet d'une remontée afin d'être prise en compte dans les travaux complémentaires mentionnés ci-dessus.

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

*Le directeur de la Caisse nationale
d'assurance maladie des travailleurs salariés,*
F. VAN ROEKEGHEM

ANNEXE

GUIDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE TRANSPORT DE PATIENTS

L'assurance maladie procède à la prise en charge des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport (article L.321-1 du code de la sécurité sociale).

Selon les situations, la prise en charge par l'assurance maladie relève soit de l'enveloppe soins de ville (remboursement du patient ou du transporteur en cas de tiers payant par les organismes locaux d'assurance maladie), soit de l'établissement de santé sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie hospitalier (ONDAM hospitalier).

Ce guide expose la réglementation applicable en matière de prise en charge des frais de transport. En vue de prescrire le transport le moins onéreux adapté à l'état du patient, sont ainsi notamment rappelées les règles de prescription médicale de transport dont le respect participe aux actions de gestion du risque auprès des établissements de santé et de maîtrise médicalisée auprès des médecins libéraux.

SOMMAIRE

- I. — RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION :
LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS DE PATIENTS
 1. **La prescription médicale**
 - a) Les motifs médicaux de la prise en charge
 - b) Les principes généraux encadrant la prescription
 2. **Le taux de prise en charge du transport et reste à charge du patient**
 - a) Taux de prise en charge – cas général
 - b) Motifs d'exonération du ticket modérateur
 - c) Application de la franchise de 2 €

- II. — LA PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS
DEPUIS ET VERS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
 1. **La qualification juridique des établissements de santé**
 2. **La qualification des transports et modalités de prise en charge**
 - a) Transports primaires (hors SMUR)
 - b) Transports intrahospitaliers
 - c) Transports secondaires (hors SMUR)
 - i. Transports interétablissements provisoires
 - ii. Transports interétablissements définitifs
 - iii. Transports de retour à domicile des patients
 - d) Transports en hospitalisation à domicile
 - e) Les consultations externes
 - f) Prise en charge des accompagnants
 - g) Transport et maladie rare

- III. — TABLEAU POUR LES TRANSPORTS DE PATIENTS
VERS ET DEPUIS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

I. – RAPPEL DE LA RÉGLEMENTATION :
LES MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS DE PATIENTS

Les transports sont pris en charge par l'assurance maladie dans la mesure où une prescription médicale de transport est établie et s'ils remplissent les conditions suivantes :

- l'entreprise de transport sanitaire (ambulance et véhicule sanitaire léger) est agréée par l'ARS, conventionnée par l'assurance maladie et bénéficie d'une autorisation de mise en service de son véhicule (art. L. 6312-1 et suivants et R. 6312-1 et suivants du code de la santé publique) ;
- ou le taxi est conventionné (art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale).

1. La prescription médicale

La réglementation soumet le remboursement des frais de transport à la présentation par l'assuré d'une prescription médicale (art. L. 161-33 du code de la sécurité sociale) et d'un justificatif de paiement.

La prise en charge des frais de transport par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la délivrance d'une prescription médicale précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit (art. L. 162-4-1 et R. 322-10-2 du code de la sécurité sociale). À cet effet, deux formulaires sont à la disposition des médecins : l'un de prescription simple (S3138c), l'autre de prescription avec demande d'accord préalable (S3139c).

La prescription est préalable au transport. Par exception, en cas d'urgence (appel du SAMU-centre 15...), condition particulière d'exécution du transport, un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient a été admis établit *a posteriori* la prescription médicale de transport.

De même, vaut prescription médicale une convocation du contrôle médical, d'un médecin expert ou pour se rendre à une consultation médicale d'appareillage (art. R. 322-10-2 du code de la sécurité sociale).

a) Les motifs médicaux de la prise en charge

Peuvent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie, les patients assurés sociaux ou leurs ayants droit, se trouvant dans l'une des situations décrites à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale :

1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants :

- a)* Transports liés à une hospitalisation (complète, partielle et ambulatoire) : entrée et sortie de l'hôpital, transfert définitif vers un autre établissement de santé ;
- b)* Transports liés aux traitements ou examens prescrits en application de l'article L. 324-1 pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée (ALD) et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à l'article R. 322-10-1 ;
- c)* Transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ;
- d)* Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres dans les conditions prévues aux articles R. 322-10-4 et R. 322-10-5 (sous réserve d'un accord préalable) ;
- e)* Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres (sous réserve d'accord préalable).

2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

- a)* Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5, 6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations établie en application de l'arrêté prévu à l'article R. 165-1 ;
- b)* Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;
- c)* Pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à l'article R. 143-34 ;
- d)* Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de l'article R. 141-1.

