



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

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

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

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

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé

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

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

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

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

Date d'application : 1^{er} octobre 2018

NOR : SSAS1808079N

Classement thématique : Sécurité sociale : organisation, financement

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 16 mars 2018 – N ° 31

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

Résumé : La présente note d'information apporte des précisions sur les conditions d'application de réforme dite de l'article 80 de la LFSS pour 2017 (prise en charge par les établissements de santé des dépenses de transports), entrant en vigueur au 1^{er} octobre 2018.

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

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

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

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

Les bénéfices attendus de cette mesure sont les suivants :

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

1. Périmètre de la réforme

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

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

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

- les transports réalisés entre deux établissements en avion ou en bateau ;
- les transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale d'urgence ;
- les transports de patients non hospitalisés ;
- les transports réalisés par le SMUR ;
- les transports prescrits par une structure d'HAD sauf exception (cf.1.2.1) ;
- les transports depuis ou vers un EHPAD sauf exception (cf. 1.2.2) ;
- les transports depuis ou vers une USLD sauf exception (cf.1.2.3) ;
- les transports provisoires pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral.

1.1. Les dépenses de transports à la charge des établissements

1.1.1. Les transports entre deux établissements

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

Sont ainsi visés :

- **Les transports provisoires (i.e. de moins de 48h¹)**, entre deux entités géographiques d'une même entité juridique (transports intra-établissement) ou entre deux entités juridiques distinctes (transports inter-établissements).

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

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

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

A titre illustratif, un patient admis dans une unité d'hospitalisation de courte durée² (UHCD) puis transféré vers un autre établissement est considéré au moment de son transfert comme hospitalisé. Le transport est donc à la charge de l'établissement depuis lequel le patient est transféré. Tel n'est pas le cas d'un patient pris en charge dans la structure des urgences hors UHCD d'un établissement puis transféré à des fins d'hospitalisation dans un autre établissement (au sens entité géographique). Dans ce cas de figure, le transport demeure facturable à l'assurance maladie dans les conditions définies à l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale.

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

1.1.2. Les transports liés à des permissions de sorties

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

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

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

² Dans les conditions définies à l'article 11 de l'arrêté modifié du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

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

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

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

- Si le patient souhaite que l'établissement lui commande un transport (sans que l'utilisation de ce dernier n'ait un fondement médical ou ne soit motivée pour des raisons propres à l'établissement et à son organisation – fermeture un jour férié par exemple), c'est au patient de payer cette dépense (sous réserve du respect du régime juridique des prestations pour exigences particulières définies à l'article R. 162-27 du code de la sécurité sociale³) ;
- A l'inverse, dès lors que le retour à domicile revêt un fondement médical (permission de sortie à but thérapeutique) ou que la permission est liée à une problématique d'organisation propre à l'établissement (fermeture le week-end), la charge incombe à l'établissement de santé. La prestation ne peut pas en effet être assimilée à une prestation pour exigence particulière du patient.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les exceptions sont les suivantes :

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

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

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

1.2.2. Les transports depuis ou vers un EHPAD

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

Deux exceptions (théoriques) sont néanmoins à noter :

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

1.2.3. Les transports depuis ou vers une USLD

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

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

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

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

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

1.2.5. Les transports par avion ou par bateau

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

2. Définition de l'établissement prescripteur

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

Ce principe général connaît deux exceptions :

- en cas de transfert provisoire (moins de 48 heures) entre deux établissements pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse en centre⁴ ou de radiothérapie, l'établissement responsable de la prescription et de la commande est l'établissement vers lequel le patient est envoyé ;
- en cas de transfert provisoire entre deux établissements relevant de champs d'activité différents pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (PIA séjour), l'établissement responsable de la prescription et de la commande est celui vers lequel le patient est envoyé (transfert provisoire d'un établissement SSR vers un établissement MCO par exemple).

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

3. Un encadrement des relations transporteurs / établissements de santé

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

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

Parmi ces recommandations, deux éléments peuvent être soulignés :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2. Candidatures solidaires

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

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

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

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

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

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

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

3.1.4. Reprise du personnel

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Règles de prescription, de commande et de facturation

3.2.1. Formulaire spécifique de prescription médicale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3. Procédure de facturation et de paiement dématérialisée

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

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

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

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

4.1. Principe général

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tout transport définitif, quel qu'en soit le motif, ou provisoire pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie s'accompagne de la facturation par l'établissement prescripteur d'un supplément tarifaire. Ces suppléments concernent :

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

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

Pour la campagne tarifaire 2018 (en l'occurrence du 1^{er} octobre au 28 février 2019), les effets revenus générés par ce transfert de dépense, supérieurs à -0.1% des recettes de l'établissement⁵, seront neutralisés à travers le versement d'une aide financière.

Cas particulier de la dialyse hors centre :

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

Si l'établissement depuis lequel le patient est transféré relève d'un autre champ que le MCO (SSR ou psy), le transfert provisoire pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre est considéré comme une « prestation inter activité ». Dans ce cas, l'établissement prestataire MCO peut facturer sa prestation (en l'occurrence son forfait D) à l'assurance maladie. Ainsi, c'est l'établissement prestataire MCO qui est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et bénéficie en parallèle de la capacité de facturer le supplément TSE

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

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

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

5. Contrôles de facturation

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

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

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

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

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

Pour les ministres et par délégation

La directrice générale de l'offre de soins

Cécile COURREGES

signé

La directrice de la sécurité sociale

Mathilde LIGNOT-LELOUP

signé