

Campagne tarifaire et budgétaire

Financement des transports intra et inter établissement

Pour mémoire, l'article 80 de la LFSS pour 2017 a prévu de confier aux seuls établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissements, et ce à compter du 1er octobre 2018. Les transports visés par cette réforme (intégralité des transports de patients déjà hospitalisés sauf exception) ne sont donc plus facturables à l'assurance maladie mais directement pris en charge par les établissements. Tous les établissements de santé quel que soit le secteur et le champ d'activité (MCO, PSY, SSR) sont concernés par cette mesure.

La présente notice vise à informer les établissements de santé des nouveautés qui ont été et seront mises en œuvre prochainement depuis la publication de la précédente notice publiée en 2019.

Elle est composée de trois annexes :

- l'annexe 1 précise le périmètre de la réforme ;
- l'annexe 2 décrit les modalités relevant du champ MCO ;
- l'annexe 3 décrit les modalités relevant du champ SSR et de la psychiatrie.
-

Elle s'accompagne d'un outil Excel associant à chaque situation le supplément transport à facturer le cas échéant. Cet outil est disponible sur le [site de l'ATIH](#).

Je vous saurai gré de bien vouloir porter ces informations à la connaissance des établissements de santé de votre région concernée par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le Directeur général
Housseyni HOLLA

Annexe 1

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.

Les dispositions d'application de cet article de loi sont énoncées dans les articles D.162-17 à D.162-17-3 du code de la sécurité sociale (introduites par le décret n° 2018-354 du 15 mai 2018).

Des évolutions ont été introduites en 2019, elles sont précisées dans le décret n° 2019-593 du 14 Juin 2019¹.

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.

Les dépenses de transport à la charge des établissements sont :

- les transports entre deux établissements géographiques : les transferts provisoires (moins de 48h) et les transferts définitifs ;
- les transports liés à des permissions de sorties.

Ce principe général comporte les exceptions suivantes :

- 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 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.

Le décret de juin 2019 exclut également les transports suivants :

- Les transports définitifs, depuis un établissement de santé, de patients admis en hospitalisation à domicile ;
- Les transferts de patients hospitalisés à domicile pour la réalisation d'une prestation sans lien avec le protocole de soin ou le motif d'hospitalisation à domicile (pathologie intercurrente) ;
- Les transferts définitifs de patients hospitalisés à domicile vers un autre établissement de santé ;
- Les transports de patients pratiquant la dialyse à domicile (péritonéale et hémodialyse) ;

Par ailleurs, depuis le 1^{er} mars 2019, les transports pour permission de sortie des enfants de moins de 20 ans hospitalisés plus de 14 jours sont également exclus du périmètre de la réforme. Ceci est précisé par le [décret n° 2019-1322 du 9 décembre 2019](#) portant sur la prise en charge des frais de transports de patients, venant modifier l'article R322-10 du code de la sécurité sociale.

L'ensemble des règles de prise en charge des transports inter établissements sont par ailleurs explicitées dans une foire aux questions et un document de présentation générale accessible sur l'espace web du ministère dédié à la réforme de l'article 80².

¹ https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038625863

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/transports-sanitaires>

Annexe 2

Modalités relatives au financement des transports pour l'activité MCO

Les établissements relevant du champ MCO sont financés de la manière suivante depuis le 1^{er} octobre 2018 :

Tout transfert définitif ou provisoire pour la réalisation d'une séance de chimiothérapie, de dialyse ou de radiothérapie, d'un patient hospitalisé, quel qu'en soit le motif, s'accompagne de la facturation par l'établissement prescripteur d'un supplément tarifaire. Ces suppléments concernent :

- les transferts définitifs entre deux entités géographiques (facturation par l'établissement d'origine d'un supplément au séjour « transport définitif » - supplément 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 » - supplément TSE).

A contrario, les autres types de dépenses de transports sont pris en charge via les tarifs de prestations GHS et ne déclenchent pas la facturation d'un supplément.