Concernant le 1° *b*, le décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 a modifié les conditions de prise en charge des frais de transport des patients reconnus en ALD. Désormais, les patients en ALD qui sont en possession d'une autonomie suffisante ne bénéficient plus automatiquement, au titre de leur seul statut ALD, de la prise en charge des frais de transport mais doivent répondre aux trois conditions cumulatives suivantes :

- l'assuré ou ayant droit doit être reconnu atteint d'une ALD ;
- le transport réalisé doit être en lien avec l'ALD ;

- l'assuré ou l'ayant droit doit présenter une incapacité ou une déficience telle que définie par le référentiel de prescription fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006.

Ainsi, un patient en ALD qui se rend à une consultation en utilisant son véhicule personnel, par ses propres moyens et sans personne accompagnante, ne pourra être remboursé de ses frais de transport.

Par ailleurs, s'agissant des transports sans lien avec l'ALD, les patients en ALD bénéficient des conditions de prise en charge de droit commun.

Pour les cas relevant du 2^o, la convocation qui vaut prescription précise le moyen de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient.

b) Les principes généraux encadrant la prescription

Le prescripteur est tenu d'observer la « plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins » (art. L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale). L'article L. 322-5 du même code prévoit que « les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient ». Les types de transport remboursables par l'assurance maladie sont prévus à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale, il revient au prescripteur d'apprécier le mode de transport le mieux adapté à l'état du patient.

Le référentiel de prescription médicalisée prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale et publié par l'arrêté du 23 décembre 2006 précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport prévus en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences :

Un transport par ambulance (art. 1^{er} de l'arrêté du 23 décembre 2006) peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

Un transport assis professionnalisé – TAP : véhicule sanitaire léger (VSL) ou taxi conventionné (art. 2 de l'arrêté du 23 décembre 2006) peut être prescrit lorsque le patient présente au moins :

- une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- une 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 ;
- une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Un transport assis professionnalisé peut également être prescrit 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.

Lorsque le patient ne présente pas de déficience nécessitant une ambulance ou un TAP mais qu'il remplit l'un des motifs de prescription de transport défini à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale, sont pris en charge les frais :

- de transports en commun terrestres ;
- de moyens de transport individuels.

L'impossibilité géographique de réaliser le transport par un moyen terrestre peut justifier la prise en charge des frais de transport par avion ou bateau de ligne après accord préalable de l'assurance maladie.

Les transports réalisés par simple brancardage (entre deux pavillons d'un même établissement par exemple) ne justifient pas d'une prise en charge.

2. Le taux de prise en charge du transport et reste à charge du patient

a) Taux de prise en charge – cas général

La participation de l'assuré à ces transports est de 35 % (en application du 9^o de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale). Le taux de prise en charge est donc de 65 %. En cas d'exonération du ticket modérateur, la prise en charge est à 100 %.

b) Motifs d'exonération du ticket modérateur

Les frais de transport sont exonérés du ticket modérateur dans les situations suivantes :

- si un acte réalisé lors de l'hospitalisation a un coefficient égal ou supérieur à K60 ou un tarif égal ou supérieur à 120 € ;
- s'il s'agit d'un transfert en lien direct et consécutif avec une première hospitalisation exonérée du ticket modérateur (TM) en raison d'un K60 ou d'un tarif égal à 120 € ;
- en cas de traitements et examens en rapport avec une affection de longue durée – ALD – (sur liste ou hors liste) ou avec une polypathologie invalidante ;
- en cas de traitements et examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- pour les assurés titulaires d'une pension militaire, d'une pension d'invalidité, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve d'invalidé, d'une rente d'accident du travail ou maladie professionnelle (AT/MP) supérieure à 66,66 % ;
- pour les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement ;
- en cas d'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours ;
- s'il s'agit d'investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et son traitement (art L. 324-1 et L. 322-3-12 du CSS) ;
- pour les assurés relevant du régime d'Alsace-Moselle ;
- lorsque l'état du bénéficiaire hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement d'hospitalisation en vue d'un traitement mieux adapté à cet état (art. R. 322-2 du code de la sécurité sociale) ;
- s'il s'agit de transports réalisés dans le cadre du droit commun pour les personnes bénéficiaires de la couverture maladie universelle-complémentaire (CMU-C).

c) Application de la franchise de 2 €

Le III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale prévoit l'application d'une franchise annuelle laissée à la charge de l'assuré pour les frais de transports réalisés en véhicule sanitaire terrestre (ambulance ou VSL) ou en taxi. Cette franchise s'élève à 2 € par trajet. Elle est limitée à 4 € par jour et à 50 € par an (article D. 322-6 du code de la sécurité sociale), cette limite incluant les franchises dues au titre des médicaments et des actes effectués par les auxiliaires médicaux.

