



Décret 15 mai 2018

LES DÉPENSES DE TRANSPORT

Dr MADELON Gilles - DIM

Un transport se prescrit médicalement

- La réglementation soumet le remboursement des frais de transport à la présentation par l'assuré d'une **prescription médicale** et d'un justificatif de paiement.
- La prise en charge des frais de transport par les organismes d'assurance maladie est subordonnée à la délivrance d'une **prescription médicale précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit**
- La prescription est **préalable au transport**, sauf en cas d'urgence

Un transport se prescrit dans ces circonstances

Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale

Art 1.- Un transport par ambulance peut être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise, un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène, un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

Art. 2. – Un transport assis professionnalisé mentionné au 2o de l'article R. 322-10-1 peut être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit qui présente au moins une déficience ou incapacité suivante :

- déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- déficience ou incapacité intellectuelle ou psychique nécessitant l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant ;
- déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule.

Un transport assis professionnalisé peut également être prescrit pour l'assuré ou l'ayant droit soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Art. 3. – Lorsqu'un transport mentionné à l'article 1^{er} ou à l'article 2 ne peut être prescrit, seul peut être prescrit un moyen de transport mentionné au 3o de l'article R. 322-10-1

Certains transports sont pris en charge par l'AM

(Article R322-10)

Sont pris en charge les frais de transport de l'assuré ou de l'ayant droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer:

1° Pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à son état dans les cas suivants :

- a) Transports liés à une hospitalisation ;
- b) Transports liés aux traitements ou examens prescrits pour les malades reconnus atteints d'une ALD et présentant l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription mentionné à [l'article R. 322-10-1](#) ;
- c) Transports par ambulance justifiés par l'état du malade dans les conditions prévues par l'arrêté mentionné à l'article R. 322-10-1 ;
- d) Transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres dans les conditions prévues aux articles R. 322-10-4 et R. 322-10-5 ;
- e) Transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres
- f) Transports liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de [l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#) et dans les centres médico-psycho-pédagogiques, mentionnés au 19° de [l'article L. 160-14 du présent code](#).

2° Pour se soumettre à un contrôle en application de la législation de la sécurité sociale dans les cas suivants :

- a) Pour se rendre chez un fournisseur d'appareillage agréé pour la fourniture d'appareils mentionnés aux chapitres 5,6 et 7 du titre II de la liste des produits et prestations établie en application de l'arrêté prévu à [l'article R. 165-1](#) ;
- b) Pour répondre à une convocation du contrôle médical ;
- c) Pour répondre à la convocation d'un médecin expert désigné par une juridiction du contentieux de l'incapacité mentionnée à [l'article R. 143-34](#) ;
- d) Pour se rendre à la consultation d'un expert désigné en application de [l'article R. 141-1](#).

Pourquoi une réforme ?

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.

Décret 2018-354 du 15 mai 2018

- *Pour définir le périmètre et les modalités de prise en charge des transports au sein d'un même établissement ou entre deux établissements de santé et de préciser les règles concernant la prise en charge des transports des patients bénéficiant de permissions de sortie.*
- *Les dispositions du décret entrent en vigueur le 1er octobre 2018.*

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.**

Décret n° 2018-354 du 15 mai 2018 portant sur la prise en charge des transports de patients

NOR : SSAS1806998D

- **Art. D. 162-17. – I. – Sont prises en charge par l'établissement de santé à l'origine de la prescription médicale de transport les dépenses de transports de patients hospitalisés** réalisés par les prestataires mentionnés aux articles L. 6312-2 du code de la santé publique ou L. 322-5 du code de la sécurité sociale, correspondant aux cas suivants:
 - «1 Les transports réalisés au sein d'établissements relevant d'une même entité juridique;
 - «2 Les transports réalisés entre deux établissements constituant deux entités juridiques distinctes;
 - «3 Les transports réalisés au cours d'une permission de sortie telle que définie à l'article R. 1112-56 du code de la santé publique, à l'exception des transports correspondant à une prestation pour exigences particulières du patient telles que définie à l'article R. 162-27 facturables au patient;
 - «4 Les transports, pour transfert d'une durée inférieure à 48 heures de patients hospitalisés pour la réalisation d'une prestation de soins en dehors de l'établissement.

