

FAQ : transports et prise en charge

Version en date du 8 février 2021

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

Sommaire :

Glossaire	2
I. Périmètre de l'article 80.....	7
II. Notion d'établissement prescripteur (assumant la charge du transport entre deux établissements)	12
III. Facturation des suppléments	22
A. Dans le champ MCO	22
B. Dans les champs SSR et Psychiatrie	26
IV. Transports pour permission de sortie	30
V. Transport de patients hospitalisés à domicile.....	32
VI. Transport de patients hospitalisés en psychiatrie.....	34
VII. Transport de patients détenus	36
VIII. Transport et séances	38
IX. Transports et dialyse	40
X. Autres (TVA, CAQES...).....	44

Glossaire

A ...

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

E ...

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

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

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

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

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

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

H ...

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

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

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

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

I ...

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

P ...

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

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

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

La circulaire du 12 février 2019 prévoit que les patients de moins de 20 ans hospitalisés plus de 14 jours ont droit à la prise en charge directe par leur régime d'assurance maladie d'un aller-retour hebdomadaire au domicile familial pour le reste de la durée de leur hospitalisation. Ces transports sont pris en charge par les caisses d'assurance maladie selon les conditions de droit commun fixées à l'article R 322-10 CSS.

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

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

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

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

- Le patient est transféré pour la réalisation d'une prestation dans un autre établissement. On entend ici par « autre établissement » une autre entité géographique (appartenant ou non à la même entité juridique) ;

- Le séjour en B dure au plus 48 heures (soit une nuitée maximum), après quoi le patient retourne dans l'établissement A d'origine ;
 - Les prestations réalisées dans les établissements A et B relèvent du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du CSS (MCO, SSR, psychiatrie, USLD) ;
- **Prestations interactivités (PIA)** : les PIA correspondent aux transferts du patient qui répondent aux caractéristiques suivantes :
 - Les prestations réalisées dans les établissements A et B relèvent de champs d'activités distincts au sens de l'article L. 162-22 du CSS (MCO, SSR, psychiatrie, USLD) ;
 - Le patient transite provisoirement d'une unité d'hospitalisation demandeuse A vers une unité prestataire B pour la réalisation d'un acte médicotechnique ou d'une autre prestation : la prestation peut donc être externe (PIA externe) ou d'hospitalisation (PIA séjour) ;
 - L'unité B peut appartenir à la même entité géographique que l'unité A ou relever d'une autre entité géographique (de la même entité juridique ou d'une autre entité juridique).
 - Le passage dans l'unité B dure au plus deux journées civiles (soit une nuitée maximum), après quoi le patient retourne dans l'unité A d'origine ;

Il existe deux types de PIA :

- Les PIA donnant lieu à admission du patient en hospitalisation (« PIA séjour »).
- Les PIA de types « actes et consultations externes », elles sont qualifiées de « PIA externe »

Depuis le 1^{er} mars 2019, ces prestations suivent le même régime de facturation : l'établissement prestataire peut facturer sa prestation directement à l'assurance maladie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le présent contexte, le recours à un prestataire de transport pour une permission de sortie répondant à la définition d'une prestation pour exigence particulière du patient doit être facturé au patient à l'exception des permissions de sortie pour patients de moins de 20 ans (voir permission de sortie).

T ...

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

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

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

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

S ...

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

Ce supplément est facturable selon les règles de la tarification à l'activité dès lors qu'un transfert définitif depuis un établissement MCO vers une entité géographique distincte (identifiée par un autre numéro Finess) est réalisé. La facturation de ce supplément est générée via un recueil au sein d'un fichier FICHSUP transmis à l'ATIH depuis le 1er octobre 2018. Les modalités de facturation de ces suppléments seront amenées à évoluer en 2020 afin de pouvoir établir un lien direct en le supplément facturé et le séjour auquel il se rapporte.

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

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

Aucun supplément n'est facturable en cas de transfert provisoire pour un motif autre que les séances de chimiothérapie, dialyse et radiothérapie ainsi qu'en cas de permission de sortie, le coût de ces transports ayant été intégré dans les tarifs des GHS.

- **Les suppléments transport dans le champ OQN**
 - **Supplément pour transferts définitif**: les transferts définitifs entre deux entités géographiques génèrent la facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au séjour « transport définitif » - supplément ST1.
 - **Supplément pour transferts provisoires** : les transferts provisoires pour réalisation d'un acte ou consultation externe génèrent la facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au prix de journée. – supplément ST2
Lorsqu'au cours du séjour le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation dans le cadre des 2° et 3° de l'article 21, aucun supplément transport ne peut être facturé par l'établissement d'origine.
 - **Supplément pour transferts pour permissions de sortie** : les transferts au bénéfice d'une permission de sortie en application du 3° du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale génèrent la facturation, par l'établissement d'origine, d'un supplément au prix de journée – supplément ST3
- **Les suppléments transport dans le champ DAF**

A compter du 1er mai 2019, les établissements sous DAF (SSR et PSY) peuvent indiquer via un recueil ad hoc (FICHSUP) transmis par l'ATIH le nombre de transports pris en charge et pouvant donner lieu à la facturation d'un supplément ainsi que la nature de ces transports (transfert définitif, transfert provisoire ou permission de sortie). Le montant de ces suppléments transports leur est versé en complément de leur DAF.

Afin de ne pas pénaliser la trésorerie des établissements, une avance est réalisée via la première circulaire budgétaire 2019. Elle correspond à l'extension en année pleine des crédits alloués lors de la 2ème circulaire budgétaire 2018.

Cette avance fera l'objet d'une régularisation dans le cadre des délégations ultérieures, sur la base des données renseignées dans le recueil FICHSUP.

¹ Arrêté du 25 février 2016, modifié par l'arrêté du 16 avril 2019, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code

I. Périmètre de l'article 80

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

- les transports de patients non hospitalisés ;
- les transports réalisés entre deux établissements en avion ou en bateau ;
- les transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale d'urgence ;
- les transports réalisés par le SMUR ;
- les transports prescrits par une structure d'HAD dès lors que le transfert est sans lien avec le protocole de soin ou le motif d'hospitalisation ;
- les admissions en HAD ;
- les transferts pour pathologie intercurrente ;
- les sorties d'HAD ;
- les transports depuis ou vers un EHPAD sauf exception ;
- les transports depuis ou vers une USLD sauf exception ;
- les transports provisoires pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral.

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

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

**
*

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

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

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

**
*

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

Deux cas de figures doivent être distingués :

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

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

- par un SMUR : à ce titre pris en charge par la dotation MIG dédiée
- par un transport régulé par le « SAMU – centre 15 » : même si le patient est hospitalisé au moment du transport, celui-ci est réalisé dans le cadre de l'aide médicale urgente et est ainsi facturé à l'Assurance maladie, dans les règles de droit commun (transport hors du périmètre de l'article 80).

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

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

**

*

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

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

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

1.5. Cas de figure d'un transfert de patient sous régulation du SAMU accompagné par un personnel soignant. Le coût du soignant est-il facturable à l'Assurance Maladie ?

Dans le cas décrit, soit un transport inter établissement réalisé en SMUR ou TIIH après régulation du SAMU, le financement est déjà assuré par la MIG SMUR (lorsque des moyens SMUR sont mobilisés) ou les tarifs de séjours hospitaliers (lorsqu'il s'agit d'un TIIH organisé avec d'autres moyens que ceux du SMUR). La refacturation du transport ou d'une part des charges par l'établissement n'est pas autorisée. De même, la participation d'un personnel soignant supplémentaire, issu des services d'hospitalisation (par ex. : néonatalogie), est financée par les tarifs et ne doit pas être facturée à l'Assurance maladie.

