

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

2016

REVUES DE DÉPENSES

Les transports sanitaires



Les revues de dépenses constituent **un dispositif innovant d'évaluation des dépenses publiques**, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019 (article 22). Elles ont pour **objectif explicite de documenter des mesures et des réformes structurelles de redressement des comptes publics**. Réalisées en toute indépendance par les corps d'inspection et de contrôle, **les recommandations des revues de dépenses n'engagent donc pas le Gouvernement**. Leur efficacité repose tant sur leur contenu opérationnel que sur leur procédure spécifique, qui associe étroitement Gouvernement et Parlement.

Un champ de compétence large associé à une démarche opérationnelle

Portant sur l'ensemble des administrations publiques, **le champ d'intervention des revues de dépenses est très large**. Elles peuvent couvrir tous les domaines de l'action publique et tous les sous-secteurs des administrations publiques (État, agences, organismes de sécurité sociale, collectivités territoriales), comme tous les outils de financement des politiques publiques (dépenses fiscales, crédits budgétaires, taxes affectées, etc.).

Centrées sur la réalisation d'économies, les revues de dépenses **s'inscrivent dans une logique opérationnelle**. Chaque revue de dépenses doit permettre d'approfondir la connaissance des dépenses afin de préparer des réformes pouvant être mises en œuvre à court ou moyen terme.

Une association du Parlement en parfaite articulation avec le calendrier de la préparation du budget

L'une des principales innovations des revues de dépenses par rapport aux autres exercices d'évaluation tient à leur **articulation étroite avec le calendrier budgétaire annuel**. Ces modalités de mise en œuvre sont directement prévues par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) et **constituent un élément clé de l'efficacité du dispositif**.

La loi dispose ainsi que **l'exercice est lancé chaque année de manière concomitante avec le dépôt du PLF**. La liste des thèmes faisant l'objet d'une revue de dépenses est présentée dans une annexe budgétaire du PLF dédiée (« jaune »). Les parlementaires sont ainsi informés des thèmes des revues et de leurs enjeux pour en débattre, le cas échéant, avec le Gouvernement.

Les travaux des corps de contrôle doivent être finalisés au cours du premier trimestre. Ce calendrier permet ainsi que **les conclusions des revues de dépenses puissent être intégrées à la construction du PLF suivant**. Le Gouvernement en prévoit la diffusion, sans que celle-ci soit précisée dans la LPFP, non seulement dans un souci de transparence, mais aussi dans la volonté de fournir le degré d'information le plus précis et le plus fin, propre à nourrir des échanges éclairés et de qualité au sein du débat public.



Inspection générale
des finances

N° 2016-M-008

Inspection générale
des affaires sociales

N° 2016-001R

Inspection générale
de l'administration

N° 16020-16003-01

RAPPORT

REVUE DE DEPENSES RELATIVES AUX TRANSPORTS SANITAIRES

Établi par

THIERRY WAHL
INSPECTEUR GENERAL
DES FINANCES

PIERRE LESTEVEN
CONSEILLER GENERAL
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

PAUL-EMMANUEL GRIMONPREZ
INSPECTEUR
DE L'ADMINISTRATION

EVE ROBERT
INSPECTRICE DES AFFAIRES
SOCIALES

- AVRIL 2016 -

SYNTHESE

Par lettre de mission en date du 17 décembre 2015 (Annexe I), le ministre des finances et des comptes publics, le ministre de l'intérieur et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ainsi que le secrétaire d'État chargé du budget, ont demandé à l'inspection générale des finances (IGF), à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration (IGA) de réaliser une mission conjointe relative à l'optimisation des dépenses d'assurance maladie consacrées aux transports sanitaires.

La question du transport sanitaire est en effet à l'agenda des pouvoirs publics depuis plusieurs années : de nombreux rapports, dont la Cour des Comptes en 2012, l'IGAS en 2014 et l'Assemblée nationale en 2014 ont examiné la question et produit des constats et propositions dans l'ensemble convergents. Ils soulignent de concert l'évolution préoccupante du volume de dépenses liée, notamment, à une gouvernance éclatée entre une multiplicité d'acteurs aux intérêts parfois divergents.

En dépit d'un ralentissement observé en 2014¹, la dépense de transport sanitaire a progressé, au cours des dernières années, à un rythme très sensiblement supérieur au rythme de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). C'est pourquoi l'objectif de modérer la progression de cette dépense est inscrit au plan ONDAM dit « triennal santé 2015-2017 », qui vise à maintenir la progression globale de l'ONDAM, à l'horizon 2017, à 1,9% l'an. Pour atteindre cette trajectoire cible, 10 Mds€ d'économies doivent être réalisées sur trois ans. Ce plan se déploie en douze blocs opérationnels dont deux concernent le transport sanitaire : le transport prescrit à l'hôpital, celui prescrit en ville.

Globalement, ces deux dépenses ont représenté plus de 4 milliards d'Euros à la charge de l'assurance maladie en 2014, contre 2,3 milliards seulement en 2003.

Cette mission s'inscrit dans le cadre de la revue des dépenses prévue à l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques. Elle est explicitement prévue à l'annexe au projet de loi de finances pour 2016 relative aux revues de dépenses.

Elle vise à proposer et documenter, en vue de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, des mesures permettant de réaliser une économie de 100 M€ par an. Ce montant est celui prévu par la lettre de mission des ministres.

Au cours de ses travaux et conformément à la lettre de mission, la mission a orienté ses travaux :

- ◆ d'une part, sur une évaluation des mesures de régulation déjà engagées, nombreuses, souvent foisonnantes, sous la forme d'expérimentations ou d'initiatives locales, et pour lesquelles il est souvent difficile de tirer des conclusions quantifiées ;
- ◆ d'autre part, sur la formulation de propositions permettant de mieux réguler l'offre de transports sanitaires, en agissant à la fois sur le volume et sur les tarifs applicables et à leurs modalités de fixation ;
- ◆ enfin, sur l'amélioration de la régulation de la demande de transports sanitaires, tant du point de vue de sa prescription que de son organisation, notamment par les établissements de soins.

¹ Au stade de sa rédaction la mission ne dispose que de données provisoires pour 2015. Les estimations laissent entrevoir un nouveau rebond pour 2015, autour d'une augmentation de l'ordre de 4%.

Rapport

En revanche, contrairement aux dispositions de la lettre du 17 décembre 2015 et en accord avec les cabinets des ministres concernés, **la mission ne s'est pas penchée sur la question des transports urgents pré-hospitaliers, dont la garde ambulancière** : ces sujets présentent à la fois un jeu d'acteurs spécifique et une complexité particulière. Leur poids dans la dépense totale (de l'ordre de 4% de la dépense remboursable) est limité. En outre, des expérimentations, prévues par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, sont en cours ; il est trop tôt pour les évaluer.

La mission n'a pas non plus traité des déterminants exogènes de la dépense de transports sanitaires : évolutions médicales, sociodémographiques, organisation de l'offre de soins. Le vieillissement de la population, le poids croissant des affections de longue durée (ALD), la concentration géographique de plateaux techniques référents ou performants, le virage ambulatoire, les nécessaires liaisons entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les structures de soins de suite et de réadaptation d'une part, et les établissements hospitaliers, d'autre part, **devraient sans doute conduire à une augmentation structurelle de la demande de transports sanitaires.** Cette augmentation traduit à la fois des données objectives et des choix de traitement et d'organisation des traitements. La mission, dans le cadre d'une revue de dépenses, estime ne pas avoir la capacité, dans les délais impartis, ni pour les apprécier, ni pour les mettre en cause. En sens inverse, le développement de l'hospitalisation à domicile, du télédiagnostic et de la télé-expertise, celui des soins prodigués par le patient lui-même à domicile grâce à des techniques nouvelles et moins invasives (comme la dialyse péritonéale, moins développée en France que dans certains pays étrangers) peuvent sans doute permettre de contenir l'évolution de la demande de transports. Sur l'ensemble de ces sujets, une mission *ad hoc*, pourrait être nécessaire pour produire une modélisation de long terme de ces sujets.

La mission s'inscrit donc dans la perspective de maîtrise du rythme d'augmentation de la dépense de transports sanitaires plutôt que d'une baisse en valeur absolue.

Pour conduire ses travaux, la mission a s'est appuyé sur la très nombreuse documentation existante ainsi que sur des entretiens avec les administrations centrales et la CNAMTS. Elle s'est également entretenue avec les acteurs territoriaux, qu'il s'agisse des préfetures, des agences régionales de santé, des caisses primaires d'assurance-maladie, des structures hospitalières, des acteurs privés de la logistique du transport sanitaire et des représentants des transporteurs. Elle a, notamment, effectué des déplacements dans les départements du Nord, de la Mayenne, de la Vendée et des Bouches-du-Rhône, combinés avec des entretiens téléphoniques avec des acteurs situés dans l'Hérault, le Rhône et la Vienne (Annexe II – Liste des personnes rencontrées).

A l'issue de ses travaux, **la mission fait le constat d'une banalisation de l'acte de prescription de transports sanitaires**, trop souvent considéré comme un « simple bon de transport ». Il est aujourd'hui nécessaire d'en réaffirmer le caractère médical. L'état de santé du patient doit devenir le déterminant principal du recours à un transport remboursé et du choix du mode de transport. A cette fin, la mission propose notamment de redéfinir les catégories du référentiel de prescription, de simplifier et de dématérialiser la prescription ainsi que d'ajuster les modalités de son contrôle par les CPAM. Au vu des résultats obtenus par les démarches de sensibilisation et de contrôle des prescripteurs par certaines CPAM, la mission estime que cette évolution peut permettre de réaliser des économies de l'ordre de 110 M€ au total les trois premières années (voir tableau infra, ligne « Re-médicaliser la prescription »), notamment sur les prescriptions faites en ville.

Rapport

La mission souligne également le déficit de régulation qui caractérise ce poste de dépenses, du fait d'un pilotage éclaté, au plan national comme au plan territorial.

Aujourd'hui, aucun acteur ne dispose d'une vision globale du sujet et aucun n'est en mesure d'agir seul sur l'efficacité de la dépense (ni sur les volumes, ni sur les prix). Les responsabilités sont éclatées du fait d'une triple dichotomie :

- ◆ Entre CPAM et ARS, qui partagent les responsabilités de régulation de la demande, selon qu'elle émane des établissements de santé ou de la médecine de ville, et de l'offre, selon son statut juridique ;
- ◆ Entre les transports sanitaires (VSL et ambulances) et les taxis, qui relèvent de régimes différents, notamment en matière d'agrément et de conventionnement des entreprises ainsi que d'autorisation de mise en service des véhicules.
- ◆ Enfin, entre le payeur – l'assurance maladie – et les prescripteurs – établissements de santé et praticiens libéraux ;

Cet éparpillement des responsabilités explique que les tentatives de maîtrise de la dépense engagées, souvent avec volontarisme, par les acteurs locaux et nationaux, présentent souvent des résultats décevants. Il est souhaitable de faire émerger des pilotes clairs, ayant l'autorité et la capacité pour mobiliser l'ensemble des acteurs, au plan national comme au plan territorial. La mission formule donc plusieurs propositions pour renforcer l'efficacité du pilotage d'ensemble de la dépense de transports sanitaires.

Il s'agit, avant tout, de **transférer l'enveloppe budgétaire de l'assurance maladie aux établissements de soins**, responsables de 63% de la dépense. La mission considère qu'il s'agit d'une condition nécessaire pour maîtriser durablement la demande : la réunion, au sein d'une même « main », du payeur et du prescripteur, est indispensable pour responsabiliser les acteurs. Cette mesure implique le recours, par les établissements de santé, à des appels d'offre. Les souplesses nouvelles offertes par le code des marchés publics – accords-cadres, marchés à lots, marchés à bons de commande – doivent permettre de l'émergence de politiques d'achat cohérentes, source d'économies substantielles et durables (évaluées à 320 M€ par an les deux premières années de mise en œuvre) dans le respect des spécificités locales, notamment en matière de maillage territorial de l'offre. Une telle mesure, structurante, ne peut toutefois s'envisager qu'à moyen terme. Il est donc proposé de s'engager dans la voie d'un transfert d'enveloppe à horizon 2019.

Ce transfert de l'enveloppe des transports sanitaires aux établissements constitue une perspective ambitieuse et mobilisatrice pour les établissements de santé, qu'il convient d'accompagner dès à présent. Il est notamment proposé de simplifier le dispositif contractuel qui lie l'assurance maladie et les ARS aux établissements prescripteurs afin de le rendre plus efficace ainsi que d'en faire le support d'une généralisation des plateformes de centralisation de la commande de transports dans chacun des futurs groupements hospitaliers de territoire. En effet, les solutions techniques et logicielles qui émergent aujourd'hui à l'hôpital en matière de gestion des demandes de transports ouvrent des perspectives intéressantes, non encore pleinement exploitées, en matière d'optimisation de la dépense. Les plateformes sont en effet un levier pour fiabiliser la commande de transports, améliorer le suivi des prescriptions hospitalières et rationaliser les flux de patients. Leur généralisation permettrait de réaliser dès 2017 une économie chiffrée par la mission à 20 M€. Plusieurs options peuvent être explorées pour accroître l'efficacité des solutions mises en œuvre par les établissements pour gérer leurs transports sanitaires, notamment la fin du principe de libre choix, par le patient, de l'entreprise de transports qui le prend en charge.

Rapport

Par ailleurs, les mesures de régulation de la demande ne pouvant produire des effets structurants qu'à moyen terme, **les pouvoirs publics ne sauraient faire l'économie, à plus court terme, de mesures volontaristes visant à mieux réguler l'offre de transports sanitaires.** Il est notamment préconisé d'harmoniser les dispositions qui définissent le transport de patients :

- ◆ **En identifiant un pilote clair sur le plan local.** La mission propose de faire des CPAM le chef de file opérationnel et le guichet unique des transports sanitaires sur chaque territoire, en recentrant les ARS sur la définition d'orientations stratégiques et le contrôle de second niveau.
- ◆ **En conduisant une convergence progressive des tarifs les VSL et les taxis.** Rien ne justifie, en effet, que les tarifs des taxis soient supérieurs de 25 à 30% à ceux des VSL alors qu'ils relèvent de la même catégorie de prescription (le transport assis professionnalisé) et que leurs obligations professionnelles des VSL (formation des équipages, équipements nécessaires) sont moins exigeantes. Dans l'immédiat, il importe que les tarifs de remboursement par l'assurance maladie ne soient plus indexés sur les revalorisations des tarifs fixés annuellement par arrêté préfectoral. A terme, les tarifs des taxis, lorsque ceux-ci effectuent du transport assis professionnalisé, devront être fixés par ceux qui les rémunèrent ou les autorisent à transporter des patients. La convergence tarifaire entre ces deux modes de transports est un pré-requis pour mieux maîtriser l'évolution de la dépense et permettrait une économie de 30 M€ par an dès 2017 (voir tableau d'économies ci-dessous).
- ◆ **En rapprochant les conditions de contingentement de ses différentes composantes (ambulances, VSL, taxis).** L'offre de transport par taxis a augmenté très fortement ces dernières années, passant, en dix ans, de 20% à 40% de la dépense de transport de patients et fait aujourd'hui l'objet d'une régulation très partielle, qu'il convient de renforcer. La mission préconise de prendre, dans les plus brefs délais, le décret d'application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui autorise le contingentement du nombre de taxis conventionnés. Elle recommande par ailleurs de mobiliser plus fortement les outils existants de régulation de l'offre de transports sanitaires. Ces mesures permettraient une économie rapide, de l'ordre de 40 M€ en 2017 (voir tableau d'économies - « régulation du pilotage de l'offre et de ses volumes »).

La bonne santé économique du secteur du transport de patients, pris dans son ensemble, indique que ces différentes évolutions sont soutenables. Une attention particulière devra être portée à la bonne couverture du territoire à la bonne adaptation des mesures retenues aux caractéristiques des zones les moins denses.

Enfin la mission suggère de mobiliser différemment les outils de contrôle et de lutte contre la fraude, en passant d'une logique de contrôle *a posteriori* à une logique de contrôle *a priori* et de remontées en temps réel et automatisées des données relatives à la fois aux prescriptions et aux trajets effectués. Les outils, numérisés, existent à cet égard et ces propositions rejoignent celles formulées par certains des professionnels rencontrés.

Au total, la mission effectue 44 recommandations, dont la liste est jointe à la présente note de synthèse². A ce stade, la mission considère qu'aucune de ces propositions, si elles devaient être suivies, ne saurait être mise en œuvre en 2016. Aussi, elle suggère de faire porter leurs conséquences sur les exercices 2017 et suivants. De façon synthétique les conséquences de ces mesures sur le niveau de dépense sont présentées dans le tableau ci-après. Les mesures proposées conduisent à une économie de près de 150 M€ en 2017, 70 M€ supplémentaires en 2018 et 430 M€ en 2019.

² Les annexes reprennent ces recommandations et développent parfois des préconisations supplémentaires.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

La convergence tarifaire

- Recommandation N°1. Assurer, à terme, la convergence tarifaire entre taxis et VSL..... 26
- Recommandation N°2. Mettre en place des dispositifs de traçabilité et de transmission dématérialisée et numérisée des données relatives aux trajets et à la facturation, notamment les points et horaires de départ du véhicule et de déclenchement du compteur, ceux de la prise en charge du patient, de sa dépose, de l'arrêt du compteur, et incluant les distances, la durée, la facturation et l'identité des véhicules et des conducteurs..... 27
- Recommandation N°3. Etablir, pour les VSL et les taxis, des tarifications au forfait communes pour les transports à l'intérieur des agglomérations et étudier les conditions d'extension de ce principe à d'autres situations (par exemple : ville-centre au centre hospitalier de rattachement ou de soin, lorsque ce dernier est situé en-dehors de l'agglomération de résidence du patient)..... 28

La régulation de l'offre et de ses volumes

- Recommandation N°4. Unifier les définitions du transport sanitaire ou du transport de patients dans le code de la santé publique et dans celui de la sécurité sociale. 28
- Recommandation N°5. Modifier l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports pour distinguer les cas de recours au VSL ou au taxi selon l'état du patient et mettre en conformité des formulaires administratifs concernés (prescription médicale, formulaire des transporteurs...)..... 28
- Recommandation N°6. Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transportera, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie..... 29
- Recommandation N°7. Rappeler aux directeurs généraux d'ARS de s'assurer du respect le plus strict possible des dispositions de l'article R.6312-37 du code de la santé publique, à l'occasion des demandes de cession d'autorisations de mise en service qui leurs sont soumises pour accord. 30
- Recommandation N°8. Dans l'hypothèse où l'application de la recommandation n°7 ne suffirait pas pour lutter contre le développement d'un « marché gris » des autorisations de mise en service des véhicules, examiner la possibilité d'assurer l'incessibilité des agréments et autorisations de mise en service et envisager la fixation d'une durée aux agréments et aux autorisations de mise en service des véhicules de transports sanitaires. A l'instar des conventions conclues avec les taxis, la durée des agréments pourrait être limitée à cinq ans et celle des autorisations administratives ne pourrait avoir, comme date-

Rapport

	<i>butoir, une date qui excéderait la date d'expiration de l'agrément auquel elle est adossée.....</i>	<i>30</i>
<i>Recommandation N°9.</i>	<i>Fixer comme objectif, le respect, dans un délai de cinq ans, par chacun des départements, des quotas de véhicules de transports sanitaires fixés. Dans cette perspective : assurer la révision régulière des arrêtés fixant ou révisant les quotas départementaux de véhicules de transports sanitaires ; mettre en place un tableau de bord national, permettant un suivi par l'administration centrale des progrès réalisés par les départements dépassant le quota de véhicules sanitaires ; fournir aux ARS et CPAM un outil d'analyse de l'offre de transport sanitaire au niveau infra-départemental, afin de faciliter la gestion des autorisations.....</i>	<i>31</i>
<i>Recommandation N°10.</i>	<i>Revisiter les rôles respectifs des ARS et des CPAM, en confiant aux premières des fonctions d'orientation stratégique et en confiant aux secondes l'ensemble des instruments de pilotage opérationnel (plafonds, agréments, autorisations).</i>	<i>31</i>
<i>Recommandation N°11.</i>	<i>Assurer, dans les mêmes conditions que pour les ambulances et les VSL, une régulation de l'offre de taxis conventionnés, aux fins de garantir une cohérence globale dans la régulation de l'offre de véhicules de transports sanitaires et de transports assis professionnalisés.....</i>	<i>32</i>
<i>Recommandation N°12.</i>	<i>Prendre, dans les meilleurs délais, le décret d'application de l'article 65 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 afin d'autoriser les directeurs des ARS à contingenter le nombre de taxis conventionnés sur la base d'un examen global du besoin du territoire concerné en matière de transport sanitaire et de transport assis professionnalisé.....</i>	<i>32</i>
<i>Recommandation N°13.</i>	<i>Attacher le conventionnement à l'exploitant du taxi et non à l'autorisation de stationnement (ADS), afin d'assurer la non-cessibilité du conventionnement.....</i>	<i>32</i>

Le pilotage de la demande

<i>Recommandation N°14.</i>	<i>Annoncer que les dépenses prescrites par les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe Soins de ville de l'assurance maladie leur seront transférées sous forme d'enveloppe fermée au 1^{er} janvier 2019.....</i>	<i>40</i>
<i>Recommandation N°15.</i>	<i>Dimensionner l'enveloppe transférée sur la base de montants de dépenses de transport sanitaire par type de pathologie, définis forfaitairement au niveau national, et appliqués en tenant compte de l'activité de chacun des établissements.....</i>	<i>40</i>
<i>Recommandation N°16.</i>	<i>Expérimenter l'ouverture des plateformes aux professionnels de santé libéraux du territoire et intégrer cet objectif dans le développement du projet de prescription en ligne PELL.....</i>	<i>43</i>
<i>Recommandation N°17.</i>	<i>Elaborer un référentiel national pour la conception et le fonctionnement des plateformes de régulation de la commande de transports.....</i>	<i>43</i>
<i>Recommandation N°18.</i>	<i>Proposer un CAQES doté d'un volet « Transports » à l'ensemble des établissements de santé.....</i>	<i>44</i>

Rapport

<i>Recommandation N°19.</i>	<i>Inciter plus fortement les établissements à conclure un contrat tripartite, par exemple, via un mécanisme de pénalisation automatique des établissements non signataires lorsque leurs prescriptions de transport sont excessives ou trop dynamiques.....</i>	<i>45</i>
<i>Recommandation N°20.</i>	<i>Intégrer dans le CPOM des établissements de santé un indicateur relatif au montant de ses prescriptions de transports.....</i>	<i>45</i>
<i>Recommandation N°21.</i>	<i>Centrer le contenu des CAQES sur la réalisation d'un plan d'action, qui contiendrait obligatoirement le déploiement, l'amélioration ou le recours à une plateforme de centralisation de la commande de transports.....</i>	<i>45</i>
<i>Recommandation N°22.</i>	<i>Abonder le Fonds d'Intervention Régional pour permettre le versement d'aides fléchées dédiées (1,6 Millions d'Euros par an).</i>	<i>45</i>
<i>Recommandation N°23.</i>	<i>Prévoir explicitement une échelle de sanctions adossée à des indicateurs de réalisation au sein du plan d'action du CAQES.....</i>	<i>45</i>
<i>Recommandation N°24.</i>	<i>Nommer au sein de la DGOS un chef de projet national responsable de coordonner la mise en œuvre des CAQES et de préparer le transfert d'enveloppe aux établissements de santé....</i>	<i>46</i>
<i>Recommandation N°25.</i>	<i>Conformément à la loi, imposer l'usage de l'identification du prescripteur.....</i>	<i>48</i>
<i>Recommandation N°26.</i>	<i>Actualiser le référentiel de prescription en fonction des spécificités de la situation médicale du patient et en distinguant taxi et VSL et refondre, en veillant à son ergonomie, le formulaire CERFA associé, en proposant en premier lieu les modes de transport les moins coûteux.....</i>	<i>49</i>
<i>Recommandation N°27.</i>	<i>Refuser systématiquement la prise en charge des trajets antérieurs à la prescription médicale correspondante, sauf urgence.....</i>	<i>49</i>
<i>Recommandation N°28.</i>	<i>Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transporte, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie.....</i>	<i>50</i>
<i>Recommandation N°29.</i>	<i>Promouvoir les transports partagés et valoriser, à hauteur de 5 à 10%, le tarif applicable aux taxis dès lors qu'ils transportent simultanément plusieurs patients et que le véhicule peut être géo-localisé.....</i>	<i>52</i>
<i>Recommandation N°30.</i>	<i>Evaluer les effets induits de la carte de transport assis sur la structure des prescriptions.....</i>	<i>52</i>
<i>Recommandation N°31.</i>	<i>Evaluer les impacts des démarches de promotion du véhicule personnel et des transports en commun avant une éventuelle promotion et généralisation.</i>	<i>53</i>
<i>Recommandation N°32.</i>	<i>Organiser la capitalisation des outils et des retours d'expérience sur les pratiques de sensibilisation mises en place par les organismes locaux d'assurance maladie et généraliser la conduite par les CPAM de campagnes coordonnées à</i>	

Rapport

	<i>destination des prescripteurs, des transporteurs et des assurés.....</i>	<i>54</i>
<i>Recommandation N°33.</i>	<i>Assouplir les conditions de mise en œuvre de la procédure MSO/ MSAP afin de faciliter sa mise en œuvre et laisser les CPAM décider, dans le respect du cadre législatif et réglementaire, de l'opportunité du recours à cet outil ainsi que de ses critères de ciblage.....</i>	<i>55</i>
<i>Recommandation N°34.</i>	<i>Réviser les critères de l'entente préalable notamment pour assurer un contrôle a priori des prescriptions générant les dépenses les plus lourdes.</i>	<i>56</i>
<i>Recommandation N°35.</i>	<i>Mettre en place des référentiels locaux identifiant les modalités d'application du principe de l'établissement adapté le plus proche.....</i>	<i>56</i>
<i>Recommandation N°36.</i>	<i>Accélérer le déploiement de la prescription en ligne, si possible intégrée aux logiciels métier des médecins, permettre son interconnexion avec les logiciels des plateformes de centralisation et développer en son sein un module d'aide à la prescription de transports sanitaires, élaboré sur la base du référentiel de 2006 révisé.....</i>	<i>57</i>
<i>Recommandation N°37.</i>	<i>Mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires.....</i>	<i>57</i>

L'amélioration des contrôles et de la lutte contre la fraude

<i>Recommandation N°38.</i>	<i>Engager la généralisation progressive de l'ordonnancement global explicite pour dégager les moyens d'un contrôle des factures approfondi et ciblé sur la base de critères définis par les CPAM.</i>	<i>59</i>
<i>Recommandation N°39.</i>	<i>Mettre à jour rapidement la norme de télétransmission applicable à la facturation des taxis.</i>	<i>59</i>
<i>Recommandation N°40.</i>	<i>Garantir l'interconnexion entre les données de facturation télétransmises et le registre national des transporteurs (RNT).....</i>	<i>59</i>
<i>Recommandation N°41.</i>	<i>Procéder à l'achat d'un distancier national et à son intégration à l'application IRIS.</i>	<i>60</i>
<i>Recommandation N°42.</i>	<i>Augmenter progressivement le nombre de factures à contrôler par les CPAM dans le cadre des contrôles contentieux et laisser les CPAM une plus grande marge de manœuvre pour cibler elles-mêmes les sociétés à contrôler.....</i>	<i>61</i>
<i>Recommandation N°43.</i>	<i>Généraliser l'application CACTUS à l'ensemble des CPAM.....</i>	<i>62</i>
<i>Recommandation N°44.</i>	<i>Systématiser l'échange d'information entre instances paritaires chargées de la discipline sur un même territoire.....</i>	<i>63</i>

Récapitulation des économies proposées et de leur phasage

Economies proposées	2016	2017	2018	2019	Total	Total hors mesures non recommandées	Cumul années ultérieures
Convergence tarifaire							
Mesure sur l'exercice		30	30	30	90	90	210
Cumul de la mesure sur la base		30	60	90	180	180	840
Régulation du pilotage de l'offre et de ses volumes							
Mesure sur l'exercice		40	0	0	40	40	0
Cumul de la mesure sur la base		40	40	40	120	120	0
Re-médicaliser la prescription							
Mesure sur l'exercice		50	20	30	100	100	0
Cumul de la mesure sur la base		50	70	100	220	220	0
<i>Mesure sur l'exercice</i>		25	0	0	25	25	0
<i>Cumul de la mesure sur la base</i>		25	25	25	75	75	0
Centraliser la commande dans les établissements de soins							
Mesure sur l'exercice		20	10	50	80	80	0
Cumul de la mesure sur la base		20	30	80	130	130	0
Responsabilisation des établissements de soins -plus grande efficacité contractuelle							
Mesure de l'exercice		5	5	0	10	10	0
Cumul de la mesure sur la base		5	10	10	10	10	0
Responsabilisation des établissements de soins - transfert d'enveloppe							
Mesure sur l'exercice				320	320	320	320
Cumul de la mesure sur la base				320	320	320	640
Taux de prise en charge - Hausse du ticket modérateur							
Mesure sur l'exercice		27	0	0	27	0	0
Cumul de la mesure sur la base		27	27	27	81	0	0
Taux de prise en charge - Hausse de la franchise							
Mesure sur l'exercice		20	0	0	20	0	0
Cumul de la mesure sur la base		20	20	20	60	0	0
Renforcer les outils de la lutte contre la fraude							
Mesure sur l'exercice		1,5	1,5	1,5	4,5	4,5	30
Cumul de la mesure sur la base		1,5	3	4,5	9	9	30
Total							
Mesures de l'exercice		194	67	432	692	645	560
Mesures de l'exercice hors mesures non recommandées		147	72	432	645	645	560
Cumul des mesures sur la base		194	260	692	1130	989	870
Cumul des mesures sur la base hors mesures non recommandées		147	213	645	989	989	870

Notice explicative

Le tableau ci-contre présente les économies liées aux mesures proposées par la mission, regroupées par grandes rubriques.

Celles-ci sont présentées nettes des dépenses nouvelles suggérées (mesures incitatives) : d'une part 1,6 M€ par an au titre du fonds d'intervention régional (FIR) pour accompagner la mise en place des plateformes de centralisation dans les établissements hospitaliers ; d'autre part 10 M€ par an pour inciter les médecins de ville à télé-prescrire les transports sanitaires.

Les **mesures relatives à l'offre** permettent des économies immédiates de l'ordre de 70 M€ (en 2017), dont 30 grâce à la convergence tarifaire entre taxis et VSL et 40 grâce à une meilleure régulation des volumes.

Les **mesures relatives à la prescription et à son contrôle** (« Re-médicaliser la prescription ») permettent un effort de maîtrise de la dépense de 100 M€, cumulés, à horizon 2019. Ces gains sont portés à hauteur de 35 M€ environ par la médecine de ville, les mesures de sensibilisation des prescripteurs et d'élargissement de la procédure MSO/MSAP étant prioritairement orienté vers les prescripteurs libéraux. Ce montant est à comparer au coût des incitations de 10 M€ par an prévus par la recommandation n°12.

Le **transfert d'enveloppe aux établissements de santé** présente des gains substantiels à partir de 2019, liés au recours à des appels d'offre pour l'achat de prestations de transport. Les données relatives aux appels d'offre passés par les établissements de santé pour les transports à leur charge laissent en effet supposer que des gains nets de l'ordre de 10% par an, les deux premières années, sont atteignables (soit 320 M€).

Parallèlement, la mission estime que la généralisation à tous les établissements de santé des expériences actuelles de plateformes devrait produire une économie de 30 M€ sur deux ans, en 2017 et 2018. Elle note, par ailleurs, que la mise en œuvre de ce transfert est susceptible d'accroître considérablement l'efficacité, et donc le rendement, des plateformes de centralisation de la commande. En effet, aujourd'hui, dans les expériences recensées, les prescripteurs hospitaliers ont recours systématiquement aux plateformes pour les transports à charge des établissements (car il s'agit d'une condition posée par le comptable public pour la liquidation de ces dépenses). Mais ils n'y ont recours que dans 15% des cas environ pour les transports à charge de l'assurance maladie. Le transfert d'enveloppe dotera les hôpitaux de leviers contraignants pour systématiser le recours aux plateformes, ce qui permettra d'accroître le rendement de cet outil. Ceci explique les gains croissants indiqués à la ligne « Centraliser la commande dans les établissements de soins ». La mission estime à 50 M€ l'économie supplémentaire qui sera ainsi générée en 2019.

