



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Les transports pris en charge par les établissements de santé

Mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 : suites du chantier



Périmètre de la réforme (1/4)

- ✓ Si la règle générale veut que les transports entre deux établissements de santé ne seront plus facturables, plusieurs exceptions sont proposées par le projet de décret :
 - Transports par avion / bateau ;
 - Transports prescrits par les SAMU ;
 - Transports de patients non hospitalisés (pris en charge aux urgences et transféré à des fins d'admission en hospitalisation).

- ✓ Les transports par SMUR demeureront quant à eux pris en charge à travers la dotation MIG dédiée.

- ✓ **Ainsi, seules les dépenses de transports de patients déjà hospitalisés seront transférées dans le budget des établissements.**

RETOUR SUR L'ACTUEL CADRE JURIDIQUE

Retour sur les transports facturables et les dépenses internalisées dans le budget des établissements

- ✓ Sont aujourd'hui à la charge des établissements les dépenses de transports suivantes :
 - Les transports définitifs entre deux établissements relevant d'une même entité juridique ;
 - Les transports provisoires (moins de 2 nuitées) sauf exception ;
 - Les transports liés à des permissions de sortie thérapeutique (même si une tolérance est aujourd'hui admise quant à la facturation de ces transports) ;
 - Les transports provisoires de patients hospitalisés pour des consultations « hors les murs » l'établissement (même si des tolérances quant à la facturation de ces transports ont pu être constatées).

Enveloppe estimée en 2015 à 250M€

- ✓ Sont aujourd'hui facturables à l'assurance maladie les transports inter-établissements suivants :
 - Les transports définitifs entre deux entités juridiques distinctes ;
 - Les transports provisoires pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie ;
 - Les transports provisoires entre deux entités juridiques distinctes lorsque l'établissement « d'arrivée » est une structure OQN / ex OQN.
- ✓ S'agissant des transports en HAD, la structure prend déjà en charge les transports prescrits par le médecin traitant pour des soins prévus au protocole de soins ou non prévus au protocole de soins lorsque l'état du patient le justifie. A défaut, les transports liés à un transfert définitif comme provisoire depuis la structure d'hospitalisation à domicile sont facturés à l'assurance maladie.

RETOUR SUR LE PROJET DE DÉCRET

Périmètre de la réforme (2/4)

- ✓ **S'agissant de l'hospitalisation à domicile** : la répartition particulièrement hétérogène des dépenses de transports facturables dans le champ des hospitalisation à domicile nous conduit à proposer leur exclusion du champ de la réforme.

- ✓ **Proposition :**
 - Confirmation du cadre actuel au sein du projet de décret ;
 - Demeurent ainsi facturables les transports prescrits par les établissements d'hospitalisation à domicile à l'exception des transports prescrits pour des soins prévus au protocole de soins ou 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.

Périmètre de la réforme (3/4)

✓ Proposition complémentaire de clarification du périmètre :

- S'agissant des transports provisoires de patients hospitalisés pour la réalisation d'une prestation « hors les murs » de l'établissement :
 - Confirmation que ces transports sont inclus dans le périmètre de la réforme ;
 - Exception : les transferts pour réalisation d'une séance de radiothérapie dans une structure d'exercice libéral.

NB : *Bien que certains transports soient facturés, ces dépenses étaient déjà considérées comme étant à la charge des établissements (à l'instar des permissions de sortie, ces charges sont incluses dans le périmètre tarifaire des établissements).*

Tel ne doit pas être le cas des transports pour réalisation d'une séance de radiothérapie en ville :

- Dans le secteur privé, cette offre est exclusivement proposée en ville ;
- Du fait des règles introduites par le projet de décret, la dépense de transport devrait être prise en charge par le prestataire, soit en l'occurrence le praticien. Or impossible d'influer sa rémunération;
- Donc proposition d'exclusion.