La franchise est déduite directement du montant remboursé sauf si le patient bénéficie de la dispense d'avance des frais (règlement direct au transporteur). Dans ce cas, la franchise sera déduite des prochains remboursements versés à l'assuré.

Les transports d'urgence (notamment pendant la garde départementale) ne sont pas concernés. Elle ne s'applique pas non plus aux transports en véhicule personnel, ni aux transports en commun.

Sont exonérés les ayants droit mineurs des assurés sociaux (art. L. 322-4 du code de la sécurité sociale), les bénéficiaires de la CMU-C (art. L. 322-4 du code de la sécurité sociale), les bénéficiaires de l'assurance maternité, les victimes et invalides de guerre pour les prestations en rapport et les bénéficiaires de l'AME (y compris pour l'AME à titre complémentaire).

II. – LA PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS DEPUIS ET VERS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. La qualification juridique des établissements de santé

La responsabilité de la prise en charge des transports sanitaires interhospitaliers provisoires incombe ou non aux établissements en fonction de leur nature juridique. Le présent guide fait référence aux établissements qui relèvent de *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, qui correspondent aux établissements sous dotation globale (DAF) ou anciennement sous dotation globale (ex-DG), et aux établissements relevant du *d* du même article, faisant référence au secteur en prix de journée (OQN) ou ex-OQN.

Les catégories d'établissements issues de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

- a)* Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;
- b)* Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1^{er} de cette loi ;

- c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée;
- d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b* et *c* ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé.

2. La qualification des transports et modalités de prise en charge

a) Transports primaires (hors SMUR)

Définition

Les transports primaires correspondent aux transports de patients du lieu de prise en charge (par exemple domicile ou assimilé...) vers l'établissement de santé réalisant l'acte ou la prestation correspondant au motif du transport. Les transports d'un patient non hospitalisé, d'un service d'urgence (hors UHCD), vers un autre établissement de santé pour hospitalisation, sont des transports primaires. Il en va de même pour la prise en charge de patients dans des structures assimilées au domicile (établissement pénitentiaire, EHPAD...).

Prise en charge

Les transports primaires sont à la charge directe de l'assurance maladie, sur l'enveloppe de soins de ville, la facturation est transmise par le patient ou, en cas de dispense d'avance des frais, par le transporteur à l'organisme local d'assurance maladie.

Présomption d'hospitalisation

Lorsque la prescription d'hospitalisation n'est pas suivie d'effet (par exemple, lorsque l'établissement ne peut recevoir le patient ou lorsque le médecin hospitalier estime que son état nécessite des soins sans hospitalisation), le transport est remboursable dès lors que l'hospitalisation a été prescrite *a priori*.

Dans le cas où la régulation médicale du SAMU n'est pas en mesure de faire intervenir un transporteur sanitaire privé, il peut déclencher les services départementaux d'incendie et de secours. Leur intervention dans ces conditions d'indisponibilité ambulancière fait l'objet d'une indemnisation par l'établissement siège du SAMU (art. L. 1424-42 du CGCT), correspondant à un tarif fixé au niveau national.

b) Transports intrahospitaliers

Définition

Les transports intrahospitaliers sont ceux effectués entre établissements de santé d'une même entité juridique (établissement multisites et *a fortiori* au sein de la même entité géographique) et dans la même agglomération¹.

Cette définition concerne aussi les transports réalisés entre établissements d'une même entité juridique, qu'ils relèvent ou non de la tarification à l'activité et implantés sur le même site géographique.

Prise en charge

Ces transports sont à la charge de l'établissement au sein duquel ils sont effectués quel que soit son statut.

c) Transports secondaires (hors SMUR)

Les transports secondaires correspondent à des transports interétablissements réalisés entre deux établissements de santé pour un séjour provisoire ou définitif et aux transports de retour à domicile des patients.

Lorsqu'il est fait référence à la notion d'établissement d'origine du patient, il s'agit de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé au moment du premier transport². Les médecins exerçant dans cet établissement sont chargés de la prescription du transport et doivent respecter des conditions médico-administratives en vigueur. En effet, même si le besoin de transport est exprimé par un établissement tiers, la prescription médicale du transport, dans le respect des

(1) Ensemble formé d'une ville centre et de ses banlieues.