La **hausse du ticket modérateur et de la franchise** figurent dans le tableau d'économie mais constituent des mesures non recommandées par la mission et font à ce titre l'objet d'un traitement distinct.

Enfin, les diverses mesures proposées **en matière de lutte contre la fraude** pourraient permettre une amélioration du rendement de la lutte contre la fraude d'environ 10% par an soit 9 M€ sur trois ans. Des gains bien plus significatifs sont à attendre dans les années ultérieures de l'aboutissement du processus de dématérialisation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. SI L'ENSEMBLE DES ACTEURS S'ACCORDENT SUR L'IMPORTANCE DE MIEUX MAITRISER LES DEPENSES DE TRANSPORTS SANITAIRES, LEUR MANQUE DE COORDINATION ET DE RESPONSABILISATION NE PERMET PAS UN PILOTAGE EFFICIENT DE CETTE DEPENSE, AU PLAN NATIONAL COMME AU PLAN TERRITORIAL.....	3
1.1. Des déterminants socio-médicaux favorables à son augmentation, qui n'expliquent pas complètement la croissance rapide de la dépense.....	3
1.1.1. Une dépense en forte croissance, dont la décélération récente n'est encore ni stabilisée ni suffisante pour être compatible avec l'ONDAM	3
1.1.2. Une dépense aux déterminants socio-médicaux favorables à sa croissance et qui traduit un choix de socialisation élevée.....	5
1.1.3. Une évolution positive des secteurs économiques concernés, au moins jusqu'en 2013.....	7
1.1.4. Des dynamiques divergentes selon les modes de transport et les territoires qui révèlent des marges d'optimisation.....	9
1.1.5. On observe également des évolutions tarifaires hétérogènes, particulièrement dynamiques au profit du mode de transport qui est déjà le plus dynamique.....	15
1.2. Le pilotage éclaté de cette dépense ne permet pas de la réguler efficacement.....	20
1.2.1. La prise de conscience par les acteurs concernés des enjeux financiers a conduit au développement souvent foisonnant d'initiatives et d'instruments de maîtrise de la dépense.....	20
1.2.2. Mais le pilotage éclaté et insuffisamment responsabilisé limite fortement les capacités d'une régulation efficace de la dépense.....	24
2. LA REGULATION DURABLE DE L'OFFRE PASSE D'ABORD PAR LA CONVERGENCE TARIFAIRE ENTRE LES MODES DE TRANSPORT QUI OFFRENT UN SERVICE DE NATURE PROCHE, MAIS, EGALEMENT, PAR UNE PLUS GRANDE EFFICIENCE DE SON PILOTAGE.....	26
2.1. Un pré-requis : assurer la convergence des tarifs VSL-taxis et le contingentement de l'offre des taxis assurant le transport de patients, dans les mêmes conditions que pour les ambulances et les VSL.....	26
2.1.1. Préparer la convergence tarifaire entre taxis et VSL	26
2.1.2. Moderniser les instruments d'une meilleure connaissance des prix.....	27
2.2. Renforcer l'efficacité du pilotage de l'offre, d'abord en unifiant ce qui distingue ses composantes pour mieux piloter le recours à chacun des modes de transport...	28
2.2.1. Unifier les définitions du transport sanitaire et du transport de patients pour mieux distinguer, ensuite, ce qui relève, sur le plan médical, du choix entre les différents modes de transport.....	28
2.2.2. Mettre pleinement en œuvre les dispositions réglementaires qui, d'ores et déjà, permettent de mieux réguler l'offre et harmoniser les règles opérationnelles qui séparent aujourd'hui les modes de transport de patients.....	29

2.3.	Une régulation plus efficiente de l'offre de transport sanitaire permettrait sans aucun doute de mieux maîtriser la dépense de transport sanitaire, même si une quantification précise de l'économie possible par rapport au « tendanciel » est difficile à établir.....	32
2.3.1.	<i>La maîtrise de la dépense de transports sanitaires s'inscrit dans le plan ONDAM.....</i>	32
2.3.2.	<i>Une régulation plus efficiente de l'offre doit permettre, avec la difficulté inhérente à toute quantification prospective, d'assurer des économies significatives.....</i>	33
3.	UNE PLUS FORTE CAPACITE STRUCTURELLE DE MAITRISE DE LA DEMANDE PASSE D'ABORD PAR LA REUNION DU PRESCRIPTEUR ET DU PAYEUR ; IL S'AGIT LA DU PRE-REQUIS POUR DONNER TOUTE LEUR EFFICACITE AUX AUTRES INSTRUMENTS DE REGULATION DE LA DEMANDE.....	34
3.1.	Le transfert aux établissements de santé de l'enveloppe de leurs dépenses de transport sanitaire permet de réunir les fonctions de payeur et de prescripteur.....	34
3.1.1.	<i>Les établissements de santé, forts prescripteurs de transports sanitaires, ne sont pourtant payeurs que d'une faible part de la dépense.....</i>	34
3.1.2.	<i>L'intérêt à agir des établissements sur une dépense qui n'est pas à leur charge est faible.....</i>	36
3.1.3.	<i>Le dispositif contractuel (CAQOS) a montré ses limites et s'avère, seul, insuffisant pour responsabiliser les établissements.....</i>	37
3.1.4.	<i>Le transfert du budget transports en enveloppe fermée apparaît dès lors comme une solution incontournable pour maîtriser la dépense.....</i>	38
3.2.	Ce transfert doit être anticipé et accompagné afin de donner aux établissements de santé les moyens de maîtriser leurs dépenses de transport.....	40
3.2.1.	<i>Une solution-cible : les plateformes de centralisation de la commande de transports.....</i>	40
3.2.2.	<i>Les établissements de santé doivent être mobilisés et accompagnés dans la perspective du transfert de l'enveloppe.....</i>	44
3.3.	Face à la banalisation et au caractère couteux des prescriptions, il convient d'en réaffirmer le caractère médical.....	47
3.3.1.	<i>Une partie de l'augmentation des dépenses est induite par des modes de transports non justifiés par l'état des patients.....</i>	47
3.3.2.	<i>Il est nécessaire de réaffirmer le caractère médicalisé de la prescription pour répondre à la diversité des situations cliniques et pour en améliorer l'efficience.....</i>	48
3.4.	La recherche d'efficience en matière de transports, une fonction critique pour les parcours de soins, impose également d'en diversifier les modalités.....	50
3.4.1.	<i>Le recours au transport partagé dispose d'un potentiel de développement significatif.....</i>	50
3.4.2.	<i>La part importante des transports itératifs a motivé l'expérimentation de la « carte de transport assis ».....</i>	52
3.4.3.	<i>La simplification des formalités de remboursement en cas d'usage du véhicule personnel ou des transports en commun serait un argument pour leur promotion.....</i>	53
3.5.	La sensibilisation des acteurs, y compris par le biais d'incitations appropriées, peut agir efficacement sur les dépenses de transports sanitaires.....	54
3.5.1.	<i>Des campagnes de sensibilisation globales, définies localement, peuvent générer des économies substantielles.....</i>	54

3.5.2.	<i>Si les principes de mise sous objectifs (MSO) ou de mise sous accord préalable (MSAP) semblent pertinents, leurs modalités d'application sont perfectibles</i>	54
3.6.	La régulation par demande d'entente préalable pourrait mieux remplir son rôle sous réserve d'aménagement.....	55
3.6.1.	<i>De nombreuses caisses témoignent de leurs difficultés à exercer un véritable contrôle sur les prescriptions soumises à leur entente préalable, faute de moyens humains</i>	55
3.6.2.	<i>Les critères retenus par le code de la sécurité sociale semblent inadaptés aux situations locales.....</i>	56
3.6.3.	<i>Une refonte du régime des ententes préalables est souhaitable.....</i>	56
3.7.	Une bonne pratique est à encourager rapidement : la prescription en ligne des transports sanitaires.....	57
4.	AMELIORER L'EFFICACITE DES CONTROLES ET DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE EN REPOSITIONNANT LES ACTEURS ET EN MODERNISANT LES INSTRUMENTS.....	58
4.1.	Les contrôles <i>a priori</i> gagneraient à être systématisés et à s'appuyer sur des outils plus performants	58
4.1.1.	<i>Les contrôles a priori gagneraient à être systématisés</i>	58
4.1.2.	<i>Le contrôle doit reposer sur des outils plus performants permettant notamment une transmission en temps réel des données relatives aux trajets.....</i>	59
4.2.	Le contrôle contentieux pourrait gagner en efficacité grâce à des méthodes de repérage améliorées et à certains aménagements de son cadre réglementaire.....	60
4.2.1.	<i>Un rendement potentiel important, notamment en matière de réduction de la surfacturation kilométrique.....</i>	60
4.2.2.	<i>Des outils de repérage et de ciblage doivent être mis en place pour lutter contre les surfacturations kilométriques.....</i>	61
4.2.3.	<i>Le cadre réglementaire pourrait être ajusté pour renforcer l'efficacité des suites contentieuses.....</i>	62
	CONCLUSION.....	64

INTRODUCTION

Par lettre de mission en date du 17 décembre 2015 (Annexe I), le ministre des finances et des comptes publics, le ministre de l'intérieur et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ainsi que le secrétaire d'État chargé du budget, ont demandé à l'inspection générale des finances (IGF), à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à l'inspection générale de l'administration (IGA) de réaliser une mission conjointe relative à l'optimisation des dépenses d'assurance maladie consacrées aux transports sanitaires.

La question du transport sanitaire est en effet à l'agenda des pouvoirs publics depuis plusieurs années : de nombreux rapports, dont la cour des comptes en 2012, l'IGAS en 2014 et l'Assemblée nationale en 2014, ont examiné la question et produit des constats et propositions dans l'ensemble convergents. Ils soulignent de concert l'évolution préoccupante du volume de dépenses, liée, notamment, à une gouvernance éclatée entre une multiplicité d'acteurs aux intérêts qui peuvent, quelque fois, apparaître divergents.

En dépit d'un ralentissement observé en 2014³, la dépense de transport sanitaire a progressé, au cours des dernières années, à un rythme très sensiblement supérieur au rythme de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). C'est pourquoi l'objectif de modérer la progression de cette dépense est inscrit au plan ONDAM dit « triennal santé 2015-2017 » : il s'agit, globalement, de maintenir la progression de l'ONDAM, à l'horizon 2017, à 1,9% l'an. Pour atteindre cette trajectoire cible, 10 Mds€ d'économies doivent être réalisés sur trois ans. Ce plan se déploie en douze blocs opérationnels, dont deux concernent le transport sanitaire : le transport prescrit à l'hôpital, celui prescrit en ville.

Globalement, ces deux dépenses ont représenté plus de 4 Mds€ à la charge de l'assurance maladie en 2014, contre 2,3 Mds€ seulement en 2003.

Cette mission s'inscrit dans le cadre de la revue des dépenses prévue à l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques et est explicitement prévue à l'annexe au projet de loi de finances pour 2016 relative aux revues de dépenses.

Elle vise à proposer et documenter, en vue de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, des mesures permettant de réaliser une économie de 100 M€ par an. Ce montant est celui prévu la lettre de mission des ministres (Annexe I).

Au cours de ses travaux et conformément à la lettre de mission, la mission a orienté ses travaux :

- ◆ d'une part, sur une évaluation des mesures de régulation déjà engagées, nombreuses, souvent foisonnantes, sous la forme d'expérimentations ou d'initiatives locales, et pour lesquelles il est souvent difficile de tirer des conclusions quantifiées⁴ ;
- ◆ d'autre part, sur la formulation de propositions permettant « *de mieux réguler l'offre de transports sanitaires, en agissant à la fois sur le volume et sur les tarifs applicables et à leurs modalités de fixation* » ;

³ Au stade de sa rédaction la mission ne dispose que de données provisoires pour 2015, qui ne reposent pas sur la même méthodologie que les données annuelles publiées avec les Comptes nationaux de la santé

⁴ Le détail de ces expérimentations est présenté au paragraphe 1.2.1. intitulé *La prise de conscience par les acteurs concernés des enjeux financiers a conduit au développement souvent foisonnant d'initiatives et d'instruments de maîtrise de la dépense* (voir infra).

Rapport

- ◆ enfin, sur l'amélioration de la régulation de la demande de transports sanitaires, tant du point de vue de sa prescription que de son organisation, notamment par les établissements de soins. En particulier, la mission s'est penchée sur les modalités nouvelles d'organisation de la demande de transports et de sa rencontre avec l'offre, à travers ce qu'on appelle les « plateformes de centralisation ».

En revanche, contrairement aux dispositions de la lettre du 17 décembre 2015 et en accord avec les cabinets des ministres concernés, la mission ne s'est pas penchée sur la question des transports urgents pré-hospitaliers, dont la garde ambulancière : ces sujets présentent à la fois une spécificité et une complexité particulières, et un poids limité dans la dépense totale (de l'ordre de 4% de la dépense remboursable) ; des expérimentations, notamment prévues par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, sont en cours ; il est trop tôt pour les évaluer.

La mission n'a pas non plus traité des déterminants médicaux, sociodémographiques et de choix publics d'organisation d'offre de soins qui peuvent avoir des conséquences sur l'évolution du transport sanitaire. Ces évolutions probables des déterminants de la dépense de transports sanitaires conduiront, sans doute, à une augmentation structurelle de cette dépense au cours des prochaines années. C'est cette augmentation qu'il convient de mieux maîtriser.

Pour conduire ses travaux, la mission a d'abord procédé à de nombreux entretiens avec les administrations centrales et la CNAMTS, et a consulté la très nombreuse documentation existante. Elle s'est également entretenue avec les acteurs territoriaux, qu'il s'agisse des préfetures, des agences régionales de santé, des caisses primaires d'assurance-maladie, des structures hospitalières, des acteurs privés de la logistique du transport sanitaire et des représentants des transporteurs. Elle a, notamment, effectué des déplacements dans les départements du Nord, de la Mayenne, de la Vendée et des Bouches-du-Rhône, combinés avec des entretiens téléphoniques avec des acteurs situés dans l'Hérault, le Rhône et la Vienne (Annexe II – « Liste des personnes rencontrées »).

A l'issue de ses travaux, la mission constate que :

- (1) si l'ensemble des acteurs s'accordent sur l'importance de mieux maîtriser les dépenses de transports sanitaires, leur manque de coordination et de responsabilisation ne permet pas un pilotage efficient des 4 Mds € de cette dépense, au plan national comme au plan territorial,

aussi, elle estime qu'il convient d'agir :

- (2) en premier lieu sur la régulation durable de l'offre, qui passe d'abord par la convergence tarifaire entre ceux des modes de transport qui offrent un service de nature proche, mais, également, par une maîtrise des volumes et une unification de son pilotage,
- (3) mais également, en second lieu, par une plus forte capacité structurelle de maîtrise de la régulation de la demande, qui passe par la réunion du prescripteur et du payeur ; il s'agit là du pré-requis pour donner toute leur efficacité aux autres instruments de régulation de la demande,

Enfin, la mission considère également qu'il convient :

- (4) d'améliorer l'efficacité des contrôles et de la lutte contre la fraude, non seulement en repositionnant les acteurs et mais aussi en modernisant les instruments.

1. Si l'ensemble des acteurs s'accordent sur l'importance de mieux maîtriser les dépenses de transports sanitaires, leur manque de coordination et de responsabilisation ne permet pas un pilotage efficient de cette dépense, au plan national comme au plan territorial

1.1. Des déterminants socio-médicaux favorables à son augmentation, qui n'expliquent pas complètement la croissance rapide de la dépense⁵

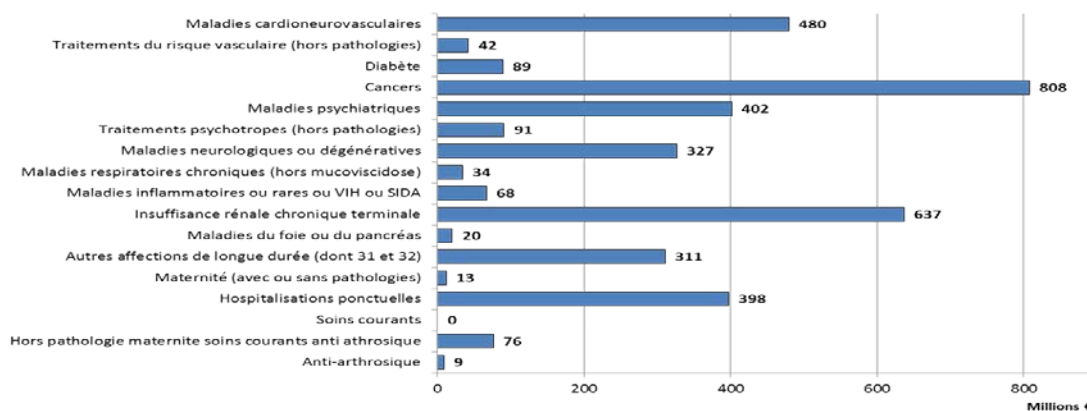
1.1.1. Une dépense en forte croissance, dont la décélération récente n'est encore ni stabilisée ni suffisante pour être compatible avec l'ONDAM

Aux termes du code de la santé publique (CSP), les transports sanitaires (TS) sont ceux constitués de véhicules de transports « *spécialement adaptés à cet effet* » : s'agissant des transports terrestres, ils ne concernent que les ambulances et les véhicules sanitaires légers (VSL) ; en revanche, aux termes du code de la sécurité sociale (CSS), qui ne dispose essentiellement que des conditions de prise en charge du transport de patients, les frais de transport qui peuvent être pris en charge sont ceux acquittés dans le cadre de transports par voie d'ambulance ou par voie de transport assis professionnalisé (TAP), indistinctement VSL et taxis. Cette différence d'expression entre les deux codes peut prêter à confusion, s'agissant notamment des VSL et des taxis (cf. 2.2. infra).

Au cours de la dernière décennie, les dépenses de transport sanitaire définies comme les dépenses de transports de patients, par tous modes (ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis et autres modes) et pris en charge par les organismes de l'assurance maladie, ont évolué à un rythme élevé, pour dépasser, désormais, le montant de 4 Mds€. A titre de comparaison, les honoraires versés aux généralistes s'élèvent à 8 Mds€ par an.

Cette dépense est à hauteur de 63%, prescrite par les établissements de soins, publics ou privés, et à hauteur de 37%, par la médecine de ville. Elle concerne, pour 80%, les patients atteints d'une ALD, qui représentent 60% des 5,2 millions de patients transportés en 2014 ; le cancer (21% des dépenses), l'insuffisance rénale chronique (17%), ainsi que les pathologies cardiovasculaires (13%) et psychiatriques (11%) constituent les affections les plus fréquentes.

Graphique 1 - Répartition des 3,8 Mds€ de dépenses remboursées en 2012 sur le poste transport selon les groupes de populations (source : CNAMTS)



⁵ L'essentiel des données présentées dans cette partie du rapport est détaillée à l'Annexe 3 « L'offre de transports sanitaires : cadre juridique, caractéristiques économiques, volumétriques et tarifaires »

Rapport

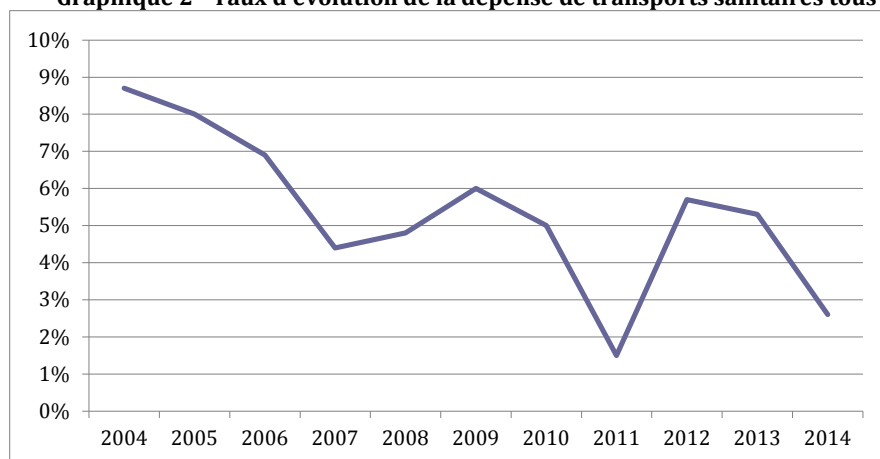
Sur le plan budgétaire, cette dépense est portée par l'enveloppe « ONDAM Soins de ville ». En dépit d'une récente mais irrégulière décélération, elle évolue, en moyenne, à un rythme supérieur à 4% l'an.

Tableau 1 - Dépense de transports sanitaires tous régimes⁶

En M€	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense totale	NC	NC	NC	3114	3253	3407	3612	3793	3851	4072	4287	4397

Source : DREES –données 2003-2004-2005 arrondis par la mission (changement méthodologique en 2006) –Dépense remboursable

Graphique 2 - Taux d'évolution de la dépense de transports sanitaires tous régimes



graphique

Source : DREES

Ce rythme de progression est supérieur au rythme de croissance des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) :

Tableau 2 - Taux de croissance comparé des dépenses de transports sanitaires et de l'ONDAM

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Evolution annuelle de la dépense de transports sanitaires		8,7%	8%	6,9%	4,4%	4,8%	6%	5%	1,5%	5,7%	5,3%	2,6%
Evolution annuelle de l'ONDAM	6,4 %	4,9 %	4,0 %	3,2 %	4,0 %	3,5 %	3,6 %	2,6 %	2,7 %	2,3 %	2,2 %	2,5%

Source : DREES

La décélération significative et atypique observée en 2011 résulte de la combinaison à la fois :

- ◆ de la correction d'un biais statistique⁷ portant sur deux ALD et pesant, semble-t-il, de l'ordre d'un point d'évolution ;
- ◆ de la conséquence de mesures de maîtrise de la dépense, qui portent à la fois sur les ALD⁸, et sur les évolutions tarifaires, notamment celles des ambulances et des VSL, relatives à la fois aux taux d'évolution et à l'instauration d'un mécanisme de

⁶ La mission s'est appuyée essentiellement sur les données de 2013 et de 2014, elle a pris en compte pour certaines analyses les données 2015 lorsque celles-ci étaient disponibles et définitives.

⁷ Correction de l'imputation erronée sur le régime général, du poids du ticket modérateur sur l'ALD dite « hors liste » (ALD 31) et sur l'ALD dite « entraînant un état pathologique invalidant » (ALD 32) pour un montant d'environ 40 M€.

⁸ A compter du 1er avril 2011, la prise en charge est limitée aux patients dont l'incapacité ou la déficience ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens (décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée).

Rapport

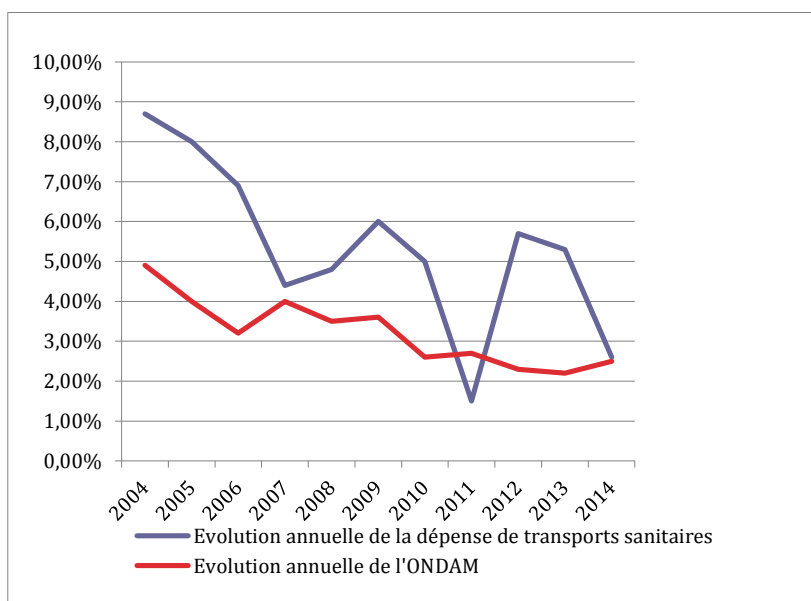
régulation⁹. La revalorisation des tarifs de taxis a également été plus faible en 2010 et 2011.

Hors impact de la correction du biais statistique, l'augmentation des dépenses de transport sanitaire peut être évaluée à 2,5% en 2011, soit un taux qui demeure inférieur au taux constaté lors des années précédentes.

De même, en 2014, les dépenses de transports sanitaires ont évolué au taux de 2,6%, soit un taux proche de celui de l'ONDAM (2,5%).

En revanche, **si les données 2015 ne sont pas encore complètement stabilisées, les premiers éléments communiqués à la mission laissent entrevoir un nouveau rebond, avec un taux de croissance estimé à environ 4%.**

Graphique 3- Evolution comparée de l'évolution des dépenses de transports sanitaires et de l'ONDAM



Source : DREES

1.1.2. Une dépense aux déterminants socio-médicaux favorables à sa croissance et qui traduit un choix de socialisation élevée

1.1.2.1. Des déterminants socio-médicaux favorables à la croissance de la dépense

La plupart des déterminants médicaux, sociodémographiques et de choix publics d'organisation d'offre de soins ont pour effet la croissance de la dépense de transport sanitaire.

Le vieillissement de la population, le poids croissant des affections de longue durée (ALD), la concentration géographique de plateaux techniques référents ou performants, le virage ambulatoire, les nécessaires liaisons entre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou les structures de soins de suite et de réadaptation d'une part, et les établissements hospitaliers, d'autre part, conduisent vraisemblablement à une augmentation structurelle de demande de transports sanitaires : cette augmentation traduit à

⁹ L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit un mécanisme de régulation des dépenses de transports prescrites à l'hôpital et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, fondé sur la fixation annuelle, par arrêté, d'un taux d'évolution national de ces dépenses. Ce dispositif a été mis en œuvre à compter d'avril 2011

Rapport

la fois des données objectives et des choix de traitement et d'organisation des traitements dont la mission, dans le cadre d'une revue de dépenses, estime ne pas avoir de légitimité ni pour les apprécier, ni pour les mettre en cause. De même, la simplification décidée du régime d'entrées en ALD, dès 2016, devrait avoir un impact à la hausse sur la croissance de la dépense ; les patients en ALD représentent, en effet, plus de 80% de la dépense de transports sanitaires.

En sens inverse, le développement de l'hospitalisation à domicile, du télédiagnostic et de la télé-expertise, celui des soins prodigués par le patient lui-même à domicile grâce à des techniques nouvelles et moins invasives (comme les la dialyse péritonéale, moins développée en France que dans certains pays étrangers) peuvent sans doute permettre de contenir l'évolution de la demande de transports. Sur l'ensemble de ces sujets, une mission *ad hoc* pourrait s'atteler à produire une modélisation de long terme de ces sujets.

Ces évolutions probables des déterminants de la dépense de transports sanitaires, même s'ils jouent dans les deux sens, conduiront, sans doute, à une augmentation structurelle de cette dépense au cours des prochaines années. C'est cette augmentation qu'il convient de mieux maîtriser.

1.1.2.2. Un choix de socialisation élevée de la dépense

Ces évolutions traduisent aussi un choix public de socialisation élevée de la dépense.

Les frais de transports sanitaires, dès lors qu'ils ont été prescrits, sont aujourd'hui remboursés à hauteur de 65%¹⁰. Un certain nombre de cas de figure permettent toutefois d'exonérer le patient du ticket modérateur, notamment les transports liés aux traitements ou examens des patients reconnus atteints d'une affection de longue durée exonérante.

Le reste à charge des ménages est particulièrement faible, s'agissant des dépenses de transport, en comparaison des autres dépenses de l'assurance-maladie :

Tableau 3 - Le reste à charge des ménages par poste de la CSBM

En 2014	En M€	En % du reste à charge
Ensemble	16 175	100%
Soins hospitaliers	2 121	13,1%
Soins de ville	6 242	38,6%
Médicaments	5 404	33,4%
Autres biens médicaux	2 328	14,4%
Transports de malades	79	0,5%

Source : DREES, Comptes de la santé.

¹⁰ Article R. 322-1 du code de la sécurité sociale

Rapport

La part des dépenses remboursées sur les dépenses remboursables se situe ainsi au niveau élevé de 93%¹¹, constant au cours des dernières années.

Tableau 4 - Dépense de transports sanitaires tous régimes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense totale (en M€)	NC	NC	NC	3114	3253	3407	3612	3793	3851	4072	4287	4397
Dépense remboursée (en M€)	2300	2500	2700	2887	3014	3133	3328	3491	3584	3790	3984	4088
Taux de prise en charge (en%)	NC	NC	NC	92,7	92,7	92,0	92,1	92,0	93,1	93,1	92,9	93,0

Source : DREES – données 2003-2004-2005 arrondis par la mission (changement méthodologique en 2006)

Ce taux traduit à la fois le poids élevé des dépenses exonérées de ticket modérateur et le montant réduit de la franchise (20 M€ en 2014, soit 0,6% de la dépense remboursée).

Tableau 5 - Structure des remboursements en 2014

En 2014	Remboursé		Remboursable		Taux de remboursement moyen
Avec ticket modérateur	320 656 355 €	9%	493 252 236 €	13%	65%
Sans ticket modérateur	3 185 569 223 €	91%	3 205 702 011 €	87%	99%
Total	3 506 225 577 €	100%	3 698 954 247 €	100%	95%

Source : CNAMTS. RG-SLM, France entière.

Pour un patient ayant recours au moins une fois dans l'année à un transport pris en charge par l'assurance maladie et sans rapport avec une ALD – pris en charge sans rapport avec une ALD –, le coût annuel moyen peut être évalué à 330 € par an, dont 115 Euros de reste à charge, ramenés à 35 € environ après remboursement, le cas échéant, de la part complémentaire.

L'annexe IV analyse l'impact d'éventuelles mesures de relèvement du ticket modérateur ou de hausse de la franchise ainsi que leur rendement potentiel. Le passage de 35% à 40% du ticket modérateur, pour celles des dépenses de transport qui ne sont pas prises en charge à 100%, réduirait de 27 M€ l'an la dépense de transport remboursée par l'assurance-maladie ; le relèvement du niveau de franchise journalière de 2 à 4 € réduirait cette même dépense de 20 M€ l'an. Toutefois, la mission ne préconise pas l'adoption de telles mesures, qui sembleraient peu cohérentes au regard des ambitions affichées par les pouvoirs publics en matière de développement de l'ambulatoire, d'une part, et de lutte contre le non recours aux soins pour motifs financiers, d'autre part.

1.1.3. Une évolution positive des secteurs économiques concernés, au moins jusqu'en 2013

L'évolution dynamique de la dépense de transports sanitaires est corrélée à une évolution également dynamique des secteurs économiques des transports de patients¹² :

¹¹ Des divergences de périmètre expliquent la légère discordance de ce chiffre fourni par la DREES pour le poste Transports de la CSBM (93% de taux de remboursement par la sécurité sociale) avec celui de 95% fourni par la CNAMTS. Par ailleurs, le tableau 5 présente des données du régime général et des sections locales mutualistes (données CNAMTS) alors que le tableau 4 présente les données tous régimes (DREES).

¹² Les données INSEE de l'enquête ESANE ne sont disponibles que jusqu'à l'exercice 2013.