Proposition de clarification (4/4)

- S'agissant des transports provisoires et définitifs depuis et vers une USLD :
 - Confirmation que ces transports sont exclus du périmètre de la réforme ;
 - Exception : transports réalisés entre deux établissements relevant d'une même EG .

NB : confirmation du cadre juridique actuel.

- S'agissant des transports provisoires et définitifs depuis et vers un EHPAD :
 - Confirmation que ces transports sont exclus du périmètre de la réforme ;
 - Exception : transports réalisés entre deux établissements relevant d'une même EG / transports depuis un établissement de santé vers un EHPAD réalisés au cours d'une permission de sortie.

NB : confirmation du cadre juridique actuel.

Focus sur les permissions de sorties

- ✓ Bien que non facturable (car considéré comme pris en charge au travers des tarifs), une tolérance (dont l'application sur le territoire est hétérogène) a été mise en place en 2013.
- ✓ Proposition de revenir sur cette tolérance :
 - **En lui donnant une base réglementaire** : les transports liés à des permissions de sortie ne seront plus facturables à l'assurance maladie.
 - **En réintégrant dans le budget des établissements de santé l'enveloppe facturée.** Est principalement concerné le champ des SSR (l'enveloppe fera l'objet d'une réintégration à due concurrence dans la DAF et les PJ des établissements concernés).
- ✓ L'établissement de santé devient l'interlocuteur exclusif des transporteurs.

Quid du libre choix ?

- ✓ Le choix du mode de transport (TAP ou ambulance) et ses caractéristiques appartiennent toujours à l'établissement prescripteur.
- ✓ Il n'en demeure pas moins qu'au sein de chacun de ces modes, le patient peut solliciter auprès de l'établissement l'intervention d'une entreprise de son choix (sous réserve que cette entreprise soit titulaire du marché).
- ✓ A ce titre, le projet de décret dispose que ce libre-choix s'exerce dans les conditions fixées par l'établissement qui en assure la prise en charge. Pour ce faire, il est proposé que l'établissement :
 - (1) mette à disposition du patient, à sa demande, la liste des sociétés de transports avec lesquelles il a passé contrat ;
 - (2) s'engage à adresser prioritairement la demande auprès de l'entreprise choisie par le patient (ayant conventionnée avec l'établissement), sous réserve que la disponibilité de ses véhicules soit compatible avec les heures programmées de départ et d'arrivée du transport.

Modalités de facturation « établissements de santé - transporteurs »

- ✓ Le projet de décret propose de considérer comme établissement assumant la charge du transport l'établissement depuis lequel le patient est transféré.
- ✓ Ce principe général connaît deux exceptions :
 - En cas de transfert provisoire (moins de 2 jours) entre deux établissements pour réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie, l'établissement commandant le transport correspond à 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 commandant le transport correspond à l'établissement **vers lequel** le patient est envoyé (transfert provisoire d'un établissement SSR vers un établissement MCO par exemple).

NB : ces cas de figures seront identifiés dans la prescription médicale adressée par l'établissement au transporteur. Ainsi, à la lecture de la prescription, le transporteur aura connaissance de l'établissement assumant *in fine* la charge : l'établissement A (depuis lequel le patient est transféré) ou l'établissement B (vers lequel le patient est transféré).

Illustration du périmètre : hors article 80 (1/3)

Cas n°1 :



Pour acte externe ou hospitalisation (incluant les séances)

Transport domicile vers établissements de santé ou retour définitif d'un patient à son domicile

Cas n°2 :



Pour acte externe ou hospitalisation (incluant les séances)

Transport inter - établissement d'un patient non hospitalisé au moment du transfert

Cas n°3:



Pour acte externe ou hospitalisation (incluant les séances)

Transport régulé par le SAMU

Cas n°4:



Transport pour « sortie définitive » puis réadmission (fréquent dans le cadre du SSR)

Illustration du périmètre : article 80 (2/3)

Cas n°5 :