(2) La notion de premier transport correspond au transport « aller » dans le cadre d'un transport aller-retour correspondant à une prestation interétablissement, par exemple : le transport d'un patient hospitalisé au sein d'un établissement SSR pour une prise en charge de moins de 48 heures dans un établissement MCO est pris en charge par l'établissement SSR.

conditions fixées par le référentiel, impose une prise en compte des éventuelles incapacités du patient au moment du transport, qui ne peuvent être appréciées que par les médecins exerçant au sein de l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient.

À noter : les transports secondaires réalisés avec des ambulances hospitalières, ambulances appartenant à l'établissement de santé, ne peuvent donner lieu à facturation.

i. Transports interétablissements provisoires

Définition

Le patient séjourne moins de deux nuitées¹ dans l'établissement d'accueil, il reste hospitalisé dans son établissement d'origine, il est alors procédé à des prestations interétablissements pour les actes pratiqués par l'établissement d'accueil.

Prise en charge

Les transports secondaires provisoires sont à la charge de l'établissement de santé d'origine du patient, celui dans lequel il est hospitalisé au moment du premier transport, lorsqu'il relève des *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, à la charge de l'assurance maladie lorsque l'établissement relève du *d* du même article.

Cas du transport d'un patient hospitalisé lorsqu'il est réalisé vers un établissement tiers pour des actes ou consultations :

- au cours de son hospitalisation, un patient peut être transféré dans un autre établissement pour examens postopératoires par exemple. Il n'existe pas de règles spécifiques de prise en charge de ces transports qui doivent en conséquence s'analyser comme des transports interétablissements provisoires classiques dont la prise en charge répond aux mêmes règles de prescription, de motivation et de responsabilité.

Cas de certaines séances réalisées par un autre établissement (moins de deux nuitées) :

- l'article 8 de l'arrêté du 10 février 2010 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCOO et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale simplifie le dispositif général de prestation interétablissements.

Lorsque la prestation réalisée par l'établissement B est une séance de dialyse, radiothérapie ou chimiothérapie (GHM de catégorie majeure 28), B facture désormais sa prestation directement à l'assurance maladie (et non plus à l'établissement A) et l'établissement A facture la sienne en ne tenant pas compte de la prestation réalisée par B. Elle s'applique pour tout établissement MCO réalisant les séances visées ci-dessus, que le patient soit initialement hospitalisé en MCO, SSR ou psychiatrie. Ainsi, ces séances ne relèvent plus des prestations interétablissements.

En conséquence, les transports afférents à ces séances ne relèvent plus d'une prise en charge par l'établissement d'origine, mais sont facturés directement à l'assurance maladie.

ii. Transports interétablissements définitifs

Définition

Le transport secondaire définitif correspond à la situation où le patient n'est plus hospitalisé dans l'établissement d'origine mais est hospitalisé dans l'établissement d'accueil, pour plus de deux nuitées.

Prise en charge

Les transports secondaires définitifs sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe soins de ville, la facturation est transmise par le patient ou, en cas de dispense d'avance des frais, par le transporteur à l'organisme local d'assurance maladie d'affiliation du patient.

iii. Transports de retour à domicile des patients

Définition

Les transports de retour à domicile correspondent aux retours des patients à domicile, ou assimilé, après hospitalisation. Sont donc également concernés les retours à domicile en cas d'interruption définitive d'hospitalisation contrairement aux retours temporaires à domicile au cours d'une hospitalisation (permissions de sortie) qui ne font pas l'objet d'une prise en charge à ce titre.

(1) Aussi désigné par « moins de 48 heures » dans les conditions du *Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCOO* (publication du document au BO) qui précise deux journées civiles (pas plus d'une nuitée).

Prise en charge

Les transports de retour à domicile sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville, la facturation est transmise par le patient ou, en cas de dispense d'avance des frais, par le transporteur à l'organisme local d'assurance maladie d'affiliation du patient.

d) Transports en hospitalisation à domicile

La structure d'HAD prend en charge les transports prescrits :

- par le médecin traitant (par exception prescription du médecin coordonnateur) pour des soins/actes/consultations prévus au protocole de soins établi par le médecin coordonnateur ;
- par le médecin (par exception du médecin coordonnateur) traitant pour des soins/actes/consultations non prévus au protocole de soins lorsque l'état du patient le justifie et dans le cadre strict du mode de prise en charge principal et/ou associé en cours au moment de la prescription.