**

*

1.6. Quid du transport de patients pour de longues distances issu d'une demande « personnelle » du patient ?

Cette interrogation est relative aux cas de transferts inter établissements réalisés à la demande du patient (ex. pour un rapprochement familial en cas de long séjour). Chaque établissement doit apprécier les cas individuels en fonction de l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. Pour ce faire, ils peuvent travailler avec leur CPAM en s'inspirant de la doctrine qu'elle pratique dans le cadre de la prise en charge de droit commun.

Dans tous les cas, et pour mémoire, la procédure d'accord préalable issue de l'article R 322-10-4 du CSS concernant notamment les transports de plus de 150 KM ne s'applique pas puisque le transport est la charge des établissements de santé. Cette procédure ne trouve plus à s'appliquer.

Par ailleurs, les prestations pour convenance personnelle du patient, et directement facturées au patient, sont limitativement énumérées à l'article R162-27 du CSS. Le transport (hors permission de sortie) n'en fait pas partie et ne peut ainsi être directement facturé au patient.

**
*

1.7. Quid du transport d'un patient hospitalisé dans un établissement A, transféré provisoirement dans un établissement B, à sa demande, pour un 2ème avis, et qui revient poursuivre son hospitalisation dans l'établissement A ?

Cette interrogation est proche du cas évoqué ci-dessus (point 1.6). Ainsi et à l'instar des transports longue distance demandés par le patient, les établissements peuvent élaborer leur propre doctrine en la matière. Néanmoins, si le second avis demandé par le patient est confirmé par son médecin prescripteur exerçant en établissement A, ou demandé par ce dernier, le transport reviendra à la charge de l'établissement prescripteur (PIA externe ou PIE).

**
*

1.8. Quelle prise en charge des transports depuis et vers un EHPAD ou un USLD?

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

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

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

Explicitation : Les transports depuis un EHPAD ou une USLD vers une structure MCO ou depuis une structure MCO vers un EHPAD ou une USLD demeurent facturables à l'Assurance Maladie. Ils sont exclus du champ de la réforme par principe, car il ne s'agit pas de transport inter-hospitalier, dans la mesure où l'EHPAD et l'USLD sont considérés comme assimilés au domicile du patient qui y réside. Cette disposition s'applique même si l'EHPAD relève de la même entité juridique qu'une structure MCO (sauf le cas particulier du transfert provisoire depuis l'établissement MCO vers l'EHPAD pour permission de sortie).

Demeure cependant une exception théorique lorsque l'EHPAD appartient à une structure hospitalière et relève de la même entité géographique (cf. définition dans le glossaire).

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

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

1.9. Un patient est hospitalisé dans un établissement A et part en consultation dans un EHPAD pour une visite de pré-admission. Qui a la charge du transport ?

Les transferts depuis une unité sanitaire vers un EHPAD échappent également au périmètre de l'article 80. L'article D. 162-17-1, en excluant ces transferts du champ d'application de l'article 80, vise en effet tout type de transfert depuis ou vers EHPAD, indépendamment donc des prestations réalisées.

**
*

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

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

Toutefois, il est important de noter que si le cabinet de radiothérapie est situé au sein de la Clinique (même entité géographique) dans laquelle est hospitalisée le patient, cela relève de l'organisation interne de l'établissement et ne doit pas faire l'objet d'un transport pris en charge par l'assurance maladie.

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

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

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

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

**
*

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

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

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

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

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

**

*

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

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

L'article D 162-17 précise que la prise en charge de ces transports concerne le transport de patients hospitalisés par des prestataires mentionnés aux articles L. 6312-2 du code de la santé publique ou L. 322-5 du code de la sécurité sociale. Ce qui exclut donc la prise en charge par l'établissement du véhicule personnel.

En revanche, il est possible et même encouragé de recourir au véhicule personnel s'agissant des transports pris en charge par l'assurance maladie et tout particulièrement ceux pour permission de sortie des patients de moins de 20 ans hospitalisés plus de 14 jours.

**

*

1.14. Les transferts transfrontaliers sont-ils dans le champ de la réforme ?

Les transports inter établissement transfrontaliers sont hors champ de l'Article 80. Ils demeurent facturables à l'Assurance maladie.

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

L'établissement prescripteur est celui dans lequel le patient est hospitalisé assumant la charge du transport. L'établissement en est responsable et toutes les prescriptions relatives à ce patient hospitalisé doivent être établies par un médecin de la structure qui l'hospitalise

L'article D.162-17-2 du code de la sécurité sociale prévoit que la règle générale est la suivante : l'établissement payeur correspond à l'établissement depuis lequel le patient hospitalisé est transféré. Il doit alors prescrire et organiser le transport de son patient.

Dans les cas de figure suivants, l'établissement payeur est celui qui reçoit le patient. Il doit alors prescrire et organiser le transport de ce patient :

- en cas de transfert provisoire (moins de 48 heures) entre deux établissements pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie, l'établissement responsable de la prescription et de la commande est l'établissement vers lequel le patient est envoyé ;
- en cas de transfert provisoire entre deux établissements relevant de champs d'activité différents pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (PIA séjour), l'établissement responsable de la prescription et de la commande est celui vers lequel le patient est envoyé (transfert provisoire d'un établissement SSR vers un établissement MCO par exemple).
- en cas de transfert d'un patient hospitalisé sans son consentement ayant fugué de l'établissement désigné pour assurer la mesure d'hospitalisation, l'établissement prescripteur est celui responsable de la mesure d'hospitalisation, il assure l'organisation et la prise en charge du transfert retour de son patient depuis l'établissement qui l'a récupéré jusque dans ses murs.
- en cas de transfert d'un patient hospitalisé dans une unité pour malade difficile (au sens de l'article R.3222-1 du code de la santé publique) vers un autre établissement ou une autre unité. Dans ce cas précis, l'article R.3222-3 du code de la santé publique demeure et s'applique.

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

Dans ce cas de figure, le patient est transféré dans un établissement MCO pour une simple consultation, alors, ce transfert est considéré comme une PIA (prestation inter activité) externe. Dans ce cas :

- la consultation est facturée directement à l'Assurance Maladie par l'établissement MCO
- le transport est organisé et payé par l'établissement SSR qui facture un supplément (ST2) à l'assurance maladie.

2.2. Quelles sont les modalités de prise en charge du transport d'un patient hospitalisé en SSR et qui est transféré dans un MCO pour être hospitalisé moins de 48h ?

Dans ce cas de figure, l'établissement MCO réalise une prestation d'hospitalisation de moins de 48h au profit d'un patient hospitalisé dans un établissement SSR ou psychiatrie. Le transfert sera dans ce cas qualifié de PIA séjour. La facturation suit les règles suivantes :

- la prestation d'hospitalisation réalisée par l'établissement MCO est facturable à l'Assurance Maladie via un GHS. Cette prestation n'est donc pas à la charge de l'établissement SSR ou psychiatrique.

- le transport est prescrit, organisé et payé par l'établissement MCO. Le coût de ce transport est pris en charge dans le GHS qu'il facture à l'assurance maladie. Aucun supplément n'est donc facturé à l'assurance maladie.

2.3. L'établissement A a refusé de faire la prescription de transport pour un patient qui devait se rendre en consultation post-opératoire dans un établissement B. L'établissement B a donc réalisé la prescription du transport qui, normalement, n'est pas à sa charge. Existe-t-il une procédure dans le cas où l'établissement prescripteur refuse de faire la PMT ?

Il est conseillé aux établissements de mettre en place un dialogue et des outils de gestion communs leur permettant de reverser les sommes dues. Il conviendrait en l'occurrence que l'établissement B refacture à l'établissement A le transport qui lui incombe. Pour rappel, l'établissement B ne peut facturer à l'assurance maladie le supplément auquel il a droit.