Pour acte externe ou hospitalisation (incluant les séances)

Transport provisoire ou définitif d'un patient hospitalisé : établissement de santé A qui prescrit

Cas n°6 :



- 48H



Transport provisoire de patient hospitalisé vers une structure libéral (hors radiothérapie) : établissement de santé A qui prescrit

Cas n°7:



- 48H



Transport en lien avec une permission de sortie : établissement de santé A qui prescrit

Cas n°8:



- 48H

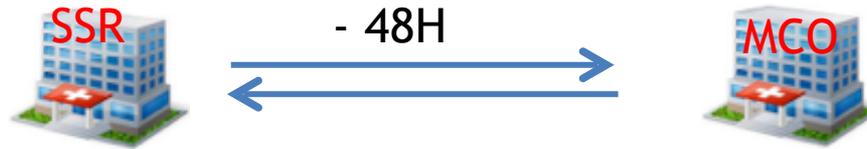


Séance

Transport provisoire pour réalisation d'une séance de chimio/dialyse/radio : établissement de santé B qui prescrit

Illustration du périmètre : article 80 (3/3)

Cas n°9 :



Transfert provisoire entre deux champ d'activité différent (PIA) : établissement de santé B qui prescrit

CHIFFRAGE MACRO

○ Se base sur l'ensemble des transports facturés en 2016

○ Base de données du SNIIRAM

○ Identification du parcours du patient (2016)

○ Base de données PMSI

○ Parcours reconstitué via le chaînage des différentes bases PMSI (HAD, MCO, PSY, SSR)

→ **Prise en compte des factures de transport correspondant à l'ensemble des cas décrits dans la partie suivante**

Construction d'une base de données qui regroupe l'ensemble des informations

- Pour chaque ligne de facture de transport, identification :
 - Caractéristiques des deux établissements
 - champs
 - Secteur de financement
 - Statut
 - Du motif de transport (transfert définitif, provisoire, permissions, ...)
 - Du montant facturé et du type de transport (VSL, Taxi, Ambulance)

Chiffrage macro - année pleine

- ✓ Hors hospitalisation à domicile, l'enveloppe est de **266,7M€**, montant qui sera retraité en campagne afin d'y intégrer la dynamique de dépense 2017 et 2018 (+4,5%).

- ✓ **Focus MCO (184,7M€)** : en appliquant aux masses nos règles de facturation :
 - 30,6M€ liés aux permissions de sortie, ainsi qu'à divers transports pour transferts provisoires ;
 - 108,66M€ liés aux dépenses de transports pour transferts définitifs ;
 - 45,4M€ liés aux dépenses de transports pour transferts provisoires pour réalisation d'une séance de chimio/ radio / dialyse.

- ✓ **Focus SSR (69,5M€)** :
 - 59,3 M€ liés aux permissions de sortie, ainsi qu'à divers transports pour transferts provisoires ;
 - 10,2M€ liés aux dépenses de transports pour transferts définitifs.

- ✓ **Focus Psy (12,8M€)** :
 - 9,5 M€ liés aux permissions de sortie, ainsi qu'à divers transports pour transferts provisoires ;
 - 3,3M€ liés aux dépenses de transports pour transferts définitifs.

QUELLES MODALITÉS D'INTÉGRATION DANS LE BUDGET DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

Modalités d'intégration dans le champ MCO

Réintégration de la masse selon deux vecteurs de financement

- **A titre principal : création de deux suppléments tarifaires.** Toute prescription d'un transport inter-établissement (aujourd'hui remboursée sur l'enveloppe de ville) s'accompagnera de la facturation par l'établissement prescripteur d'un supplément tarifaire. Ces suppléments concernent :
 - les transferts définitifs entre deux établissements (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)

L'enveloppe dédiée à ce supplément est de 154M€ .