Les transports ne correspondant pas à ces deux cas particuliers sont pris en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville si tant est qu'ils remplissent les conditions générales de prise en charge.

e) Les consultations externes

La consultation seule (et les convocations pour les patients non hospitalisés) n'est pas un motif de prise en charge des transports. Celle-ci doit être justifiée dans le cadre général, par l'un des motifs prévus à l'article R.322-10 du code de la sécurité sociale. Les règles applicables sont donc les règles générales, il n'existe aucune responsabilité particulière tirée du motif de consultation externe.

f) Prise en charge des accompagnants

La prise en charge des frais de transports en commun des accompagnants se fait dans les mêmes conditions que celles applicables aux patients, lorsque l'état de ce dernier nécessite l'assistance d'un tiers ou qu'il est âgé de moins de 16 ans (art. R.322-10-7 du code la sécurité sociale).

g) Transport et maladie rare

Le transport des assurés sociaux atteints d'une maladie rare n'est pris en charge par l'assurance maladie que dans le cadre du droit commun tel que défini dans les articles R.322-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

Si le bénéficiaire des soins est distant de plus de 150 km entre le lieu de prise en charge et le centre de référence, un accord préalable est nécessaire.

Le traitement de ces pathologies nécessite presque toujours le recours à des centres de référence ou de compétence, notamment pour permettre aux malades de disposer rapidement d'un diagnostic. La liste de ces centres est consultable sur le site « www.sante.gouv.fr/les-maladies-rares/ coordonnées des centres de référence et des centres de compétence ».

Le tableau ci-après détaille l'ensemble des types de transport en précisant les modalités de prise en charge. Ces principes généraux peuvent donner lieu à exceptions, précisées dans ce guide. Ils ne concernent pas les transports réalisés par les services mobiles d'urgence et de réanimation.

III. – TABLEAU POUR LES TRANSPORTS DE PATIENTS VERS ET DEPUIS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

APPELLATION	DÉFINITION	CHARGE FINANCIÈRE FINALE	TAUX DE PRISE en charge AMI ^E
Transports primaires (hors SMUR)	Transport du patient du lieu de prise en charge ¹ jusqu'à l'établissement de santé où son admission en hospitalisation est prononcée. Le transport primaire couvre l'ensemble des transports jusqu'à l'établissement en mesure de lui prodiguer des soins appropriés à son état, y compris en cas de présomptions d'hospitalisation ² .	À la charge directe de l'assurance maladie.	65 % ou 100 %
Transport intrahospitalier	Transport effectué : – entre les établissements d'une même entité juridique et dans la même agglomération ; – entre établissements d'une même entité juridique qu'ils relèvent ou non de la tarification à l'activité et implantés sur le même site géographique (ex. : CH-EHPAD).	À la charge de l'établissement, pour les établissements qui relèvent des <i>a</i> , <i>b</i> , <i>c</i> et <i>d</i> de l'article L. 162-22-6 CSS, y compris si effectué par un ambulancier privé.	Sans objet
Transports secondaires	Transport d'un patient hospitalisé dans un établissement plus spécialisé, pour soins ou diagnostic, avec retour dans l'établissement d'origine en moins de 48 heures (une nuit maximum à l'extérieur).	À la charge de l'établissement d'origine, s'il relève des <i>a</i> , <i>b</i> et <i>c</i> de l'article L.162-22-6 CSS.	Sans objet
		À la charge directe de l'assurance maladie, si l'établissement relève du <i>d</i> de l'article L. 162-22-6 CSS.	65 % ou 100 %
		À la charge directe de l'assurance maladie, pour des soins itératifs concernant la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie dans les cas généraux.	65 % ou 100 %
		Lorsque l'établissement d'origine est une structure d'hospitalisation à domicile (HAD) : à la charge de l'établissement HAD, pour les établissements qui relèvent des <i>a</i> , <i>b</i> , <i>c</i> et <i>d</i> de l'article L. 162-22-6 CSS lorsque le transport sanitaire vise la réalisation d'un acte/soin/diagnostic/ prévu au protocole de soins en cours.	Sans objet
	Transport définitif entre structures	Patient hospitalisé transféré de son établissement d'origine vers un nouvel établissement dans lequel il est hospitalisé pour une durée supérieure à 48 heures (deux nuitées ou plus à l'extérieur). Il est considéré comme sortant du 1 ^{er} et admis dans le 2 nd établissement.	À la charge directe de l'assurance maladie.
Retour à domicile des patients	Le patient rentre à son domicile ou assimilé (EHPAD...).	À la charge directe de l'assurance maladie.	65 % ou 100 %

(1) Y compris les établissements de santé dès lors que le patient n'y a pas été admis en hospitalisation (cas des patients « redirigés »), mais aussi le domicile et les EHPAD.

(2) Présomption d'hospitalisation: prescription de transport en vue d'une hospitalisation qui n'aura, finalement, pas lieu : les transports commandés par le SAMU vers les services d'urgence sont par exemple pris en charge.