**
*

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

Il convient de distinguer deux cas de figures :

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

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

Attention néanmoins, si lors de sa prise en charge aux urgences, le patient est hospitalisé dans une unité de courte durée (UHCD), le transfert s'apparente à une PIA séjour. Le transport est à la charge de l'établissement MCO. **(Voir question 2.5)**

2.5. Cas d'un patient hospitalisé dans un établissement psychiatrique : il est envoyé aux urgences sur régulation du SAMU - centre 15. Il n'est pas hospitalisé aux urgences puis est transféré, dans un délai inférieur à 48h, dans son établissement d'origine dans lequel il est encore hospitalisé. Quel établissement prend en charge le retour ? Cela relève-t-il de l'assurance maladie ?

Cette situation est juridiquement celle d'un PIA-externe car le patient a été transféré moins de 48h dans un établissement d'un champ différent. Même si l'aller a été régulé par le SAMU, il n'en demeure pas moins que le retour doit être pris en charge par l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé.

L'établissement psychiatrique doit donc prescrire, organiser et payer le transport retour de son patient. Il peut à ce titre facturer un supplément pour un transfert définitif (ST1) à l'Assurance maladie.

**
*

2.6. Quid d'une modification de la nature du transfert après la réalisation du transport ?

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

- Un transporteur ne doit pas être « ballotté » entre deux établissements ;

- L'établissement qui n'a pas commandé le transport ne doit pas avoir à payer un transporteur qui a été commandé par un autre établissement. En effet, cela se heurterait au respect du droit des contrats.

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

Concrètement, deux cas de figures peuvent être identifiés :

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

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

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

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

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

Pour les établissements, juridiquement, le transfert se révélant définitif, c'est à l'établissement A d'en assumer la charge. Ainsi, l'établissement B doit refacturer sa prestation de transport à l'établissement A, qui facture quant à lui un supplément ST1 à l'assurance maladie.

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

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

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

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

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

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

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

**
*

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

Par assimilation, la situation décrite à la question 2.6 (cas n°2) peut être appliquée et déclinée.

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

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

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

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

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

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

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

**

*

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

Par assimilation, la situation décrite à la question 2.6 (cas n°2) peut être appliquée et déclinée.

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

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

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

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

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

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

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

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

**

*

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

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

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

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

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

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

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

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

- S'il s'agit d'un transfert entre deux établissements d'un même champ, c'est alors le régime des prestations inter-établissement qui s'applique. Les transferts provisoires sont à la charge de l'établissement depuis lequel le patient est transféré. Cela est pris en compte dans ses tarifs ou sa dotation.

- S'il s'agit d'un transfert entre deux établissements relevant de champs différents c'est le régime des PIA séjour qui s'applique. C'est donc l'établissement vers lequel le patient est envoyé qui a la charge du transport.

- S'il s'agit d'un transfert entre deux établissements pour une hospitalisation au titre d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre ou de radiothérapie, le transport sera à la charge de l'établissement vers lequel le patient est envoyé.

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

L'exemple 2.4 de la note 2018-80 précise qu'en situation d'hospitalisation de jour « *chaque journée correspond à une « seule » hospitalisation. Les transports en amont ou en aval sont considérés comme des transports primaires (le patient n'étant plus hospitalisé au moment du transfert), facturables à l'assurance maladie dans les conditions de droit commun.* »

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

**

*

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

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

Par exemple :

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

Pour rappel, un établissement de santé est responsable de toutes les prescriptions et prestations concernant ses patients hospitalisés. Elles doivent être établies par un médecin de la structure qui l'hospitalise. Dans les cas de figure présentés, la personne habilitée à prescrire le transport est un médecin prescripteur de l'établissement de santé. En conséquence, même si le patient a déjà en sa possession des prescriptions antérieures à l'hospitalisation réalisées par un médecin tiers (libéral, praticien hospitalier, médecin traitant), il revient à l'établissement de santé qui hospitalise le patient de le prescrire à nouveau puis de l'organiser et payer.

**

*

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

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

**

*

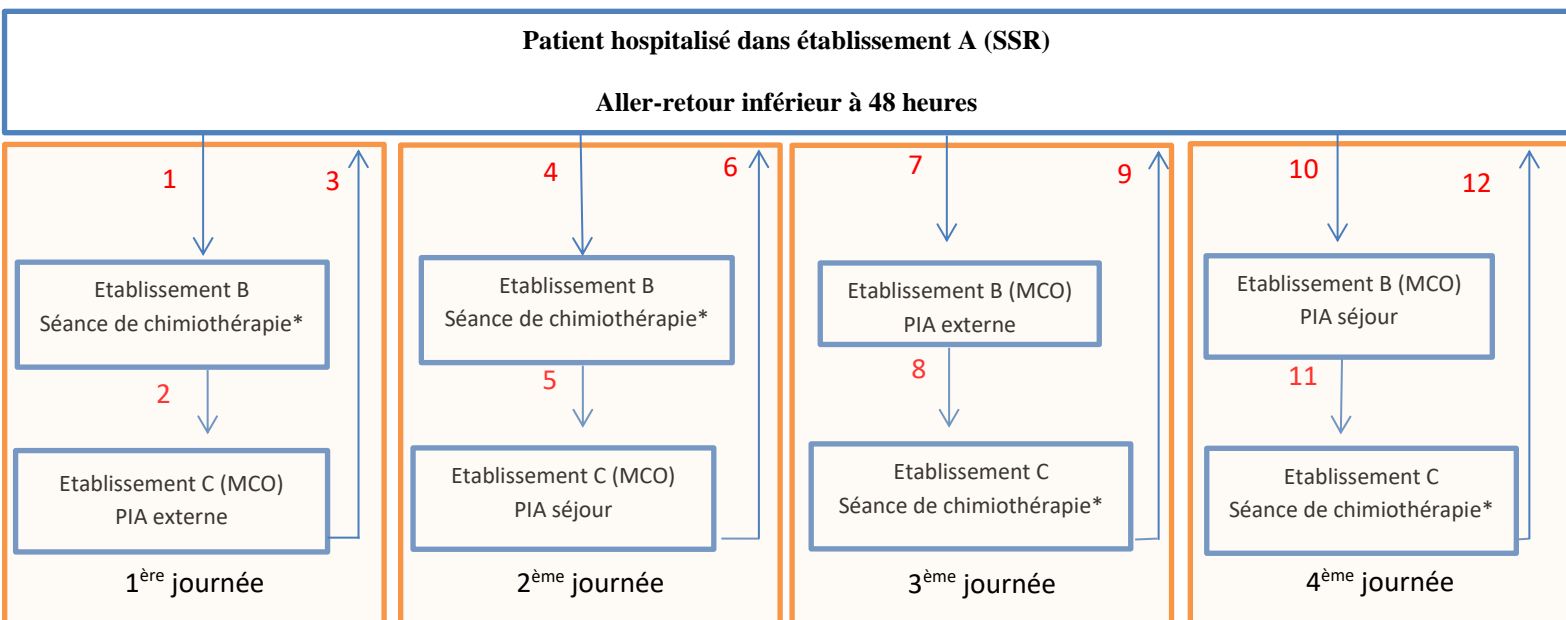
2.12. Un patient quitte l'établissement A pour se rendre en consultation dans l'établissement B et rentre à son domicile définitivement. A qui incombe la charge du transport ?

Transfert de l'établissement A vers l'établissement B : transport à la charge de l'assurance maladie

Le patient n'étant plus hospitalisé dans l'établissement A et son transfert ne visant pas une hospitalisation, il échappe au périmètre des transports à la charge des établissements de santé.

Transport de l'établissement B vers son domicile : transport à la charge de l'assurance maladie

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



* exemple valable pour toute séance au sens de la réforme : chimiothérapie, radiothérapie et dialyse

1^{ère} journée :

Le trajet 1 est à la charge de l'établissement B réalisant la séance de chimiothérapie. Il peut facturer en sus de son GHS un supplément TSE.
 Les trajets 2 et 3 ont à la charge de l'établissement SSR, qui peut facturer un ST2 en sus de son séjour.