Modification du cas particulier de la dialyse hors centre

Règles précédemment appliquées

Jusqu'au 29 février 2020, dans le cas d'un transfert provisoire depuis un établissement MCO pour la réalisation d'une séance de dialyse hors centre, contrairement à ce qui est fait pour la réalisation d'une séance de dialyse en centre, l'établissement prestataire ne facturait pas sa prestation à l'assurance maladie. La prestation de dialyse hors centre était facturée par l'établissement prestataire à l'établissement demandeur. L'établissement demandeur facturait, à l'assurance maladie, le forfait D correspondant à la réalisation de la séance de dialyse. Dans ce cas, pour le transport, c'est l'établissement demandeur qui était considéré comme prescripteur. Il assumait donc la charge du transport et pouvait facturer un supplément TSE.

Modification intervenue en campagne 2020

À partir du 1^{er} mars 2020, comme ce qui est fait pour la réalisation d'une séance de dialyse en centre, c'est l'établissement prestataire qui facture à l'assurance maladie le forfait D (il ne facture plus sa prestation à l'établissement demandeur). Ainsi, pour le transport, l'établissement prestataire est considéré comme prescripteur. Il assume donc la charge du transport et peut facturer un supplément TSE.

I. Les modalités de financement

En 2018 et 2019, une seule valeur de supplément était attribuée au TDE et une seule valeur au TSE. Depuis le 1^{er} mars 2020 la valeur du supplément est fonction de la distance kilométrique.

Cette évolution a pu être réalisée à l'aide de trois sources : les données 2017 issues du SNIIRAM pour avoir les factures de transports, les données 2017 issues du PMSI pour reconstruire le parcours du patient dans le cadre des transferts définitifs et des transferts provisoires entre établissements et la base METRIC de l'INSEE, qui permet d'avoir la distance entre communes. Il a ainsi été possible pour chaque facture de transport d'associer une distance correspondant à la distance entre les deux établissements.

Les techniques de « machine learning » ont permis de définir des classes de distance homogènes en coûts de transports. Ces classes ont été définies selon le type de transfert (transfert définitif et transfert pour séance). Pour chaque classe, le supplément correspond au rapport entre le montant remboursable des factures 2017 et le nombre de suppléments. **Pour mémoire un supplément pour les transferts pour séance correspond à un aller-retour.**

Les classes de distances et les valeurs des suppléments du champ MCO sont décrites dans le tableau suivant :

Type de supplément	Classe de distance (km)	Valeur (€)
TDE	< 25 km	77,05 €
	25 – 74 km	136 ,68 €
	75 – 149 km	257,52 €
	150 – 300 km	423,74 €
	> 300 km	930,94 €
TSE	< 40 km	159,29 €
	40 – 79 km	215,45 €
	80 – 160 km	325,68 €
	> 160 km	484,45 €

Les classes et valeurs correspondent à la facturation d'un aller-retour

II. Le recueil

Depuis octobre 2018, un recueil spécifique, de type FICHSUP, permet, pour les établissements ex DG, de recueillir le nombre de suppléments pour les transferts définitifs (TDE) et les transferts pour réalisation de séances (TSE) réalisés par l'établissement. Il s'agit d'un recueil cumulatif annuel. Les données recueillies servent à la valorisation des suppléments.

En mars 2020, les classes de distance ont été ajoutées dans le recueil FICHSUP. Pour les transports réalisés au cours de séjours clôturés à partir du 1^{er} mars 2020, une valeur de 01 à 05 correspondant à chaque classe de distance doit être renseignée pour les transferts définitifs (TDE) et une valeur de 06 à 09 correspondant à chaque classe de distance doit être renseignée pour les transferts pour séances (TSE). Pour les transports réalisés au cours de séjours clôturés en janvier-février 2020, une modalité sans classe « 00 » doit être renseignée quel que soit le type de transport, les transports réalisés pendant cette période n'étant pas concernés par l'affinement des suppléments transports à la distance.