Rapport

- De 2003 à 2013, le chiffre d'affaires des transporteurs sanitaires au sens strict du CSP (ambulances et VSL) a progressé de 52% et le résultat net comptable de 28%. Cette évolution plus faible du résultat net comptable est la conséquence d'une détérioration marquée du résultat, en 2011, elle-même contrepartie des mesures de maîtrise de la dépense prises au titre de cet exercice (cf. supra) ; dès 2012, l'évolution favorable du résultat reprend ;

Tableau 6 -Secteur des ambulances (code NAF 8690A) de 2003 à 2013

Données financières en M€

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2011 / 2003	2013 / 2003
Unités légales	4 594	4 671	4 624	4 861	4 931	5 130	5 136	5 322	5 318	5 349	5 622	116%	122%
Chiffre d'affaires HT	2 104	2 237	2 348	2 532	2 668	2 750	2 874	2 967	2 986	3 051	3 206	142%	152%
Résultat d'exploitation	161	146	148	184	184	160	219	197	143	138	198	89%	123%
Résultat net comptable	133	125	134	160	164	121	193	225	133	121	170	100%	128%
RNC/CA	6,31 %	5,57 %	5,70 %	6,30 %	6,16 %	4,39 %	6,72 %	7,58 %	4,45 %	3,96 %	5,31 %		

Source : Insee, Suse (Ficus) jusqu'en 2007, Esane depuis 2008

Champ : France entière

- Au-delà de l'évolution favorable du secteur des ambulances et VSL, la dynamique de la croissance du transport de patients au cours de la décennie passée est essentiellement la conséquence de la dynamique de l'évolution des taxis : la croissance du chiffre d'affaire des taxis est de 60% et celui de leur résultat net comptable de 71%.¹³

L'année 2014 et, encore davantage, l'année 2015, non encore disponibles, semblent, dans leurs tendances provisoires, marquer une inflexion dans les données relatives aux taxis, s'agissant au moins des taxis de la région parisienne.

Tableau 7 - Secteur des taxis (code NAF 4932Z) de 2003 à 2013

Données financières en M€

	2003	2004	2005	2006	2007	2011	2012	2013	2007 / 2003	2013 / 2003
Unités légales	32023	33174	31891	34994	35541	39607	40083	42702	111%	133%
Chiffre d'affaires HT	1886	1984	2052	2311	2209	2756	2844	3008	117%	160%
Résultat d'exploitation	429	456	463	535	550	643	634	660	128%	154%
Résultat net comptable	395	426	495	557	582	653	638	676	147%	171%
RNC/CA	20,93 %	21,47 %	24,15 %	24,08 %	26,35 %	23,68 %	22,43 %	22,47 %		

Source : Insee, Suse (Ficus) jusqu'en 2007, Esane depuis 2008 -Calcul mission

Champ : France entière

¹³ Le fait que le ratio RNC/CA soit très supérieur pour les taxis que pour les ambulances et les VSL ne signifie pas que la santé économique des premiers serait meilleure que celle des seconds, au moins dans les mêmes proportions. Le poids des unités légales sous la forme d'artisan, d'artisan commerçant, de personnes physiques ou de société unipersonnelle représente près de 90% de la population des exploitants de taxis et près de 70% du chiffre d'affaires de la profession.

En sens inverse, les opérateurs d'ambulances et de VSL sont constitués, à hauteur des 2/3 de la population concernée, sous la forme de sociétés anonymes, qui représentent près des ¾ du chiffre d'affaires de la profession.

Dans un premier cas, le détenteur de l'entreprise se rémunère, le plus souvent non pas sous une forme salariale, mais en prélevant le RNC de l'entreprise. Dans le second cas, les rémunérations sont versées sous la forme de charges salariales.

Rapport

De même, alors que le transport de patients pris en charge par l'assurance maladie ne représentait que l'ordre du quart de l'activité des taxis en 2003 et que seules 20% des autorisations de stationnement (ADS) étaient accompagnées d'une convention avec les organismes d'assurance-maladie, le TAP représente, en 2013, plus de 50%¹⁴, en montant, de l'activité des taxis et près deux tiers des ADS bénéficient, en 2015, d'une convention délivrée par un organisme de l'assurance maladie.

Tableau 8 : Dépense de transport par taxis pour les organismes de l'assurance-maladie et chiffre d'affaires du secteur des taxis

En Mds€	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Montant total des dépenses de taxis pour l'AM	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5
CA du secteur des taxis	1,9	2	2,1	2,3	2,2	NC	NC	NC	2,8	2,8	3	NC
%	26%	30%	33%	35%	41%	ND	ND	ND	43%	50%	48%	ND

Source : CNAMTS (dépenses) - INSEE (CA)

1.1.4. Des dynamiques divergentes selon les modes de transport et les territoires qui révèlent des marges d'optimisation

1.1.4.1. La confirmation du poids croissant du transport par taxi

1.1.4.1.1. Dans la dépense...

La croissance de l'activité et des résultats du secteur des taxis, au moins jusqu'en 2013¹⁵, est très largement la conséquence de leur poids croissant dans le transport sanitaire :

Tableau 9 - Répartition des dépenses de transports sanitaires remboursées par mode de transport

En Mds€	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Montant total des dépenses d'ambulances (3)	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7
Montant total des dépenses de VSL (véhicules sanitaires légers) (3)	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8
Montant total des dépenses de taxis (3)	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5
Montant total	2,2	2,4	2,5	2,8	2,9	3,0	3,3	3,4	3,4	3,7	3,8	4,0

Source CNAMTS

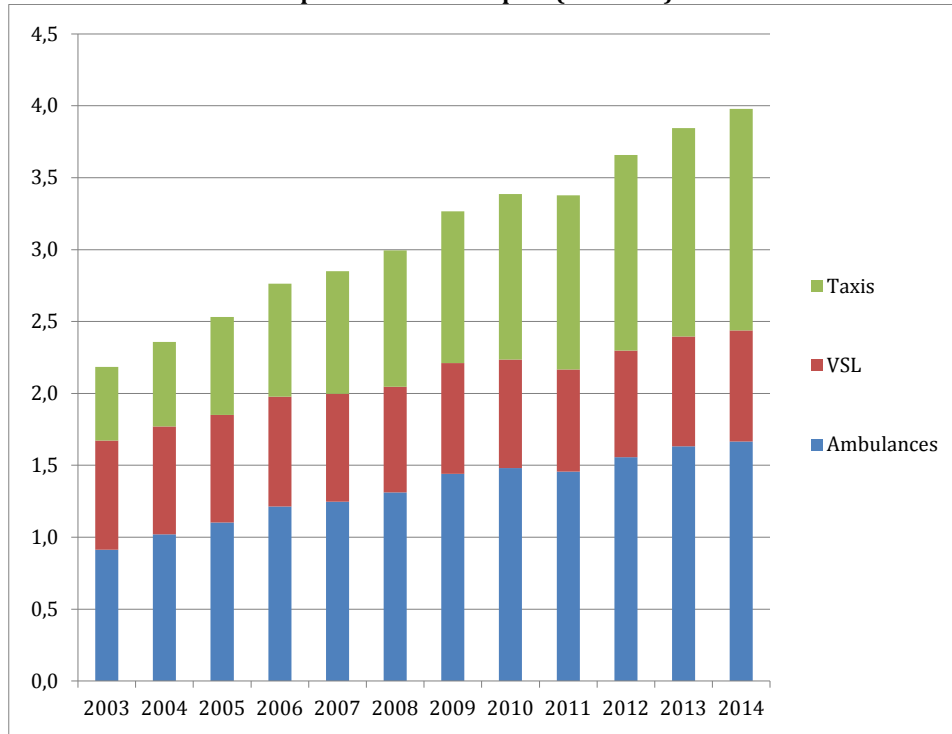
De 20% de la dépense de transports de patients en 2003, le poids des taxis est passé à 40% en 2014.

¹⁴ Une partie des dépenses au titre du TAP n'est ni remboursable, ni remboursée (pris en charge) par l'assurance maladie ; elle n'apparaît pas dans les dépenses des organismes de l'assurance-maladie, mais, sans doute, pour partie, dans celles des organismes complémentaires de l'assurance-maladie ; elle contribue, bien sûr, au chiffre d'affaires de la profession. Le taux de 48% constaté en 2013 est, à cet égard, un « minorant » sensible.

¹⁵ Comme indiqué supra, l'année 2014 et, encore davantage, l'année 2015, semblent marquer une inflexion dans les données relatives aux taxis, s'agissant au moins des taxis de la région parisienne

Rapport

Graphique 4 - Evolution de la répartition des dépenses de transports sanitaires remboursées par mode de transport (en Mds €)



Source : CNAMTS

1.1.4.1.2. ... Comme dans l'évolution physique du parc

Un peu plus de 64.000 véhicules assurent, en 2015, le transport des patients pour un peu moins de 60.000 en en 2009 : le parc de véhicules a augmenté de 8% en six ans.

Tableau 10 - Répartition par nature de transporteur et par nombre de véhicules

Année	Nombre de sociétés de taxis	Nombre de véhicules taxis	Nombre de sociétés de transports sanitaires	Nombre de véhicules ambulances	Nombre de véhicules VSL
2009	22 214	31 384	5 797	13 560	14 612
2010	23 880	33 521	5 808	13 719	14 546
2011	24 752	34 753	5 852	13 854	14 292
2012	25 739	36 115	5 807	13 992	14 084
2013	26 619	37 100	5 774	13 936	14 009
2014	24 665	35 219	5 729	13 805	13 832
2015	25 941	36 575	5 706	13 824	13 764

Source : FNPS

Cette évolution est, comme pour la dépense, la conséquence de l'évolution rapide du parc de taxis agréés : le parc des taxis a évolué, sur la période sous revue, de 17%, alors que celui des ambulances n'a évolué que de 2% et celui des VSL s'est réduit de 6%.

Rapport

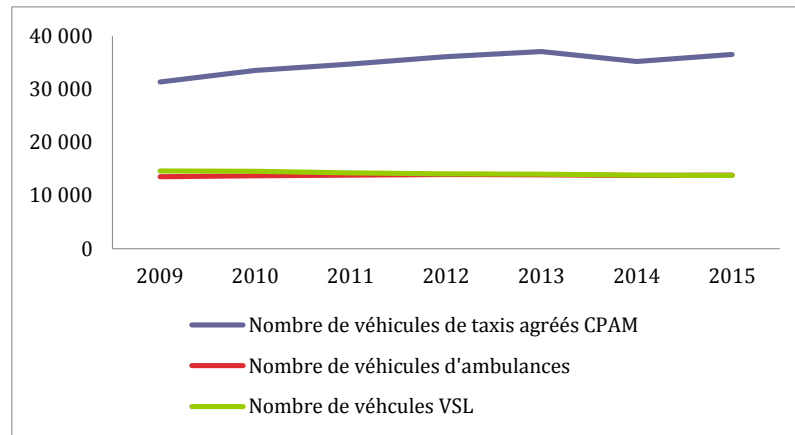
Tableau 11 - Evolution de la répartition par nature de transporteur et par nombre de véhicules

Evolution	Nombre de sociétés de taxis	Nombre de véhicules taxis	Nombre de sociétés de transports sanitaires	Nombre de véhicules ambulances	Nombre de véhicules VSL
2010/2009	7,50%	6,80%	0,20%	1,20%	-0,50%
2011/2010	3,70%	3,70%	0,80%	1,00%	-1,70%
2012/2011	4,00%	3,90%	-0,80%	1,00%	-1,50%
2013/2012	3,40%	2,70%	-0,60%	-0,40%	-0,50%
2014/2013	-7,34%	-5,07%	-0,78%	-0,94%	-1,26%
2015/2014	5,17%	3,85%	-0,40%	0,14%	-0,49%

Source : FNPS

Ainsi, alors que le nombre de VSL était supérieur, en 2009, à celui des ambulances, il est aujourd'hui à peu près identique.

Graphique 5 - Evolution du nombre de véhicules par nature de transporteur



Source : FNPS

L'offre de véhicules de transports sanitaires, au sens du code de la santé publique (ambulances-VSL), tend à décroître sous l'effet de la réduction tendancielle du nombre de VSL. A l'inverse, l'offre de taxis tend à croître de manière relativement rapide.

1.1.4.2.Des spécificités et dynamiques territoriales très différentes

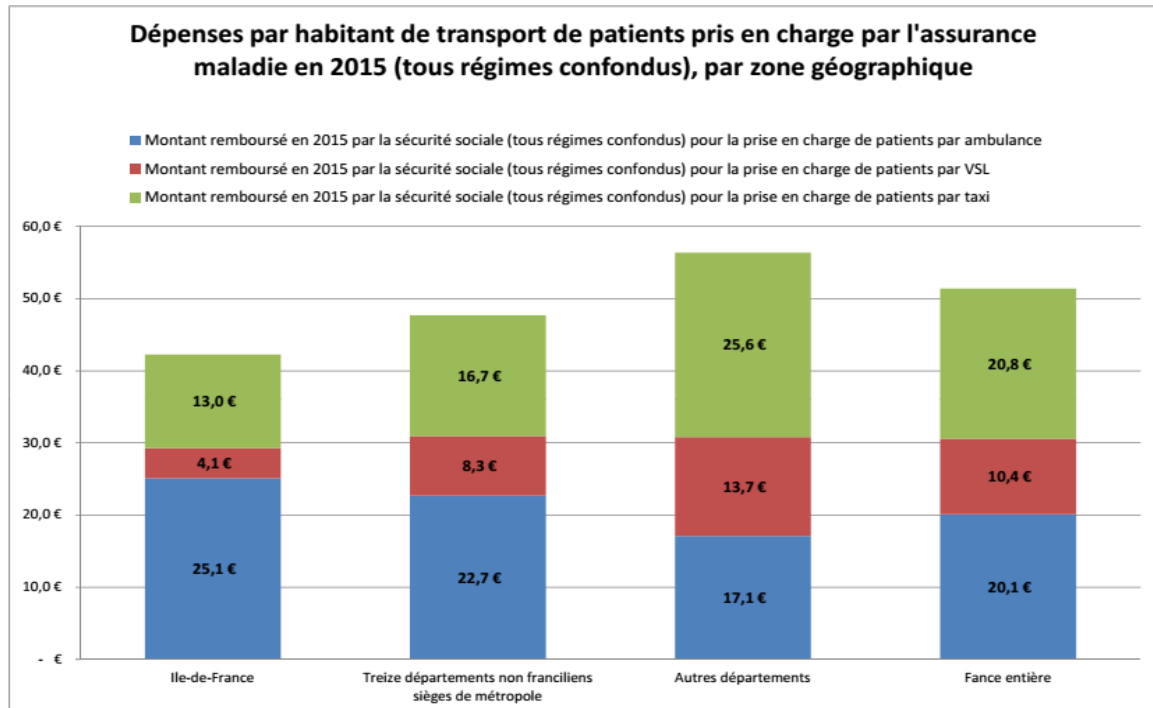
1.1.4.2.1. Une dépense par habitant hétérogène sur le plan territorial et par mode de transport

Le coût moyen par habitant des dépenses de transport de patients pris en charge par l'assurance maladie varie de manière importante selon les départements, dans un rapport de 1 à plus de 3. Les données de la CNAMTS (relatives au seuls régime général et sections locales mutualistes) montrent que ce coût est de 3,3 fois supérieur dans les départements enregistrant la dépense par habitant la plus élevée (la Creuse et les Alpes-de-Haute-Provence, avec un coût de 97€), par rapport au département ayant la dépense par habitant la moins élevée (les Hauts-de-Seine, avec un coût de 29,2 €).

Rapport

Cet écart entre départements est naturellement lié à la plus ou moins grande proximité de la population avec les centres hospitaliers majeurs ; il tient aussi, pour partie, à la prévalence de transports collectifs de proximité, pour ceux des patients pour lesquels leur état le permet. En effet, la dépense par habitant est moindre en Ile-de-France (42,2€) et dans les treize départements sièges d'une métropole (47,7€), comparée à celle constatée pour les autres départements (56,4 €).

Graphique 6 : Dépenses par habitant de transport de patients pris en charge par l'assurance-maladie, par zone géographique



Champs : soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes.

Sources : données de consommation inter régimes

Ces données indiquent aussi que la structure de la dépense, entre les différents modes de transport, prise en charge par l'assurance maladie est également très variable selon les territoires et les départements.

De manière générale, les départements urbains enregistrent un niveau de dépense de transport par ambulance, par habitant, nettement supérieur aux autres territoires. Ce coût s'est élevé en 2015 à 25,1 € en Ile-de-France et à 22,7 € dans les treize départements sièges d'une agglomération, alors qu'il est limité à 17,1 € en moyenne pour les autres départements.

Inversement, la dépense par habitant engendrée par le transport en VSL et, surtout, par taxi, est structurellement plus faible dans les départements dotés d'une agglomération que dans les autres (cf. graphique ci-dessus). La dépense moyenne par habitant de transport par VSL ou taxi dans les treize départements sièges d'une agglomération a été limitée respectivement à 25 €, tandis qu'elle s'est élevée à de 39,3 € sur le reste du territoire. A nouveau, l'offre en transport collectif de proximité, en milieu urbain et très urbain, tient sans doute un rôle, pour ceux des patients dont l'état ne nécessite pas un recours à l'ambulance. .

1.1.4.2.2. Une densité de l'offre également variable selon les territoires et selon les modes de transport

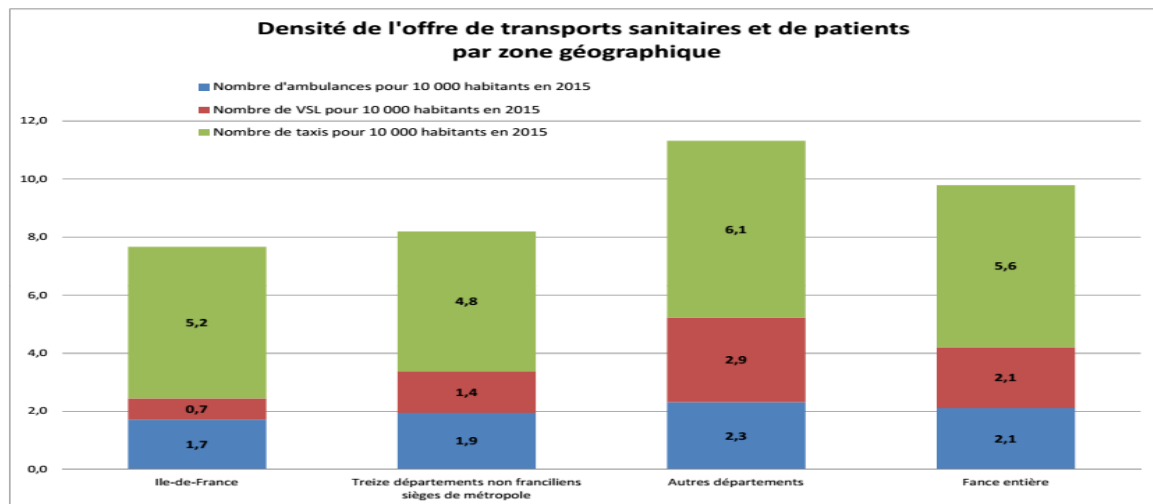
La densité de transport est également très variable selon les territoires. Si la densité moyenne nationale est de 9,8 véhicules (ambulances, VSL, taxis) pour 10 000 habitants, l'écart-type

Rapport

interdépartemental (4,6) révèle une forte dispersion autour de cette moyenne. L'éloignement relatif des départements des centres hospitaliers majeurs, comme, à nouveau, la densité de l'offre de transport collectif de proximité, rend compte en partie de cette dispersion. Comme le montre le graphique 7 ci-dessous, la densité de véhicules conventionnés est nettement inférieure en Ile-de-France et dans les treize départements sièges d'agglomération (avec respectivement des densités pour 10 000 habitants de 7,7 et 8,2) que dans les autres départements (dont la densité moyenne est de 11,3 véhicules pour 10 000 habitants).

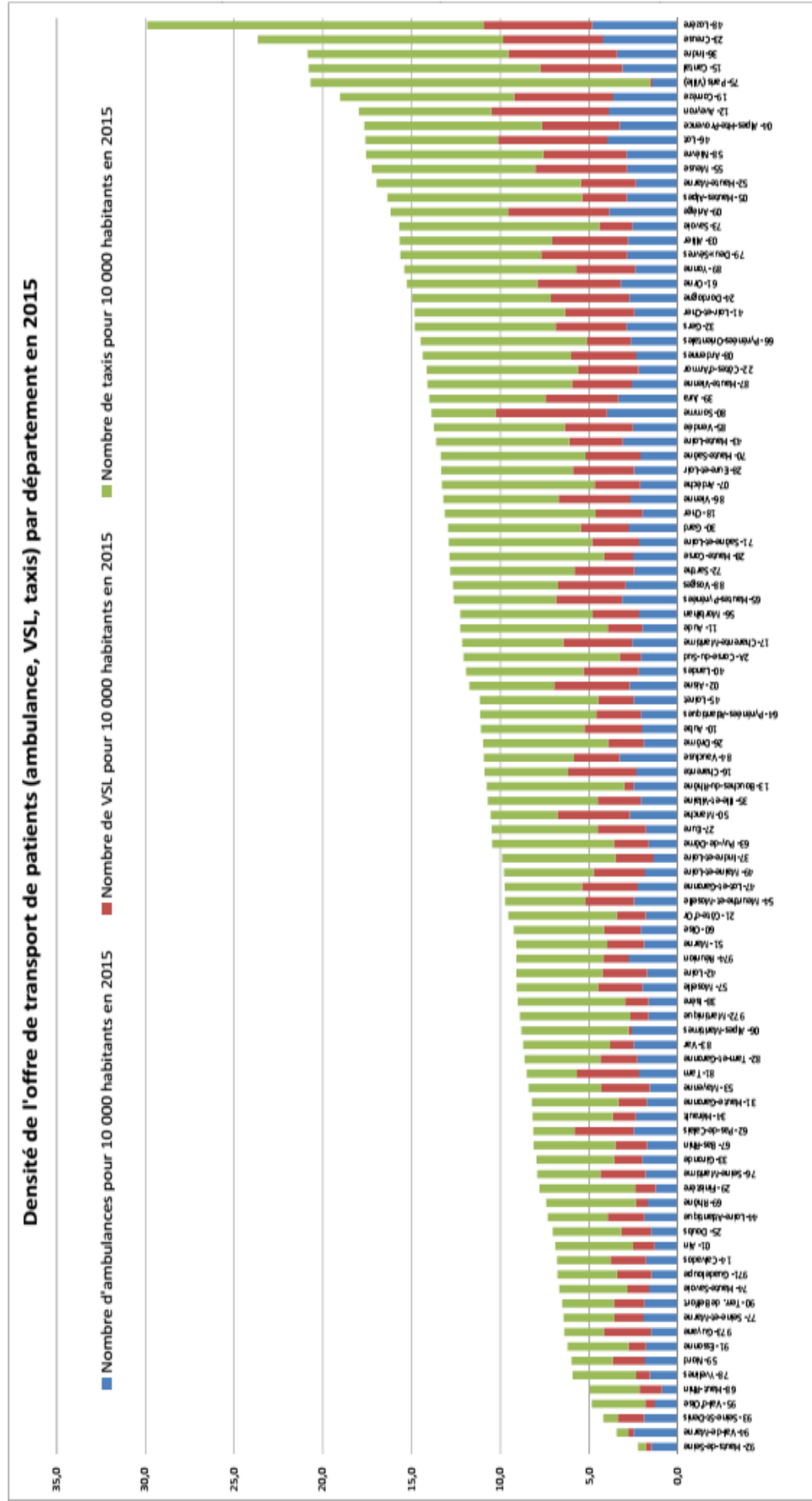
La structure de l'offre est également variable selon les territoires. La densité des VSL est significativement plus faible dans les départements urbains que dans les autres. Alors que l'offre de VSL est quasi inexistante en Ile-de-France (avec une densité de 0,7 pour 10 000 habitants) et faible dans les départements siège d'une agglomération (avec une densité de 1,4), elle est significative dans les autres départements (avec une densité de 2,9). De même, les différences de densité sont particulièrement fortes s'agissant de l'offre de taxi. Le graphique ci-dessous montre ainsi que la densité de taxis conventionnés est en moyenne de 4,8 pour les départements sièges d'agglomération, alors que cette densité atteint 6,1 véhicules pour 10 000 habitants dans les autres départements.

Graphique 7 – Densité de l'offre de transport par zone géographique



Champs : soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes. Sources : Données de consommation inter régimes (DCIR)

Graphique 8 – Densité de l'offre de transport de patient par département



Champs : soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes. Sources : Données de consommation inter régimes (DCIR).

Rapport

1.1.4.2.3. Mais la situation géographique n'explique pas toujours les écarts de dépense ni les écarts de densité de l'offre de transports sanitaires

Il convient en effet de noter qu'entre départements aux caractéristiques géographiques similaires des différences substantielles peuvent exister dans la structure de la dépense. Par exemple, le département de la Somme se distingue des autres départements non siège de métropole par une faible dépense par habitant lié au transport par taxi (14,4 €), mais par un coût par habitant de transport par ambulance et par VSL relativement important (respectivement de 29,8 € et de 32,5 €). Ces différences de niveau et de structure de la dépense entre territoires apparaissent étroitement liées au niveau et à la structure de l'offre de transport sanitaire.

Ainsi, de façon générale, les patients qui habitent en milieu peu ou pas urbanisé consomment davantage de dépenses de transports sanitaires remboursées et, quand ils ont recours à de tels transports, ont très sensiblement davantage de dépenses de taxi que les patients habitants dans les départements sièges d'agglomération.

Certains départements disposent d'une offre de transport qui se distingue de celle de départements ayant des caractéristiques démographiques comparables. Ainsi, par exemple, des écarts très importants de densité de véhicules assurant le transport de patients (ambulances, VSL et taxis conventionnés) sont constatés parmi les départements dont plus de 80% de la population habite dans des communes de moins de 10 000 habitants.

La densité des véhicules pour 10 000 habitants est particulièrement élevée dans la Meuse (17,2), le Lot (17,6), le Cantal (20,8) et surtout en Lozère (29,9). Elle est nettement plus faible dans l'Ain (6,9), en Ardèche (13,3) ou dans les Vosges (12,7). Les autres départements de cette strate démographique enregistrent des niveaux de densité compris entre 14 et 17 véhicules pour 10 000 habitants.

De même, les densités constatées dans les départements du Territoire de Belfort (6,5), de la Haute-Savoie (6,7), du Doubs (7,5), du Tarn-et-Garonne (8,6) ou du Tarn (8,5) apparaissent faibles, au regard du caractère relativement rural de ces départements (plus de 63% de la population vivant dans des communes de moins de 10 000 habitants).

Le graphique suivant montre que les écarts en nombre de véhicules de transports sanitaires par départements et par tranche de 10 000 habitants est de 1 à plus de 6 et que le nombre de taxis conventionnés par tranche de 10 000 habitants varie de 1 à plus de 20 entre les départements. Il est vrai que l'absence de contingentement de l'offre de taxis, à la différence des véhicules sanitaires, rend possible de tels écarts.

1.1.5. On observe également des évolutions tarifaires hétérogènes, particulièrement dynamiques au profit du mode de transport qui est déjà le plus dynamique

1.1.5.1. La fixation des tarifs des transports sanitaires diffère entre ambulances et VSL d'une part, taxis d'autre part

Les deux principaux segments du transport sanitaire et du transport de patients, ambulances et VSL d'une part, taxis d'autre part, obéissent à des réglementations et conditions d'agrément, de conventionnements et tarifaires différentes (cf. Annexe III - « L'offre de transports sanitaires : cadre juridique, caractéristiques économiques, volumétriques et tarifaires ») :

Rapport

- ◆ s'agissant des ambulances et VSL, qui, seuls, répondent à la définition du transport sanitaire telle qu'elle ressort du code de la santé publique¹⁶, le nombre d'exploitants comme le nombre de véhicules est arrêté par les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), qui s'inscrit dans un cadrage réglementaire général¹⁷ ; les conditions tarifaires sont arrêtées dans un cadre fixé par le code de la sécurité sociale¹⁸ et déclinées par voie conventionnelle entre l'assurance-maladie et les représentants des transporteurs privés.

Ces conditions tarifaires comprennent à la fois des éléments forfaitaires et des éléments fonction du kilométrage parcouru.

Ils sont différents selon qu'il s'agisse d'ambulances ou de VSL.

- ◆ s'agissant des taxis, leur capacité à assurer du transport de patients n'est non pas régie par le code de la santé publique, mais par le code de la sécurité sociale (CSS). L'article R322-1061 du CSS indique que : « *Les transports pris en charge par l'assurance maladie peuvent être assurés par les moyens suivants : 1° L'ambulance ; 2° Le transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger et taxi ; 3° Les transports en commun terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière, les moyens de transport individuels...* »

Chacune des entreprises de taxis autorisée à réaliser du transport assis professionnalisé doit être préalablement conventionnée par un organisme local de l'assurance-maladie ; les conditions d'exercice, notamment tarifaires, sont déclinées dans cette convention sous un double-encadrement :

- la convention doit respecter une convention type arrêtée, en 2008, par le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) ;
- les dispositions tarifaires de la convention, qui s'inscrivent dans le cadre général de l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale¹⁹, « *ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur* », c'est-à-dire les tarifs arrêtés par les Préfets dans chaque département, en application des dispositions réglementaires nationales relatives aux courses de taxis, quel que soit leur objet²⁰.

¹⁶ L'article L 6312-1 du code de la santé publique (CSP) définit le transport sanitaire comme « *tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.* » L'article R6312-13 du code de la santé publique indique : « *L'agrément portant à la fois sur les transports effectués au titre de l'aide médicale urgente et sur ceux effectués sur prescription médicale ne peut être délivré qu'aux personnes physiques ou morales de droit privé et aux établissements de santé publics ou privés disposant :*

1° De personnels titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier, éventuellement accompagnés de personnels des catégories mentionnées aux 3° et 4° de l'article R. 6312-7 ;

2° D'au moins deux véhicules des catégories A, C ou D mentionnées à l'article R. 6312-8, dont au moins un véhicule des catégories A ou C ;

3° D'installations matérielles conformes aux normes définies par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Ces véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire sont soit des ambulances (catégories A et C), soit des véhicules sanitaires légers (VSL) (catégorie D). Les taxis ne ressortent ainsi pas du « transport sanitaire », au sens du Code de la santé publique.

¹⁷ Notamment, l'article R 6312-30 du code de la santé publique

¹⁸ L'article L322-5-2 du code de la sécurité sociale fixe notamment les conditions conventionnelles de rémunérations des entreprises de transports sanitaires

¹⁹ Dans ses deux premiers alinéas, cet article L322-5 inique notamment que : « *Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé.*

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. [...]. »

²⁰ La dernière révision des conditions générales de fixation des tarifs de taxis est issue du décret n° 2015-1252 du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi.

Rapport

Les conditions tarifaires générales qui sont celles des taxis lorsqu'ils effectuent du transport assis professionnalisé ne ressortent pas de conditions fixées par l'assurance-maladie mais des règles de droit commun relatives aux taxis, dans toute leur composantes et leurs complexité : tarification du temps d'approche, du temps d'attente et tarif horokilométrique.