2^{ème} journée :

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

3^{ème} journée :

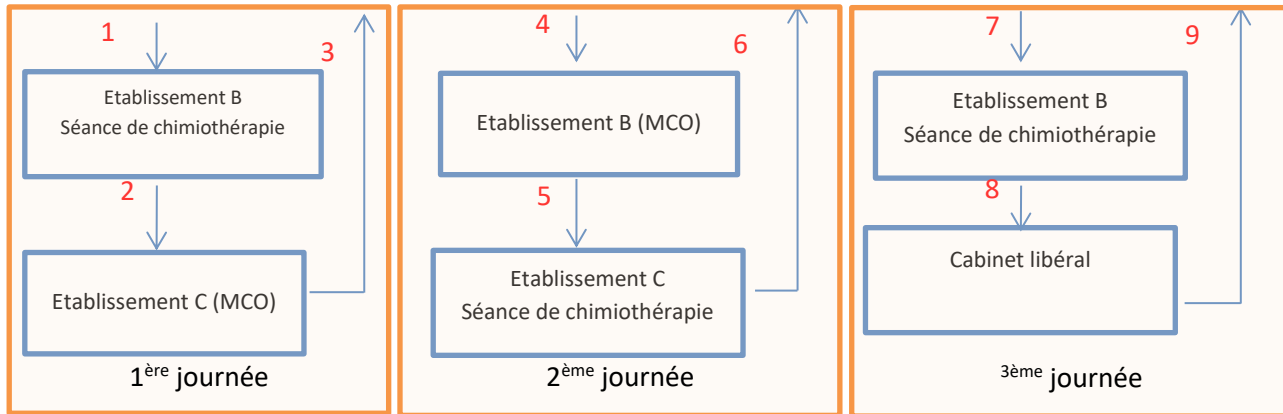
Le trajet 7 est à la charge de l'établissement A.
 Les trajets 8 et 9 sont à la charge de l'établissement C réalisant la séance de chimiothérapie. Il peut facturer en sus de son GHS un supplément TSE.

4^{ème} journée :

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

Patient hospitalisé dans établissement A (MCO)

Aller-retour inférieur à 48 heures



1ère journée :

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

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

2ème journée :

Le trajet 4 est à la charge de l'établissement A. Il pourra facturer en sus de son GHS un supplément TSE.

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

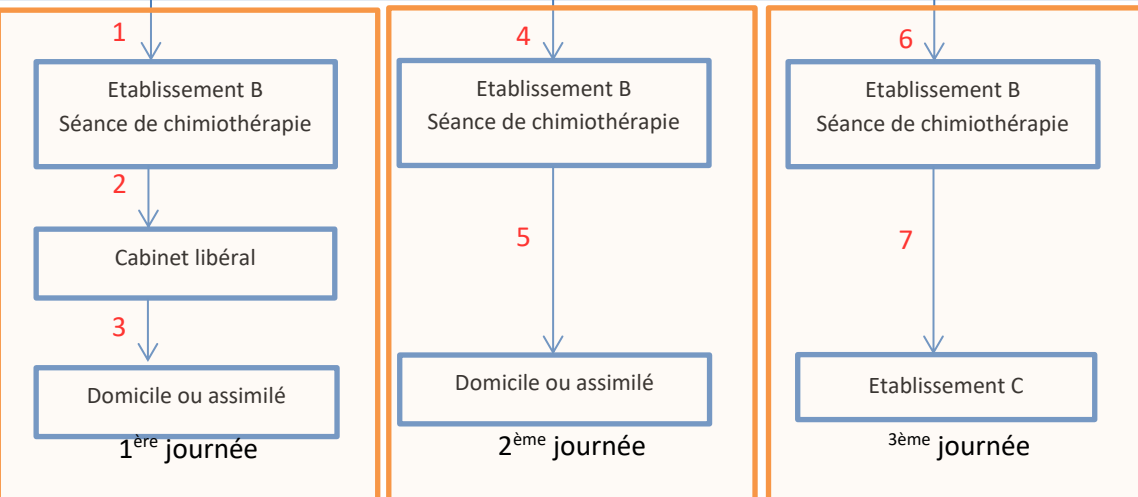
3ème journée :

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

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

Patient hospitalisé dans établissement A

Transfert définitif



1^{ère} journée :

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

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

2^{ème} journée :

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

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

3^{ème} journée :

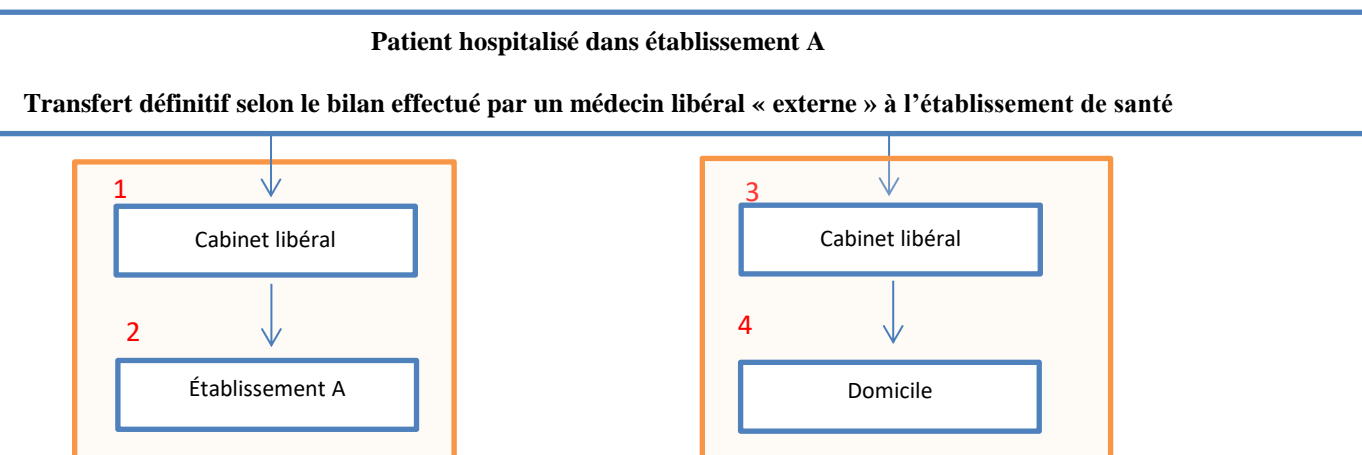
Le trajet 6 est à la charge de l'établissement A qui pourra facturer en sus de son GHS ou de son forfait D un supplément TDE.

Le trajet 7 est à la charge de l'établissement B qui pourra facturer en sus de son GHS un supplément TDE.

2.14. Dans le cas où la nature du transfert est déterminée en fonction des résultats d'une consultation médicale en ville, qui prend en charge le transport ?

Selon certains cas, un bilan effectué par un médecin spécialiste est nécessaire avant de conclure à la fin de l'hospitalisation du patient. Par exemple, un patient porteur de pacemaker qui a été hospitalisé pour une chirurgie est envoyé à sa sortie d'hospitalisation pour un contrôle du bon fonctionnement du pacemaker chez un cardiologue libéral. La consigne est que si le contrôle du bon fonctionnement du pacemaker est satisfaisant, le patient rejoint son domicile. Mais en cas de dysfonctionnement du pacemaker, et de nouveau réglage de l'appareil par le cardiologue, le patient a pour consigne de revenir en établissement de santé pour y être surveillé.