Pour mémoire un supplément TSE correspond à la valorisation d'un aller-retour. Ainsi pour un transfert provisoire pour réalisation d'une séance, il faut déclarer un seul supplément.

Les modalités de recueil évoluent à partir du 1^{er} Janvier 2021. Le recueil sera désormais lié au séjour. Ce recueil de type FICHCOMP a été ouvert aux établissements volontaires depuis M7 2020. Il sera le support de la valorisation des suppléments transports pour les établissements ex DG, pour les séjours clôturés à partir du 1^{er} Janvier 2021. Le recueil FICHSUP est toutefois maintenu encore une année pour permettre aux établissements de renvoyer le nombre de suppléments 2020 via le dispositif LAMDA (cf. IV régularisation des données N-1).

Les variables à recueillir dans le FICHCOMP sont les mêmes que celles présentes dans le FICHSUP transports en 2020, auxquelles sont ajoutées :

- la date de transport aller (variable facultative) ;
- le numéro FINESS géographique de l'établissement.

Les informations des établissements ex-OQN sont remontées via les RSF.

III. Valorisation et arrêté versement MCO

Sur le secteur ex OQN, les modalités de facturation des suppléments sont identiques à celles des autres suppléments.

Pour les établissements ex-DGF et pour toute l'année 2021, le support de la valorisation est le recueil FICHCOMP.

Sur le secteur ex DG, la valorisation des suppléments est réalisée de manière mensuelle par l'ATIH et fait l'objet d'une restitution dans les tableaux de l'arrêté versement sur la plateforme e PMSI. Elle est réalisée par type de suppléments et par classe de distance.

Pour 2021, la valorisation correspondra pour chaque séjour ou séance à la valeur du supplément en vigueur à la clôture du séjour (en fonction de la classe de distance) multiplié par les coefficients MCO (reprise, géographique et prudentiel) et le taux de remboursement assurance maladie lié au droit du patient.

Sur la plateforme e PMSI, les tableaux de synthèse de l'arrêté versement MCO intègrent la valorisation des suppléments. Une ligne spécifique concerne les suppléments dans les tableaux détaillés. Ces montants viennent s'implémenter dans le tableau agrégé de l'arrêté versement.

Les données remontées correspondant à l'activité seront valorisées dans ces conditions à travers l'arrêté versement, pour l'ensemble des périodes M1 à M12 2021.

A noter que pour 2021 par rapport au versement, les suppléments transports sont intégrés dans le mécanisme de la garantie de financement, pour la période définie, au même titre que les autres prestations hospitalières.

IV. Régularisation des données N-1

Un dispositif de régularisation des données N-1 permet aux établissements qui le souhaitent de corriger les nombres de séjours avec supplément déclarés dans les remontées FICHSUP 2020.

Il sera ainsi possible de déclarer dans le FICHSUP le nombre de séjours avec suppléments corrigé.

Pour corriger ces données, l'établissement pourra renvoyer un FICHSUP avec la variable *Année = 2020* et *Période = 12* et préciser le type de supplément concerné (*Code = TDE ou TSE*) ainsi que la classe de distance (modalité « 00 » pour les transferts réalisés avant le 1^{er} Mars). Le nombre de séjours devra correspondre au nombre de séjours effectivement concernés par un supplément (entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2020).

La régularisation des suppléments transports apparaîtra dans le tableau OVALIDE dédié aux remontées FICHSUP Transport ([11.D.TRANS]: Transports inter-établissement). Le guide OVALIDE³ présente un descriptif détaillé de celui-ci.

Le montant sera reporté dans l'arrêté de versement correspondant à la période transmise, à l'emplacement habituel pour les montants liés aux envois LAMDA.