Par ailleurs, ces conditions générales fixent un plafond, chaque organisme local de l'assurance-maladie pouvant et ayant négocié, avec les organisations représentatives de la profession, une convention locale. **Cette convention comprend en général une remise sur les tarifs préfectoraux, remise qui, cependant, est plafonnée à 15% des tarifs préfectoraux par la décision précitée du directeur général de l'UNCAM.**

1.1.5.2. Les tarifs des différents acteurs du transport sanitaire et du transport de patients ont évolué de façon divergente au cours des dernières années

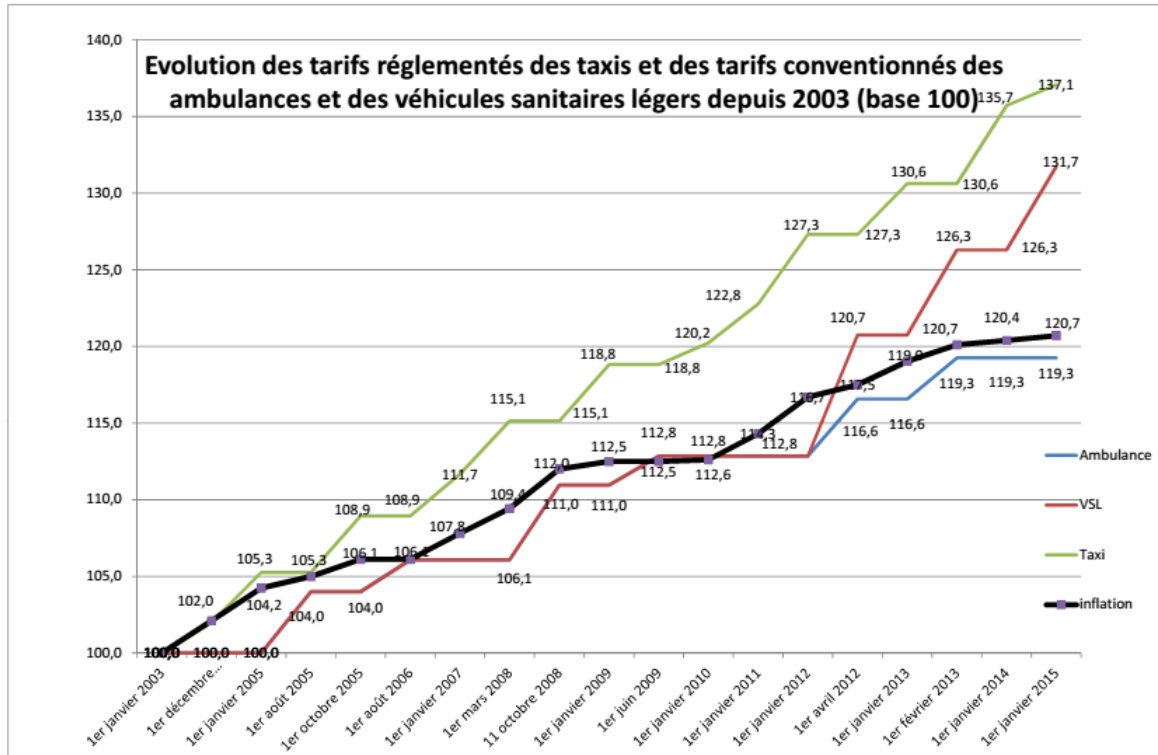
Au cours des dernières années, les tarifs des transports sanitaires ont évolué de façon divergente entre les différents modes, de façon rapide pour les tarifs des taxis et des VSL, de façon plus modérée pour les ambulances : les tarifs des ambulances ont évolué légèrement moins vite que l'inflation au cours de la dernière décennie. D'un indice 100 au 1^{er} janvier 2003, les tarifs des taxis se situent, au 1^{er} janvier 2015, à l'indice 137,1, ceux des VSL à l'indice 131,7 et ceux des ambulances à l'indice 119,3.

Toutefois, il convient de souligner que les revalorisations récentes des VSL et des taxis sont, pour partie, la conséquence de la répercussion de l'augmentation du taux de TVA auquel ils sont assujettis. Le taux de TVA applicable est en effet passé de 5,5% à 7% en 2012, puis de 7 à 10% en 2014.

Par ailleurs, en pratique et s'agissant des seuls taxis, la comparaison entre départements des tarifs applicables aux remboursements du transport de patient par l'assurance maladie est très complexe. Le bilan des « conventions taxis » établi par l'UNCAM (cf. Annexe III) témoigne en effet de la grande disparité des clauses des conventions départementales. Les dispositions facultatives de la convention type sont reprises, au plan local, de façon variable, tant dans leur nombre que dans leur ampleur. De fait, les négociations menées par les CPAM ont un caractère multidimensionnel marqué ; elles ne se limitent pas à négocier un taux de remise. Les négociations ont parfois d'abord porté sur une limitation du temps d'attente, sur la mise en place de forfaits, sur les modalités de facturation du transport partagé, sur le contrôle des distances parcourues.

Rapport

Graphique 9 – Evolution comparée des tarifs des ambulances, des VSL et des taxis



Source : mission sur données CNAMTS

Au moins jusqu'en 2012, alors que les VSL présentent un niveau d'équipement médical supérieur à ceux des taxis (cf. 2.1.1. Infra), **les choix tarifaires effectués ont conduit à favoriser la croissance rapide du taxi dans le TAP** (cf. supra), alors que rien ne justifie (cf. 2 infra) que, pour un même trajet, le tarif proposé par le taxi soit supérieur à celui proposé par un VSL (cf. 1.1.5.3 infra).

1.1.5.3. Il apparaît en effet que le coût d'un trajet en taxi est très sensiblement plus élevé que le coût d'un trajet en VSL, dans une proportion de l'ordre de 25 à 30%

Les données brutes disponibles font apparaître un coût moyen par trajet effectué en taxi 49% plus élevé que celui d'un trajet réalisé en VSL. Le tableau 10 ci-dessous évalue le coût moyen des trajets effectués en ambulance, en VSL ou en taxi en rapportant les montants remboursés en 2015 (régime général et sections locales mutualistes) au nombre de transports effectués par chacun de ces modes de transports. Il fait apparaître un coût moyen par trajet réalisé en VSL de 32,8 €, contre un coût moyen de 48,9 € pour un trajet effectué en taxi.

Tableau 12 – Coûts moyens d'un trajet en ambulance, en VSL ou en taxi.

	Nombre de transports effectués en 2015	Montants remboursés en 2015	Coût moyen d'un trajet
Ambulances	14 547 132	1 321 738 525 €	90,9 €
Véhicules sanitaires légers	20 860 009	684 841 667 €	32,8 €
Taxis	27 919 779	1 366 326 774 €	48,9 €

Source : CNAMTS

Champs : soins liquidés en 2015 ; régime général et sections locales mutualistes ; France entière.

Toutefois, cette évaluation « brute » ne permet pas de conclure directement que le recours au taxi serait plus coûteux, dans cette proportion, que le transport par VSL.

Rapport

En effet, ces coûts moyens ne prennent pas en compte le nombre de kilomètres parcourus. Or, cette donnée n'est pas disponible, compte tenu de l'absence de système d'information fournissant des données précises sur la facturation des taxis (kilométrage, temps d'approche, temps d'attente, forfaits etc.).

Il est vrai que le dispositif actuel de prise en charge par l'assurance maladie, fondé sur des conventions départementales prévoyant des remises et aménagements des tarifs, complexes, fixés par arrêté préfectoral rend très difficile la mise en place d'un système d'information national. L'absence de généralisation de la géo-localisation, de l'utilisation d'un distancier et de la transmission électronique des données par les entreprises de taxi accentue encore cette difficulté.

Afin de rendre la comparaison possible, la CNAMTS a réalisé, en 2013, une étude portant sur un échantillon de patients dialysés, bénéficiant de transports itératifs effectués à la fois en taxi et en VSL. L'hypothèse sous-jacente est que le déplacement du patient est identique pour chacun de ces deux modes de transport et correspond au trajet entre son domicile et le centre de dialyse.

Cette étude montre que les trajets en taxis sont globalement plus chers de 25% à 30% que les trajets en VSL. Toutefois, ce constat doit être nuancé selon la distance du trajet ou selon le territoire :

- ◆ Sur les petits trajets (inférieurs à 7 km parcourus) : pour 67% des patients, le trajet en taxi est moins cher d'au moins 10% ;
- ◆ Sur les trajets de moyenne distance (entre 7 et 15 km parcourus) : pour 55% des patients, le trajet en taxi est moins cher d'au moins 10% ;
- ◆ Sur les longs trajets (entre 15 et 50km parcourus) : pour 73% des patients, le trajet est plus cher en taxi d'au moins 10% ;
- ◆ Les résultats varient sensiblement d'une région à l'autre.

L'étude a porté sur un nombre trop restreint de patients (745) pour permettre une extension de l'analyse des prix relatifs des taxis et des VSL département par département.

Mais, pour de nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission, **ces différences tarifaires au sein du transport assis professionnalisé génèreraient des stratégies d'optimisation de la part des entreprises du secteur.** En développant une activité de taxis, certaines sociétés de transport sanitaire, dites « bicéphales »²¹, ont étendu leur parc de véhicules effectuant du transport de patients au-delà des autorisations de mise en service de véhicules sanitaires délivrées par l'ARS. Ces sociétés seraient surtout en mesure d'affecter, à la course de transport assis professionnalisé prescrite par le médecin, le véhicule permettant de maximiser son rendement, en fonction des caractéristiques de la course effectuée. En effet le référentiel national de prescription arrêté en 2006 ne distingue pas, dans le transport assis, ce qui ressort, selon de l'état du patient, du transport par VSL ou par taxi, qui répondent pourtant à des formules tarifaires distinctes.

Il apparaît hautement probable que la distorsion tarifaire entre VSL, taxis et ambulances ait eu un impact significatif sur l'évolution de la structure de l'offre. Les tarifs moins avantageux des VSL ont, selon toute vraisemblance, conduit à une part de l'offre d'ambulances plus significative dans les grandes agglomérations et à l'accroissement de l'offre de taxis conventionnés sur l'ensemble du territoire national.

²¹ Les entreprises qualifiées de « bicéphales » sont celles qui possèdent et exploitent à la fois des taxis et des véhicules de transport sanitaire (VSL, ambulances).

1.2. Le pilotage éclaté de cette dépense ne permet pas de la réguler efficacement

1.2.1. La prise de conscience par les acteurs concernés des enjeux financiers a conduit au développement souvent foisonnant d'initiatives et d'instruments de maîtrise de la dépense

Le sujet des transports sanitaires est à l'agenda des pouvoirs publics depuis 2010 et a fait l'objet depuis cette date de nombreux rapports. Il constitue depuis plusieurs années une priorité de la gestion du risque de l'assurance maladie.

1.2.1.1. Des mesures ont été initiées pour adapter les outils de régulation de l'offre à l'évolution de sa structure

- ◆ **Le décret n°2012-1007 du 29 août 2012 a fait évoluer les règles de gestion des agréments et des autorisations de mise en service de véhicules pour permettre une meilleure régulation du parc de véhicules sanitaires.**

L'article R 6312-30 du code de la santé publique prévoit que l'offre de transport sanitaire (ambulances et VSL) est soumise à un quota ou plafond départemental arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) concernée. Ce quota, selon les dispositions du même article, est obtenu par l'application à la population du département des indices prévus à l'article R. 6312-29²². Le plafond départemental ainsi arrêté peut ensuite être éventuellement majoré ou minoré pour prendre en compte des caractéristiques démographiques ou économiques départementales. L'article R 6312-32 prévoit que ces indices, ainsi que le quota départemental, sont révisés au moins tous les cinq ans, notamment pour prendre en compte les résultats des recensements de la population.

Faisant à l'époque le constat que les quotas départementaux introduits en 1995 étaient rarement respectés²³ et, qu'au sein de ces plafonds, l'offre de VSL diminuait souvent au détriment des ambulances, le ministère de la santé a engagé une modification de certaines dispositions relatives aux agréments des entreprises de transport sanitaire et aux autorisations de mise en service des véhicules. Le décret n°2012-1007 du 29 août 2012, qui a résulté de cette démarche, a ainsi visé à :

- ◆ **Renforcer le parc de VSL ou, *a minima*, éviter le remplacement des VSL par des ambulances.** A cet effet, l'alinéa 2 de l'article R.6312-14 du code de la santé publique qui limitait à deux le nombre de VSL dont une entreprise agréée pouvait disposer pour chaque ambulance détenue a été abrogé. En outre, la capacité de régulation par l'ARS des transferts d'autorisation a été réaffirmée, un accord préalable du directeur général de l'ARS étant nécessaire à chaque la modification de la catégorie du véhicule, de son implantation ou de son propriétaire.

²² En application de ce dernier article, un arrêté du 5 octobre 1995 a fixé l'indice national de transports sanitaires à 1 véhicule pour 5 000 habitants pour les communes de 10 000 habitants et plus, et 1 pour 2 000 pour les communes de moins de 10 000 habitants.

²³ Ce constat a été réalisé à l'occasion d'une enquête menée par la direction générale de l'organisation des soins en 2012 auprès des ARS. L'application des indices fixés par l'arrêté du 5 octobre 1995 a placé de nombreux départements en situation d'excédent d'offre de transport sanitaire. L'enquête de la DGOS de 2012 a confirmé le maintien de cette situation, historiquement héritée.

Rapport

- ◆ **Faciliter le retour des parcs de véhicules au niveau des quotas départementaux théoriques.** Dans cette perspective, le décret du 29 août 2012 a modifié l'article R.6312-37, pour ajouter deux motifs nouveaux de refus de demandes d'autorisation, directement destinés à limiter l'offre globale : le « *respect des quotas départementaux* » et la « *maîtrise des dépenses de patients* »²⁴. La circulaire d'application, en date du 27 mai 2013²⁵, a insisté sur le fait que ces nouveaux pouvoirs de régulation devaient conduire les ARS à analyser précisément « *les situations départementales du parc de véhicules sanitaires afin d'en déduire les priorités d'équipement, en termes de catégories de véhicule et de lieu d'implantation.* ». En outre, le sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS²⁶ devait être consulté à cette fin et les arrêtés départementaux fixant les quotas éventuellement modifiés.

Le bilan de ces mesures apparaît contrasté. Comme il a été évoqué ci-dessus (cf. 1.1.4.1.2), l'offre de transport sanitaire tend à décroître sur la période récente, ce qui témoigne d'une efficacité certaine des instruments de régulation administrative de l'offre mis en place. Mais cette baisse résulte pour l'essentiel, ainsi qu'il a été montré, de la diminution du nombre de VSL. Le rééquilibrage souhaité, au sein du transport sanitaire, en faveur des VSL n'a donc pas eu lieu. En outre, une enquête menée par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) au premier trimestre 2016 montre que les effectifs de véhicules en service dépassent en moyenne de 22% les plafonds arrêtés. L'objectif de retour des parcs de véhicules au niveau des quotas départementaux n'est donc pas atteint. Par ailleurs, au moins un arrêté départemental dans douze des dix-sept ARS a une ancienneté supérieure à cinq ans et n'a donc pas été révisé dans les délais prescrits. En Ile-de-France, c'est le cas pour la totalité des arrêtés départementaux.

Tableau 13- Nombre théorique et nombre effectifs de véhicules de transports sanitaires (ambulances et VSL)

Véhicules de transports sanitaires (ambulances-VSL)	Nombre théorique de véhicules ajusté	Nombre effectif	Excédent (+) ou déficit (-)	Rapport nombre effectif/ nombre théorique ajusté
Total	23 868	29 188	5320	122%

Source : DGOS - Calculs mission - Dernières données disponibles (dates variables selon les départements)

La mission souligne que la politique de contingentement de l'offre de transport sanitaire mise en œuvre par les ARS **n'a pas fait l'objet d'un suivi régulier, ni a fortiori d'un pilotage continu, de la part de l'administration centrale** du ministère de la santé. Cette dernière n'a pas élaboré, suite à la publication du décret du 29 août 2012 précité, de tableaux de suivi permettant d'examiner la façon dont les nouvelles règles ont été mises en œuvre par les ARS. Ce n'est qu'à la demande de la mission que le nouveau recensement des plafonds départementaux et des autorisations effectivement délivrées a été effectué au premier trimestre 2016.

Toutefois, il convient également de noter que certaines régions ont engagé un travail très intéressant d'identification des besoins en matière d'offre de transports

²⁴ Ces motifs s'ajoutent aux motifs tirés de la « satisfaction des besoins sanitaires de la population » et de la « situation locale de la concurrence » qui préexistaient au décret du 29 août 2012.

²⁵ Circulaire du n°DGOS/R2/DSS/1A/214 du 27 mai 2013 « relative à l'application du décret 2012-1007 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires »

²⁶ Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires prévu à l'article L 6313-1 du code de la santé publique.

sanitaires. En région Nord-Pas-de-Calais, par exemple, l'analyse des besoins en transport sanitaire est fondée, notamment, sur une évaluation des densités de l'offre de transport, sur le territoire de chacune des CPAM de cette Région, au regard de la population « pondérée » qui la compose²⁷. Construite de manière partenariale entre l'ARS et les CPAM, cette analyse sociodémographique est de nature à permettre l'application effective des critères de refus d'autorisations nouvelles ou de transferts prévus par le décret du 29 août 2012. Un tel dispositif pourrait être généralisé sur l'ensemble du territoire. La méthode développée est d'autant plus utile qu'elle peut également être appliquée à l'offre de taxi (cf. Annexe III).

- ◆ **L'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a introduit une base juridique pour l'instauration de quotas de taxis conventionnés, ce qui ouvre la voie à une régulation de ce secteur.**

La régulation de l'offre de taxis concourant au transport de patient fait actuellement défaut et rend possible la forte dynamique constatée de ce secteur (cf. 1.1.4.1). Elle repose en effet d'abord sur la délivrance d'une autorisation de stationnement (ADS), telle qu'elle est prévue par le code des transports et qui n'est pas liée à l'activité de transport de patients. Tout taxi disposant d'une ADS délivrée, selon le cas, par sa commune de rattachement ou par la préfecture compétente, peut effectuer du transport assis professionnalisé, dès lors qu'il a conclu une convention à cet effet avec l'assurance-maladie dans les conditions prévues par la décision du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 8 septembre 2008²⁸. Cette décision prévoit, pour l'essentiel, un délai de deux ans d'exploitation effective et continue du taxi avant la date de signature de la convention. De toute évidence, cette disposition, n'a jusqu'à présent constitué qu'un frein limité à l'entrée sur le « marché du transport de patients pris en charge par l'assurance maladie » de nouvelles sociétés de taxis.

Dans le but de mettre fin à cette absence complète de régulation de l'offre, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 a introduit un 3^{ème} alinéa à l'article L 322-5 précité du code de la sécurité sociale ; cet alinéa instaure la possibilité, pour les organismes locaux d'assurance-maladie, de refuser les demandes de conventionnement dès lors que le nombre de véhicules excéderait le nombre fixé par le directeur général de chaque ARS, sur la base de critères démographiques, géographiques ou encore d'équipement sanitaire. Le décret d'application de cet article 65 de la LFSS pour 2015 n'a cependant pas encore été pris.

1.2.1.2. Parallèlement, un certain nombre de mesures ont été introduites pour réguler la demande.

- ◆ **Les conditions de prise en charge par l'assurance maladie ont été progressivement précisées.**

²⁷ Cette population pondérée est évaluée en prenant en compte : les facteurs démographiques, médicaux et sociaux (par exemple, un quinquagénaire sans couverture mutuelle universelle - CMU - ni ALD se voit attribué un coefficient de 0,2 pour le VSL et 0,1 en ambulance ; de même, un enfant avec CMUC et ALD a un coefficient de 8 pour le VSL et 15 en VSL) ; l'effet de l'éloignement sur la consommation (la demande augmentant d'environ 1,5 % par kilomètre supplémentaire, cet effet est neutralisé en appliquant un coefficient calculé pour chaque commune par la formule : $km \times 0,008 + 0,5 / 0,643$) ; la correction des temps de trajets (l'utilité d'un véhicule dépendant de la durée des trajets, la population est redressée proportionnellement à la durée moyenne d'un trajet dans chaque commune) ; la projection tous régimes (les données obtenues ci-dessus étant corrigées de la part du régime général dans la population INSEE du territoire).

²⁸ Décision du 8 septembre 2008 du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie

Rapport

Un référentiel de prescription a été adopté en 2006²⁹ pour préciser les déficiences ou incapacités des patients susceptibles de justifier une prescription de transport prise en charge par l'assurance maladie. Il précise les cas de recours à une ambulance ou à un TAP. Ce référentiel est contraignant et opposable. Il peut fonder une vérification de conformité des prescriptions par les CPAM.

Les conditions d'exonération du ticket modérateur ont parallèlement été redéfinies : un décret de 2011³⁰ a ainsi précisé que cette exonération n'était accordée au patient ou ayant droit atteints d'une affection longue durée (ALD) qu'à la condition que le transport réalisé soit en lien avec cette ALD et qu'il présente une incapacité ou une déficience ne lui permettant pas de se déplacer par ses propres moyens.

◆ **Des outils de responsabilisation des prescripteurs ont été mis en place, à la fois à destination des établissements de santé et des prescripteurs libéraux individuels.**

La loi de 2004 relative à l'assurance maladie a créé une procédure de mise sous accord préalable (MSAP)³¹ pour les médecins dont les prescriptions de transports sanitaires ressortent comme atypiques par leur poids ou leur structure. Cette procédure est aujourd'hui appliquée uniquement aux prescripteurs libéraux, compte tenu des difficultés d'identification individuelle des prescriptions réalisées en établissement de santé.

L'assurance maladie peut décider, après procédure contradictoire, de subordonner à accord préalable pour une période maximale de six mois la prise en charge des prescriptions de ces praticiens. Les organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux peuvent alors prononcer des refus ou des limitatifs de remboursement (prise en charge partielle). Le code de la sécurité sociale a récemment été complété par l'introduction d'une procédure de mise sous accord d'objectif (MSO), moins contraignante : les praticiens se voient proposer par l'assurance maladie de s'engager à atteindre un objectif de réduction de leurs prescriptions de transports. La mise sous accord préalable n'est engagée qu'en cas de refus du praticien de s'engager dans cette démarche.

Parallèlement, depuis 2009, les établissements de santé sont incités à conclure avec les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie des contrats tripartites, intitulés contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS).

Le Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des Soins (CAQOS)

Le CAQOS a été instauré par la LFSS pour 2009³² et a vu ses modalités redéfinies par la LFSS pour 2014. Il s'agit d'un contrat proposé à certains établissements de santé, ciblés en raison du niveau ou de la dynamique de leurs dépenses de transport, pour les encourager à mieux organiser leurs flux de transport et limiter leurs dépenses afférentes. Conclu pour trois ans entre l'ARS, la CPAM et les établissements de santé, sur la base d'un contrat type³³, il est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement. Il s'inscrit dans un double objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement et d'amélioration des pratiques de prescription.

Il repose sur des objectifs annuels chiffrés de maîtrise de la dépense et sur des objectifs qualitatifs permettant d'atteindre cette cible. Il est désormais assorti d'un plan d'action ainsi que d'un calendrier. Le CAQOS s'appuie sur un mécanisme d'incitation financière avec des pénalités ou un reversement : à l'issue du contrat, l'ARS peut enjoindre l'organisme à verser une fraction des dépenses de transport qui lui sont imputables, ou au contraire lui reverser une partie des économies réalisées.

²⁹ Arrêté du 23 décembre 2006 pris en application de l'article R 322-10-1 du Code de la sécurité sociale.

³⁰ Décret n°2011-258 du 10 mars 2011

³¹ Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale.

³² Article L322-5-5 du code de la sécurité sociale

³³ Décision du 19 juin 2015 publiée au J.O.R.F. du 7 juillet 2015

Rapport

D'autres mesures, enfin, ont été adoptées en loi de financement de la sécurité sociale mais n'ont pas été mises en œuvre, faute notamment de mesures d'application. Il s'agit essentiellement d'expérimentations visant à une prise en charge directement par les établissements de santé des transports prescrits en leur sein, par le transfert d'une dotation globale et /ou le recours à des appels d'offre pour l'achat de prestations de transport.

1.2.1.3. Ces mesures de régulation se sont accompagnées d'un foisonnement d'initiatives locales

La très grande majorité des acteurs rencontrés par la mission, y compris les professionnels du transport de patients, ont aujourd'hui conscience de l'enjeu de maîtrise des dépenses. De ce fait, on observe un foisonnement d'initiatives locales. Dispositifs de centralisation de la commande de transports à l'hôpital, expérimentations visant à favoriser le recours au véhicule personnel ou au transport partagé, campagnes de sensibilisation à destination des assurés ou des transporteurs : les démarches volontaristes se multiplient sur de nombreux territoires et permettent l'émergence d'outils simples mais souvent performants, tels que le logiciel *Transport Manager* utilisé en Ile-de-France pour la gestion des demandes de transport prescrites à l'hôpital, ou encore l'application CACTUS (contrôle automatisé des caisses sur les transporteurs sanitaires) de la CPAM des Hauts-de-Seine, qui permet de mieux cibler les contrôles de facturation.

L'outil CACTUS

CACTUS (contrôle automatisé des caisses sur les transporteurs sanitaires), une application informatique développée par la CPAM des Hauts-de-Seine, utilise le croisement de fichiers pour mieux cibler les contrôles à effectuer par la CPAM sur l'activité des transporteurs sanitaires et de détecter d'éventuelles irrégularités.

Elle regroupe un certain nombre de données issus de divers fichiers, notamment le répertoire national des transports, les listes de véhicules autorisés fournis par les ARS, un distancier Michelin, les relevés individuels d'activité et de prescription, les déclarations automatisées des données sociales.

1.2.2. Mais le pilotage éclaté et insuffisamment responsabilisé limite fortement les capacités d'une régulation efficace de la dépense

1.2.2.1. Un pilotage diffus au plan national

En dépit de la prise de conscience collective sur le caractère non soutenable de la dynamique des dépenses de transports sanitaires, le pilotage du sujet demeure diffus et partagé entre la direction de la sécurité sociale (DSS), gardienne des équilibres budgétaires, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), qui pilote l'organisation de l'offre de soins et à ce titre les transports prescrits par les établissements de santé, et la CNAMTS,, qui pilote la dépense prescrite en ville et dispose de la plupart des leviers financiers et de la connaissance, voire la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), qui publie ou prépare la publication, dans les comptes nationaux de la santé, les données publiques et officielles.

Rapport

A titre d'illustration, il convient de noter que, essentiellement pour des raisons de méthodologies différentes, le montant de la dépense et son évolution diffèrent selon les sources : ainsi, par exemple, pour 2014, la DREES indique 4 088 M€ de dépenses remboursées, la CNAMTS seulement 3 846 M€ bien que ces dernières données portent également sur « tous les régimes ». De même, s'agissant de l'année atypique 2011, la DREES indique une évolution de 1,5% et la CNAMTS de 3,5%. Ces discordances de données n'ont pu être levées, au cours de la mission, que pour une part d'entre elles.

Ces écarts traduisent sans doute un déficit de pilotage conjoint par les institutions à même d'y procéder : pourtant, l'action publique ne saurait être la même selon que la dépense évolue au-dessus, en-dessous ou au niveau de l'ONDAM, et ces biais, selon les cas, peuvent ainsi se traduire par des résultats publiés à lecture différente.

Si on ajoute les conditions générales de fixation des tarifs des taxis, qui ressortent du ministre chargé de l'économie, le secteur des transports sanitaires souffre de l'absence d'un pilote national reconnu ou unique et disposant des moyens d'agir et de faire agir sur l'ensemble des composantes de la dépense.

Sur un plan interministériel, si le transport sanitaire ressort des compétences du ministère chargé de la santé, le transport par taxi était jusqu'à récemment de la responsabilité du ministère de l'intérieur, et désormais du ministère chargé des transports.

La régulation de la demande fait également l'objet d'un pilotage éclaté : alors que la CNAMTS déploie une politique de gestion du risque s'appuyant sur des mesures de maîtrise médicalisée, la DSS pilote le dispositif contractuel avec les établissements de santé tandis que la DGOS est en charge, notamment, du suivi des projets de plateformes de centralisation, par ailleurs accompagnés par l'ANAP, ce qui n'exclut pas les initiatives de certaines ARS.

Ainsi :

- ◆ aucun acteur ne dispose d'une vision globale du sujet ;
- ◆ aucun n'est en mesure d'agir seul sur l'efficacité de la dépense (ni sur les volumes, ni sur les prix) ;
- ◆ les acteurs (établissements de santé) qui disposent des leviers d'action les plus performants sur la prescription n'ont pas d'intérêt direct à agir, ce qui a conduit à la multiplication de dispositifs contractuels complexes (ex : les CAQOS).

1.2.2.2. Un pilotage éclaté au plan local

Au plan territorial, les politiques de transports sanitaires mettent en jeu de nombreux acteurs : transporteurs relevant de différents statuts juridiques et représentés dans des instances de concertation ou disciplinaires distinctes ; établissements de santé à l'origine d'une majorité des prescriptions, et qui organisent de façon plus ou moins directive les relations entre les patients et les transporteurs ; ou encore les médecins de ville, qui se caractérisent par construction par une forte dispersion.

Le pilotage de la politique est éclaté entre deux régulateurs :

- ◆ les ARS agréent les entreprises de transports sanitaires, délivrent les autorisations de mise en service de véhicules sanitaires et déterminent, éventuellement pour modifier les quotas ou plafonds, les priorités locales qui permettent d'arrêter ou de modifier le nombre de véhicules de transports sanitaires (à l'exception des taxis, dont l'offre n'est pas régulée) ;

Rapport

- ◆ les CPAM (ainsi que les autres organismes locaux d'assurance maladie comme le RSI ou la MSA) assurent les paiements des transporteurs et effectuent l'essentiel des missions de contrôle et de lutte contre la fraude. Ce sont en outre les CPAM qui passent convention avec les taxis, même si en amont la délivrance des autorisations de stationnement (ADS) est du ressort, selon les cas, des communes, de leurs groupements ou des préfectures ;

2. La régulation durable de l'offre passe d'abord par la convergence tarifaire entre les modes de transport qui offrent un service de nature proche, mais, également, par une plus grande efficacité de son pilotage

2.1. Un pré-requis : assurer la convergence des tarifs VSL-taxis et le contingentement de l'offre des taxis assurant le transport de patients, dans les mêmes conditions que pour les ambulances et les VSL

2.1.1. Préparer la convergence tarifaire entre taxis et VSL

La réglementation actuelle ne distingue pas, au moment de la prescription, le VSL du taxi : tous deux relèvent de la même catégorie, celle du transport assis professionnalisé. Le praticien ne peut donc pas choisir entre ces deux modes de transport.

Pourtant les obligations professionnelles des VSL (formation des équipages, équipements nécessaires) sont supérieures à celles des taxis, alors que leurs tarifs sont dans l'ensemble sensiblement inférieurs. Nombre de praticiens semblent d'ailleurs persuadés, au moment d'établir leur prescription, que le taxi serait moins cher que le VSL ; pour beaucoup, l'écart constaté est en réalité contre-intuitif.

Aussi, **rien ne justifie, aujourd'hui, un écart tarifaire entre taxi et VSL, au moins dans un sens qui serait plus favorable aux taxis** : Il est donc proposé d'assurer, sur une durée de dix ans, la convergence tarifaire entre VSL et taxis

Recommandation N°1. Assurer, à terme, la convergence tarifaire entre taxis et VSL.

Dans un premier temps, il conviendrait pour préparer cette convergence tarifaire de désindexer l'évolution des tarifs des taxis, lorsqu'ils effectuent du TAP, de l'évolution générale des tarifs de la course de taxi.

Rapport

Une modification législative, celle de l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale³⁴, et des modifications réglementaires (notamment celle du décret du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des taxis³⁵ et celle de la décision du 8 septembre 2008 du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) relative à l'établissement d'une convention-type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie), sont nécessaires sur le plan juridique (cf. Annexe III).

2.1.2. Moderniser les instruments d'une meilleure connaissance des prix

Les instruments métrologiques existants peuvent, sans difficultés majeures, être adaptés pour que soient transmis, de façon instantanée, les éléments justifiant des conditions de réalisation d'une course et de la formation des prix pratiqués.

Recommandation N°2. Mettre en place des dispositifs de traçabilité et de transmission dématérialisée et numérisée des données relatives aux trajets et à la facturation, notamment les points et horaires de départ du véhicule et de déclenchement du compteur, ceux de la prise en charge du patient, de sa dépose, de l'arrêt du compteur, et incluant les distances, la durée, la facturation et l'identité des véhicules et des conducteurs.

Cette recommandation est proche des solutions suggérées à la mission par les organisations représentant les professionnels du transport de patients.

Dans un premier temps, l'usage du distancier, déjà pratiqué par beaucoup de CPAM et de centres hospitaliers, tant chez les transporteurs que chez les prescripteurs est recommandé.

En outre, le calcul *a priori* du prix de la course, par le prescripteur, peut permettre d'identifier le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient, tant que taxi et VSL seront englobés dans une même catégorie de prescription (le TAP). Des outils pourraient être mis à disposition de chaque prescripteur pour effectuer ce calcul, voire, lorsqu'existe une plateforme informatisée de centralisation de la commande de transport, réaliser une pré-facturation du trajet prescrit (cf. Annexe VII). Ces éléments sont présentés sous forme de recommandation dans la quatrième partie du rapport.

Il est également recommandé de procéder à une simplification des éléments de formation de tarifs, pour renforcer et systématiser leur aspect forfaitaire et « connu à l'avance », en particulier lorsque le trajet est connu et court, comme cela est déjà le cas, dans l'agglomération lyonnaise pour les taxis, et à l'instar du forfait agglomération, pour les ambulances.