Si le médecin spécialiste est en cabinet, les situations suivantes peuvent être rencontrées :



Trajets 1 et 2 : pris en charge par l'établissement A. Des suppléments sont facturables à l'assurance maladie : si A relève du champ PSY ou SSR il peut facturer un ST2, si A est un MCO cela est inclus dans ses tarifs

Trajet 3 : pris en charge par l'établissement A. Des suppléments sont facturables à l'assurance maladie : si A relève du champ PSY ou SSR il peut facturer un ST2, si A est un MCO cela est inclus dans ses tarifs

Trajet 4 : du cabinet vers le domicile : le patient n'étant plus hospitalisé au moment du transfert, le transport est facturable directement à l'assurance maladie, si les conditions de prise en charge du droit commun sont remplies.

III. Facturation des suppléments

A. Dans le champ MCO

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

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

A contrario, les autres types de dépenses de transports sont pris en charge via les tarifs de prestations et ne déclenchent pas la facturation d'un supplément. Sont ainsi visées les dépenses de transports liées à des permissions de sortie à but thérapeutiques pour les patients de plus de 20 ans ou à des transferts provisoires hors réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie.

La logique de facturation qui prévaut pour tous ces suppléments est la suivante : la facturation du supplément suit celle de la prestation hospitalière (GHS, forfait). Ainsi, par exemple, les séances de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie sont facturées à l'assurance maladie par l'établissement qui réalise cette prestation, c'est donc cet établissement qui assume la charge de ce transport et facture le supplément transport correspondant à cette séance même si le patient n'y est pas hospitalisé à l'origine..

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

Oui. Si ces transports étaient déjà à la charge des établissements de santé (s'agissant du secteur ex DG), il n'en demeure pas moins que la réforme de l'article 80 permet à ces établissements de santé de disposer d'une ressource supplémentaire pour la prise en charge de ces dépenses, à travers la facturation, en sus du GHS, du supplément tarifaire TDE (si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève du champ MCO et dont les valeurs sont indiquées au point 3.14).

**
*

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

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

Ainsi, en cas de facturation d'un supplément (TSE dont les valeurs sont indiquées au point 3.14), ce dernier couvre l'aller et le retour (autrement dit, il n'y a qu'un seul supplément facturé pour un transfert provisoire lié à la réalisation d'une séance).

**
*

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

Les suppléments tarifaires introduits en campagne tarifaires MCO 2018, et toujours en vigueur en 2019, ne sont facturables que dans les cas de figure suivants :

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

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

**
*

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

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

**
*

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

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

**
*

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

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

**
*

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

Pour rappel, le taux de prise en charge associé à un séjour se déverse sur l'intégralité de la facture du séjour (GHS, borne, suppléments), hors cas particulier de séjours supérieurs à 30 jours².

Cette règle s'applique sans exception aux suppléments TDE et TSE³.

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

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

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

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

**
*

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

La prestation de transport ne donne pas lieu à facturation isolée de l'hôpital au patient hospitalisé. Pour autant, comme toutes les prestations, sa valorisation peut être est à la charge de l'AMO et de l'AMC, à l'exception des cas d'exonération ou de plafonnement du reste à charge.

La part AMC est intégrée dans la valorisation du TJP pour les établissements ex-DG.

La part AMC est calculée selon les règles habituelles des suppléments pour les établissements ex-OQN, ce qui implique que le supplément transport n'intervient dans le calcul de la part patient qu'en dehors des cas de plafonnement de la participation (participation forfaitaire de 24€) ou d'exonération de ticket modérateur. Dans ces cas, pour mémoire, la part patient correspond à $[(\text{GHS} + \text{supplément, dont transport}) \times 0,2\% + \text{FJS}]$.

**
*

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

² Auquel cas, les prestations journalières de type supplément ou borne haute sont intégralement prise en charge par l'AMO au-delà du 30ème jour ; le GHS – prestation insécable - demeure quant à lui prise en charge à 80% hors cas d'exonération propre à la situation médico-administrative du patient.

³ Même si, du fait de leurs statuts ALD, les prestations des patients concernés par les TSE sont en général intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie.

La méthodologie est la suivante :

Dans le champ des établissements MCO, une comparaison est établie entre les dépenses de transports 2016 qui ont été transférées dans le budget des établissements de santé et les nouvelles recettes associées (principalement les suppléments tarifaires et dans une moindre mesure par l'intégration dans les GHS) et fait apparaître des écarts (positifs ou négatifs).

Lorsque ces écarts sont supérieurs à -0,1% des recettes AMO de l'établissement, une compensation des effets revenus est versée aux établissements de santé concernés sous forme d'une aide à la contractualisation (AC).

Au titre de l'année 2018 (sur 3 mois), le montant estimé de cet écart au niveau macro est de 0,78M€. Le versement de cette AC interviendra au 2^e semestre 2019, dans le cadre de la délégation en 2^e circulaire.

Ce dispositif est renouvelé pour l'ensemble de l'année 2019 et 2020.

B. Dans les champs SSR et Psychiatrie

Depuis le 1^{er} mai 2019, les établissements dans les champs du SSR et de la Psychiatrie peuvent facturer trois types de suppléments :

- Le ST1 : facturé par l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours.
- Le ST2 : facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe hors chimiothérapie, radiothérapie et dialyse.
- Le ST3 : facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3^o du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Lorsqu'au cours du séjour le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour la réalisation d'une PIE ou d'une PIA-séjour aucun supplément transport ne peut être facturé.

Les modalités de recouvrement de ces suppléments sont différentes selon que l'établissement est financé en prix de journée ou en DAF.

3.10. **NOUVELLE REDACTION : Selon quelles modalités un établissement financé en prix de journée perçoit-il les suppléments ?**

Depuis le 1^{er} mai 2019, les établissements relevant du champ SSR et de la psychiatrie peuvent déclarer des suppléments transport, à l'instar des modalités de financement existant sur le champ MCO. Ces recettes liées aux suppléments sont intégrées dans l'enveloppe DAF ou dans l'enveloppe OQN en fonction du secteur de financement.

Elles restent donc dans les anciennes modalités de financement pour le champ SSR.

– Un supplément transport dénommé « ST1 » pour les champs SSR et PSY (dont les valeurs sont indiquées au point 3.13). Ce supplément est facturé par :

- l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement géographique de santé pour une durée supérieure à deux jours ;
- l'établissement désigné pour assurer la mesure d'hospitalisation sous contrainte d'un patient lorsque celui-ci y est transféré depuis un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours ;
- l'établissement accueillant un patient hospitalisé et transféré depuis une unité pour malade difficile pour une durée supérieure à deux jours (conformément à l'article R3222-3 du code de la santé publique).

– Un supplément transport dénommé « ST2 » pour les champs SSR et PSY (dont les valeurs sont indiquées au point 3.13). Ce supplément est facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe réalisé dans un autre établissement géographique ne relevant pas du même champ d'activité, ou au sein du même établissement dans une unité médicale ne relevant pas du même champ d'activité. Ce forfait peut également être facturé lorsque le patient est transféré pour la réalisation d'un acte ou d'une consultation externe réalisé dans un cabinet libéral, que celui-ci soit ou non adossé à un établissement de santé ;

– Un supplément transport dénommé « ST3 » pour les champs SSR et PSY (dont les valeurs sont indiquées au point 3.13). Ce supplément est facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3° du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale.

3.11. Selon quelles modalités un établissement financé en DAF perçoit-il les suppléments ?

Les modalités de financement sont une allocation des crédits DAF aux établissements sur la base du recueil spécifique permettant de remonter le nombre de suppléments. Comme sur le secteur OQN, le financement des transports sur le champ SSR est véhiculé à 100% par les anciennes modalités de financement (pas de supplément transport créé sur l'enveloppe de dotation modulée à l'activité).

Afin de ne pas pénaliser la trésorerie des établissements, une avance a été réalisée via la première circulaire budgétaire 2019. Cette avance correspond à l'extension année pleine (EAP) des crédits alloués lors de la 2ème circulaire budgétaire 2018.