³ https://sap.atih.sante.fr/epmsi/doc/guides/lecture/guide_lecture_OVALIDE_MCO_DGF_2020.pdf

Annexe 3

Modalités relatives au financement des transports pour l'activité SSR et psychiatrie

Pour les établissements relevant du champ du SSR et de la psychiatrie, les transports rentrant dans le champ de l'article 80 de la LFSS pour 2017 sont financés depuis le 1^{er} octobre 2018 par le biais de la dotation annuelle de financement pour les établissements sous DAF et par le biais des prestations hospitalières OQN pour les établissements sous OQN. Pour le champ du SSR, la totalité du financement est portée par les anciennes modalités de financement ; la dotation modulée à l'activité (DMA) n'est donc pas concernée par cette mesure. Depuis le 1^{er} mai 2019, les établissements de santé de SSR et de psychiatrie peuvent transmettre ou facturer des suppléments transport, à l'instar des modalités de financement existant sur le champ MCO.

A noter que les règles de prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement et des patients hospitalisés en unité pour malades difficiles ont été modifiées par le décret du 14 juin 2019. Ses dispositions prévoient que l'établissement ou l'unité vers lequel le patient est transféré est chargé de prescrire le transport dans le cadre d'un transfert de patient, admis dans les unités pour malades difficiles au sens de l'article R.3222-1 du code de la santé publique, et d'un transfert de patient, admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent au sens de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique ou sur décision du représentant de l'état au sens de l'article L. 3213-1 du même code.

Il existe trois types de suppléments sur les champs du SSR et de la psychiatrie :

- Un supplément transport dénommé « ST1 » est facturé par :
 - o l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement géographique de santé pour une durée supérieure à deux jours ;
 - o l'établissement désigné pour assurer la mesure d'hospitalisation sous contrainte d'un patient lorsque celui-ci y est transféré depuis un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours ;
 - o l'établissement accueillant un patient hospitalisé et transféré depuis une unité pour malade difficile pour une durée supérieure à deux jours (en cohérence avec l'article R3222-3 du code de la santé publique)
- Un supplément transport dénommé « ST2 » est facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe réalisé dans un autre établissement géographique ne relevant pas du même champ d'activité, ou au sein du même établissement dans une unité médicale ne relevant pas du même champ d'activité. Ce forfait peut également être facturé lorsque le patient est transféré pour la réalisation d'un acte ou d'une consultation externe réalisé dans un cabinet libéral, que celui-ci soit ou non adossé à un établissement de santé ;
- Un supplément transport dénommé « ST3 » est facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3^o du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale.

A noter également que les dépenses associées au transfert provisoire entre deux établissements relevant de champs d'activité différents (établissement SSR ou établissement de Psychiatrie vers établissement MCO) pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation (hors séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse) ne déclenchent pas la facturation d'un supplément.

I. Les modalités de financement

En 2019, une seule valeur de supplément était attribuée à chaque type de supplément (ST1, ST2 et ST3). Depuis le 1^{er} mars 2020 la valeur du supplément est fonction de la distance kilométrique.

Cette évolution a pu être réalisée à l'aide de trois sources : les données 2017 issues du SNIIRAM pour avoir les factures de transports, les données 2017 issues du PMSI pour reconstruire le parcours du patient dans le cadre des transferts définitifs et des transferts provisoires entre établissements et la base METRIC de l'INSEE, qui permet d'avoir la distance entre communes. Il a ainsi été possible pour chaque facture de transport d'associer une distance correspondant à la distance entre les deux établissements.

Les techniques de « machine learning » ont permis de définir des classes de distance homogènes en coûts de transports. Ces classes ont été définies selon le type de supplément.

