

16/05/2018

<p>Origine : Véronique CHASSE, Marion DEGUILLE, Stéphanie ROUSVAL</p>	<p>Destinataires : Membres des commissions et comités sanitaires</p>
	<p>Copie : Equipe de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé, Chargés de mission, Délégués régionaux.</p>

1. Décret du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients

Ce décret vise à définir le périmètre et les modalités de prise en charge des transports au sein d'un même établissement ou de deux établissements de santé et à préciser les règles de prise en charge des transports des patients bénéficiant de permissions de sortie. Il exclut les transports entre établissements de santé et domicile du patient.

Le décret érige le principe selon lequel c'est l'établissement à l'origine de la prescription de transport qui le prend en charge, en précisant qu'il s'agit de l'établissement **depuis** lequel le patient est transféré. Ce principe s'applique dans les quatre situations suivantes :

- Transports au sein d'établissements de la même entité juridique
- Transports entre deux entités juridiques (dépenses incluses dans les tarifs et dotations hospitalières ; le patient doit être hospitalisé au moment du transfert).
- Transports au cours d'une permission de sortie (sauf permission correspondant à une exigence particulière du patient). En référence à la note d'information DGOS relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2071, la permission de sortie doit avoir été prescrite par l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé, la prescription par un autre établissement ne donne pas lieu à une prise en charge par l'assurance maladie.
- Transports pour transfert < 2j de patients hospitalisés pour prestations de soins en dehors de l'établissement. Toute prestation « hors les murs » (consultation en cabinet libéral, en centre de santé ou en établissement) incombe à l'établissement prescripteur.

Exemple 1 : un patient est transféré d'un établissement MCO à un établissement SSR : le MCO prend en charge les dépenses de transport.

Exemple 2 : un patient transféré des urgences hors UHCD dans un autre établissement à des fins d'hospitalisation : le transport est à la charge de l'assurance maladie. Si le patient est hospitalisé en UHCD, son transport est supporté par l'établissement d'origine.

Par exception, les transports suivants sont exclus du champ de la réforme et sont financés par l'assurance maladie :

- Transports entre deux établissements visant à hospitaliser un patient qui n'a reçu aucune prestation d'hospitalisation dans l'établissement d'origine
- Transports dans le cadre de l'aide médicale urgente (sauf SMUR financés en MIGAC)
- Transports par avion ou bateau
- Transports prescrits par les **HAD** (sauf exceptions : les transports prescrits pour des soins prévus au protocole de soins et lorsque l'état du patient le justifie)
- Transports depuis et vers les **USLD** et **EHPAD** (sauf établissements de même entité juridique)
- Transports pour transfert < 2j de patients hospitalisés pour séance de radiothérapie en structure d'exercice libéral ou en centre de santé
- Transports pour transfert d'une durée inférieure à 48 heures de patients hospitalisés pour la réalisation d'une séance de radiothérapie dans une structure d'exercice libéral ou un centre de santé

Exemple 3 : un patient venu en consultation dans un établissement A est transféré dans un établissement B : le transport est supporté par l'assurance maladie.

Exemple 4 : un patient insuffisant rénal qui se rend à sa séance de dialyse en centre de son domicile : le transport est pris en charge par l'assurance maladie.

Par exception au principe du prescripteur-payeur, lorsque le patient est transféré pour une durée <2j vers un autre établissement, ce dernier est chargé de prescrire le transport et par conséquent de prendre en charge les dépenses afférentes dans les cas suivants :

- Pour une prestation d'hospitalisation
- Pour une séance de chimiothérapie
- Pour une séance de radiothérapie
- Pour une séance d'hémodialyse

Exemple 5 : un patient hospitalisé en SSR nécessitant une séance de radiothérapie dans un MCO : le transport est à la charge du MCO, lequel percevra le GHS et le forfait en sus du GHS correspondant au transport.

Exemple 6 : un patient hospitalisé en SSR qui se rend en consultation post-opératoire en MCO : le transport est à la charge du SSR.