Au global, les crédits alloués à ce titre par la première circulaire s'élèvent à **32,1 M€** (soit 26,2 M€ pour la DAF SSR et 5,9 M€ pour la DAF PSY).

Ces avances feront l'objet d'une régularisation dans le cadre des délégations ultérieures, sur la base des données renseignées dans le recueil FICHSUP.

3.12. **NOUVELLE REDACTION** : Les établissements des champs SSR et Psychiatrie bénéficient-ils d'une compensation financière à l'instar des MCO ?

Pour 2019 et 2020, un mécanisme de limitation des pertes pour les établissements (dit « stop loss ») est également prévu pour les établissements des champs SSR et psychiatrie.

Il permet une compensation des pertes allant au-delà de -0,1% à activité et nombre de prescription constants pour une période couvrant 8 mois d'activité. A l'instar de ce qui est fait dans le champs du MCO, cette compensation financière cible les établissements de SSR et de psychiatrie pour lesquels une différence a été constatée en leur défaveur entre la recette attendue au titre de l'application des suppléments et le montant des dépenses de transports identifié sur l'enveloppe « soins de ville » avant le transfert vers l'ONDAM établissements de santé.

3.13. **NOUVEAU** : Tableau récapitulatif des valeurs des suppléments transports des champs SSR et PSY

ST1		
Distance	SSR	PSY
inférieur à 25km	78,54 €	64,15 €

25km à 74km	127,68 €	98,30 €
75km à 149km	237,21 €	179,43 €
150km à 300km	412,70 €	343,55 €
Supérieur à 300km	918,47 €	949,10 €

ST2 & ST3		
Distance	SSR	PSY
inférieur à 20km	158,01 €	101,03 €
20km à 49km	172,19 €	110,30 €
50km à 120km	203,75 €	120,24 €
Supérieur à 120km	303,24 €	151,70 €

*Distance Aller/Retour

3.14. NOUVEAU : Tableau récapitulatif des valeurs des suppléments transports des champs SSR et PSY

TDE	
Distance	MCO
inférieur à 25km	77,05 €
25km à 74km	136,68 €
75km à 149km	257,52 €

150km à 300km	423,74 €
Supérieur à 300km	930,94 €

TSE	
Distance*	MCO
inférieur à 40km	159,29 €
40km à 79km	215,45 €
80km à 160km	325,68 €
Supérieur à 160km	484,45 €

3.15. NOUVEAU : La prescription d'un transport provisoire ou d'une permission de sortie correspond-elle à un aller-retour ?

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

Ainsi, en cas de facturation d'un supplément (ST2 et ST3), ce dernier couvre l'aller et le retour (autrement dit, il n'y a qu'un seul supplément facturé pour un transfert provisoire lié à la réalisation d'une séance ou d'une permission de sortie).

IV. Transports pour permission de sortie

4.1. Quelles sont les dépenses de transports liés à des permissions de sortie à la charge du patient ?

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

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

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

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

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

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

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

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

A noter que depuis le 1^{er} octobre 2019, les établissements SSR ont la possibilité de facturer un deuxième ST3 pour les transports pour permissions de sortie de patients de plus de 20 ans dès lors que la distance aller-retour dépasse 150km. Les établissements concernés doivent transmettre à leur ARS un recueil des transports éligibles à ce « bonus » afin qu'ils perçoivent le financement complémentaire dédié. Les modalités relatives à ce financement complémentaire sont explicitées dans l'instruction n° DGOS/R1/DSS/SD1A/2019/221 du 11 octobre 2019.

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

4.2. La circulaire du 12 février 2019 dispose que les permissions de sortie de patients de moins de 20 ans hospitalisés plus de 14 jours sont à la charge de l'assurance maladie, quelles sont les règles applicables et modalités de prise en charge ?

La circulaire précitée met en place un régime dérogatoire relatif aux permissions de sortie et instaure un droit pour les patients âgés de moins de 20 ans et hospitalisés depuis plus de 14 jours à bénéficier d'une permission de sortie hebdomadaire, neutralisant ainsi les notions de permissions de sortie pour motif thérapeutique ou pour convenance personnelle. La prise en charge de ce transport n'est effective qu'à partir du 15^{ème} jour d'hospitalisation.

Les transports réalisés dans ce cadre sont donc exclus du périmètre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 et sont dorénavant pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre du droit commun.

Ce régime dérogatoire prévoit la mise en place d'un formulaire de prescription spécifique pour les permissions de sortie excepté en cas de trajet supérieur à 150km ou une demande d'accord préalable doit être formalisée (conformément au e) de l'article R 322-10-4). La prescription spécifique susmentionnée est valable pour une durée maximale de 6 mois renouvelable.

En cas d'interruptions d'hospitalisation :

Lorsque l'hospitalisation du patient a pris fin avant la période des 6 mois mais que ce dernier a dû être réadmis en établissement de santé, l'établissement de la prescription sur le formulaire spécifique, de même que le délai de 14 jours n'est pas nécessaire si :

- le motif de la seconde hospitalisation est identique à la première hospitalisation ;
- la seconde hospitalisation est réalisée au cours de la période des 6 mois.

A contrario, les 14 jours de carence sont rétablis et une nouvelle prescription « ad hoc » est nécessaire quand :

- le patient est ré-hospitalisé dans un autre établissement et/ou pour un autre motif d'hospitalisation ;
- la seconde hospitalisation intervient au-delà de la période des 6 mois.

La prise en charge de ces transports est assurée par les caisses d'assurance maladie qu'il convient alors de contacter pour toute question relative au déroulement de ces procédures.

V. Transport de patients hospitalisés à domicile

5.1. Dans quels cas les transports depuis une structure d'hospitalisation à domicile sont-ils pris en charge par cette dernière ?

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

Les règles sont les suivantes :

- Les transports prescrits par une structure d'HAD et dont elle assume la charge sont :
 - les transferts provisoires pour la réalisation d'une prestation inscrite dans le protocole de soins
 - les transferts provisoires pour la réalisation d'une prestation en lien avec le mode de prise en charge en cours au moment de la prescription.
- Les transports prescrits par une structure d'HAD et facturables à l'Assurance Maladie dans les conditions de droit commun sont :
 - les transferts pour la réalisation d'une prestation sans lien avec le motif d'hospitalisation à domicile (pathologie intercurrente) ;
 - les transferts définitifs du patient vers un autre établissement de santé ;

Cette règle connaît deux exceptions :

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

Ces deux types de transports doivent être prescrits par l'établissement prestataire et non par la structure HAD. Dans ces cas, c'est l'établissement prestataire, qui doit assumer la charge du transport (indépendamment du fait que le patient provienne d'une structure d'hospitalisation à domicile).

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

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

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

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

Dans ce cas de figure, c'est bien l'établissement réalisant la séance qui est juridiquement considéré comme prescripteur. Le transport (aller comme retour) est donc sa charge⁴. L'établissement réalisant la séance de dialyse peut par ailleurs facturer à l'Assurance Maladie, en sus de son GHS, le supplément tarifaire TSE dédié.

⁴ La seule exception est la suivante : en cas de transfert vers une structure d'exercice libéral ou un centre de santé pour la réalisation d'une séance de radiothérapie, le transport demeure facturable à l'Assurance Maladie.

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

5.3. Quid des transports de patients admis en HAD depuis un établissement de santé ?

Les transports de patients hospitalisés dans un établissement de santé et transférés à leur domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile sont facturables à l'assurance maladie.

5.4. Qui prend en charge les transports dans le cadre d'une permission de sortie à visée thérapeutique au cours de laquelle une hospitalisation à domicile est mise en place ?

Dans ce cas, il s'agit d'un patient hospitalisé dans un établissement A qui part en permission thérapeutique à son domicile tous les week-end du samedi matin au dimanche soir. Une hospitalisation à domicile est organisée pour assurer la continuité des soins. En l'occurrence, il s'agit d'un transport provisoire pour hospitalisation de moins de 48h.