Les dépenses de transports à la charge des ES

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 (art D. 162-17 du CSS).

Sont ainsi visés :

- **Les transports provisoires (i.e. de moins de 48h), 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. 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.

Les transports liés à des permissions de sorties

- Une permission de sortie correspond à un retour temporaire à domicile d'une durée maximale de 48h. (moins de 2 nuitées)
- 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 charge incombe à l'établissement de santé**)
 - La permission peut également être demandée par le patient **sans** revêtir un **fondement médical**. La prestation de transport dans ce cas relève de l'application du régime juridique des prestations pour exigences particulières définies à l'article R. 162- 27 du code de la sécurité sociale (**c'est au patient de payer cette dépense**)
- **Les frais de transport liés aux sorties pour permission ne peuvent pas être facturés à l'assurance maladie.**

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

- 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.

Les transports à la charge de l'Assurance Maladie

Les exceptions de la réforme

Le principe général comporte les exceptions suivantes qui de fait demeurent à la charge de l'AM:

- 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;
- les transports depuis ou vers un EHPAD sauf exception ;
- les transports depuis ou vers une USLD sauf exception ;
- les transports provisoires pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral.

L'établissement prescripteur

L'établissement prescripteur (celui assumant la charge du transport) correspond à l'établissement depuis lequel le patient hospitalisé est transféré :

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.

PIA

Prestation Inter-Activité

Prestation inter activité

- On désigne par «prestation inter-activités» une situation dans laquelle une unité d'hospitalisation a recours au plateau technique ou aux équipements d'une autre unité d'hospitalisation relevant d'un champ d'activité différent, pour assurer au patient des soins ou des examens qu'elle ne peut pas effectuer elle-même.
- Il convient de distinguer les prestations réalisées à titre externe des prestations donnant lieu à une admission en hospitalisation:
 - Les prestations de type «actes et consultations externes» ne doivent pas faire l'objet d'une facturation à l'assurance maladie par le prestataire;
 - Les prestations donnant lieu à une admission en hospitalisation (pas plus d'une nuitée) font l'objet d'une facturation à l'assurance maladie par le prestataire.
- Les précisions sur les conditions de production de l'information médicale sur le sujet des PIA séjours sont décrites dans la notice technique publiée sur le site de l'ATIH

Consignes codage PIA

Deux possibilités s'offrent à l'établissement pour produire les résumés en MCO (RUM) et SSR (RHS) :

- Soit production d'un résumé englobant la période de suspension de l'hospitalisation (cf. schéma infra : option 1),
- Soit production de deux résumés encadrant la suspension de l'hospitalisation (cf. schéma infra : option 2) :
 - ces deux résumés doivent se rapporter au même numéro de séjour, ainsi qu'au même numéro de RSS en MCO,
 - le mode de sortie du premier résumé doit être codé « 0 » *transfert provisoire*,
 - et le mode d'entrée du second résumé doit être codé « 0 » *transfert provisoire*,
 - les dates de départ vers B et de retour de B ne peuvent qu'être identiques ou différer d'un seul jour,
 - lorsque ces conditions sont respectées les deux résumés pré et post prestation sont considérés par la fonction groupage (FG MCO ou SSR) comme appartenant à un séjour unique.

Quelle que soit la modalité de production des résumés, en SSR et psychiatrie, la déclaration des journées de présence PMSI suit les règles des *Guides PMSI*.

L'établissement de santé demandeur « A » ne doit pas faire figurer dans son résumé le ou les actes réalisés par le prestataire. Il n'en assume effectivement pas la charge financière.

Le code Z75.80 *Sujet adressé dans un autre établissement pour réalisation d'un acte* doit être enregistré sur le résumé de l'établissement demandeur « A ».