³⁴ Afin de supprimer l'occurrence « ... qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur ».

³⁵ Il sera nécessaire d'introduire un premier alinéa à l'article 1 du décret n°2015-1252 du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi, prévoyant que les dispositions du décret ne s'appliquent pas aux tarifs de la course de taxi lorsque ce dernier effectue une course de transport assis professionnalisé.

Recommandation N°3. Etablir, pour les VSL et les taxis, des tarifications au forfait communes pour les transports à l'intérieur des agglomérations et étudier les conditions d'extension de ce principe à d'autres situations (par exemple : ville-centre au centre hospitalier de rattachement ou de soin, lorsque ce dernier est situé en-dehors de l'agglomération de résidence du patient).

2.2. Renforcer l'efficacité du pilotage de l'offre, d'abord en unifiant ce qui distingue ses composantes pour mieux piloter le recours à chacun des modes de transport

Au-delà des divergences tarifaires, l'offre de transports sanitaires et de patients souffre également d'un pilotage insuffisamment unifié et efficient, qui est aussi la conséquence de la dichotomie des dispositions législatives et réglementaires, qui l'organisent. Ces éléments portent à la fois sur la définition même du transport sanitaire et sur les obligations faites à chaque catégorie de transporteurs (conditions d'agrément ou de renouvellement, contingentement, par exemple).

Les propositions qui sont ici formulées trouvent, pour nombre d'entre elles, un sens particulier s'il n'était pas procédé, dans des délais raisonnables, au transfert de l'enveloppe budgétaires du transport sanitaire des organismes de l'assurance-maladie vers les établissements de soins (cf. 3 infra) : dans le cas d'un tel transfert, l'organisation de l'offre ressortirait pour l'essentiel de la responsabilité des établissements, qui seraient amenés à en piloter les tarifs et les volumes par le biais d'appels d'offre.

2.2.1. Unifier les définitions du transport sanitaire et du transport de patients pour mieux distinguer, ensuite, ce qui relève, sur le plan médical, du choix entre les différents modes de transport

Il est tout d'abord recommandé d'unifier les définitions du transport sanitaire données par les deux codes qui l'évoquent, le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale puis d'indiquer, spécifiquement, tant dans les dispositions réglementaires que dans les outils opérationnels (prescription médicale, formulaire des transporteurs), ce qui relève de chacun des trois modes de transport terrestre. En particulier, le choix du mode de transport doit répondre à un besoin du patient et correspondre à son degré d'autonomie (cf. 3 infra).

Recommandation N°4. Unifier les définitions du transport sanitaire ou du transport de patients dans le code de la santé publique et dans celui de la sécurité sociale.

Recommandation N°5. Modifier l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports pour distinguer les cas de recours au VSL ou au taxi selon l'état du patient et mettre en conformité des formulaires administratifs concernés (prescription médicale, formulaire des transporteurs...).

Rapport

A cet égard, si le choix du mode de transport par le médecin est sans aucun doute le prolongement d'un acte médical, en revanche le choix du transporteur (choix entre deux ou plusieurs ambulances, VSL ou taxis) par le patient ne présente pas de caractère médical établi. La suppression du principe de libre choix par le patient de son entreprise de transport facilitera, par ailleurs, la mise en place de régulations centralisées de la demande de transport par les établissements de santé (cf. Annexe VII).

Recommandation N°6. Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transportera, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie.

2.2.2. Mettre pleinement en œuvre les dispositions réglementaires qui, d'ores et déjà, permettent de mieux réguler l'offre et harmoniser les règles opérationnelles qui séparent aujourd'hui les modes de transport de patients

2.2.2.1. Assurer une régulation plus effective des agréments et des autorisations de mise en service de véhicules sanitaires

La mission a découvert, lors de ses déplacements, l'existence d'un marché « gris » des autorisations de mise en service de véhicules sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers) : à l'occasion des cessions d'entreprises de transports sanitaires, ces autorisations sont valorisées dans le prix de cession. Selon les indications transmises à la mission, ces autorisations peuvent être ainsi monnayées à hauteur de quelques dizaines de milliers d'euros à près de 300 000 € selon les départements : en région PACA, de 100 000 € à plus de 200 000 € ; en Ile-de-France, de 100 000 à 200 000 € ; en Languedoc-Roussillon, à plusieurs dizaines de milliers d'euros en Vendée (cf. Annexe III).

La mission estime choquant de constater, sur le plan des principes, l'existence d'un tel marché « gris » d'échange d'autorisations administratives. En effet, ces autorisations sont délivrées à titre gratuit. Elles n'acquiescent une valeur en cas de cession uniquement du fait que l'assurance maladie apporte une garantie de revenus au secteur des transports sanitaires en solvabilisant la demande. Si ces autorisations devaient être valorisées, ce devrait donc être à l'actif de l'assurance maladie et non à celui des entreprises de transport.

Surtout, à la différence du secteur des taxis où la réglementation a, jusqu'à récemment, organisé un dispositif de cession à titre onéreux des autorisations de cession des autorisations, la réglementation applicable aux transports sanitaires exclut clairement tout droit au transfert des autorisations de mise en service de véhicules en cas de cession. En effet, conformément à l'article R.6312-37 du code de la santé publique, les entreprises de transport sanitaire ne peuvent céder elles-mêmes les autorisations de mise en service des véhicules. L'acquéreur du véhicule est tenu de demander au directeur général de l'ARS le transfert de l'autorisation initiale à son profit, laquelle ne sera effective qu'après l'accord de ce dernier. Le directeur général de l'ARS peut en outre refuser le transfert pour quatre motifs d'intérêt général : la satisfaction des besoins sanitaires locaux de la population, la situation locale de la concurrence, le respect du quota départemental de véhicules sanitaires, la maîtrise des dépenses de transports de patients.

Rapport

La mission estime que l'application la plus stricte possible de la réglementation actuelle est de nature à permettre d'éviter le développement d'un tel marché « gris ». En effet, les quotas de véhicules sanitaires étant dépassés dans 83 départements, le régulateur local a la possibilité de lutter contre les valorisations d'autorisation en refusant les cessions plus systématiquement sur ce motif objectif. De même, la généralisation préconisée par la mission des méthodes d'évaluation des besoins en matière de transport, au modèle de celle élaborée en région Nord-Pas-de-Calais (cf. 1.2.1.1.), doit permettre de refuser plus systématiquement les transferts et lutter ainsi contre la tendance des transporteurs à les valoriser par la cession de leur entreprise. Ces méthodes permettent en effet de disposer d'une analyse permettant d'objectiver le caractère parfois suffisant de l'offre de transport au regard des besoins de la population, et de motiver en droit les décisions de refus.

Dans l'hypothèse où cette recommandation ne s'avérerait pas suffisamment efficace, la mission estime qu'il serait, alors, nécessaire d'envisager la possibilité d'assurer l'accessibilité des agréments et autorisations de mise en service de véhicules sanitaires. De plus, la limitation à cinq ans de la durée de ces agréments et autorisations devrait alors être examinée. En effet, la réglementation en vigueur ne fixe de durée ni aux agréments, ni aux autorisations de mise en service de véhicules de transports sanitaires (ambulances et VSL). Cette absence de durée aux agréments et aux autorisations de mise en service rend possible la monétisation et l'échange à titre onéreux de ces autorisations administratives délivrées gratuitement. Une limitation à cinq ans correspondrait à la durée actuellement prévue pour le conventionnement des taxis par les CPAM. Cette durée est en outre supérieure à la durée d'amortissement des véhicules, telle qu'indiquée par la profession (deux ans pour les VSL, trois à cinq ans pour les ambulances).

Recommandation N°7. Rappeler aux directeurs généraux d'ARS de s'assurer du respect le plus strict possible des dispositions de l'article R.6312-37 du code de la santé publique, à l'occasion des demandes de cession d'autorisations de mise en service qui leurs sont soumises pour accord.

Recommandation N°8. Dans l'hypothèse où l'application de la recommandation n°7 ne suffirait pas pour lutter contre le développement d'un « marché gris » des autorisations de mise en service des véhicules, examiner la possibilité d'assurer l'accessibilité des agréments et autorisations de mise en service et envisager la fixation d'une durée aux agréments et aux autorisations de mise en service des véhicules de transports sanitaires. A l'instar des conventions conclues avec les taxis, la durée des agréments pourrait être limitée à cinq ans et celle des autorisations administratives ne pourrait avoir, comme date-but, une date qui excéderait la date d'expiration de l'agrément auquel elle est adossée.

Plus généralement, la mission estime que l'utilisation des instruments de régulation de l'offre de transports sanitaires doit être plus active. Comme cela a été souligné plus haut (cf. 1.2.1.1.), l'application du décret n°2012-1007 du 29 août 2012 (qui a renouvelé et renforcé ces instruments) n'a pas fait l'objet d'un pilotage satisfaisant, tant au niveau central que local. L'absence de suivi de l'application de ce décret par l'administration centrale, le défaut de révision régulière des quotas départementaux dans de nombreux départements et l'absence de résorption des situations historiques de dépassement de ceux-ci en témoignent.

Rapport

La mission recommande de fixer un objectif ambitieux : assurer dans un délai de cinq ans, le respect par chacun des départements des quotas de véhicules sanitaires fixés. La réalisation d'un tel objectif nécessite tout d'abord la révision effective, conformément à l'article R.6312-32 du code de la santé publique, tous les cinq ans, des arrêtés fixant ou révisant les quotas départementaux de véhicules de transports sanitaires. Elle requiert ensuite la mise en place d'un tableau de bord national, permettant un suivi par l'administration centrale des progrès réalisés par les départements dépassant le quota de véhicules sanitaires pour en assurer le respect dans ce délai. Elle implique enfin que l'administration centrale fournisse aux ARS et CPAM un outil d'analyse de l'offre de transport sanitaire au niveau infra-départemental, afin de faciliter la gestion des autorisations a été évoqué ci-dessus.

La mise en œuvre de ces recommandations nécessitera, de plus, un pilotage fort au niveau local, non seulement des ARS, mais aussi des CPAM, auxquelles il est proposé de confier la gestion opérationnelle des autorisations et des agréments. En effet, il n'a pas semblé clairement établi que les ARS soient les mieux placées pour piloter, de façon opérationnelle, agréments et autorisations, alors que les CPAM, d'une part, sont en lien constant avec les transporteurs qu'elles rémunèrent, d'autre part, sont déjà les organismes qui « conventionnent » les taxis. L'habilitation donnée au gouvernement par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pourrait permettre d'engager cette évolution. La stratégie d'ensemble pourrait être définie au niveau régional par les ARS, en concertation avec les CPAM, dans le cadre du programme régional de gestion du risque. Les ARS seraient re-positionnées dans un rôle d'orientation générale et de garantes de la bonne marche générale de la politique (inspection et contrôle de second niveau).

Recommandation N°9. Fixer comme objectif, le respect, dans un délai de cinq ans, par chacun des départements, des quotas de véhicules de transports sanitaires fixés. Dans cette perspective : assurer la révision régulière des arrêtés fixant ou révisant les quotas départementaux de véhicules de transports sanitaires ; mettre en place un tableau de bord national, permettant un suivi par l'administration centrale des progrès réalisés par les départements dépassant le quota de véhicules sanitaires ; fournir aux ARS et CPAM un outil d'analyse de l'offre de transport sanitaire au niveau infra-départemental, afin de faciliter la gestion des autorisations.

Recommandation N°10. Revisiter les rôles respectifs des ARS et des CPAM, en confiant aux premières des fonctions d'orientation stratégique et en confiant aux secondes l'ensemble des instruments de pilotage opérationnel (plafonds, agréments, autorisations).

2.2.2.2. Contingenter l'offre de taxis, dans les mêmes conditions que les ambulances et les VSL

Tant que la régulation de l'offre de transports sanitaires (ambulances et VSL) demeurera contingentée, il est difficilement concevable, sauf à accepter des stratégies de fuite et de contournement, que l'offre du troisième mode de transport, celle des taxis, ne le soit pas.

Rapport

Or, à ce jour, comme cela a été souligné plus haut (cf. 1.2.1.1), l'offre de transports sanitaires par voie de taxis demeure, en pratique, non régulée. Il importe que le décret d'application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, qui offre une base juridique, pour contingenter le nombre de taxis conventionnés, soit pris dans les plus brefs délais possibles.

Recommandation N°11. Assurer, dans les mêmes conditions que pour les ambulances et les VSL, une régulation de l'offre de taxis conventionnés, aux fins de garantir une cohérence globale dans la régulation de l'offre de véhicules de transports sanitaires et de transports assis professionnalisés.

Recommandation N°12. Prendre, dans les meilleurs délais, le décret d'application de l'article 65 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 afin d'autoriser les directeurs des ARS à contingenter le nombre de taxis conventionnés sur la base d'un examen global du besoin du territoire concerné en matière de transport sanitaire et de transport assis professionnalisés.

Enfin, lorsque l'ADS détenue par un exploitant est cédée, à titre onéreux, à un nouvel exploitant, il est d'usage de considérer que le conventionnement est rattaché à cette ADS et est donc cédé de façon conjointe. **Une telle manière réduit, en pratique, la possibilité de réguler de façon effective l'offre de taxis, sous la condition préalable que le décret d'application de l'article 65 de la loi du 22 décembre 2014 soit effectivement pris.**

Recommandation N°13. Attacher le conventionnement à l'exploitant du taxi et non à l'autorisation de stationnement (ADS), afin d'assurer la non-cessibilité du conventionnement.

2.3. Une régulation plus efficiente de l'offre de transport sanitaire permettrait sans aucun doute de mieux maîtriser la dépense de transport sanitaire, même si une quantification précise de l'économie possible par rapport au « tendancier » est difficile à établir.

2.3.1. La maîtrise de la dépense de transports sanitaires s'inscrit dans le plan ONDAM

La maîtrise de la dépense de transports sanitaires s'inscrit dans l'objectif dans lequel s'est engagé le Gouvernement en avril 2014 : mettre en œuvre un plan d'économies de 50 milliards d'euros entre 2015 et 2017 sur l'ensemble de la dépense publique, dont 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de l'assurance maladie.

Ce montant de dix milliards d'économies vise à s'écarter du tendancier de croissance jusqu'à observé et à réduire, sur les trois exercices 2015, 2016 et 2017, le taux de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour le limiter à 1,9% en 2017. Le plan ONDAM est composé de douze blocs, dont deux concernent les transports de patients :

Graphique 10 : tableau de déploiement du « triennal ONDAM 2015-2017 »



Document de travail – diffusion restreinte

Source : DSS

8

Le plan ONDAM n'a pas arrêté de « tendanciel » spécifique aux dépenses de transports. La lettre de mission des ministres du 17 décembre 2015 indique cependant que « la trajectoire de l'ONDAM prévoit chaque année une économie annuelle de l'ordre de 100 M€ sur ce poste ».

2.3.2. Une régulation plus efficiente de l'offre doit permettre, avec la difficulté inhérente à toute quantification prospective, d'assurer des économies significatives

2.3.2.1. Les scénarios de convergence tarifaire

Les scénarios de convergence tarifaire (2.1) se fondent sur la poursuite de la stabilisation tarifaire des ambulances et sur l'harmonisation des tarifs de VSL et de taxis à l'horizon le plus proche. Ils nécessitent une stabilisation des tarifs des taxis pendant une durée qui, selon l'ampleur de l'effort demandé, pourrait s'étaler sur une période de 5 à 10 ans.

Si on considère que les tarifs des taxis ont évolué, en moyenne, au cours des cinq dernières années, à un rythme de 2% l'an et ceux des VSL à un rythme identique, sur la base d'un écart tarifaire moyen actuel de 20%, **une stabilisation tarifaire des taxis pendant près de dix ans** assurerait ce rattrapage.

Sur la base d'une dépense de taxis remboursée, en 2015, à hauteur de 1,6 milliards d'Euros (tous régimes), une telle convergence **conduirait à réduire le tendanciel d'environ 30 M€ l'an**.

Une convergence plus rapide, sur cinq ans, doublerait le rythme de réduction et **le gain annuel**. Celui-ci **s'établirait à environ 60 M€ l'an**.

Toute autre position du curseur de progression tarifaire est naturellement possible, y compris celle consistant à modérer le rythme de progression tarifaire des VSL, fixé dans cette hypothèse à 2% l'an, ou à stabiliser les tarifs des taxis par paliers, en incluant une pause, par exemple tous les cinq ans. Cela allongerait ou réduirait, selon les cas, la durée de convergence et, toujours selon les cas, réduirait ou augmenterait les économies réalisées sur le tendanciel.

2.3.2.2. Les gains possibles liés à une plus grande efficacité du pilotage et la l'harmonisation des règles et de la régulation des volumes

Les gains liés à l'amélioration de la gouvernance et du pilotage et à l'harmonisation des règles et des conditions de régulation, notamment de contingentement, du transport de patients et des différentes composantes de son offre (2.2), sont certains et vraisemblablement significatifs, même si leur quantification est difficile.

La quantification à la fois de changements de « comportements » dans le pilotage et dans l'harmonisation réglementaire, même si elle est peut-être modélisable, est complexe.

Aussi, une hypothèse prudente sera retenue : celle d'une économie de 1% l'an, répétée chaque année.

Dans ces conditions, l'économie sur le tendancier peut être évaluée à 40 M€ la première année de pleine mise en œuvre.

A ce stade, la mission considère qu'aucune de ces propositions, si elles devaient être suivies, ne saurait être mise en œuvre en 2016. Aussi, elle suggère de faire porter leurs conséquences sur les exercices 2017 et suivants (cf. Tableau récapitulatif des économies proposées, présenté en fin du présent document).

3. Une plus forte capacité structurelle de maîtrise de la demande passe d'abord par la réunion du prescripteur et du payeur ; il s'agit là du pré-requis pour donner toute leur efficacité aux autres instruments de régulation de la demande.

3.1. Le transfert aux établissements de santé de l'enveloppe de leurs dépenses de transport sanitaire permet de réunir les fonctions de payeur et de prescripteur

3.1.1. Les établissements de santé, forts prescripteurs de transports sanitaires, ne sont pourtant payeurs que d'une faible part de la dépense

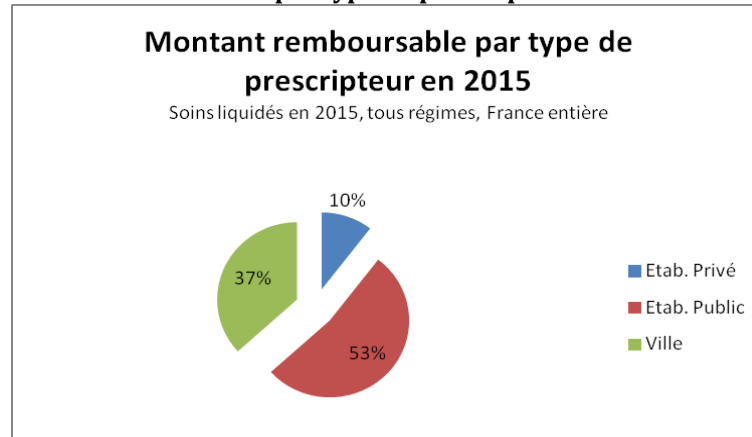
Le cadre réglementaire en vigueur distingue les transports sanitaires pris en charge par l'assurance maladie (remboursés sur l'enveloppe « Soins de ville ») et ceux pris en charge par les établissements de soins eux-mêmes sur leur propre budget. Cette dernière catégorie regroupe les transports intra-hospitaliers, c'est-à-dire les trajets effectués entre établissements de santé d'une même entité juridique, dans la même agglomération, et les transports secondaires provisoires (moins de 2 nuitées dans l'établissement d'accueil) dans la plupart des cas³⁶.

Les dépenses à la charge des établissements de santé sont évaluées à 250 M€. Elles ne représentent que 10% environ des dépenses totales prescrites par ces établissements. **L'essentiel des dépenses prescrites par les établissements de santé sont prises en charge par l'enveloppe « Soins de ville ».** Ces dépenses représentent 2,7 Milliards € en 2015.

³⁶ circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013.

Ces dépenses représentent une part prépondérante de l'enveloppe Soins de ville. En 2015, 60 % des trajets et 63% des dépenses de transport remboursables par l'assurance maladie étaient prescrites par les établissements de santé publics ou privés.

Graphique 11 – Les dépenses de transports sanitaires remboursées sur l'enveloppe « Soins de ville » par type de prescripteur



Source : CNAMTS

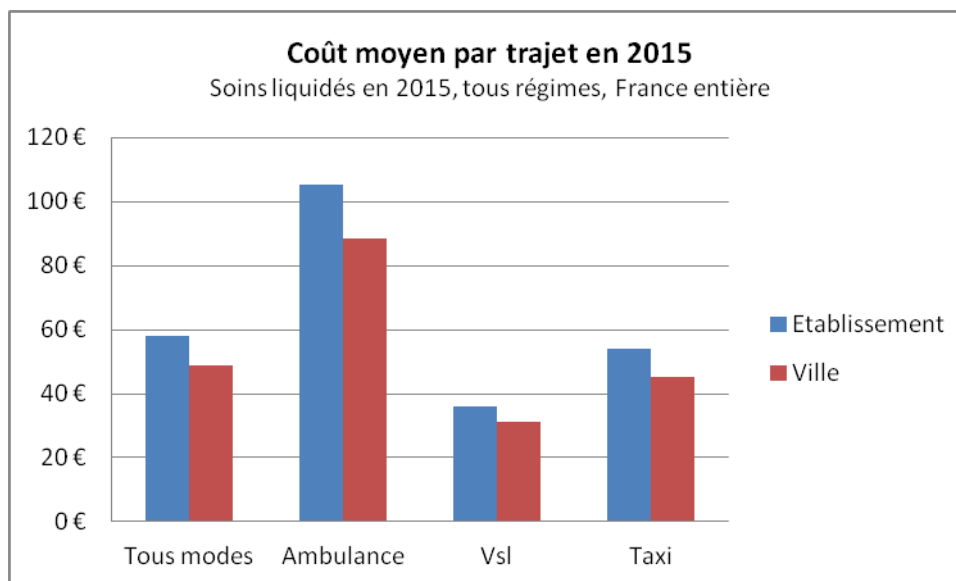
Il convient de relativiser le faible poids de la dépense de transports prescrite par les établissements privés dans la mesure où les prescriptions de transport des médecins libéraux exerçant en leur sein sont généralement comptabilisées comme des prescriptions faites en ville³⁷.

Au sein de l'enveloppe « soins de ville » de l'assurance maladie, les dépenses prescrites par les établissements de santé se caractérisent par :

- ◆ Un taux de recours à l'ambulance (21% en 2015) et au VSL (29%) légèrement inférieur à celui de la médecine de ville (respectivement 22% et 33%), mais un poids du taxi plus élevé (taux de recours de 44% contre 37%) ;
- ◆ Un coût moyen du transport plus élevé (58 € par trajet contre 49 € pour la médecine de ville), ce qui s'observe pour tous les modes de transport.

³⁷ Les médecins qui exercent dans les établissements de santé privés le font généralement au titre de leur activité libérale. A ce titre, les prescriptions de transports de sanitaires leur sont rattachées, indépendamment de leurs lieux d'exercice, qui peuvent être son cabinet personnel, un, voire plusieurs établissements privés, Les circonstances de sa prescription ne sont pas relevées. Il en est de même pour les médecins hospitaliers exerçant à titre libéral dans un établissement public de santé.

Graphique 12 – Coût moyen par trajet selon le type de prescripteur



Source : CNAMTS

3.1.2. L'intérêt à agir des établissements sur une dépense qui n'est pas à leur charge est faible

Certains établissements ont su mettre en place des outils performants pour gérer les transports à leur charge lorsque ceux-ci atteignaient un volume important.

- ◆ C'est le cas des **plateformes de centralisation de la commande de transport** (voir Annexe VII – « Les plateformes de centralisation de la demande de transport »), une solution promue par le ministère de la santé³⁸ et mise en place par un nombre croissant d'établissements³⁹. La centralisation des commandes consiste à mettre en place un processus de collecte de l'ensemble des demandes de transport émises par les services de soins pour leurs patients au sein d'une cellule centralisée de gestion qui se charge de la commande de transport et devient ainsi l'interlocuteur unique des transporteurs.
- ◆ C'est également le cas du recours à **la mise en concurrence via des appels d'offre**, qui permet aux établissements de disposer de tarifs inférieurs aux tarifs conventionnés (10 à 15% de remise dans les marchés conclus par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris ou par le centre hospitalier régional universitaire de Montpellier). A l'opposé, certains établissements ont fait le choix d'une **gestion en régie des transports à leur charge**, qui est parfois source de gains conséquents : ainsi la ré-internalisation des transports de nuit par l'optimisation de moyens au CHU de Grenoble a généré 75 000€ d'économie.
- ◆ Enfin, certains établissements se sont engagés dans des démarches de **rationalisation de leurs plannings de consultation, voire de leur offre de soins**, dans l'optique de réduire les coûts de transports induits par leurs activités. A titre d'exemple, le centre hospitalier de Cherbourg a mis en place la permanence d'un médecin de ville au sein de l'établissement pour garantir la réalisation de *dopplers*, et donc d'éviter de recourir à des consultations externes qui induisaient des coûts de transports importants. Cette mesure a permis une économie d'environ 13 000 € annuels.

³⁸ Référentiel relatif à l'organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts hospitaliers et du retour à domicile des patients, DGOS, 2010.

³⁹ Les autorités centrales compétentes ne disposent cependant pas d'un recensement exhaustif de ces démarches.

Rapport

Ces démarches sont motivées par les gains générés pour les établissements de santé sur le coût des transports à leur charge et, dans certains cas, par la perspective d'une amélioration de la qualité de service offerte aux patients et aux services médicaux. Plus rarement, certains établissements y voient un gain en termes d'efficacité globale, la rationalisation des flux de transport pouvant constituer un levier pour réduire l'engorgement des urgences et optimiser la gestion des lits.

Les établissements sont en revanche moins nombreux à avoir entamé des démarches pour réguler les transports à la charge de l'assurance maladie. **Leur intérêt à agir sur cette dépense est faible** : les démarches de rationalisation présentent souvent un coût d'investissement (conduite de projet, achat d'un logiciel) et/ou de fonctionnement certain, alors que les économies sont réalisées sur l'enveloppe « Soins de ville » de l'assurance maladie et ne bénéficient donc pas à l'établissement de façon directe.

Un exemple emblématique de ce phénomène est la plateforme de centralisation des demandes de transport mise en place au centre hospitalier de Roubaix par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing, et gérée directement par cette dernière. Cette expérimentation, couplée à une démarche d'accompagnement des prescripteurs, a permis de passer d'un taux de transport assis de 9 à 35% et de réaliser en conséquence une économie annuelle moyenne de 75 000 €, qui tendrait à croître (90 000 € estimés en 2015). Le coût de fonctionnement actuel de la plateforme⁴⁰ étant de deux équivalents temps plein (ETP), celle-ci est donc *a priori* auto-finançable par les gains générés sur les dépenses d'assurance maladie⁴¹. Toutefois, les gains sont générés sur l'enveloppe Soins de ville et non sur le budget de l'établissement. En conséquence, l'annonce par la CPAM du retrait du personnel à la fin du 1er trimestre 2016 risque de signer la fin du projet, le centre hospitalier n'ayant pas intérêt à consacrer deux ETP à un projet qui ne lui rapporte pas directement, dans un contexte de tension sur sa masse salariale.

Lorsque les établissements s'engagent malgré tout dans des démarches de rationalisation des dépenses de transport à charge de l'assurance maladie, ils disposent de moins de leviers d'action que pour agir sur les transports à leur charge. Par exemple, il leur est difficile d'imposer le recours systématique à une plateforme de centralisation en l'absence de levier coercitif⁴². De ce fait, le taux de recours pour ces transports est généralement faible (15% à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 16% aux Hospices Civils de Lyon) et n'augmente que lentement.

3.1.3. Le dispositif contractuel (CAQOS) a montré ses limites et s'avère, seul, insuffisant pour responsabiliser les établissements

Si les CAQOS ont souvent permis d'initier un dialogue avec les établissements de santé autour de leurs prescriptions de transport et d'engager une mobilisation coordonnée avec les ARS et les CPAM autour d'objectifs communs de maîtrise de la dépense, ils présentent néanmoins un bilan contrasté (voir Annexe VI – « La responsabilisation des établissements de santé pour leurs prescriptions »). Ainsi :

- ♦ ils ne touchent qu'un nombre limité d'établissements de santé (102 établissements en 2014, en baisse constante depuis 2012), ce qui témoigne notamment des réticences croissantes des établissements éligibles à s'engager dans la démarche ;

⁴⁰ La mise en place d'une plateforme peut générer des coûts de fonctionnement très variable selon le mode d'organisation retenu. Une première analyse de ces structures de coût est proposée à l'annexe VII.

⁴¹ Cette évaluation ne prend pas en compte le temps de travail libéré, par ailleurs, pour les services de soins qui n'ont plus à prendre en charge eux-mêmes la recherche de transporteurs pour leurs patients.

⁴² En revanche, il est aujourd'hui aisé pour ces établissements d'imposer le recours à la plateforme pour les transports à leur charge : le comptable public refuse de liquider les prescriptions de transports internes lorsque celles-ci ne sont pas validées par la plateforme.

Rapport

- ◆ le caractère à la fois erratique et partiellement exogène (car étroitement lié aux évolutions de l'offre de soins de l'établissement et de son territoire) de la dépense de transports prescrite par chaque établissement rend le suivi des engagements délicats ;
- ◆ le mécanisme d'intéressement génère à la fois des effets d'aubaine et un aléa moral, tandis que les sanctions sont appliquées de façon trop peu systématique pour jouer véritablement un rôle mobilisateur et responsabilisant. Il semble exister une contradiction structurelle entre le principe d'une contractualisation volontaire par les établissements et le caractère contraignant et coercitif du dispositif proposé.

En conséquence, le CAQOS apparaît comme un dispositif lourd et relativement coûteux (coût net de 1,7 M€ en 2014) au regard de son efficacité incertaine : d'après les données de bilan fournies par la DSS et la CNAMTS pour les années 2012 et 2013, près de la moitié des établissements qui ont conclu un CAQOS n'ont pas atteint leurs objectifs⁴³.

3.1.4. Le transfert du budget transports en enveloppe fermée apparaît dès lors comme une solution incontournable pour maîtriser la dépense

Dans ce contexte, la mission, à l'instar de la CNAMTS⁴⁴ et des rapports précédents, plaide pour l'intégration des dépenses de transports sanitaires dans le budget des établissements de santé, qui deviendraient alors pleinement responsables de la qualité de leur gestion. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et pour 2013 prévoyaient notamment d'expérimenter une délégation d'enveloppe aux établissements de santé mais n'ont pas été suivies d'application.

Tableau 14 – Le transfert d'enveloppe aux établissements de santé : dispositions introduites en loi de financement de la sécurité sociale depuis 2008

Texte	Dispositif	Statut
LFSS pour 2008	Prise en charge directe par les établissements de santé volontaires des frais de transport des patients sur la base d'une dotation annuelle de l'assurance maladie.	Abrogé en 2010
LFSS pour 2010	Expérimentation de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports passant par des conventions entre établissements de santé et transporteurs afin d'installer des centres de régulation, chargés de proposer aux patients le mode de transport le plus adapté. Le patient refusant la proposition perdait le bénéfice de la dispense d'avance de frais.	Le cahier des charges n'a jamais été adopté. L'expérimentation n'a jamais été mise en œuvre.
LFSS pour 2013	Expérimentation du recours à des appels d'offre conduits par l'ARS ou, sous réserve de l'agrément de celle-ci par un organisme d'assurance maladie, un établissement de santé ou groupement d'établissements de santé. Seuls les transports réalisés sur appels d'offre devaient être pris en charge par l'assurance maladie dans des conditions de	Le décret d'application n'est jamais paru.

⁴³ Les données relatives à l'atteinte des objectifs 2014 semblent indiquer une légère amélioration à cet égard : 76 établissements ont atteint leurs objectifs, soit 56% de ceux dont les résultats sont connus. Toutefois ces données sont encore partielles (situation non connue par la CNAMTS pour 28 des 164 établissements concernés) pour en tirer une conclusion ferme.

