

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 : Delphine Albert
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 directeurs généraux des agences régionales de santé
(pour diffusion aux directeurs d'établissements de santé)

NOTE D'INFORMATION N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/ du 13 novembre 2018 relative à la mise en œuvre de la réforme du financement des transports pour patients (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017).

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

NOR :

Classement thématique : Sécurité sociale : organisation, financement

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP

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 le cadre réglementaire et les modalités de la mise en œuvre de la réforme de la prise en charge des dépenses de transports prévue par l'article 80 de la LFSS pour 2017 entrée en vigueur au 1 ^{er} octobre 2018.
Mots-clés : transports de patients ; établissements de santé
Textes de référence : <ul style="list-style-type: none">- Article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale- Article D. 162-17 du code de la sécurité sociale- Note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018
Textes abrogés : - Textes modifiés : -

Annexes : -

Diffusion : établissements de santé– caisses d'assurance maladie

La réforme du financement des transports de patients votée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2018. A l'occasion de réunions de concertation aux niveaux national et régional, les fédérations d'établissements et les fédérations de transporteurs sanitaires ont fait état de difficultés de mise en œuvre opérationnelle de ce nouveau cadre. La présente note d'information a pour objet d'apporter les précisions sur les principaux sujets de préoccupation évoqués lors de ces réunions. Elle complète la note d'information du 19 mars 2019.

1- Eléments de contexte général

L'objectif de cette réforme est de renforcer la pertinence des prises en charge et d'améliorer le parcours des patients par une meilleure organisation des entrées et des sorties.

Les bénéfices attendus 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.

Le montant des dépenses de transport concernées représente 7% des dépenses totales. Cela porte à environ 15% le montant des dépenses placées sous la responsabilité financière des établissements de santé.

2- Périmètre de la réforme

Depuis le 1er octobre, tous les transports de patients inter et intra établissements doivent être payés par les établissements et non plus directement par l'assurance maladie.

La liste des types de transports concernés est fixée dans le décret du 15 mai 2018. La réforme des modalités de financement porte donc uniquement et strictement sur ce périmètre. A ce titre, les transports ne relevant pas de cette liste, c'est-à-dire la très grande majorité des transports sanitaires :

- ne peuvent en aucun cas être réservés aux entreprises liées à l'établissement pour la réalisation des transports inter ou intra établissements ; il est demandé aux établissements de continuer à respecter pour ces transports la neutralité des tours de rôle ;
- ne peuvent donner lieu à aucune contrepartie financière dans le cadre de la négociation du prix engagée entre l'établissement et l'entreprise au titre de l'application de l'article 80.

Ces pratiques sont illégales et donneront lieu à contrôle et sanction si elles étaient avérées.

Sur un plan opérationnel, les transports réalisés dans le cadre de la réforme, comme ceux qui restent directement pris en charge par l'assurance maladie, doivent être médicalement prescrits, selon les modalités définies dans le référentiel de prescription du 23 décembre 2006.

L'utilisation d'un formulaire de prescription spécifique distinct du formulaire Cerfa S3138d est nécessaire pour assurer l'identification des transports pris en charge par l'établissement. Un modèle de formulaire est mis à disposition sur le site du ministère dans l'espace consacré à la réforme¹.

Le respect de ces deux circuits est impératif. Nous vous invitons à remonter les difficultés qui pourraient être rencontrées sur ce point et rappelons qu'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.

3- Financement de la réforme

Le financement des transports visés par le décret du 15 mai 2018 est assuré par le transfert d'une enveloppe de 287 millions d'euros de l'ONDAM « soins de ville » vers l'ONDAM « établissements de santé ». Cette enveloppe reprend non seulement l'intégralité des dépenses de transport assumées auparavant par les soins de ville, mais intègre d'emblée dans ses paramètres une hausse de 10 % au titre des années 2017 et 2018 afin de préserver les établissements de santé de tout risque budgétaire à l'occasion du transfert. Les établissements disposent donc des moyens nécessaires pour payer l'ensemble des transports mis à leur charge.

Pour permettre aux établissements de SSR, pour lesquels le financement de ces transports ne passe pas par la facturation de suppléments, de matérialiser plus directement les moyens financiers dédiés aux transports de patients qui sont à leur charge, des évolutions seront mises en place dans le cadre la prochaine campagne tarifaire afin de converger vers un mode de financement proche de celui en vigueur pour le champ MCO. Cette solution sera de nature à lever toute interrogation sur la disponibilité des crédits dans les budgets des établissements, qui est déjà effective, y compris pour payer les transports liés aux permissions de sortie dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Les délais de paiement des prestataires par les établissements ne doivent pas pénaliser la trésorerie des entreprises notamment celles dont la surface financière est restreinte. Nous vous invitons à sensibiliser les directions d'établissement à ce sujet.