Modalités d'introduction des dépenses de transport dans le budget des établissements :

- 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.

- MCO : création de deux suppléments au séjour dans l'arrêté prestations MCO du 23 février 2018 :
 - Un supplément au séjour dénommé **Transport Définitif (TDE = 121,69€)** facturable par l'établissement depuis lequel le patient est transféré. Ce supplément est facturable en sus du GHS ou du forfait en D dans le cadre d'un transfert entre deux établissements d'une durée supérieure à deux jours.
 - Un supplément au séjour dénommé **Transport Séance (TSE = 144,20€)** dans le cadre d'un transfert entre deux établissements de santé d'une durée inférieure à deux jours. Le TSE est facturable par l'établissement prestataire en sus d'un GHS lorsque le transfert a pour objet la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie.
 - Ces deux suppléments sont d'ores et déjà créés et figurent dans l'arrêté prestations MCO mais ne seront applicables **qu'à partir du 1^{er} octobre 2018**.
 - Gestion des effets revenus en 2018 (1^{er} octobre 2018 à fin février 2019). Cette réforme génère des effets revenus négatifs que la DGOS, en accord avec les fédérations, propose de neutraliser via un mécanisme temporaire de limitation des effets revenus négatifs sous forme de crédits AC. L'enveloppe AC fera l'objet d'une ponction sur la masse transport identifiée pour le champ MCO (après augmentation pour prise en compte du tendancier de dépense 2017 et 2018 - 4,5% par an).

Cette garantie porte uniquement sur les effets générés par la réforme : l'enveloppe d'accompagnement et sa répartition sont définies ex ante sur la base des données transports 2016 et sur l'activité 2017. Cette garantie ne prend en compte ni l'évolution de l'activité, ni l'évolution du nombre de prescription. Cette garantie ne couvre par ailleurs pas l'effet campagne.

Cette AC sera temporaire dans l'attente d'avancer sur la construction d'un dispositif plus fin intégrant les distances, les taux de recours et l'isolement géographique comme demandé par la FEHAP.

Le seuil de déclenchement des effets revenus négatifs est fixé à partir de -0,1 %.

- SSR : intégration dans les modalités de financement antérieures à la réforme
 - Enveloppe transférée dans la DAF de chaque établissement
 - Majoration des PJ des établissements sous OQN
- Psychiatrie :
 - Enveloppe transférée dans la DAF de chaque établissement
 - Majoration des PJ des établissements sous OQN

2. Encadrement des relations contractuelles transporteurs/établissements

Les structures adhérentes devront passer des marchés conformément à l'ordonnance du 23 juillet 2015 pour choisir les prestataires de transports, après une mise en concurrence.

La plateforme de dématérialisation des procédures pourra être utilisée pour réaliser la publicité : www.sara-demat.com

La DGOS a rédigé une trame de cahier des charges pour aider à la description des circuits. La FEHAP mettra à disposition le cahier des charges et le Règlement de consultation dans une version adaptée au secteur privé non lucratif.

Cette version se trouve sur la plateforme achats : www.plateforme-achats-fehap.fr

Les SARA pourront également proposer des marchés sur cette thématique. Il convient alors d'interroger la SARA de sa région.

3. Règles de prescription, de commande, de facturation

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.

Cas particulier de la dialyse hors centre :

Si l'établissement demandeur relève du MCO, 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 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 demandeur est un SSR ou un PSY, le transfert correspond à une PIA séjour. L'établissement prescripteur, celui assumant la charge du transport, correspond donc à l'établissement B (de facto relevant du champ MCO). Dans ce cas de figure, l'établissement B facturera en sus de son forfait D (correspondant au traitement de dialyse) un supplément pour transport provisoire.

Documents en annexe :

- Décret n° 2018-354 du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients
- Arrêté prestation SSR : cf article 5 qui vient modifier l'arrêté MCO publié le 23 février 2018
- 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
- Avis FEHAP du 7 février 2018 transmis à la DGOS
- Powerpoint FEHAP