⁴⁴ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - Rapport *Charges et produits* pour 2016.

Rapport

	droit commun.	
LFSS pour 2014	<p>Expérimentation pour 3 ans maximum par les établissements de santé, pour réguler le transport au départ ou à destination de ces établissements. Une convention locale avec les organismes locaux d'Assurance maladie et l'ARS détermine les modalités d'organisation des transports, les obligations des établissements de santé et les pénalités associées.</p> <p>Il revient à l'ARS de fixer la liste des établissements entrant dans le champ de cette expérimentation et d'enjoindre ceux éligibles au CAQOS d'y participer. Elle peut attribuer un financement ou une dotation d'intéressement et évalue annuellement les expérimentations menées.</p>	Le décret d'application n'est jamais paru.

Cette option permet des économies rapides par le recours à des appels d'offre pour l'achat de prestations de transport, estimées à 10% (320 Millions €) par an environ⁴⁵ pour chacune des deux premières années de mise en œuvre.

La mission juge que l'émergence d'une politique cohérente d'achat de prestations de transport par les établissements est souhaitable et n'implique pas nécessairement de concentration du secteur. En effet, les révisions successives du code des marchés publics ont conduit à des souplesses nouvelles qui facilitent l'accès des TPE et PME à la commande publique. Les accords-cadres, les marchés à lots, les marchés publics simplifiés, les marchés à bons de commande offrent, à cet égard, une souplesse réelle à la fois pour les acheteurs et pour les entreprises candidates. La possibilité, pour les pouvoirs adjudicateurs, de définir à des accords-cadres pour planifier et encadrer certains de leurs marchés, peut permettre de respecter dans les procédures d'achats mises en place par les établissements de santé, l'esprit du tour de rôle.

Le transfert d'enveloppe garantit en outre un meilleur respect des objectifs de dépenses de l'assurance maladie et responsabilise l'ensemble des établissements de santé de façon directe, puissante et structurelle : tout gain d'efficience réalisé par l'établissement dans la gestion de ses transports sanitaires lui permettrait de dégager une marge sur l'enveloppe transférée. Inversement, toute dérive dans les prescriptions de transport grèverait son compte de résultat. Dans un contexte où les règles de répartition des dépenses entre assurance maladie et établissements de santé sont unanimement jugées trop complexes et génèrent des stratégies d'optimisation de la part des établissements de santé comme de l'assurance maladie⁴⁶, le transfert d'enveloppe permettrait une rationalisation autour d'un principe simple : ce qui est prescrit à l'hôpital est à la charge de l'hôpital.

La mission préconise de s'engager dans la voie d'un transfert d'enveloppe aux établissements de santé, en annonçant dès à présent un transfert général et définitif au 1er janvier 2019. Une telle annonce permettrait d'ancrer les anticipations des établissements de santé et de les inciter à se mobiliser dans cette perspective en mettant en place des leviers de maîtrise de la dépense.

⁴⁵ Effet évalué *a minima* de la mise en concurrence.

⁴⁶ Certains établissements de santé optimisent leurs dépenses de transport en vérifiant systématiquement l'imputabilité des factures qui leur sont adressées et en renvoyant à l'assurance maladie celles qui relèvent de l'enveloppe soins de ville selon la circulaire de 2013. La CPAM de Roubaix-Tourcoing, qui gère la plateforme de centralisation du centre hospitalier de Roubaix, s'est livrée à l'exercice inverse.

Recommandation N°14. Annoncer que les dépenses prescrites par les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe Soins de ville de l'assurance maladie leur seront transférées sous forme d'enveloppe fermée au 1^{er} janvier 2019.

Cette option semble acceptable pour les établissements de santé à condition qu'ils bénéficient d'un temps d'adaptation leur permettant de se doter de leviers performants de maîtrise de la dépense. En outre, les modalités de dimensionnement et d'indexation de l'enveloppe doivent permettre de compenser les charges nouvelles induites pour les établissements, tout en les responsabilisant sur la gestion et en évitant les effets d'aubaine ou d'aléa moral. Parmi les différentes modalités de transfert possibles, analysées dans l'annexe VI, la mission privilégie la solution d'un calibrage de l'enveloppe non pas sur des bases historiques mais sur des tranches forfaitaires par pathologies de façon à prendre en compte le type d'activité de l'établissement (*case mix*)⁴⁷.

Recommandation N°15. Dimensionner l'enveloppe transférée sur la base de montants de dépenses de transport sanitaire par type de pathologie, définis forfaitairement au niveau national, et appliqués en tenant compte de l'activité de chacun des établissements.

3.2. Ce transfert doit être anticipé et accompagné afin de donner aux établissements de santé les moyens de maîtriser leurs dépenses de transport

3.2.1. Une solution-cible : les plateformes de centralisation de la commande de transports

3.2.1.1. La mise en place d'un acteur intermédiaire entre prescripteur individuel et transporteur est source d'économies.

La démarche de centralisation des demandes de transport institue un acteur intermédiaire unique entre prescripteurs et transporteurs. Elle permet donc de fiabiliser la procédure, ce qui génère des bénéfices immédiats à la fois pour l'établissement de santé, l'assurance maladie et les transporteurs : gain de temps pour les services prescripteurs, baisse du délai d'attente, indisponibilités moins fréquentes, ce qui limite le risque de voir les prescriptions de transport assis requalifiées *a posteriori* en transport couché, plus onéreux, et enfin formalisation d'une procédure unique qui garantit l'intangibilité de la prescription médicale.

De ce fait, la mise en place d'une plateforme de centralisation conduit, dans la grande majorité des situations observées par la mission, à une baisse du taux de recours aux ambulances. Certaines expériences suggèrent en outre que la mise en place d'une plateforme peut également conduire à une réduction, en valeur absolue, du volume de prescriptions, sans doute liée à la centralisation de leur suivi.

L'impact de la plateforme sur la structure des prescriptions : exemples

Centre Hospitalier de Roubaix

⁴⁷ S'il est possible d'associer à chaque type de séjour un coût moyen (ou médian) de transport, l'enveloppe transférée à chaque établissement pourra être dimensionnée sur la base de ces coûts moyens, pondérés par le poids de chaque type de service dans son activité.

Rapport

L'enquête de satisfaction conduite quelques mois après la mise en place de la plateforme au centre hospitalier Victor Provo de Roubaix a mis en évidence que, parmi les personnels hospitaliers consultés, 63% jugeaient la « pression des transporteurs plus faible » et 89% estimaient que celle-ci garantissait mieux qu'avant le « respect du transport fixé ».

Si l'on compare les prescriptions du premier semestre 2015 par rapport à celles du premier semestre 2014, on compte un recul du poids des ambulances (-6%) et des taxis (-4%) au profit des VSL (+2%). La CPAM de Roubaix-Tourcoing estime que 25% des transports pris en charge par la plateforme auraient « basculé » de l'ambulance au VSL, avec un gain moyen de 53 € par trajet. Ce rééquilibrage est particulièrement marqué sur les périodes creuses. Ainsi, alors que l'on comptait 95% de trajets en ambulance le samedi avant la création de la plateforme (de mars 2012 à septembre 2013 soit 278 transports), cette proportion est désormais de 55%.

Centre Hospitalier d'Orange

Le Centre Hospitalier a mis en place une plateforme de régulation en septembre 2015. Un bilan des prescriptions de transports, réalisé en janvier 2016⁴⁸, fait apparaître une baisse de 11 % des transports réalisés en ambulances (- 14 696 euros), de 6,7 % des transports réalisés en taxis et de 4% des transports réalisés en VSL par rapport aux transports prescrits par le CH Orange pour les mêmes périodes en 2014.

Le rendement budgétaire de la mise en place des plateformes demeure toutefois délicat à évaluer. Peu de plateformes ont à ce jour conduit des démarches d'évaluation structurées, d'autant que les CPAM ne fournissent pas systématiquement aux établissements les données leur permettant de suivre l'impact de leur dispositif sur les dépenses de l'enveloppe « Soins de ville ». Par ailleurs, le chiffrage des économies générées, lorsqu'il existe, repose sur des méthodologies différentes, ce qui rend leur comparaison délicate.

Les quelques exemples étudiés par la mission laissent espérer des gains conséquents mais variables, car étroitement dépendants de la performance du mode d'organisation retenu ainsi que du taux de recours à la plateforme.

Le rendement des plateformes : premières évaluations

Au CHD de La-Roche-sur-Yon, la plateforme a été déployée courant 2015. Le profil établissement élaboré par la CPAM fait ressortir une baisse de 6,8% des montants remboursés en 2015 (9 247 000 €) par rapport à 2014 (9 917 918 €). Rapportée au 27 662 patients transportés en 2015, on peut estimer que la mise en place de la plateforme a permis une baisse du montant moyen remboursé par patient de 24 €.

Cette donnée est convergente avec les premiers résultats transmis par la CPAM du Vaucluse consécutivement à la mise en place en septembre 2015 de la plateforme au Centre Hospitalier d'Orange. Le montant remboursé sur les trois premiers mois de la plateforme (75 000 €) est en baisse de 17% par rapport au montant remboursé à la même période en 2014 (90 550 €). Rapporté aux 644 trajets prescrits, on peut chiffrer l'économie générée à 24 € par trajet.

La même méthodologie, appliquée au Centre Hospitalier de Roubaix, met toutefois en évidence un gain bien plus faible. La plateforme a été mise en place courant 2013 et n'a pas entraîné de baisse des montants remboursés, en valeur absolue, la première année : on observe en 2014 un taux de croissance de 2%, certes deux fois moins important à celui observé en 2013, qui correspond à une légère hausse du coût moyen par trajet (+ 1€). En 2015 en revanche, la dépense remboursée diminue de 21 000 €, ce qui correspond à une économie de 0,25 € par trajet en moyenne.

Ces derniers résultats mettent en évidence la nécessité d'une évaluation de moyen terme (les effets de la plateforme en matière de régulation de la dépense pouvant ne pas être immédiats) chiffrant les gains réalisés par rapport à un tendancier de croissance plus qu'en valeur absolue.

⁴⁸ A cette date toutefois la totalité des transports effectués du 1- septembre 2015 au 30 novembre 2015 n'ont pas tous été remboursés par la CPAM.

Rapport

La mission retient l'hypothèse d'économies croissantes de l'ordre de 20 Millions € la première année et 10 Millions € supplémentaires la seconde grâce à la généralisation des plateformes à tous les établissements, sur la base du taux de recours actuel des prescripteurs (15%). Le transfert d'enveloppe permettrait d'accroître significativement ce rendement (50 Millions € supplémentaires) grâce à la généralisation du recours à la plateforme par les prescripteurs au sein des établissements de santé (taux de recours de 100%).

3.2.1.2. La centralisation de la demande peut permettre de suivre et rationaliser les prescriptions hospitalières

La centralisation de la commande de transport constitue, dans une majorité d'établissements enquêtés, une démarche récente. Si des solutions techniques et logicielles performantes émergent, celles-ci n'ont pas encore été exploitées à leur plein potentiel. Dans certains établissements, toutefois, on observe que la plateforme de centralisation est mise au service de démarches transversales d'optimisation.

- ◆ Elle permet de disposer en temps réel de données exhaustives sur la demande de transport et constitue de ce fait un utile support au déploiement de stratégies de suivi et de sensibilisation des prescripteurs ;
- ◆ Elle peut également, grâce aux données disponibles, permettre une rationalisation des flux de patients. En anticipant et en lissant les besoins en transports (sorties de consultation et d'hospitalisation), les établissements de santé peuvent parvenir à minimiser leur coût.

Ces solutions potentielles constituent autant de gisements d'économies durables mais nécessitent pour voir le jour un portage fort de la part des équipes de direction des établissements de santé.

3.2.1.3. ... Ainsi que de faire émerger une politique cohérente d'achat des prestations de transport

Les plateformes de centralisation de la commande de transport permettent par ailleurs à l'établissement de santé de disposer d'un pouvoir de marché accru face aux transporteurs. Les relations avec ceux-ci sont organisées sur la base d'un « *tour de rôle* » : les entreprises « *implantées dans le territoire concerné* » et qui « *formulent la demande de participer à la prise en charge des transports prescrits par l'établissement* » se voient sollicitées à tour de rôle suivant une clé de répartition « *définie au niveau de chaque établissement de santé (...) en concertation avec l'ensemble des acteurs* ». Cette clé de répartition « *est fonction de l'implication de chaque entreprise dans le dispositif et du respect de ses engagements* »⁴⁹. La mise en place de ce type d'organisation, qui peut prendre des formes variables selon les territoires, vise à accroître la transparence et l'équité vis-à-vis des sociétés de transport, par rapport aux configurations dans lesquelles la commande de transport est laissée à la seule appréciation de chaque patient ou de chaque service prescripteur.

Lorsque la commande de transport est automatisée et dématérialisée (sélection opérée automatiquement par le logiciel en application de la clé de répartition définie en amont), cette transparence est mieux garantie, puisque la traçabilité des décisions est totale. Cela contribue à réduire le risque contentieux⁵⁰.

⁴⁹ Référentiel relatif à l'organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts hospitaliers et du retour à domicile des patients, DGOS, 2010.

⁵⁰ Cf Annexe VII sur le recours pendant devant le Conseil d'Etat sur la nature juridique du tour de rôle.

3.2.1.4. Il convient de s'engager dans la voie d'une généralisation des plateformes de centralisation sur une base territoriale

La mission préconise de s'engager dans une démarche de généralisation des plateformes de centralisation de la commande de transports sanitaires. Cet objectif gagnerait à être affiché publiquement et avec volontarisme par les administrations centrales concernées.

Cette généralisation pourrait s'envisager sur la base d'un portage des plateformes par les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Si les dispositifs étudiés par la mission s'inscrivent aujourd'hui dans des échelles territoriales diverses (région, bassin de vie, établissement ou inter-établissement), un portage par le GHT permet de favoriser la pleine appropriation de la démarche par les établissements de santé tout en mutualisant les coûts fixes liés à son fonctionnement. Il s'inscrit en outre naturellement dans les compétences de ce nouvel échelon.

L'ouverture de la plateforme aux médecins libéraux du territoire, ainsi qu'aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, pourrait également être expérimentée. Elle permettrait d'augmenter le périmètre des transports régulés, ce qui facilite l'optimisation des trajets. Une telle solution peut être reçue positivement par les praticiens libéraux en ce qu'elle leur permet d'offrir à leurs patients un service supplémentaire, à condition qu'elle demeure gratuite par exemple en s'inscrivant dans le cadre de l'outil PELI actuellement expérimenté par la CNAMTS pour la prescription médicale en ligne. Il convient néanmoins de s'assurer que l'ergonomie générale du dispositif favorise son adoption.

Recommandation N°16. Expérimenter l'ouverture des plateformes aux professionnels de santé libéraux du territoire et intégrer cet objectif dans le développement du projet de prescription en ligne PELI.

La mission recommande, enfin, d'inscrire la plateforme dans une gouvernance territoriale large à un double niveau.

- ◆ D'une part, les transporteurs doivent être étroitement associés à la définition du cahier des charges de la plateforme et des règles du tour de rôle. Il peut être envisagé de leur confier ensuite la gestion opérationnelle du dispositif lorsqu'il est automatisé et offre des garanties suffisantes en matière de traçabilité.
- ◆ D'autre part, le sous-comité des transports du CODAMUPS pourrait jouer un rôle de garant de l'équité du dispositif et permettre l'association à son suivi de l'ARS et des organismes locaux d'assurance maladie, ainsi que des représentants des patients..

La démarche de généralisation des outils de gestion centralisée gagnerait à s'appuyer sur des points de référence partagés. Si la diversité des modèles de plateforme existants sur le territoire doit être préservée et faire l'objet d'évaluations régulières, la doctrine nationale, qui commence à émerger des divers travaux conduits par la DGOS et la CNAMTS, gagnerait à être formalisée rapidement.

Recommandation N°17. Elaborer un référentiel national pour la conception et le fonctionnement des plateformes de régulation de la commande de transports.

Référentiel national des plateformes de centralisation de la commande de transport

Un tel référentiel pourrait notamment retenir les caractéristiques suivantes, identifiées par la mission

Rapport

comme des gages de succès de la démarche :

- ◆ *Recours systématique, au sein de chaque établissement, à un même outil, informatique, de suivi de la demande de transport, qu'il s'agisse des transports à la charge de l'assurance maladie, des transports à la charge de l'établissement de santé et des transports pour lequel le patient a fait valoir son libre-choix.*
- ◆ *Mise en place d'une instance de concertation associant aux organisateurs les représentants des taxis, des transports sanitaires, l'ARS et la CPAM, pour définir les règles de fonctionnement du tour de rôle et concevoir de façon collégiale et transparente les principes de fonctionnement du logiciel de régulation.*
- ◆ *Ouverture de la plateforme aux taxis.*
- ◆ *Partage des données issues de l'outil informatique de régulation, notamment avec les organismes locaux d'assurance-maladie.*

3.2.2. Les établissements de santé doivent être mobilisés et accompagnés dans la perspective du transfert de l'enveloppe

3.2.2.1. Le contrat tripartite rénové constituerait un support adapté pour accompagner les établissements dans la perspective du transfert d'enveloppe

Les CAQOS ont été supprimés par l'article 50 de la LFSS pour 2016 au profit du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES), qui fusionne l'ensemble des contrats proposés aux établissements de santé dans un document contractuel unique. Les modalités d'application de ce nouveau dispositif contractuel restent à préciser.

La mission préconise, tout d'abord, de sortir de la logique actuelle de ciblage d'établissements atypiques, au profit d'une contractualisation proposée à l'ensemble des établissements de santé.

Recommandation N°18. Proposer un CAQES doté d'un volet « Transports » à l'ensemble des établissements de santé.

Pour les inciter à conclure un CAQES, la mission plaide pour une application effective par les ARS du dispositif de sanctions prévu pour les établissements ciblés qui refusent de contracter⁵¹. A défaut ou en complément, il pourrait être envisagé un mécanisme de pénalisation automatique des établissements lorsque leurs prescriptions de transport dépassent un taux de croissance ou un volume déterminé par voie réglementaire, et dont la signature d'un CAQES permettrait de les exonérer. Ce mécanisme pourrait prendre plusieurs formes : pénalité financière équivalente à l'ampleur du dépassement constaté, mise sous accord préalable des praticiens de l'établissement pour leurs prescriptions de transport.

⁵¹ Les dispositions législatives relatives au CAQES prévoient la possibilité d'une sanction en cas de refus par un établissement de conclure le contrat qui lui est proposé ou l'un de ses volets. Celle-ci correspond à 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. Ce dispositif est proche de celui prévu antérieurement pour les CAQOS, qui n'a jamais été appliqué par les directeurs généraux d'ARS.

Rapport

Recommandation N°19. Inciter plus fortement les établissements à conclure un contrat tripartite, par exemple, via un mécanisme de pénalisation automatique des établissements non signataires lorsque leurs prescriptions de transport sont excessives ou trop dynamiques.

Le contenu des contrats doit par ailleurs être réorienté afin de restaurer leur caractère mobilisateur et opérationnel. La mission propose de distinguer une obligation de résultat (contractualisation sur un taux d'évolution ou un montant de dépenses) fixée dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) d'une part, et une obligation de moyens, sous la forme d'un plan d'actions modulables, qui deviendrait le cœur du CAQES, d'autre part. Celui-ci serait réorienté d'une logique de suivi des dépenses à une logique de gestion de projet, qui reposerait sur des éléments maîtrisables par l'établissement. Les directeurs généraux d'ARS seront sans doute moins réticents à sanctionner les établissements pour un manquement à leurs obligations de moyens que pour un dérapage dans les prescriptions de transports, indicateur de résultat volatil et partiellement exogène.

La mission préconise en particulier de faire du CAQES le support de la généralisation des plateformes de centralisation de la commande de transport en faisant de la mise en place de ces dernières un volet obligatoire des contrats proposés aux établissements sièges de GHT.

Recommandation N°20. Intégrer dans le CPOM des établissements de santé un indicateur relatif au montant de ses prescriptions de transports.

Recommandation N°21. Centrer le contenu des CAQES sur la réalisation d'un plan d'action, qui contiendrait obligatoirement le déploiement, l'amélioration ou le recours à une plateforme de centralisation de la commande de transports.

Le dispositif d'intéressement et de sanction devra être revu dans cette perspective nouvelle.

Le volet incitatif pourrait être supprimé et remplacé par des aides fléchées dédiées à la mise en place du plan d'action, en particulier une aide à l'amorçage de projets de centralisation ou d'informatisation de la commande de transports. Pour éviter les effets d'aubaine, ces aides pourraient être fléchées et/ou versées *a posteriori* en remboursement des dépenses effectivement engagées par l'établissement. Un abondement du Fonds d'Intervention Régional (FIR) de 1,6 M€ par an pourrait permettre d'amorcer un projet dans chaque GHT.

Le volet répressif pourrait être explicitement prévu dans chaque contrat, avec un montant (fourchette) adossé à chacun des engagements inscrits au plan d'action. Cela permettrait d'en automatiser le déclenchement et d'en sécuriser juridiquement la mise en œuvre.

La mission considère que l'évolution vers un contrat plus simple et plus incitatif pourrait permettre, en responsabilisant les établissements de santé, des économies de l'ordre de 5 Millions d'€ par an les deux premières années.

Recommandation N°22. Abonder le Fonds d'Intervention Régional pour permettre le versement d'aides fléchées dédiées (1,6 Millions d'Euros par an).

Recommandation N°23. Prévoir explicitement une échelle de sanctions adossée à des indicateurs de réalisation au sein du plan d'action du CAQES.

Rapport

3.2.2.2. La désignation d'un chef de projet national chargé de préparer ce transfert semble indispensable.

Un transfert de l'enveloppe aux établissements de santé au 1^{er} janvier 2019 constitue une perspective ambitieuse et doit être porté avec volontarisme par les administrations concernées. Un chef de projet national doit être nommé au sein de la direction générale de l'offre de soins afin de coordonner la mobilisation des administrations centrales compétentes. Il lui reviendra en particulier :

- ◆ de coordonner la direction de la sécurité sociale, en charge de la conception et du suivi des CAQES, avec la direction générale de l'offre de soins, l'ANAP et la CNAMTS, qui accompagnent le déploiement des plateformes de centralisation de la commande de transports.
- ◆ d'engager au plus vite une réflexion avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) autour du dimensionnement de l'enveloppe à transférer et de son mode d'indexation. Les modalités retenues doivent permettre de responsabiliser les établissements de santé tout en évitant les effets d'aubaine ou d'aléa moral (voir Annexe VI).
- ◆ de veiller, en lien avec l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP), à la cohérence des choix effectués par la CNAMTS, les établissements de santé et les transporteurs en matière de systèmes d'informations ainsi qu'à leur bonne interconnexion.
- ◆ d'engager une concertation avec les représentants des professionnels du transport sanitaire, en vue notamment de définir des recommandations sur les procédures et les critères de passation de marchés publics par les établissements de santé.

Recommandation N°24. Nommer au sein de la DGOS un chef de projet national responsable de coordonner la mise en œuvre des CAQES et de préparer le transfert d'enveloppe aux établissements de santé.

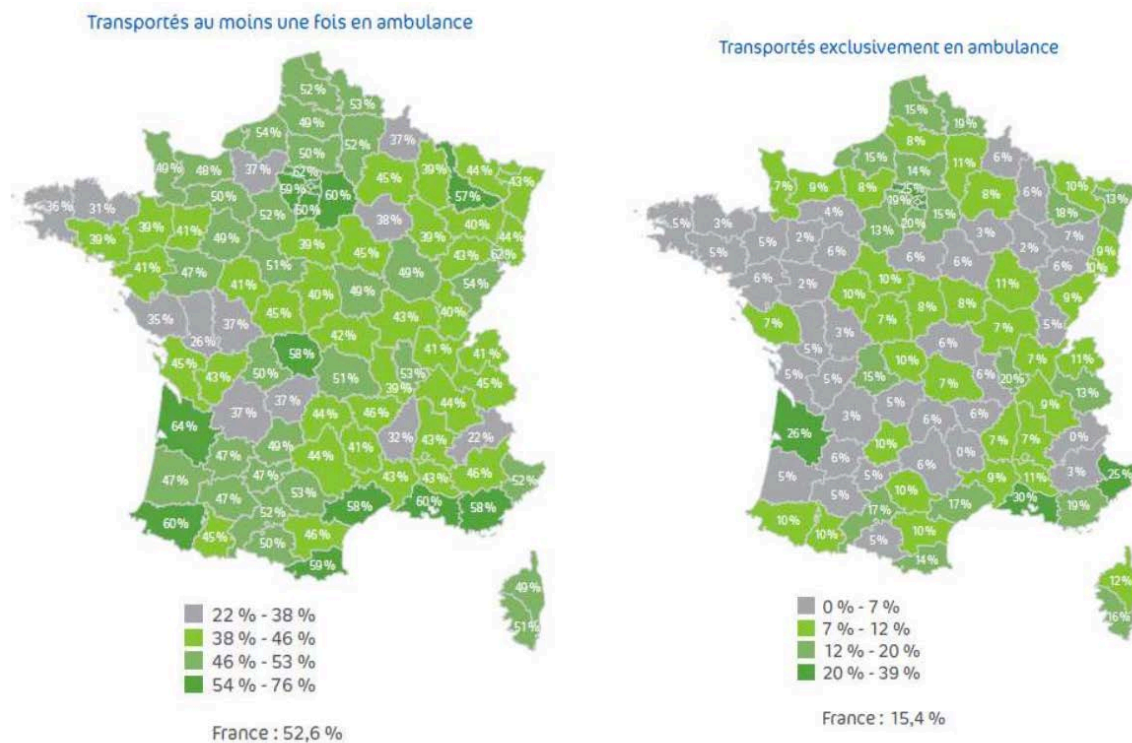
Ce chef de projet pourrait s'appuyer sur une instance de suivi qui permette la formalisation de retours d'expérience chiffrés et partagés et ajuste le dispositif en conséquence. Des présentations régulières du projet en conseil national de pilotage permettraient de s'assurer de sa bonne appropriation par les agences régionales de santé.

3.3. Face à la banalisation et au caractère couteux des prescriptions, il convient d'en réaffirmer le caractère médical

3.3.1. Une partie de l'augmentation des dépenses est induite par des modes de transports non justifiés par l'état des patients

La « dérive » qui aurait progressivement banalisé la prescription médicale de transport de patients⁵² et transformée cette dernière en « bon de transport » est régulièrement évoquée dans les rapports sur le sujet et systématiquement relevée par les divers professionnels rencontrés par la mission. Concrètement, cette banalisation a des effets sur la structure des coûts de transports sanitaires. Dans le cas de la dialyse, par exemple, les données fournies par la CNAMTS tendent à montrer que le recours à l'ambulance comme mode de transport privilégié pour une pathologie donnée (ici exemple de la dialyse) est lié à la structure du parc (forte corrélation avec la part de l'ambulance dans le parc) bien davantage qu'à des critères médicaux.

Carte 1 : Part des patients dialysés ayant eu recours à l'ambulance en 2012



Source : CNAMTS. Patients dialysés, DCIR, PMSI, tous régimes, France entière, soins de 2012, liquidés 5 mois plus tard.

Le propos est probablement à nuancer dans les grandes métropoles où l'accès aisé aux transports en commun, en facilitant le déplacement par ses propres moyens, accroît le poids relatif des ambulances.

De façon générale, les médecins sont souvent peu sensibilisés sur les coûts induits par leurs prescriptions de transports.

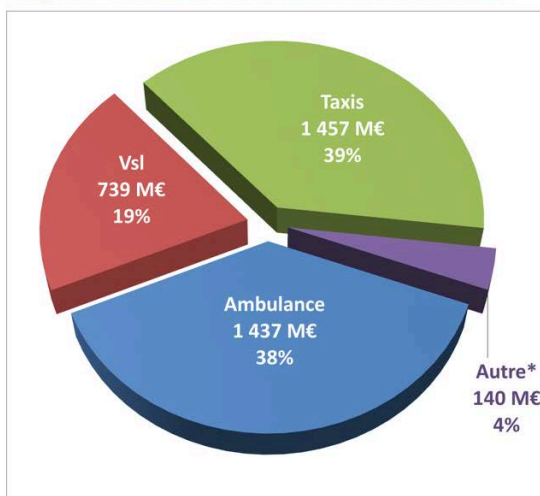
⁵² Formulaire CERFA n° 50742-54

Rapport

Graphique 13 – Montants remboursés par mode de transport

Montants remboursés tous régimes en 2014 : 3,9 Milliards d’Euros

- ◆ **Ambulances : 98 € pour 16 km en moyenne**
- ◆ **Transport assis professionnalisé (TAP) :**
 - ▶ **VSL : 33 € pour 22 km en moyenne**
 - ▶ **Taxi : 50 € en moyenne (nombre de km inconnus)**
- ◆ **VP : 17€ en moyenne (estimation)**



* : Véhicule personnel, transport en commun...
p : soins réalisés l'année 2014 et liquidés 3 mois plus tard, tous régimes, France entière - Source : DCIR)
Données corrigées pour des prestations en lien avec les ALD 31 et 32 (intégration du ticket modérateur)

3.3.2. Il est nécessaire de réaffirmer le caractère médicalisé de la prescription pour répondre à la diversité des situations cliniques et pour en améliorer l'efficacité

La prescription de transports d'un patient est un acte médical qui en précise les conditions dans lesquelles la sécurité du patient sera garantie tant par les moyens mobilisés que par les compétences de ceux qui l'accompagnent.

Comme toute prescription, le praticien engage sa responsabilité et doit donc pouvoir être identifié personnellement. La généralisation de l'usage du numéro porté au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), déjà prévue par la loi, est donc indispensable. A cette fin, il est proposé de supprimer tout remboursement, au transporteur ou à l'établissement prescripteur, dès lors que le RPPS ne serait pas renseigné (cf. Annexe VI).

Recommandation N°25. Conformément à la loi, imposer l'usage de l'identification du prescripteur.

La maîtrise durable des dépenses de transports sanitaires passe nécessairement par une réaffirmation de ce caractère médical et par la sensibilisation des praticiens à la « juste prescription », au plus près des besoins du patient en fonction de son état de santé. A titre d'exemple :

- ◆ Le transport de nourrisson ou de personnes souffrant d'obésité morbide nécessite des équipements spécialement adaptés ;
- ◆ Les patients porteurs de bactéries multi-résistantes ne peuvent partager le transport ;
- ◆ Les personnes agitées ou confuses peuvent justifier d'un accompagnement en plus du chauffeur du véhicule ;
- ◆ La prestation d'un taxi diffère sensiblement de celle d'un VSL (cf. annexe III).

Ces précisions permettront de mobiliser les bonnes ressources d'emblée, d'éviter la mobilisation inutile d'un mode inadapté (à noter que les plateformes de centralisation des prescriptions intègrent le plus souvent ce type de paramètre).

Rapport

Une refonte du référentiel de prescription et du formulaire CERFA associé (dont l'ergonomie est très largement perfectible) contribuerait à réaffirmer le caractère médical de cet acte et d'en diversifier ces modalités (transports partagés, traitement particulier des transports itératifs).

Recommandation N°26. Actualiser le référentiel de prescription en fonction des spécificités de la situation médicale du patient et en distinguant taxi et VSL et refondre, en veillant à son ergonomie, le formulaire CERFA associé, en proposant en premier lieu les modes de transport les moins coûteux.

La prescription de transport constituant un acte médical, elle ne saurait être réalisée *a posteriori*, sauf en cas d'urgence. Si, à moyen terme, le développement de la prescription en ligne permettra de l'horodater, la mission note que les CPAM disposent d'ores et déjà des moyens d'identifier les prescriptions datées du même jour qu'un aller-retour, donc réalisées postérieurement au premier trajet. Pourtant, celles-ci ne notifient que rarement un refus de prise en charge pour le trajet « aller ». L'article R 322-10-2 du code de la sécurité sociale pourrait être reformulé pour conditionner explicitement la prise en charge du transport à l'antériorité de la prescription médicale⁵³.

Recommandation N°27. Refuser systématiquement la prise en charge des trajets antérieurs à la prescription médicale correspondante, sauf urgence.