4- Marchés publics et contrat de prestation

L'ensemble des recommandations relatives aux modalités de sollicitation des prestataires figurent dans la note du 19 mars. Les points suivants sont rappelés :

¹ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/precription_medicale_de_transport_a_la_charge_des_es_-_exemple.pdf

- Le régime juridique des transports dont la charge est transférée aux établissements suit soit celui des transports sanitaires² soit celui défini dans le cadre conventionnel prévu pour les entreprises de taxis³. En conséquence, les véhicules consacrés aux transports de patients sont soit des véhicules autorisés par vos soins et mis en service par des personnes agréées pour effectuer du transport sanitaire, soit des taxis préalablement conventionnés avec l'assurance maladie.
- L'allotissement doit permettre de couvrir efficacement le territoire concerné par les transports transférés. Il doit être privilégié dans la construction des appels d'offre. Le maillage territorial des entreprises de transport sanitaire et de taxis conventionnés permet à cet égard de limiter les distances d'approche entre le siège de l'entreprise et les établissements de départ et de destination.

Les établissements étant tenus par la loi d'assurer la prise en charge des transports depuis le 1er octobre, il est souhaitable que les marchés soient conclus dans le délai le plus proche pour donner de la visibilité aux prestataires de transports. Dans l'intervalle, la continuité du transport des patients devant impérativement être assurée, il est demandé que les modalités de transition permettent de maintenir une forme de neutralité dans les tours de rôle.

5- Permissions de sortie

Le décret du 15 mai 2018 prévoit que les transports liés aux permissions de sortie ne sont plus directement facturables à l'assurance maladie. Ils doivent donc être pris en charge par les établissements de santé, lesquels disposent des crédits pour assumer cette nouvelle charge.

Les transports pour permission de sortie à visée thérapeutique ou liée à l'organisation du service hospitalier (notamment en cas de fermeture du week-end) n'ont jamais été à la charge des patients et doivent sans exception ni contournement être payés par les établissements.

Nous vous invitons à la plus grande vigilance quant à l'interprétation restrictive qui pourrait être faite des permissions de sortie notamment dans le champ des soins de suite et de réadaptation. Il convient d'éviter toute situation dans laquelle des permissions de sortie antérieurement prises en charge par la CPAM ne le seraient plus par l'établissement en particulier en SSR pédiatrique. Nous vous invitons à nous signaler les cas que vous auriez observés.

6- Accompagnement et suivi de la réforme

L'échelon national demeure mobilisé pour accompagner la mise en œuvre de la réforme. Les bureaux 1A de la DSS et R2 de la DGOS sont à la disposition de vos équipes et poursuivront l'animation de la foire aux questions et du site internet dédié.

² Article L. 6312-1 du code de la santé publique et suivant, et notamment l'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres (<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/12/12/SSAH1732083A/jo/texte>)

³ L.322-5 du code de la sécurité sociale, et notamment la décision du directeur général de l'UNCAM du 8 septembre 2008, en particulier les caractéristiques de la prestation définies à l'article 2 de la convention type annexée à la décision (<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2008/9/8/SJSU0820472S/jo/texte>)

Un comité de suivi réunissant les fédérations d'établissements de santé et les fédérations de transporteurs sera mis en place dès la semaine prochaine. Une représentation des ARS sera assurée.

Nous conviendrons dans ce cadre des modalités d'échanges d'information entre les agences et l'échelon national pour un suivi de la mise en œuvre.

Nous vous invitons d'ores et déjà à réunir régulièrement à votre niveau les représentants des transporteurs et des établissements pour vous assurer de la mise en œuvre de la réforme et examiner les éventuelles difficultés rencontrées.

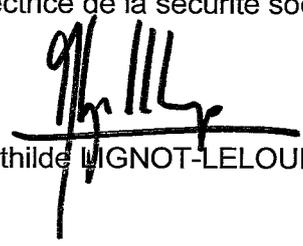
Vous voudrez bien assurer la diffusion de la présente instruction aux établissements de santé de votre région.

La directrice générale de l'offre de soins



Cécile COURREGES

La directrice de la sécurité sociale



Mathilde LIGNOT-LELOUP