Dans ce cas, la mise en place d'une HAD est considérée comme un support facilitant la permission de sortie. De plus, le transfert étant inférieur à 48h, il s'agit d'une permission de sortie. Il convient donc d'appliquer les règles relatives aux permissions de sortie.

En conclusion c'est l'établissement A qui prend en charge le transport.

VI. Cas particuliers de transports pour des patients hospitalisés en psychiatrie

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

Ces dépenses ne constituent pas une exception à l'article 80. Ainsi les dépenses de transports de patients admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou sur décision du représentant de l'état vers d'autres établissements ne sont plus facturables à l'Assurance Maladie mais sont à la charge de l'établissement responsable de la mesure d'hospitalisation, qui peut facturer un supplément ST1.

6.2. Dans le cas d'un patient hospitalisé sans son consentement ayant fugué de l'établissement désigné pour assumer la mesure d'hospitalisation : qui prescrit et assume la charge du transport retour du patient ?

Si ce retour nécessite l'utilisation d'un transport, quelle que soit la durée d'hospitalisation dans un autre établissement, l'article D.162-17-2 prévoit des dispositions particulières : l'établissement responsable de la mesure d'hospitalisation sans consentement prescrit et assume la charge du transport retour de son patient. Cet établissement peut facturer un ST1.

6.3. Un patient hospitalisé en psychiatrie sans son consentement (SRDE, SDT ou en cas de péril imminent) dans un établissement A est transféré dans un établissement B situé dans son secteur de psychiatrie qui est d'accord pour le recevoir. Qui prend en charge le transport ?

Dans ce cas de figure deux situations sont possibles :

- la mesure d'hospitalisation est transférée dans l'établissement B : celui-ci est alors au sens de l'article D.162-17-2 « l'établissement désigné qui assure la prise en charge de la personne malade ». Dans ce cas, l'article D.162-17-2 prévoit que l'établissement vers lequel le patient est transféré assure la charge du transport. C'est donc à l'établissement B qui prescrit et prend en charge le transport du patient.
- la mesure d'hospitalisation est levée dans l'établissement A auquel cas, le patient est hospitalisé librement dans l'établissement B. Il est mis fin à l'hospitalisation dans l'établissement A pour en débiter une nouvelle dans l'établissement B. La règle principale s'applique : l'établissement A prescrit et prend en charge le transport. Il peut facturer un supplément ST1.

Il est important de noter que si au terme de son hospitalisation dans l'établissement A le patient est suivi en ambulatoire puis est transféré depuis son domicile vers l'établissement B, ces transferts sont en dehors du champ de l'article D.162-17 et sont donc pris en charge par l'assurance maladie.

6.4. Un patient est hospitalisé en psychiatrie, librement, sur décision du directeur dans un établissement A. Ce dernier souhaite le transférer un établissement B situé dans son secteur de psychiatrie qui est d'accord pour le recevoir. Qui prend en charge le transport ?

En l'occurrence, la règle principale de la réforme s'applique : l'établissement A prescrit et prend en charge le transport. Il est mis fin à l'hospitalisation dans l'établissement A pour en débiter une nouvelle dans l'établissement B. L'établissement A peut facturer un supplément ST1.

6.5. Quid des patients hospitalisés puis transférés vers une UMD ?

L'article R3222-3 du code de la santé publique prévoit que « L'accompagnement du patient au cours de son transport est effectué à l'aller par le personnel de l'établissement ayant demandé l'admission en unité pour malades difficiles et au retour par le personnel de l'établissement accueillant le patient sortant d'unité pour malades difficiles. ». L'article D162-17-2 du code de la sécurité sociale prévoit que ces règles demeurent. En conséquence, pour le cas d'un patient hospitalisé en UMD, les règles de prise en charge du transport sont les suivantes :

- le transfert aller depuis un établissement A vers l'UMD est à la charge de l'établissement A qui facture un ST1 ou un TDE
- le transfert retour depuis l'UMD vers un autre établissement est assuré par ce dernier qui facture un ST1 ou un TDE

6.6. Quid du transport d'un patient en séjour de rupture

Pour mémoire, les séjours de rupture sont une modalité de prise en charge de patients hospitalisés en psychiatrie pour une longue durée. Afin de sortir le patient de son environnement habituel, il lui est proposé de passer un temps de son hospitalisation dans un autre établissement souvent éloigné de son environnement habituel. Ce séjour peut durer quelques semaines. Les séjours de rupture relèvent d'une pratique des établissements. La situation juridique de ces séjours est donc la même que des séjours classiques et ne peut faire l'objet d'un traitement particulier. Ainsi, les règles de la réforme s'appliquent : l'établissement prescripteur est celui depuis lequel le patient est transféré et assume la charge du transport.

Ainsi, le patient hospitalisé dans l'ES A va en séjour de rupture dans l'ES B après accord des deux établissements :

- Le transport A → B est organisé et payé par l'ES A qui peut facturer un supplément ST1
- Le transport B → A est organisé et payé par l'ES B qui peut facturer un supplément ST1

VII. Transport de patients détenus

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

Divers cas de figure existent :

(1) Transfert de l'établissement pénitentiaire d'une personne détenue vers les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Extraction médicale de l'UHSA vers un établissement assurant des soins somatiques⁵**

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

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

⁵ Article R.3214-22 du Code de la Santé Publique

d'hospitalisation, l'établissement prescripteur correspond à l'établissement vers lequel le patient est transféré.

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

(2) Transfert de l'établissement pénitentiaire d'une personne détenue vers les unités hospitalières sécurisées interrégionales

• Transport aller et retour entre l'établissement pénitentiaire et l'UHSI

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

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

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

• Transport entre un centre hospitalier et une UHSI

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

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

VIII. Transport et séances

8.1. La réforme prévoit des règles spécifiques pour les séances de dialyse en centre, chimiothérapie et radiothérapie. Certaines prestations sont réalisées en série : séances de caisson hyperbare, plasmaphérèse ; d'autres sont conduites en amont de traitements tels que les séances de centrage avant une radiothérapie, scanner de repérage en amont d'une séance de dialyse. Ces prestations sont-elles considérées comme des séances au sens de la réforme ?

La réforme prévoit qu'en cas de transfert provisoire d'un patient hospitalisé, les établissements réalisant des séances de dialyse en centre, chimiothérapie et radiothérapie prennent en charge le transport du patient qu'ils reçoivent et peuvent facturer à l'assurance maladie : la prestation et un supplément transport pour séance (TSE en MCO et ST2 en SSR ou psychiatrie). Cette règle s'applique pour les toutes prestations correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z (Transfusions, Oxygénothérapie, Aphérèse).

Les séances suivantes sont assimilées à des séances au sens de la réforme. C'est l'établissement vers lequel le patient est transféré qui assume la charge du transport. Il peut facturer en sus de son GHS un supplément tarifaire TSE :

- séance de centrage avec une séance de radiothérapie
 - entraînement à la dialyse
 - préparation à une irradiation externe
- **Concernant les séances de transfusions, oxygénothérapie, et aphérèses (dont les plasmaphérèses)**
 - ↳ Si l'établissement d'origine est un établissement du champ MCO : le coût du transport est à la charge de l'établissement d'origine et aucun supplément transport n'est facturé à l'assurance maladie.
 - ↳ Si l'établissement d'origine est un établissement du champ PSY ou SSR : l'établissement d'accueil facture son GHS de séance, supporte la charge du transport depuis et vers SSR/PSY sans facturer de supplément transport car la charge est réputée incluse dans son tarif de GHS
 - **Cas particulier des séances de puvathérapie** : la puvathérapie n'est pas à proprement parler une séance car elle est réalisée principalement en externe et de façon marginale au cours d'un séjour « standard » (dans un contexte de pathologie et/ou de situation clinique complexes).
 - **Si le patient vient d'un établissement MCO** : il s'agit d'une PIE externe (dans le 1^{er} cas) ou d'une PIE séjour (dans le 2^{ème} cas). Le transport est à la charge de l'établissement d'origine. Il ne fait pas l'objet d'une facturation de supplément car la charge est réputée couverte par le GHS du séjour d'origine. Si le séjour dure plus de 2 journées, il s'agit alors d'un transfert définitif qui peut donner lieu à la facturation d'un TDE.
 - **Si le patient vient d'un établissement SSR ou Psy** : il s'agit d'une PIA externe ou d'une PIA séjour. Dans le 1^{er} cas, le transport est à la charge de l'établissement d'accueil qui peut facturer un ST2. Dans le second cas, le transport est à la charge de l'établissement prestataire, qui ne facture pas de supplément car la valorisation est incluse dans son GHS. Si le séjour dure plus de 2 journées, le transfert est considéré comme définitif. Il est alors à la charge de l'établissement d'origine qui peut facturer un ST1.