Si la prescription de transport – et donc la définition du mode de transport adapté - constitue un acte médical, il n'en est pas de même du choix, par le patient, entre plusieurs ambulances, plusieurs VSL ou plusieurs taxis concurrents.

Pourtant, la demande de transports s'organise aujourd'hui autour d'un principe de libre choix du patient sur l'entreprise qui le prendra en charge. Ce principe est affirmé par une circulaire de 2003 pour les transports à la charge de l'assurance maladie, codifié à l'article R6312-16 du code de la santé publique et repris à l'article 3 de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés avec une portée plus générale (tous types de transports).

Si le code de la santé publique affirme comme un « *principe fondamental de la législation sanitaire* » le libre choix du patient, il vise explicitement le libre choix du praticien et de l'établissement de santé, condition indispensable à la relation de confiance entre le patient et son médecin. Rien ne justifie, d'un point de vue médical, une extension de cette logique aux transporteurs sanitaires. La France semble d'ailleurs constituer une exception à cet égard en Europe.

Dans la mesure où des règles tarifaires différentes s'appliquent au transport assis professionnalisé selon la nature du transporteur, les dispositions réglementaires et conventionnelles évoquées entrent en contradiction directe avec l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient* ». La mission estime que le libre choix par le patient de son prescripteur n'emporte pas de libre choix de son transporteur, au-delà des raisons médicales qui conduisent à choisir une ambulance, un VSL ou un taxi.

⁵³ Cette règle se déduit aujourd'hui de l'alinéa indiquant : « En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie *a posteriori* ».

Recommandation N°28. Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transporte, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie.

Il pourrait *a minima* être envisagé de conditionner le bénéfice du tiers payant à l'acceptation du transport proposé par l'établissement de santé, et/ou la plateforme de centralisation, sur le modèle du dispositif « Tiers payant contre génériques »⁵⁴. Une alternative non exclusive serait de proposer systématiquement au patient, au moment de son admission, de confier la recherche de son transport à l'établissement de santé et/ou à la plateforme.

3.4. La recherche d'efficience en matière de transports, une fonction critique pour les parcours de soins, impose également d'en diversifier les modalités

3.4.1. Le recours au transport partagé dispose d'un potentiel de développement significatif

Le VSL est habilité à transporter plusieurs patients (trois maximum par véhicule). Dans un tel cas, il est procédé un abattement sur le tarif de chacun des trajets facturés :

- ◆ de 23 % pour deux patients présents dans le même véhicule au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun ;
- ◆ de 35 % pour trois patients présents dans le même véhicule au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun.

Ces abattements sont réduits aux taux respectifs de 15 et 33% lorsque le véhicule est géo-localisable. Le développement du transport partagé est ainsi porteur d'économies pour l'assurance maladie.

Le retour d'expérience de l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) PACA-Corse⁵⁵ montre que, dans certains établissements de santé, la mise en place d'une gestion centralisée des demandes de transport, adossée à une rationalisation des flux (programmation des sorties et des entrées à heures fixes), peut permettre une augmentation très significative du transport partagé : parmi les transports assis régulés par la plateforme centralisée, 64 à 86% (selon les établissements) sont effectués avec plusieurs patients dans le même véhicule, dont une part significative (43% à l'Hôpital Européen de Valmante, 57% au CHM de Vallauris) avec trois patients. Le potentiel de développement du transport partagé varie cependant selon le profil du territoire et les pathologies concernées : il est bien entendu plus élevé pour les services de taille importante, prescrivant des transports itératifs (centres de dialyse, centres de lutte contre le cancer...) et desservant des zones urbaines ou périurbaines denses.

⁵⁴ Article L 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

⁵⁵ Plateforme de régulation pour le développement du transport partagé - Bilan de l'expérimentation menée par l'UGECAM PACA, JP LONG -décembre 2015.

Rapport

Les économies générées sont substantielles : l'UGECAM PACA Corse estime que l'assurance maladie effectue 31% d'économie sur chaque TAP régulé par la plateforme, soit 9 € par transport⁵⁶, un ordre de grandeur confirmé par l'ANAP⁵⁷, qui évoque un gain de 10 à 13 € par jour et par patient concerné observé au service de dialyse de l'hôpital privé nord parisien de Sarcelles.

Retour d'expérience de l'UGECAM – PACA

Le tableau suivant reprend les montants facturés par trajet pour les transports effectués en VSL lors de l'expérimentation à l'antenne de Valmante située dans les locaux de l'Hôpital Européen (source GIE). Les chiffres montrent une diminution du coût par patient transporté pour l'Assurance Maladie avec en corollaire un chiffre d'affaire par course qui augmente pour le transporteur. Cela se traduit par une amélioration de la marge par course

Sans transport partagé, le chiffre d'affaire du transporteur pour 3 patients aurait été de 71,20 euros (23,73 x 3), soit 18,55 euros de plus qu'avec un transport partagé de 3 patients. Mais cela aurait nécessité la mobilisation de 3 chauffeurs et 3 véhicules, ce qui représente une augmentation des coûts bien plus importante. Cela permet d'établir qu'il existe une véritable conjonction de l'intérêt à développer le transport partagé pour l'assurance maladie et pour les transporteurs sur un plan économique.

Nombre de patients transportés	Coût Assurance maladie par patient	Chiffre d'affaire par course
1 patient	23,73	23,73
2 patients	20,23	40,62
3 patients	17,55	52,65

Ainsi, le prix facturé pour une course avec 2 patients est environ 1,5 x plus élevé qu'avec un seul et une course avec 3 patients environ 2 x plus, pour un coût transporteur quasi identique à celui d'une course avec 1 seul patient (1 véhicule et 1 chauffeur mobilisé). Cela constitue un gain significatif en termes de productivité par véhicule qui permet de restaurer la viabilité économique du VSL. Par ailleurs, moins de VSL mobilisés pour transporter le même nombre de patients, c'est une offre de VSL plus importante.

Ce qui est constaté avec les transporteurs sanitaires n'est pas transposable en l'état de la réglementation aux taxis. Les conventions locales de taxis disposent généralement qu'en cas de transport partagé, le prix réel de la course doit être également réparti entre chaque personne transportée et entre les différents régimes dont relèvent ces personnes, pour la fraction du trajet réalisée en commun.

Une valorisation limitée des tarifs des taxis dès lors qu'ils transporteraient plusieurs patients, assorti d'un contrôle adéquat des trajets réalisés, aurait un effet économique et budgétaire au moins équivalent à celui de la réglementation actuelle sur les transporteurs sanitaires (cf. pièce-jointe à l'Annexe V : « Evaluation du moyen le plus économique pour développer le transport assis professionnalisé partagé par voie de taxi »).

⁵⁶ A noter toutefois que le recours à des TMPR à des tarifs exceptionnellement bas par l'un des établissements concernés par l'expérimentation peut conduire à majorer ce résultat.

⁵⁷ Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé, page 30, ANAP, mai 2013.

Recommandation N°29. Promouvoir les transports partagés et valoriser, à hauteur de 5 à 10%, le tarif applicable aux taxis dès lors qu'ils transportent simultanément plusieurs patients et que le véhicule peut être géo-localisé.

L'acceptation des transports partagés par les patients nécessite des explications et de la pédagogie de la part des établissements. Une condition toutefois : leur temps d'attente comme leur durée de trajet ne doivent pas être excessivement rallongés.

L'intérêt à agir pour les établissements peut paraître limité mais « *Les établissements retenus pour l'expérimentation ont revu l'organisation des soins et des séjours pour programmer l'arrivée et le départ des patients à heures fixes (HC et HDJ). Après 2 ans d'expérimentation, il s'avère que le séquençage des heures d'entrée et de sortie des patients ne constitue pas une contrainte mais bien un levier pour le développement de l'hospitalisation de jour notamment, avec une optimisation globale de l'utilisation des ressources de l'établissement (personnel, plateaux techniques, repas, transports)* »⁵⁸.

3.4.2. La part importante des transports itératifs a motivé l'expérimentation de la « carte de transport assis »

Les traitements contre le cancer et l'insuffisance rénale chronique induisent une part conséquente des dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie, respectivement 17 et 21%. Les transports réalisés par ces patients sont essentiellement des transports itératifs, qui présentent par leur caractère à la fois répétitif et prévisible des opportunités pour un aménagement spécifique. Pour ce type de pathologies, l'expérimentation « Carte de Transports assis » permettrait de combiner simplifications administratives, gains de productivité pour les transporteurs et moindre coût pour l'assurance maladie. Elle porte sur 21 départements pilotes volontaires auprès des patients se rendant en centre de dialyse et les bénéficiaires sont tous des patients dialysés ne faisant pas le choix du véhicule personnel et dont l'état de santé ne justifie pas le recours à l'ambulance. Elle s'effectue dans un cadre contractuel associant CPAM, service médical de l'assurance maladie et établissement.

La population potentiellement concernée par la carte de transport assis recoupe largement celle qui pourrait être mobilisée pour le transport partagé.

L'expérimentation a débuté en octobre 2014 et est prolongée jusqu'en décembre 2016. En août 2015, sur les 21 départements retenus, 37% des patients dialysés* bénéficient du dispositif. La mission ne dispose pas d'évaluation économique intermédiaire.

Recommandation N°30. Evaluer les effets induits de la carte de transport assis sur la structure des prescriptions.

⁵⁸ Plateforme de régulation pour le développement du transport partagé - Bilan de l'expérimentation menée par l'UGECAM PACA et Corse - Décembre 2015.

3.4.3. La simplification des formalités de remboursement en cas d'usage du véhicule personnel ou des transports en commun serait un argument pour leur promotion

En 2014, 1,9% des dépenses de transport remboursées concernaient le recours au véhicule personnel, pour un coût moyen de 17 euros selon la CNAMTS⁵⁹.

Bien qu'étant le plus économique, les retours des acteurs rencontrés font ressortir que le « transport particulier » demeure trop peu utilisé pour de multiples raisons :

- ◆ méconnaissance de cette option ;
- ◆ lourdeur des formalités administratives dissuasive pour obtenir le remboursement des frais engagés comparativement à la pratique du tiers payant généralement mise en œuvre par les transporteurs sanitaires et par les taxis ;
- ◆ difficulté pour se garer en cas d'usage du véhicule personnel.

La mission a pris connaissance de certaines initiatives locales dont les effets mériteraient d'être évalués.

- ◆ la CPAM de la Marne, en lien avec le centre de lutte contre le cancer (CLCC) et avec un établissement de santé privé, a organisé la promotion de ce mode de transport tout en simplifiant les formalités pour le patient (projet VIP). L'évaluation n'a pas encore été réalisée.
- ◆ huit CLCC expérimentateurs au niveau national, dont l'institut Paoli Calmette situé à Marseille (premiers chiffres : sur 432 transports aller-retour par véhicule personnel réglés dans le cadre de cette expérimentation, un gain moyen pour l'assurance maladie estimé à 110 € par transport)⁶⁰.

Néanmoins, certains acteurs ont manifesté leur crainte d'un éventuel effet inflationniste lié à un accès plus facile à la procédure de remboursement pour le transport par véhicule personnel : le coût supplémentaire pour l'assurance maladie pourrait être plus important que les effets positifs de report depuis des modes de transports plus onéreux. La CNAMTS gagnerait à s'engager dans une évaluation systématique de ces initiatives sur la base d'un protocole d'évaluation commun.

Recommandation N°31. Evaluer les impacts des démarches de promotion du véhicule personnel et des transports en commun avant une éventuelle promotion et généralisation.

⁵⁹ Données 2015 tous régimes, France entière. Le transport en véhicule personnel est remboursé à 65% sur la base du tarif d'indemnités kilométriques en vigueur (0,30 € par km depuis l'arrêté du 30 mars 2015), variable selon la catégorie du véhicule et la distance parcourue.

⁶⁰ Les transports médicaux dans le département des Bouches-du-Rhône, document élaboré par la CPAM des Bouches du Rhône en février 2016 à l'occasion du déplacement de la mission.

3.5. La sensibilisation des acteurs, y compris par le biais d'incitations appropriées, peut agir efficacement sur les dépenses de transports sanitaires

3.5.1. Des campagnes de sensibilisation globales, définies localement, peuvent générer des économies substantielles

La mission a ainsi constaté la capacité des CPAM à concevoir des stratégies et des partenariats au plus près des enjeux locaux. La structure des prescriptions, la sociologie des prescripteurs, des patients et des transporteurs, varient en effet significativement selon les territoires. Les résultats souvent probants de ces initiatives laissent entrevoir des gains potentiels importants.

Il apparaît que la combinaison d'actions menées conjointement à destinations des patients, de prescripteurs et des transporteurs, permet l'optimisation de ces diverses mesures.

Compte tenu des retours d'expérience disponibles, la mission estime que de telles campagnes, conduites dans chaque CPAM annuellement selon des modalités et des cibles définies localement, pourraient permettre chaque année *a minima* un gain de 1% des dépenses prescrites par les médecins de ville, soit 15 M€ chaque année.

Recommandation N°32. Organiser la capitalisation des outils et des retours d'expérience sur les pratiques de sensibilisation mises en place par les organismes locaux d'assurance maladie et généraliser la conduite par les CPAM de campagnes coordonnées à destination des prescripteurs, des transporteurs et des assurés.

3.5.2. Si les principes de mise sous objectifs (MSO) ou de mise sous accord préalable (MSAP) semblent pertinents, leurs modalités d'application sont perfectibles

Les procédures de MSO/MSAP (cf. 1.2.1.2.) semblent avoir fait la preuve de leur efficacité :

- ◆ les résultats analysés par la cour des comptes sur la campagne de MSAP conduite en 2008 suggèrent un changement durable des pratiques de prescription, au-delà de la seule période de mise sous accord préalable ;
- ◆ les données produites par la CNAMTS sur la campagne menée en 2013 et 2014 montrent que sur les 37 médecins ciblés à l'origine, seuls 3 (8%) ont fait l'objet d'un abandon lors de la phase contradictoire. Sur les 34 qui se sont vu proposer une MSO, 33 (97%) l'ont acceptée. Ces données amènent à relativiser le constat, généralement avancé, d'une faible acceptabilité politique et d'un risque contentieux élevé de ce type de procédure ;
- ◆ sur cette dernière campagne, les économies réalisées se chiffrent à 9 000 € environ par généraliste et 30 000 € par spécialiste sur une période de 4 mois. Cependant, la CNAMTS observe dans un certain nombre de cas un effet report, c'est-à-dire un transfert de la prescription de transport vers un autre praticien⁶¹. De ce fait, elle évalue l'économie « nette » pour l'assurance maladie à 5 473€ par praticien généraliste et 25 723€ par spécialiste.

⁶¹ MSO / MSAP Transport : état des lieux. Document interne CNAMTS / DACCRF, novembre 2014.

Rapport

Les modalités de mise en œuvre retenues par la CNAMTS peuvent toutefois interroger. D'une part, alors que cette procédure est prévue par la loi, elle n'a été mise en œuvre par la CNAMTS que de manière expérimentale et par campagnes successives. Ainsi en 2014, trois régions uniquement ont été concernées. La mission ne dispose pas d'éléments qui justifient ce périmètre restreint.

Les critères de ciblage établis apparaissent très restrictifs, bien plus que ceux retenus pour les indemnités journalières et bien plus que ne l'impose la loi (cf. Annexe V). Ces critères sont définis strictement par l'échelon central, ce qui ne permet pas la mobilisation de l'outil au service des politiques de sensibilisation élaborées localement par les CPAM.

En gardant l'esprit de ces contrôles, une évolution de la procédure est nécessaire pour la rendre plus efficiente. La mission propose en particulier d'assouplir ses conditions de mise en œuvre (procédure, délais) et de laisser les CPAM décider de l'opportunité du recours à ces procédures ainsi que des critères de ciblage.

La CNAMTS devrait se recentrer sur un rôle de tête de réseau consistant à fournir des outils (conseil juridique, proposition de méthodologies de ciblage) aux caisses locales et à suivre les résultats obtenus.

Recommandation N°33. Assouplir les conditions de mise en œuvre de la procédure MSO/ MSAP afin de faciliter sa mise en œuvre et laisser les CPAM décider, dans le respect du cadre législatif et réglementaire, de l'opportunité du recours à cet outil ainsi que de ses critères de ciblage.

3.6. La régulation par demande d'entente préalable pourrait mieux remplir son rôle sous réserve d'aménagement

3.6.1. De nombreuses caisses témoignent de leurs difficultés à exercer un véritable contrôle sur les prescriptions soumises à leur entente préalable, faute de moyens humains

Afin de garantir le respect des principes encadrant la prescription (mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient, établissement adapté le plus proche), le code de la sécurité sociale (article R 322-10-4) prévoit que certains trajets, particulièrement onéreux, nécessitent l'obtention d'un accord préalable de l'organisme en charge du remboursement. Il s'agit notamment des trajets supérieurs à 150 kilomètres, et des transports en série (au moins quatre trajets sur une période de deux mois) vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres.

Force est de constater que de nombreuses caisses peinent, faute de moyens humains, à assurer un contrôle effectif de ces prescriptions. De ce fait, elles tendent à restreindre le champ de leur contrôle. Ainsi :

- ◆ dans la très grande majorité des cas, elles ne contrôlent que le choix de l'établissement de soin (règle de l'établissement adapté le plus proche), sans examiner la pertinence du mode de transport prescrit ;
- ◆ certaines dispensent les assurés de demande d'accord préalable dans certains cas de figure (accord tacite). Ce contournement de la législation est acté et institutionnalisé par le biais de protocoles d'accord locaux. Ainsi, la CPAM de Roubaix-Tourcoing délivre un accord implicite sur les transports de 150 à 300 km, ce qui inclut tous les trajets vers des établissements parisiens, alors même que l'offre de soins du département est étoffée.

3.6.2. Les critères retenus par le code de la sécurité sociale semblent inadaptés aux situations locales

La mission s'interroge sur la pertinence des critères énumérés par le code de la sécurité sociale.

- ◆ Le critère des 150 kilomètres est rarement pertinent dans les zones denses, où une offre de soins abondante est disponible dans un périmètre restreint.
- ◆ Les transports itératifs fréquents ne sont pas soumis à entente préalable dès lors qu'ils concernent un trajet de moins de 50 kilomètres. L'expérience de la CPAM de Roubaix-Tourcoing en matière de contrôle de la file active des « méga-consomphants » (plus de 100 trajets par an avec une ALD exonérante) transportés en ambulance montre pourtant qu'un tel ciblage permet de générer des économies substantielles. Le gain moyen observé à Roubaix (requalification du mode de transport dans 10% des cas générant un gain moyen de 15 000 € par patient) permet de chiffrer le gain d'une généralisation de cette mesure à 18 Millions d'Euros par an, si elle était appliquée à 1% des patients en ALD transportés en ambulance (file active).

3.6.3. Une refonte du régime des ententes préalables est souhaitable

La mission estime qu'une refonte du régime des ententes préalables doit être entreprise.

En premier lieu, il convient de réviser les critères de l'entente préalable, afin de mieux contrôler notamment le choix du mode de transport dès lors que celui-ci a un impact financier significatif (méga-consomphants).

Recommandation N°34. Réviser les critères de l'entente préalable notamment pour assurer un contrôle *a priori* des prescriptions générant les dépenses les plus lourdes.

En second lieu, le respect de la règle de l'établissement adapté le plus proche pourrait être contrôlé de manière plus systématique, y compris pour les prescriptions qui ne relèvent pas de l'entente préalable.

A cette fin, les CPAM pourraient se voir confier, en lien avec le service médical, la définition de la distance maximale acceptable sur le département, ainsi que d'une liste d'exceptions (établissements de référence, pathologies spécifiques), c'est-à-dire les modalités concrètes d'application locale de l'établissement adapté le plus proche.

L'existence d'un tel référentiel local permettrait d'appliquer la règle de l'établissement le plus proche de façon systématique et non plus sur la base d'un contrôle *a priori*. En cas de non respect du référentiel, le remboursement serait refusé sauf dérogation accordée par le service médical. Ce principe de refus systématique au-delà d'une certaine distance est déjà pratiqué par certaines CPAM.

Recommandation N°35. Mettre en place des référentiels locaux identifiant les modalités d'application du principe de l'établissement adapté le plus proche.

3.7. Une bonne pratique est à encourager rapidement : la prescription en ligne des transports sanitaires

La prescription en ligne des transports sanitaire apparaît comme un levier majeur pour le pilotage de ce pan de l'organisation des soins. L'assurance maladie a développé une application qui permet la prescription en ligne dans le cadre de l'espace professionnel dédié au médecin (Espace Pro) ou intégré dans son logiciel professionnel. Même si l'ergonomie est perfectible, selon des médecins entendus par la mission, il s'agit d'une pratique à encourager pour les nombreux avantages qu'elle cumule :

- ◆ horodatage de la prescription, qui rend impossible la prescription *a posteriori* ;
- ◆ dématérialisation des données alimentant la facturation sans ressaisie d'information (la ressaisie du numéro RPSS du médecin est présentée par les transporteurs comme chronophage et source d'erreur) ;
- ◆ alimentation de tableaux de bord précis sur les prescriptions de transport, nourrissant les discussions des acteurs du territoire pour optimiser leurs organisations et leurs interactions de manière factuelle et mesurable ;
- ◆ possibilité pour les CPAM d'automatiser la plupart des contrôles de facturation et de pertinence des prescriptions et de mieux cibler leurs contrôles *a priori*.

La possibilité d'adjoindre une aide à la prescription qui guide le médecin dans le choix du transport le plus adapté à l'état du patient permettrait de favoriser un meilleur respect du référentiel de prescription.

La dématérialisation des données facilite la transmission et le traitement de la prescription à la fois pour la plateforme de centralisation éventuelle et pour la facturation par l'opérateur de transport (absence de ressaisie et des erreurs inhérentes).

Recommandation N°36. Accélérer le déploiement de la prescription en ligne, si possible intégrée aux logiciels métier des médecins, permettre son interconnexion avec les logiciels des plateformes de centralisation et développer en son sein un module d'aide à la prescription de transports sanitaires, élaboré sur la base du référentiel de 2006 révisé.

En miroir des éventuels soutiens prévus dans les contrats passés avec les établissements, un équivalent pourrait être proposé aux médecins exerçant à titre libéral. A cet effet, il est recommandé de mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique⁶² (ROSP) basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires, pour une enveloppe plafonnée à 10 Millions d'Euros l'an, éventuellement être ciblée sur les spécialistes les plus forts prescripteurs de transports sanitaires (néphrologues, oncologues, psychiatres).

Recommandation N°37. Mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires.

⁶² La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) vient compléter le paiement à l'acte, qui reste le socle de la rémunération en médecine libérale. Elle repose sur le suivi d'indicateurs couvrant deux grandes dimensions : l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale.

4. Améliorer l'efficacité des contrôles et de la lutte contre la fraude en repositionnant les acteurs et en modernisant les instruments

4.1. Les contrôles *a priori* gagneraient à être systématisés et à s'appuyer sur des outils plus performants

4.1.1. Les contrôles *a priori* gagneraient à être systématisés

D'importants progrès ont été réalisés au cours des dernières années en matière de dématérialisation des factures (91% de factures télétransmises en 2014). Cependant, le contrôle des pièces justificatives (facture papier, prescription médicale et autres documents permettant de vérifier la dépense), fournies par les transporteurs en format papier, repose toujours dans une large mesure sur des vérifications manuelles fastidieuses et chronophages. La Cour des comptes, comme la mission nationale de contrôle de la direction de la sécurité sociale (MNC), pointe le caractère souvent partiel du contrôle des pièces justificatives par les CPAM audités dans le cadre de leurs rapports respectifs, faute notamment de moyens humains.

La mission estime de ce fait souhaitable que les caisses s'engagent dans la voie d'un contrôle *a priori* ciblé et hiérarchisé. De nombreuses CPAM pratiquent aujourd'hui la procédure dite « d'ordonnancement global explicite » (OGE), qui consiste à procéder à l'ordonnancement dès que les factures sont validées sans attendre la réception des pièces justificatives. La généralisation progressive de cette procédure pourrait être engagée, à condition qu'une partie des factures de transport en soit exclue et soumise à des contrôles *a priori*. Les objectifs fixés aux caisses en matière de délai de liquidation des prestations en nature dans les contrats pluriannuels de gestion devraient être ajustés en conséquence.

Les CPAM ont d'ores et déjà les instruments techniques pour conduire des politiques ciblées de contrôle *a priori*. Ainsi, l'application IRIS de la CNAMTS, qui reçoit les flux de données électroniques de facturation et les croise avec les informations des bases de données de l'assurance maladie, permet de cibler ces contrôles en détectant d'éventuelles anomalies. Elle fait l'objet d'un paramétrage national, mais celui-ci peut être complété localement, sur la base de priorités définies par l'agent comptable de la CPAM. Ainsi, certaines caisses ont décidé de contrôler systématiquement les transporteurs nouvellement installés, les sociétés ciblées par le service de lutte contre la fraude, voire l'ensemble des sociétés de taxis. La CPAM des Bouches-du-Rhône a défini des requêtes statistiques visant à identifier certaines prescriptions de transport non remboursables : les transports itératifs d'enfants ou les patients ayant fait l'objet au cours d'une même journée de transports médicaux et d'actes de masso-kinésithérapie font ainsi l'objet d'un contrôle des pièces justificatives et parfois d'une transmission au service médical, afin de déterminer le caractère remboursable ou non du transport. Le durcissement par les caisses des conditions d'ordonnancement entraîne généralement une hausse des recours amiables adressés par les transporteurs mais, de l'avis des CPAM rencontrées, produit à moyen terme un effet pédagogique dissuasif. Ce durcissement peut donc s'avérer complémentaire des campagnes de sensibilisation conduites par ces dernières.

Un exemple de campagne de contrôle ciblé : la CPAM de Mayenne

La CPAM de Mayenne a durci en 2014-2015 le contrôle de la conformité de la prescription de transport, celle-ci étant trop souvent mal complétée, notamment quant au motif de prise en charge. Près de 156 factures ont été refusées sur 40 000 contrôlées. L'augmentation des rejets a engendré beaucoup de réactions des transporteurs. Seuls 65 (42%) des dossiers ont été complétés et retransmis dans le flux. 34 dossiers ont été contestés auprès de la commission de recours amiable (CRA) soit 22% des rejets, dont 7 pour lesquels le refus a été confirmé par la CRA (5%) et 5 dossiers encore en cours d'examen.

Cet exemple montre que ces campagnes de contrôle ciblées, malgré leur caractère chronophage (notamment du fait du taux de recours amiable élevé), présentent un fort caractère dissuasif et permettent d'éviter un remboursement injustifié dans une proportion significative de cas.

Recommandation N°38. Engager la généralisation progressive de l'ordonnancement global explicite pour dégager les moyens d'un contrôle des factures approfondi et ciblé sur la base de critères définis par les CPAM.

4.1.2. Le contrôle doit reposer sur des outils plus performants permettant notamment une transmission en temps réel des données relatives aux trajets

La mission estime que cette détection des anomalies de facturation pourrait gagner en efficacité par la mise en place de nouveaux outils. Ainsi :

- ◆ Si les progrès réalisés en matière de télétransmission ont permis d'automatiser un certain nombre de contrôles, il convient de noter que les normes de télétransmission varient selon le statut du transporteur. Celle utilisée par les taxis ne contient que le montant global de la facture. Ainsi il est impossible de connaître l'heure de la prise en charge, la distance parcourue, la décomposition du montant (tarifs A, B, C ou D) sans recourir aux archives papier, ce qui complexifie les contrôles.

Recommandation N°39. Mettre à jour rapidement la norme de télétransmission applicable à la facturation des taxis.

- ◆ Aucun lien n'existe aujourd'hui entre les données de facturation télétransmises et le registre national des transporteurs (RNT), qui recense les véhicules de transport sanitaire autorisés et les personnels associés. Une interconnexion de ces deux fichiers permettrait pourtant de détecter automatiquement certaines anomalies de facturation (ex : véhicule ou personnel non autorisé à la date du transport), à l'instar de la détection permise par l'application CACTUS.

Recommandation N°40. Garantir l'interconnexion entre les données de facturation télétransmises et le registre national des transporteurs (RNT).

- ◆ Aucun outil national n'a été mis en place pour contrôler les distances réalisées. Les caisses sont nombreuses à faire référence, dans les conventions passées avec les taxis, aux distanciers Mappy ou ViaMichelin comme base de contrôle ou même de tarification, en lieu et place du taximètre. En ce qui concerne les transports sanitaires, la généralisation de la géo-localisation et son intégration à la facturation dématérialisée,

Rapport

évoquée dans l'avenant n°7 à la convention nationale, n'est aujourd'hui pas aboutie. L'achat d'un distancier national, fournissant des références pour chaque trajet en matière de kilométrage et de temps de transport, et son intégration à IRIS, permettrait de cibler efficacement les contrôles *a priori*. A moyen terme, la généralisation des outils de géo-localisation devrait permettre de transmettre l'ensemble des informations utiles en temps réel.

Recommandation N°41. Procéder à l'achat d'un distancier national et à son intégration à l'application IRIS.

A plus long terme, les projets de dématérialisation en cours d'expérimentation par la CNAMTS devraient permettre aux contrôles de gagner en efficacité :

- ◆ Le projet SEFI (service étendu de facturation intégrée), expérimenté avec succès par l'assurance maladie sur plusieurs territoires, permettra de dématérialiser les pièces justificatives et de les soumettre à un contrôle de recevabilité en ligne.
- ◆ Le projet PELI (prescription en ligne) permettra de notamment contrôler l'antériorité de la prescription médicale et la présence d'un accord préalable.

La mission rejoint donc la recommandation déjà formulée par la mission nationale de contrôle de la direction de la sécurité sociale dans un récent rapport sur le sujet : il serait souhaitable que la CNAMTS établisse un schéma de dématérialisation garantissant la dématérialisation globale du processus de transport et le transmette à sa tutelle en s'engageant sur un échéancier de déploiement.

4.2. Le contrôle contentieux pourrait gagner en efficacité grâce à des méthodes de repérage améliorées et à certains aménagements de son cadre réglementaire

4.2.1. Un rendement potentiel important, notamment en matière de réduction de la surfacturation kilométrique

Depuis 2007, les transports font l'objet de plans de lutte anti-fraude. La CNAMTS définit un plan annuel de contrôle contentieux et de répression des fraudes dans lequel figurent des actions thématiques transport, décliné en plans annuels de contrôle des transporteurs. Celui-ci est complété par un volet « loco - régional » défini par les CPAM elles-mêmes.

En 2013 et 2014, la CNAMTS a donné l'instruction aux CPAM de contrôler *a posteriori* au moins 1% des décomptes annuels de transport télétransmis. La CNAMTS effectue d'abord un ciblage des sociétés à contrôler à partir de dix critères définis nationalement, que les CPAM peuvent ensuite proposer de rectifier sur la base de leurs propres indicateurs ou signalements. Le rendement des contrôles est d'ailleurs significativement meilleur lorsque le ciblage est local : ainsi, en 2014, le rendement opérationnel s'élevait à 86% (44 des 51 sociétés contrôlées présentaient des anomalies) pour le ciblage national et à 94% (103 sur 110) pour le ciblage loco-régional.

Rapport

Le rendement de ces contrôles est significatif. Ainsi, fin janvier 2016, le rendement moyen s'élevait à plus de 58 000 euros par dossier (sommes des indus, préjudice, pénalités financières et transactions pour les 161 dossiers pour lesquels le contrôle est terminé), sans qu'il soit possible de déterminer si ce chiffre reflète la qualité du ciblage ou l'ampleur des fraudes et anomalies de facturation. La mission rejoint de ce fait la préconisation formulée par la MNC d'augmenter progressivement le nombre de factures à contrôler afin d'atteindre un objectif de 5%. Dans l'hypothèse d'un transfert de l'enveloppe aux établissements de santé, la baisse significative du nombre de factures prises en charge par les CPAM permettra à moyen terme d'accroître l'intensité du contrôle, à moyens constants, sur les transports demeurant à la charge de l'assurance maladie (transports prescrits en ville).

Par ailleurs, le transfert aux CPAM des compétences de contrôle des équipements et du respect de la législation sanitaire par les transporteurs, actuellement assumées par les ARS, serait probablement de nature à accroître l'efficacité du ciblage.