Pour chaque classe, le supplément correspond au rapport entre le montant remboursable des factures 2017 et le nombre de suppléments. **Pour mémoire un supplément pour les transferts provisoires (ST2 et ST3) correspond à un aller-retour.**

Les classes de distances et les valeurs des suppléments en SSR et en PSY sont décrites dans le tableau suivant :

Type de supplément	Classe de distance (km)	Valeur SSR (€)	Valeur psychiatrie (€)
ST1	< 25 km	78,54 €	64,15 €
	25 – 74 km	127,68 €	98,30 €
	75 – 149 km	237,21 €	179,43 €
	150 – 300 km	412,70 €	343,55 €
	> 300 km	918,47 €	949,10 €
ST2 et ST3 <i>Les classes et valeurs sont définies pour un aller-retour</i>	< 20 km	158,01 €	101,03 €
	20 – 49 km	172,19 €	110,30 €
	50 – 120 km	203,75 €	120,24 €
	> 120 km	303,24 €	151,70 €

II. Recueil

Depuis mai 2019, un recueil spécifique, de type FICHSUP, permet, pour les établissements sous DAF de recueillir le nombre de suppléments. Les données recueillies servent à la valorisation des suppléments.

En mars 2020, les classes de distance ont été ajoutées dans le recueil FICHSUP. Pour les transports réalisés à partir du 1^{er} mars 2020 (date aller), une valeur de 01 à 05 correspondant à chaque classe de distance doit être renseignée pour les transferts définitifs (ST1) et une valeur de 06 à 09 correspondant à chaque classe de distance doit être renseignée pour les transferts provisoires (ST2 et ST3). Pour les transports réalisés en janvier-février 2020 (date aller), une modalité sans classe « 00 » doit être renseignée quel que soit le type de transport, les transports réalisés pendant cette période n'étant pas concernés par l'affinement des suppléments transports à la distance.

Pour mémoire, un supplément ST2 ou ST3 correspond à la valorisation d'un aller-retour. Ainsi pour un transfert provisoire, il faut déclarer un seul supplément.

Les modalités de recueil évoluent à partir du 1^{er} janvier 2021. Le recueil sera désormais lié au séjour. Ce recueil de type FICHCOMP a été ouvert aux établissements volontaires depuis M6 2020. Il sera le support de valorisation des suppléments transport pour les établissements sous DAF, pour des transports réalisés à partir du 1^{er} janvier 2021.

Le recueil FICHSUP est supprimé en 2021 sur les champs du SSR et de la Psychiatrie.

Les variables à recueillir dans le FICHCOMP sont les mêmes que celles présentes dans le FICHSUP transports en 2020, auxquelles est ajoutée la date de transport aller (variable facultative).

Les établissements OQN intégreront les suppléments transports directement sur le bordereau de facturation. Les informations apparaîtront donc dans les données de facturation issues des RSF.

III. Facturation et valorisation des suppléments

Les modalités sont différenciées selon le secteur de financement

- *Pour les établissements relevant du secteur sous OQN*

Les règles applicables à ces suppléments sont fixées dans l'arrêté « prestations OQN⁴ ». Leur valeur est nationale et fixée dans l'arrêté tarifaire OQN.

Plus spécifiquement, sur le champ du SSR, ces suppléments ne se voient pas appliquer le coefficient « frais de séjour » mis en œuvre dans le cadre de la période transitoire de la réforme du financement. Ces suppléments sont ainsi facturés à 100% et il n'y a pas de supplément transport créé sur l'enveloppe de dotation modulée à l'activité (DMA).

Le taux de prise en charge applicable est le même que celui du séjour auquel est rattaché le supplément.

- *Pour les établissements relevant du secteur sous DAF*

Les modalités de financement sont une allocation des crédits DAF aux établissements sur la base du recueil spécifique permettant de remonter le nombre de suppléments. Comme sur le secteur OQN, le financement des transports sur le champ SSR est véhiculé à 100% par les anciennes modalités de financement (pas de supplément transport créé sur l'enveloppe de dotation modulée à l'activité).

Afin de ne pas pénaliser la trésorerie des établissements, une avance est réalisée chaque année via la première circulaire budgétaire. Ces avances font l'objet d'une régularisation dans le cadre des délégations budgétaires, sur la base des données renseignées par les établissements via le PMSI (FICHSUP pour 2020, FICHCOMP pour 2021).

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/2/28/SSAH2006291A/jo/texte>