		établissement B : réalise la puvathérapie		
établissement A : point de départ du patient		Réalisée en externe	Réalisée au cours d'un séjour < ou = 2 j	Réalisée au cours d'un séjour > 2 j
	MCO	Transport à la charge de A Pas de facturation de supplément transport	Transport à la charge de A Pas de facturation de supplément transport	Transfert définitif Transport à la charge de A Facturation du supplément TDE
	SSR ou PSY	Transport à la charge de A Facturation par A du supplément ST2	Transport à la charge de B Pas de facturation de supplément	Transport à la charge de A Facturation par A du supplément ST1

8.2. Avant une séance de chimiothérapie, il y a une consultation et une prise de sang qui conditionnent la séance. Le transport A/R pour la consultation précédant la séance, est-il considéré comme une séance ? L'établissement qui réalise la consultation peut-il facturer le supplément TSE comme dans le cas d'une séance de chimiothérapie proprement dit ?

S'agissant d'une consultation et d'un acte externe, cela ne peut être considéré comme une séance. Il s'agit donc d'une PIA-externe. C'est donc l'établissement depuis lequel le patient est transféré qui a la charge du transport et peut facturer un supplément ST2.

IX. Transports et dialyse

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

Il convient de distinguer deux cas de figure :

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

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

Elle facturera sa prestation à l'établissement MCO demandeur.

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

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

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

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

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

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

Dans ce cas :

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

**
*

9.2. S'agissant des transports provisoires pour réalisation d'une séance de dialyse hors centre, si l'établissement depuis lequel le patient est transféré (établissement A) relève

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

du MCO, l'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond à l'établissement A. Dans ce cas de figure, l'établissement A facturera en sus de son GHS et du forfait D (correspondant au traitement de dialyse) un supplément pour transport provisoire.

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

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

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

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

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

Plus précisément, est visé dans ce cas de figure le transport d'un patient hospitalisé en MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre en unité de dialyse médicalisée (UDM). Si l'établissement A avait disposé en son sein d'une UDM, il aurait eu la capacité de facturer en sus de son GHS le forfait D11 correspondant (voir en ce sens le 4° de l'article 5 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile). A défaut, cet établissement a dû transférer son patient vers un autre établissement disposant d'une UDM (établissement B). L'établissement B ne pourra pas facturer sa prestation à l'Assurance Maladie (seuls les forfaits de dialyse en centre sont facturables par un établissement prestataire en cas de transfert provisoire). L'établissement facturera donc sa prestation à l'établissement A. L'établissement A pourra donc facturer à l'Assurance Maladie le forfait D11 en sus de son GHS comme si la prestation avait été réalisée en son sein.

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

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

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

**
*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**
*

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

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

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

**
*

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

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

- De l'hémodialyse : en centre, en unité de dialyse médicalisée (UDM), en unité d'auto-dialyse et en dialyse à domicile ;

- De la dialyse péritonéale : dialyse péritonéale automatisée (DPA) et dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA), assistée ou non assistée par une infirmière sur le lieu de vie.

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

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

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

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

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

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

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

Du point de vue de leur financement, l'arrêté du 19 février 2015 (relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile, article 10) cite ces modes de traitement comme des alternatives : dialyse en unité de dialyse médicalisée, dialyse à domicile et auto-dialyse. Elles sont facturables à travers des forfaits, dits « forfaits D ».

**
*

9.6. Comment sont pris en charge les transports pour des séances de dialyse à domicile ?

Le II de l'article D.162-17 prévoit que les transports des patients pratiquant la dialyse à domicile selon les modalités définies au 4° de l'art. R. 6123-54 du code de la santé publique, sont exclus du périmètre de la réforme.

Les transports de patients hospitalisés à domicile pour réaliser un traitement par hémodialyse ou dialyse péritonéale sont à la charge de l'assurance maladie.

X. Autres (TVA, CAQES...)

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

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

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

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

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

**
*

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

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

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

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

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

- Sur le fond, les données transmises par les CPAM renvoient à un périmètre plus large que les seules dépenses de transports transférées dans le budget des établissements de santé (des suites de l'application de l'article 80)⁷ ;
- Dans les faits, l'information du prescripteur (FINESS/RPPS) n'est pas toujours satisfaisante. Ainsi, les données transmises par les CPAM peuvent omettre certaines dépenses de transports inter-établissements (car non associées à un FINESS/RPPS), pourtant prises en compte dans le chiffre du Ministère.

**
*

⁷ Les dépenses de transport transférées à la charge des établissements représentent environ 10 % du total des PHEV transports.

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

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

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

Un e-mail d'information a été adressé par la direction de la sécurité sociale aux directeurs d'ARS afin de définir et d'expliquer les modalités de versement de l'intéressement.

Pour la prise en compte des cibles fixées dans le cadre des volets additionnels transport des CAQES 2018, il convient de neutraliser le dernier trimestre de l'année 2018 et donc de comparer les 3 premiers trimestres 2017 vs les 3 premiers trimestres 2018.

**
*

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

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

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

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

**
*

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

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

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

**
*

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

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

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

**

*

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

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

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

**

*

10.8. Transport et responsabilité des établissements de santé en cas d'échec au transfert

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

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

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

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

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

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

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

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

**

*

10.9. Transfert vers un établissement éloigné à la demande du patient

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

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

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

Le raisonnement est le suivant :

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

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

**
*

10.10. Un service de transport interne peut-il réaliser volontairement des transports à charge de l'assurance maladie et se voir rémunérer, au même titre qu'une société privée, pour la réalisation de ces transports ?

La note d'information du 19 mars 2018 précise qu'« 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 agréée et autorisée par le directeur général de l'agence régionale de santé (cf. art.

L.6312-2 et suivants du code de la santé publique) ». Une flotte interne, bien qu'agrée, n'est pas conventionnée par l'assurance maladie et ne peut donc lui facturer directement ses prestations.

Pour rappel, une flotte interne est un service de transport sanitaire qui fait partie de la même entité juridique qu'un établissement de santé. Cela est à distinguer d'une société privée de transport sanitaire qui offrirait à l'hôpital ses services presque exclusivement mais possédant une personnalité juridique distincte de celle de l'établissement de santé. Dans ce cas, la société de transport peut être conventionnée avec l'assurance maladie.

10.11. La note accompagnant la circulaire « article 80 » indiquait que tous les transports indument facturés à l'assurance maladie seraient refacturés aux établissements. Le cas inverse est-il envisageable et quelles sont les modalités pour que l'assurance maladie rembourse les établissements qui auraient payé ou réalisé des transports qui sont pourtant à la charge de l'AM ?

Lorsqu'un établissement paye des transports qui sont pourtant à la charge de l'assurance maladie, il lui appartient de contacter sa caisse primaire d'assurance maladie afin d'établir avec elle les modalités de remboursement.

**

*