

**Foire aux questions – application de l’article 80 LMSS 2017**

*Réforme des transports sanitaires*

1. **INTEGRATION PRIX DE JOURNEE – TRANSPORTS**

*Les établissements SSR disposeront ils d’un « complément » à leur PJ concernant le volet transport ou est-ce que celui-ci sera « inclus » dedans ?*

** NON, contrairement aux établissements de court séjour (MCO) pour lesquels des forfaits ont été prévus, les établissements de SSR et de Psychiatrie bénéficient, eux, d’une enveloppe dédiée correspondant aux données chiffrées de facturation Assurance Maladie, année 2016, spécifiques à chaque établissement, auxquelles ont été ajouté un taux d’évolution de 4,5 %, de manière exceptionnelle.**

**Pour cette année 2018, le Ministère a informé les Fédérations au dernier moment que l’intégration des transports, équivalent à une enveloppe de 10 millions d’euros pour les 3 derniers mois de l’année 2018, avait déjà été calculée dans les -1.1% d’évolution tarifaire pour 2018.**

**Ainsi, cela signifie que nos établissements se voient attribuer une baisse tarifaire supérieure à ce taux de 1,1 % annoncé initialement.**

**En pratique, chaque établissement recevra dans son avenant tarifaire, une baisse tarifaire différente, lié d’une part à son niveau de transport facturé en 2016, et d’autre part aux modes d’hospitalisation qu’il pratique (l’HDJ étant exclue du champ de la réforme, elle se voit automatiquement appliquer un taux de baisse plus important), pouvant aboutir à des variations importantes et des taux d’évolution positifs pour les établissements ayant les plus forts montants de transports.**

**Les éléments tarifaires ciblés par cette intégration transports, sont les PJ, ainsi que, pour ceux qui en bénéficient les SSM.**

1. **MODALITES DE FINANCEMENT DES TRANSPORTS EN FONCTION DES DIFFERENTS CAS DE FIGURE « SSR »**

**1/ Admission du patient en SSR**

*Le patient provenant du MCO à destination du SSR : les frais de transports sont-ils à la charge du MCO ?*

** OUI, les établissements de MCO bénéficieront d’un forfait spécifique à ce titre. Le principe général de cette nouvelle mesure est, en vertu de l’article L. 162-21-2 du Code de la sécurité sociale, que ce soit l’établissement « *à l'origine de la prescription du transport* » qui en ait la charge.**

**L’article D162-17-2 du Code de la sécurité sociale dispose ainsi que : « *L'établissement chargé de la prescription médicale de transport mentionnée au I de l'article D. 162-17 correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré*».**

*Le patient provenant de son domicile ou d’un EHPAD en cas d’une admission directe en SSR :**les frais de transports resteront-ils à la charge de l’Assurance Maladie ?*

** OUI, les transports entre domicile et établissements de santé ne sont pas concernés par le champ d’application de cette nouvelle mesure.**

**Les EHPAD étant également exclus du champ de la mesure, en tant que lieux de vie du patient/résident.**

**2/ Transports réalisés au cours du séjour en SSR**

*Au cours du séjour du patient en SSR , le patient devant retourner pour un transfert provisoire de moins de 48h, en MCO pour réaliser des examens, radios, etc… ou une consultation post chirurgicale prescrits en amont de l’admission du patient en SSR par les médecins du MCO : les transports sont-ils à la charge du MCO ?*

*Qu’en est-il des transports liés à des chimiothérapies …. ?*

**NON, les transports restent à la charge de l’établissement SSR même s’ils font suite à une prescription initiale provenant d’un médecin exerçant en MCO.**

**Il s’agit ici de la situation des transports provisoires pour un transfert de patient de moins de 48h (donc sans sortie définitive), les textes distinguent deux cas de figure :**