- **A titre accessoire : intégration dans les tarifs.** Seules les dépenses de transports liées à des permissions de sortie ou à des transferts provisoires vers des structures privés feront l'objet d'une intégration dans les tarifs;
 - S'agissant des permissions de sortie, la majorité de ces transports étant déjà internalisée, il est matériellement impossible d'y associer un supplément ;
 - S'agissant des transports liés à des transferts provisoires vers des structures privés ex OQN/OQN, l'association d'un supplément pourrait être de nature à créer une rupture du principe d'égalité, les mêmes transports vers des structures ex DG/DAF étant aujourd'hui financés via les tarifs.

Montant dédiée à cette réintégration : 30,7M€.

Modalités d'intégration dans les champs SSR et OQN

- ✓ **SSR** : L'enveloppe de 69,5M€ (31,9M€ DAF/ 37,6M€ OQN) sera ventilée de la manière suivante :
 - S'agissant des établissements sous DAF, l'enveloppe sera transférée dans la DAF de chaque établissement concerné. Cette opération est donc neutre pour les établissements ;
 - S'agissant des établissements sous OQN : l'enveloppe viendra majorer les PJ des établissements concernés. Cette opération est donc neutre pour les établissements.

- ✓ **Psy** : L'enveloppe de 12,8M€ (8,3M€ DAF /4,5M€ en OQN) sera ventilée de la manière suivante :
 - S'agissant des établissements sous DAF, l'enveloppe sera transférée dans la DAF de chaque établissement concerné. Cette opération est donc neutre pour les établissements ;
 - S'agissant des établissements sous OQN : l'enveloppe viendra majorer les PJ des établissements concernés. Cette opération est donc neutre pour les établissements

QUEL ACCOMPAGNEMENT POUR FACILITER LA PASSATION DES MARCHÉS PUBLICS ?

Diffusion d'un cahier des charges types (1/2)

- ✓ **Proposition** : diffusion d'un modèle type pour accompagner les établissements de santé dans la passation à venir de ces marchés.

- ✓ **Points saillants** :
 - **Restriction des marchés aux transports sanitaires et aux taxis conventionnés** (application stricte des dispositions du code de la sécurité sociale et du code de la santé publique) ;

 - **Allotissement** : il est conseillé aux établissements d'allotir le marché 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.

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

Diffusion d'un cahier des charges types (2/2)

- **Prescription médicale** : Une prescription médicale de transport, établie par un médecin identifié (RPPS-FINESS), doit donc toujours précéder la réalisation du transport. Cette prescription est réalisée sur un support propre à l'établissement et non sur la base du Cerfa S31.38c.
- **Modalités d'activation du transport (choix du prestataire) : deux possibilités sont envisageables :**
 - **Sélection sur la base d'un « tour de rôle »** : Les prestataires seront sélectionnés (par lot) selon un « tour de rôle » aléatoire informatique garantissant l'équité de traitement des entreprises de transports de la circonscription concernée, dans le respect de la règle du transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient ;
 - **Sélection sur le fondement d'un classement** : Les prestataires seront sollicités (par lot) suivant un appel en « cascade ». A cet effet, les prestataires auront été classés au terme de l'appel d'offres après passage au crible des critères d'évaluation.
- **Validation du service fait** : les établissements de santé sont incités à ce que ce processus soit dématérialisé de bout en bout. De manière à tracer sans ambiguïté les éléments essentiels à la validation du service fait (validation, date/heure, signatures,...) et ne pas ralentir le paiement.

DERNIÈRES ÉTAPES

Prochaines étapes

- ✓ S'agissant du projet de décret : retour attendu le 9 février pour une publication estimée fin février ;
- ✓ S'agissant du CCTP / CCAP : retour attendu le 16 février pour une diffusion estimée fin février ;
- ✓ Le guide de prise en charge des transports pour patient fera l'objet d'une actualisation. Un projet sera diffusée dans les prochaines semaines pour concertation en vue d'une publication estimée courant mars.