* **Soit l’établissement de court séjour réalisera une prestation d’hospitalisation exemple chimiothérapie …. (et générera un GHS), dans ce cas et par exception à la règle, ce sera l’établissement qui recevra le patient qui aura la charge du transport du patient, donc le MCO ;**
* **Soit l’établissement de court séjour NE REALISERA PAS une prestation d’hospitalisation, ce qui correspond à ce qu’on appelle plus communément aux actes et consultations externes, type scan/IRM, consultations post-chirurgicales …, ce sont alors les règles classiques qui s’appliquent, c’est-à-dire que c’est l’établissement depuis lequel le patient est transféré qui aura la charge du transport du patient, soit l’établissement de SSR et ce indifféremment que la prescription de ces actes émane des médecins du court séjour ou des médecins du SSR. Cela visera tout type de transports, couchés en ambulance, ou assis (VSL, taxi conventionné).**

*Dans le cas d’un transfert définitif d’un patient SSR vers un patient en MCO, Psychiatrie …, par exemple vers un service d’urgence, l’établissement de SSR sera-t-il en charge du transport ?*

** OUI, la règle de principe de la mesure s’applique, à savoir là encore que « *L'établissement chargé de la prescription médicale de transport mentionnée au I de l'article D. 162-17 correspond à l'établissement depuis lequel le patient est transféré ».***

*L’établissement de SSR pourra-t-il proposer une société de transport partenaire et négocier avec elle ?*

** OUI, l’objectif annoncé de cette nouvelle mesure est d’être « *une source d’économies à moyen terme (…) avec une diminution a minima de 5 % des dépenses* » et de responsabiliser les établissements de la manière suivante « *l’intégration de ces dépenses dans le budget des établissements de santé permettra de les intéresser à ces dépenses et d’accroitre leur vigilance en matière de prescription de transports. Ceux-ci seront incités à gagner en efficience grâce à une meilleure adéquation entre le mode de transport et l’état de santé du patient, ainsi qu’une meilleure organisation de la gestion des sorties et de la commande de transport* ».**

**L’article D. 162-17-3 du Code de la sécurité sociale dispose que « *Les prestations de transport mentionnées au I de l'article D. 162-17 sont facturées à l'établissement prescripteur dans les conditions définies au contrat liant l'établissement au prestataire*».**

**En application, la note d’information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l’article 80 de la LFSS 2017, précise que les frais de transports pourront être négociés de manière contractuelle entre l’établissement de santé et la société agréée de transports, via des « contrats de prestations ».**

**L’établissement de santé devient ainsi l’interlocuteur unique de la société de transports pour ces transports entrant dans le champ de compétence de cette nouvelle mesure.**

*L’établissement de SSR sera-t-il en charge des transports effectués par le SAMU/SMUR ?*

**NON, les transports réalisés par le SAMU/SMUR sont exclus du champ d’application de la mesure et restent financés selon les modalités antérieures, et ce quel que soit le type de transport : provisoire ou définitif.**

**Ainsi, l’article D. 162-17 du Code de la sécurité sociale les évoque, au titre des exceptions, au 2° de son II :**

**« II. Par exception au I, sont pris en charge dans les conditions définies aux articles R. 322-10 et suivants [= dispositions de droit commun] :**

**: *2° Les transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente qui ne sont pas assurés par des structures mobiles d'urgence et de réanimation mentionnées au*** [***2° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique***](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916739&dateTexte=&categorieLien=cid)**»*.***

**3/ Sortie du patient de l’établissement SSR**

*Dans le cas où le patient sort définitivement pour rentrer à son domicile, le transport prescrit par le SSR est à la charge de l’Assurance Maladie ? Qu’en est-il si le patient rentre dans un EHPAD ou une USLD ?*

** OUI, les transports entre l’établissement et le domicile du patient n’entrent pas dans le champ d’application de cette mesure. Ils restent donc à la charge de l’Assurance Maladie, comme aujourd’hui.**

**Il en est de même pour les transports vers les EHPAD et les USLD, le Ministère ayant considéré qu’il s’agissait de « lieux de vie » pour les patients. Ils restent donc également à la charge de l’Assurance Maladie, comme aujourd’hui.**

*Dans le cas où le patient retourne à son domicile pour une permission thérapeutique d’une durée de moins de 48h, est-ce à la charge de l’établissement SSR ?*

** OUI, dans le cas où la permission de sortie répond au projet thérapeutique du patient (réinsertion progressive dans son milieu de vie …) et n’est pas liée à une exigence particulière du patient. Auquel cas, elle devra être à la charge de ce dernier.**