Recommandation N°42. Augmenter progressivement le nombre de factures à contrôler par les CPAM dans le cadre des contrôles contentieux et laisser les CPAM une plus grande marge de manœuvre pour cibler elles-mêmes les sociétés à contrôler.

Dans le cadre de la certification des comptes, la Cour des comptes a examiné les résultats d'un contrôle sur échantillon de factures de transports et souligné l'importance, parmi les anomalies de facturation, des surfacturations kilométriques. Ce constat a conduit la CNAMTS à mettre en œuvre un programme national de contrôle dédié, lancé en mars 2015.

Le programme de contrôle des surfacturations kilométriques 2015

Les contrôles menés dans ce cadre ont été ciblés sur des sociétés repérées par les agents comptables des CPAM ou par les techniciens en charge du traitement des facturations. Chaque CPAM devait contrôler un nombre de factures au moins égal à 0,5% des factures télétransmises en 2013 en s'appuyant sur CACTUS ainsi que sur les distanciers négociés localement avec les transporteurs ou des outils tels que Via Michelin ou Mappy.

Fin janvier 2016, les remontées faisaient état de 313 sociétés contrôlées, dont 238 (76%) présentaient des anomalies de facturation défavorables à l'assurance maladie (surfacturations plus importantes que les sous-facturations). Près de 300 000 kilomètres avaient été surfacturés, ce qui représentait un préjudice total de 300 000 Euros. Environ 210 000 Euros avaient été récupérés via notification d'indus (198 000 Euros), ou par transaction (dans deux cas).

En dépit de caractère artisanal du ciblage retenu et des outils mobilisés, 88% des sociétés contrôlées présentaient des anomalies de facturation liées au kilométrage, dont la plupart défavorables à l'assurance maladie. Ce résultat laisse à penser que des gains significatifs peuvent être obtenus d'une amélioration des pratiques de contrôle de la surfacturation.

4.2.2. Des outils de repérage et de ciblage doivent être mis en place pour lutter contre les surfacturations kilométriques

La CPAM de Nanterre a développé un outil performant pour repérer les anomalies de facturation et cibler les contrôles à réaliser : l'application CACTUS. La CNAMTS a envisagé sa généralisation à l'ensemble des CPAM avant d'y renoncer et d'opter, dans le cadre des programmes de contrôle contentieux les plus récents, pour une simple mise à disposition. Il fait l'objet d'une appropriation variable selon les territoires.

Rapport

Sans sous-estimer les implications techniques (paramétrage local) et managériales (formation, assistance) d'une telle décision, la mission estime vivement souhaitable que la CNAMTS s'engage dans une démarche volontariste tendant à la généralisation rapide de cet outil et garantissant sa bonne appropriation par les agents en charge du contrôle.

Recommandation N°43. Généraliser l'application CACTUS à l'ensemble des CPAM.

La possibilité pour les CPAM d'effectuer des requêtes sur le Registre National des Transports (RNT) constituerait également un outil précieux pour le ciblage des contrôles et la conduite des vérifications comme l'ont souligné plusieurs interlocuteurs.

A moyen terme, la généralisation du mécanisme de géo-localisation préconisée par la mission (recommandation n°5), permettra de systématiser le repérage des surfacturations kilométriques. **Une telle généralisation permettrait un rapprochement automatisé des informations relatives aux trajets et celles relatives aux facturations.** Les facturations atypiques seraient ainsi signalées automatiquement sous forme d'anomalies.

4.2.3. Le cadre réglementaire pourrait être ajusté pour renforcer l'efficacité des suites contentieuses

Les anomalies de facturation donnent lieu à récupération d'indus. L'assurance maladie peut également adresser un avertissement au transporteur, prononcer le dé-conventionnement de la société (dans le cas des taxis), engager des plaintes pénales ou réclamer des pénalités financières. Elle tend à privilégier cette dernière option, compte tenu des difficultés parfois rencontrées dans les relations avec le parquet.

Bilan 2013 de la lutte contre la fraude

Le montant des fraudes stoppées en 2013 s'élevait à 15,8 Millions d'Euros sur les seuls transporteurs pour 851 fraudes identifiées. Ces dossiers avaient donné lieu à la notification d'indus dans 770 cas, à la signature de transactions dans 57 cas, ainsi qu'à 58 saisines du parquet, 15 procédures conventionnelles et 74 pénalités financières.

Les acteurs de terrain rencontrés par la mission font état de certaines difficultés dans l'application de ces sanctions, dont le cadre réglementaire pourrait être ajusté pour en renforcer l'efficacité.

- ◆ Ainsi, la procédure de dé-conventionnement est aisément contournable dès lors que le véhicule n'est pas immobilisé. La CPAM des Bouches-du-Rhône témoigne du fait que plusieurs gérants de société ont ainsi cédé leur véhicule pendant la durée du dé-conventionnement à un membre de leur famille, celui-ci l'utilisant dans le cadre d'une société juridiquement distincte.

La mission recommande de ne plus prendre en charge, pendant la durée du dé-conventionnement, les trajets effectués avec le véhicule dé-conventionné (identification via la plaque d'immatriculation telle qu'indiquée Registre National des Transporteurs), quelle que soit la société qui l'opère.

Rapport

- ◆ Les instances disciplinaires sont différentes selon les segments du transport de patients⁶³. Ces instances disciplinaires sont particulièrement dispersées s'agissant des taxis : une commission paritaire préfectorale gère le contentieux du code des transports tandis que le contentieux de la sécurité sociale relève d'une autre commission, également paritaire, animée par la CPAM. Des échanges systématiques d'information entre ces instances (signalements reçus, sanctions prononcées) seraient de nature à faciliter le repérage des professionnels au comportement problématique et à ajuster en conséquence les sanctions prononcées par chacune d'entre elles. Les CPAM pourraient en outre être invitées à siéger en tant que clientes au sein des commissions préfectorales lorsqu'est en cause un trajet pris en charge par l'assurance maladie.

Ces diverses mesures pourraient permettre une amélioration du rendement de la lutte contre la fraude d'environ 10% par an soit 9 M€ sur trois ans. Des gains bien plus significatifs sont à attendre dans les années ultérieures de l'aboutissement du processus de dématérialisation.

Recommandation N°44. Systématiser l'échange d'information entre instances paritaires chargées de la discipline sur un même territoire.

⁶³ La mise en place de plateformes de centralisation de la commande de transports peut entraîner la création d'une nouvelle instance en charge du suivi des « événements indésirables » liés au non respect des dispositions régissant le tour de rôle. Il conviendra donc de s'assurer de la bonne coordination de cette instance supplémentaire avec les commissions existantes.

CONCLUSION

A l'issue de ses travaux, la mission a ainsi formulé 46 recommandations. Toutes n'ont pas la même importance, mais certaines sont structurantes pour assurer une maîtrise durable de la dépense de transports de patients.

Plusieurs, comme la convergence tarifaire ou le transfert d'enveloppe, sont sans aucun doute lourdes, en raison des ruptures de comportements qu'elles induisent.

Aussi, à cet égard, la mission ne peut que souligner, aux fins d'en faciliter l'exécution, la nécessité d'indiquer d'emblée l'objectif fixé, le phasage nécessaire et les conditions d'accompagnement des acteurs.

Elle recommande vivement que soient aussi désignés, sans tarder, le ou les pilotes qui porteront la mise en œuvre des mesures décidées.

La qualité du portage, par des pilotes identifiés et reconnus par tous, est en effet essentielle.

A Paris, le 2 mai 2016

**L'inspecteur général
des finances**



Thierry WAHL

**Le conseiller général
des établissements
de santé**



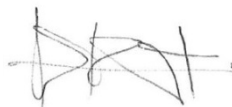
Pierre LESTEVEN

**L'inspecteur
de l'administration**



**Paul-Emmanuel
GRIMONPREZ**

**L'inspectrice des
affaires sociales**



Eve ROBERT

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

- ANNEXE I : LETTRE DE MISSION**
- ANNEXE II : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**
- ANNEXE III : L'OFFRE DE TRANSPORTS SANITAIRES : CADRE JURIDIQUE, CARACTERISTIQUES ECONOMIQUES, VOLUMETRIQUES ET TARIFAIRES**
- ANNEXE IV : TAUX DE PRISE EN CHARGE**
- ANNEXE V : RE-MEDICALISER LA PRESCRIPTION EN MATIERE DE TRANSPORTS ET S'ASSURER DE SA PERTINENCE**
- ANNEXE VI : LA RESPONSABILISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SUR LEURS PRESCRIPTIONS**
- ANNEXE VII : LES PLATEFORMES DE CENTRALISATION DE LA DEMANDE DE TRANSPORTS**
- ANNEXE VIII : SUPPORT DE PRÉSENTATION**

ANNEXE I

Lettre de mission

Annexe I



**LE MINISTRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES
LE MINISTRE DE L'INTERIEUR
LE SECRETAIRE D'ETAT AU BUDGET**

Paris, le 17 DEC, 2015

à

Madame la Cheffe du service de l'Inspection générale des finances

Monsieur le Chef du service de l'Inspection générale des affaires sociales

Monsieur le Chef du service de l'Inspection générale de l'administration

OBJET : Revue des dépenses – Mission sur l'optimisation des dépenses d'assurance maladie consacrées aux transports sanitaires

Les dépenses de transports sanitaires ont doublé en dix ans, passant de 2,3 milliards d'euros en 2003 à 4 milliards d'euros en 2013, et représentent désormais près de 2,2 % des dépenses d'assurance maladie. Ce poste augmente depuis plusieurs années à un rythme très soutenu et sensiblement plus élevé que celui des autres dépenses de soins. La part des transports réalisée par des taxis, qui représente désormais près de 40% de la dépense globale, apparaît en particulier en croissance continue au sein de la dépense assurance maladie (+8% en moyenne par an). Le virage ambulatoire et la réorganisation territoriale de l'offre de soins, engagés dans le cadre du plan triennal d'économies sur l'ONDAM, pourraient renforcer cette tendance.

Pour autant, le recours aux transports sanitaires varie fortement d'un département à l'autre et l'offre apparaît très hétérogène entre les territoires. En outre, la responsabilisation des prescripteurs et des assurés et leurs contrôles apparaissent encore limités. Selon la Cour des comptes, une partie notable de ces dépenses pourrait être évitée sans fragiliser l'accès aux soins.



15-629

Annexe I

Dans ce contexte, et compte tenu des enjeux budgétaires importants que représentent ces dispositifs, nous souhaitons que vos services conduisent une revue de dépenses dans le cadre prévu par l'article 22 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

Vos travaux devront s'inscrire dans la perspective de leur éventuelle intégration aux prochaines lois financières. Vous accorderez, en conséquence, une grande importance au chiffrage de vos propositions, à leur caractère opérationnel ainsi qu'à leur calendrier de mise en œuvre. Nous souhaitons en particulier que vous documentiez les gains que génèreraient les différents scénarios de réformes que vous établirez. La trajectoire de l'ONDAM prévoit chaque année une économie annuelle de l'ordre de 100 millions d'euros sur ce poste.

Le champ de la mission portera sur l'ensemble des transports de patients à la charge de l'assurance maladie, que cette prise en charge soit intégrale (affections de longue durée - ALD) ou non. Elle s'attachera aussi bien aux transports prescrits par les médecins libéraux qu'à ceux découlant de prescriptions hospitalières. Elle portera également sur les transports urgents pré-hospitaliers et ceux réalisés dans le cadre de la garde ambulancière.

Vos travaux pourront s'appuyer sur le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur « le transport de patients », de novembre 2014, le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2012 sur « les transports de patients à la charge de l'assurance maladie », ou encore le rapport de Didier Eyssartier de septembre 2010 sur « la rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre ». Vous pourrez également intégrer les analyses du rapport sur l'application de la loi du 1^{er} octobre 2014 relative aux taxis et aux voitures de transport avec chauffeur de l'Inspection générale des finances, de l'Inspection générale de l'administration et Conseil général de l'environnement et du développement durable d'octobre 2015.

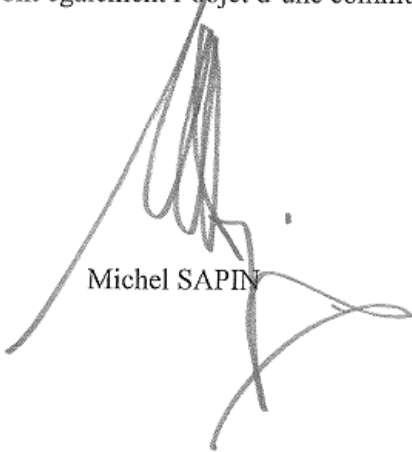
Un bilan des mesures de régulation déjà engagées notamment au travers des chantiers de gestion du risque relatif au dispositif de contractualisation pour l'amélioration de la qualité et l'organisation des soins relatif au transport de patient ou aux expérimentations des nouveaux modes d'organisation des transports devra être mené pour comprendre les raisons de leur succès ou leur échec. Dans un premier temps, vous formulerez des propositions visant à une meilleure maîtrise de demande de transport sanitaire, *via* une homogénéisation des pratiques et une responsabilisation accrue des prescripteurs et des structures dans lesquels ils exercent. A ce titre, le renforcement de la portée du dispositif de mise sous accord préalable et du respect du référentiel de prescription devrait faire l'objet d'une attention particulière. Concernant les prescriptions hospitalières de transport, qui représentent aujourd'hui plus de la moitié des dépenses, la piste d'un transfert aux établissements de santé du financement, dans le cadre d'une enveloppe fermée versée par l'assurance maladie, devra être étudiée afin d'en déterminer la pertinence et les modalités de mise en œuvre.

Dans un second temps, vous formulerez des propositions permettant de mieux réguler l'offre de transports sanitaires, en agissant à la fois sur le volume et les tarifs applicables aux transports sanitaires et à leurs modalités de fixation. Le réexamen des règles de plafonnement départemental de l'offre d'ambulances, de véhicules sanitaires légers (VSL) et de taxis conventionnés, ces derniers ayant seuls pour spécificité de participer à l'offre générale de transport de personne, et la possibilité d'homogénéiser le processus de fixation des tarifs qui leur sont applicables pourront, en particulier, y contribuer. Vous porterez une attention particulière à l'organisation des transports urgents pré-hospitaliers et de la garde ambulancière, en étudiant notamment les voies de rationalisation de la carte de la garde ambulancière et des modalités de tarification applicables dans ce cadre.

Annexe I

Enfin, vous proposerez des actions permettant de renforcer le pilotage et le contrôle des transports sanitaires, tant au niveau national que régional. Il s'agira notamment d'améliorer la coordination entre les différents acteurs de ce pilotage et de rechercher une efficacité accrue des actions de lutte contre les abus et la fraude, particulièrement s'agissant du contrôle des kilométrages facturés. Dans cet objectif d'un renforcement du pilotage du dispositif, vous examinerez le recours aux outils numériques et à la géolocalisation des véhicules. Pour conduire vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les services des ministères en charge des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, du ministère de l'intérieur ainsi que du ministère des finances et des comptes publics.

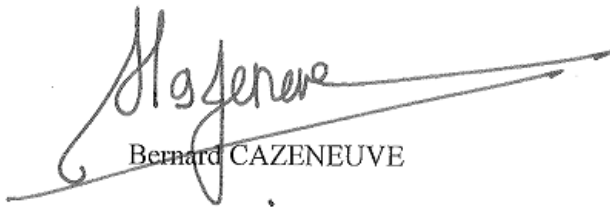
Vous nous remettrez vos conclusions et recommandations avant la fin du mois de février 2016. Conformément à ce que prévoit la loi de programmation des finances publiques, vos travaux feront également l'objet d'une communication au Parlement.



Michel SAPIN



Marisol TOURAINE



Bernard CAZENEUVE



Christian ECKERT

ANNEXE II

Liste des personnes rencontrées

1. Directions d'administration centrale

1.1. Ministère des finances et des comptes publics

- ◆ M. Jean-François JUERY, sous-directeur à la direction du budget,
- ◆ Mme Claire VINCENT, cheffe du bureau 6 BCS
- ◆ Mme Juliette MOISSET, référente soins de ville

1.2. Ministère des affaires sociales et de la santé

1.2.1. Secrétariat général

- ◆ Mme Natacha LEMAIRE, cheffe de service
- ◆ M. Stéphane MULLIEZ, en charge du plan triennal Ondam

1.2.2. Direction de la sécurité sociale

- ◆ M. Thomas FATOME, Directeur
- ◆ M. Thomas WANECQ, sous-directeur
- ◆ M. Damien VERGE, adjoint au sous-directeur Direction générale de l'offre de soins
- ◆ Mme Julie POUGHEON, cheffe du bureau 1A
- ◆ Mme Marion SCHNITZER, bureau 1A, chargée de mission transports

1.2.3. Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale

- ◆ Mme Nathalie GUILHEMBET, cheffe de la MNC
- ◆ M. Philippe MALLET, auditeur de la cellule nationale de la MNC.

1.2.4. Direction générale de l'offre de soins

- ◆ M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général
- ◆ M. Samuel PRATMARTY, sous-directeur
- ◆ Mme Clémence CHARRAS, cheffe du bureau du premier recours
- ◆ Mme Elise RIVA, adjointe à la cheffe du bureau du premier recours
- ◆ Mme Ingrid BOINET, chargée de mission

1.2.5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

- ◆ M. Romain ROUSSEL, adjoint au sous-directeur SEEE,
- ◆ Mme Myriam MIKOU, adjointe au bureau Analyse des comptes sociaux;

1.3. Ministère de l'intérieur

- ◆ M. Alexandre ROCHATTE, adjoint au délégué interministériel à la sécurité routière, directeur de la sécurité et de la circulation routières
- ◆ M. André DORSO, directeur de projet à la Directeur de la sécurité et de la circulation routières

2. Etablissements et organismes nationaux

2.1. Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

- ◆ M. Nicolas REVEL, directeur général,
- ◆ Mme Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à l'organisation des soins
- ◆ M. Claude GISSOT, directeur stratégies, études et statistiques
- ◆ M. Gonzague DEBEUGNY, responsable département études offres de soins
- ◆ Mme Claire MARTRAY, sous-directrice chargée des transports
- ◆ Mme Christelle CAPDEBON, chargée de mission sur les transports
- ◆ M. Pierre FENDER, directeur de la direction de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DACCRF)
- ◆ Mme Laurence CROS, département soins de ville de la DACCRF
- ◆ Mme Catherine BISMUTH, directrice adjointe DACCRF,
- ◆ M. François GRANDET, directeur adjoint DACCRF
- ◆ Mme Christelle CAPDEPON, chargée d'études

2.2. Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP)

- ◆ M. Christian ANASTASY, directeur général
- ◆ Dr Christian ESPAGNO, directeur associé, directeur du pôle « Déploiement et maintenance »
- ◆ M. Jamel MAHCER, responsable de projet, spécialiste en logistique

2.3. Agence des systèmes d'information partagés en santé (ASIP)

- ◆ M. Michel GAGNEUX, directeur général (échanges de mails)

2.4. Régime social des indépendants (RSI)

- ◆ Mme Stéphanie DESCHAUME, directrice de cabinet du directeur général
- ◆ Dr Pascal PERROT, médecin conseil national et de directeur de la gestion des risques et de l'action sociale
- ◆ M. Alain VASCLAUX
- ◆ M. Julien LESREL, Responsable du Département des statistiques, de l'analyse des risques, du décisionnel et des équilibres

2.5. Mutualité sociale agricole (MSA)

- ◆ Mme Ghislaine ROSAY, Responsable du cabinet
- ◆ Mme Bénédicte FEUILLEUX, Directrice des politiques publiques
- ◆ M. Philippe LABATUT, ENCM
- ◆ M. Marc RONDEAU, ENCM
- ◆ Mme Mélanie DE LA NOE, Département Relations avec les partenaires de santé
- ◆ M. Pascal VERRECCHIA, Département Relations avec les partenaires de santé

3. Parlement

- ◆ M. Pierre MORANGE, député

4. Administration territoriale de l'État, caisses primaires d'assurance-maladie, établissements publics de santé et acteurs professionnels locaux

4.1. Ile-de-France

4.1.1. ARS

- ◆ M. Jean-Pierre ROBELET, directeur général adjoint
- ◆ Mme Laetitia MESSNER, Pôle Efficience du système de santé
- ◆ M. Aquilino FRANCISCO, adjoint au directeur du service professions de santé
- ◆ Mme Anne VENRIES, coordinatrice gestion du risque

4.1.2. AP-HP

- ◆ M. Jean Baptiste HAGENMULLER – adjoint à la secrétaire générale,
- ◆ M. Jean Charles GRUPELI – Directeur du pôle d'intérêt commun
- ◆ M. Antoine MURZEAU, directeur qualité du pôle d'intérêt commun
- ◆ Mme Cindy GORVIEN, responsable de la régulation
- ◆ Mme Evelyne SALERES, responsable de la régulation
- ◆ M. Philippe LEPART, SI, chef du projet Peli
- ◆ Mme Sylvie D'ANGELO, responsable contrôle facturation
- ◆ M. Patrick BARDOCHAN, responsable du contrôle des ambulances

4.1.3. CPAM 75

- ◆ M. Pierre ALBERTINI, directeur CPAM Paris, DCGDR IDF
- ◆ Mme Christine GAUTIER, Adjointe à la direction de la régulation
- ◆ M. Romain BEGUE, Sous-directeur mission DCGDR Ile de France
- ◆ Mme Alice TAISSON, Directeur GDR CPAM 92

Annexe II

- ◆ Mme Laurence DAUFFY, Directeur adjoint en charge de la régulation et des relations avec les professionnels de santé, CPAM 75
- ◆ Mme Claire ABALAIN, agent comptable CPAM 75

4.1.4. CPAM 92

- ◆ M. Alain BOUREZ, directeur
- ◆ A compléter

4.1.5. Préfecture de Police

- ◆ M. Serge BOULANGER, directeur adjoint du cabinet du préfet de police
- ◆ M. Michel MARQUER, sous-directeur des déplacements et des espaces publics.
- ◆ Mme Françoise HARDY, sous-directrice régionale de la circulation et de la sécurité routières
- ◆ M. Bernard BOULARD, chef du groupe « taxi transport de personnes »
- ◆ Mme Catherine KERGONOUS, adjointe à la chef du bureau des taxis

4.1.6. Divers

- ◆ Mme Evelyne FLINOIS, directeur du Pôle appui médico-technique du groupe hospitalier Nord Essonne

4.2. Hauts-de-France

4.2.1. Préfecture de région, préfecture du département du Nord

- ◆ M. Gilles BARSACQ, secrétaire général,
- ◆ M. Olivier GINEZ, secrétaire général adjoint
- ◆ Mme Solène DELDIN, directrice de la réglementation et des libertés publiques
- ◆ Mme Sophie DUFAYE, chargée de mission au cabinet du préfet et secrétaire départementale du CODAF
- ◆ M. Cédric LEROY, chef du SIRADEC PC
- ◆ M. Etienne IRAGNES, chef du bureau de la réglementation générale et économique
- ◆ M. Farid KESSI, direction départementale de la protection des populations (DPPP)
- ◆ Mme Marjorie BOUTARFA, secrétaire administrative chargée de la réglementation des taxis

4.2.2. CPAM de Roubaix-Tourcoing

- ◆ M. Philippe BOUQUET, directeur
- ◆ M. Jean-Michel BALLAND, sous-directeur régulation
- ◆ Mme Cécile BOUSSEKEY, Attachée de direction
- ◆ Mme Stéphanie DENDIEVEL, Responsable gestion du risque et lutte contre la fraude
- ◆ M Bruno DUFORAU, Responsable service prestations en nature transports

Annexe II

- ◆ M Yves QUIEVRETT, statisticien

4.2.3. Centre hospitalier régional de Roubaix

- ◆ Mme PAUL, directeur, centre hospitalier régional (CHR) de Roubaix
- ◆ Mme DELTOMBE, directeur des soins

4.3. Rhône-Alpes

4.3.1. Hospices civils de Lyon

- ◆ Jean-Luc PARIER, Cadre supérieur de Santé, Direction des Affaires Economiques et Logistiques, Fonction Logistique et Transports (entretien téléphonique).

4.4. Provence-Alpes-Côte d'Azur et département des Bouches-du-Rhône

4.4.1. Préfecture des Bouches-du-Rhône

- ◆ M. David COSTE, secrétaire général,
- ◆ M. Benoît HAAS, directeur de la direction départementale de la protection des populations,
- ◆ Mme Fabienne TRUCHERVILLE, directrice de la réglementation.
- ◆ M. Frédéric LOFARO, directeur adjoint du cabinet.
- ◆ Mme Antoinette MASSO, chargée de mission culture et santé auprès du secrétaire général,

4.4.2. ARS

- ◆ M. Norbert NABET, directeur général adjoint,
- ◆ Mme Charlotte GRIMALDI, référente transports sanitaires
- ◆ Mme Marie-Christine SAVAILL, déléguée départementale des Bouches-du-Rhône
- ◆ Mme Marie-Claude DUMONT, conseiller médical du directeur général

4.4.3. CPAM 13

- ◆ M. Gérard BERTUCCELLI, directeur
- ◆ Mme Annaïck GABEN, directrice adjointe en charge de la production et du service,
- ◆ M. Frédéric MENASSEYRE, sous-directeur du contrôle contentieux
- ◆ M. Pierre-Yves BURGER, médecin conseil en charge du transport,
- ◆ Mme Marie-Antoinette GARCIN, responsable de service Pôle transports
- ◆ M. Pierre-Yves DUTHILLEUL, coordinateur régional auprès du DC GDR.
- ◆ Mme Sophie HUDZIK, responsable département régulation
- ◆ Mme Christelle GIRAUD, responsable du service Maîtrise médicalisée

Annexe II

4.4.4. Représentants des organisations professionnelles

- ◆ M. TZ, représentant de la fédération des taxis du 13
- ◆ M. Bernard PELLETIER, président, FNAP
- ◆ M. Serge BEAUJEAN, secrétaire général adjoint, FNAA
- ◆ M. Bruno POURRE, FNAA
- ◆ M. Thierry SCHIFANO, président, FNTS
- ◆ Mme Stéphanie GAUVUN, FNAP

4.5. Pays de la Loire

4.5.1. Préfecture de la Mayenne

- ◆ Mme Laetitia CESARI-GIORDANI, secrétaire générale
- ◆ M. Christophe COELHO, directeur des services du cabinet
- ◆ Lieutenant-colonel Philippe CHEVREUL, responsable du groupement prévention prévision opérations au sein du service départemental d'incendie et de secours
- ◆ M. Eric GERVAIS, directeur de la réglementation et des libertés publiques
- ◆ Mme Béatrice COURTEILLE, cheffe du service interministériel de défense et de protection civile
- ◆ Mme Véronique RENOUX-VIOU, cheffe du bureau de la circulation
- ◆ M. Hassan LOTMANI, adjoint administratif au bureau de la circulation

4.5.2. CPAM de Mayenne

- ◆ M. Jean-Baptiste CALCOEN, directeur
- ◆ Mme Stéphanie HORALA, directrice adjointe
- ◆ Mme Caroline HETEAU, responsable offre de soins
- ◆ Mme Céline HAUTBOIS, coordinatrice gestion du risque
- ◆ M. Gaël PEROCHEAU, agent comptable

4.5.3. Centre hospitalier de Laval

- ◆ Mme. Sylvie GALLAIS, cadre du pôle soins critiques ;
- ◆ Mme Anne-Marie DESOUNAI, attaché d'administration hospitalier,
- ◆ M. Philippe VANTDALLON, directeur adjoint
- ◆ M. PORS, directeur Département de la Vendée

4.5.4. Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

- ◆ M. François GRIMONPREZ, directeur de l'efficacité de l'offre (entretien téléphonique).
- ◆ Mme Chantal RAKOTOARIVELO, responsable Gestion du risque
- ◆ Mme Marie NORMAND, direction de l'accompagnement et des soins, département accès aux soins de proximité

Annexe II

- ◆ M. Stéphane RUELLE, responsable Transports sanitaires au département Gestion du risque.

4.5.5. CPAM de Vendée

- ◆ M. Thomas BOUVIER : sous directeur en charge de la coordination régionale de la gestion du risque
- ◆ Mme Myriam GROLLEAU, chargée de mission
- ◆ Mme Audrey COTO, en charge des relations avec les professionnels de santé
- ◆ Mme Christelle BOURASSEAU, chargée d'études et analyses du système de soins.

4.5.6. Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon

- ◆ M. Yvon RICHIR, directeur général
- ◆ Mme Catherine FURIC, directrice adjointe Contrôle de gestion
- ◆ M. Antoine LUBRIEU, directeur adjoint Achats et logistique
- ◆ M. Jean Marie AYRAULT : chef de projet

4.6. Agence Régionale de Santé Poitou-Charentes

- ◆ Mme Sylvaine LE MOIGNE, chargée de mission au pôle Coordination de la gestion du risque (entretien téléphonique)
- ◆ Dr Florentin CLAIRE, directeur adjoint et responsable du pôle Coordination de la gestion du risque (entretien téléphonique).

4.7. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier

- ◆ Mme Fabienne BILLAULT, cadre en charge du transport, présidente de l'association des responsables de transports hospitaliers (entretien téléphonique)
- ◆ M. Georges SALABRE, directeur de l'offre de soins (entretien téléphonique).

5. Représentants des organisations professionnelles

5.1. Fédération Hospitalière de France

- ◆ M. David GRUSON, délégué général
- ◆ M. François PINARDON, responsable du pôle finances

5.2. Représentants des médecins libéraux

5.2.1. Confédération des syndicaux médicaux français (CSMF)

- ◆ Dr Jean-Paul ORTIZ, Président
- ◆ Dr Béatrice FAZILLEAUD, Vice-Présidente

Annexe II

- ◆ Dr Luc DUQUESNEL, Président - UNOF
- ◆ Dr Patrick GASSER, Président - U.MES.PE

5.2.2. Syndicat des médecins libéraux de France (SML)

- ◆ M. Eric HENRY, Président (entretien téléphonique)

5.2.3. Syndicat Fédération des médecins de France (FMF)

- ◆ M^{me} ;
- ◆ M. ;

5.3. Représentants des organisations professionnelles de taxis

- ◆ M. Alain GRISET, président de l'Union nationale des taxis (UNT-UPA) ;
- ◆ M. Michel GOUGEON, président de la Fédération Nationale des Artisans du Taxi (FNAT) ;
- ◆ M^{me} Armelle LAMBLIN, Fédération nationale des taxis indépendants (FNIT);
- ◆ M. Tony BORDENAVE, président de la Fédération Française des Taxis de Province (FFTP)
- ◆ M. Johannes USSEL - Fédération Nationale du Taxi (FNAT)

5.4. Représentants des transporteurs sanitaires

- ◆ M. Thierry SCHIFANO, Fédération nationale des transporteurs sanitaires ;
- ◆ M. Bernard PELLETIER, Fédération nationale des ambulanciers privés ;
- ◆ M. Jean Claude MAKSYMUK, Fédération nationale des artisans ambulanciers ;
- ◆ M. Bernard BROCCARD, président de la chambre syndicale des services d'ambulance.

6. Autres personnes rencontrées

6.1. Entreprise Géosoft

- ◆ M. Joël CRÉZÉ, Directeur technique et gérant
- ◆ M^{me} Lydie PAUTAL, Directrice administrative et commerciale

ANNEXE III

**L'offre de transports sanitaires :
cadre juridique,
caractéristiques économiques,
volumétriques et tarifaires**

SOMMAIRE

1. UN CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE QUI REGULE DIFFEREMMENT ET IMPARFAITEMENT LES DIFFERENTS ACTEURS DU TRANSPORT SANITAIRE ET DE PATIENTS	1
1.1. Une régulation par les volumes très différente selon le mode de transport.....	1
1.1.1. <i>Si l'offre de transport sanitaire composé d'ambulances et de VSL, telle que défini par le code de la santé publique, est régulée en apparence.....</i>	<i>1</i>
1.1.1.1. <i>La détermination de l'offre théorique.....</i>	<i>2</i>
1.1.1.2. <i>La régulation opérationnelle de l'offre : la délivrance des autorisations individuelles et l'enjeu du respect des quotas départementaux de véhicules sanitaires</i>	<i>3</i>
1.1.1.3. <i>Un enjeu de régulation à prendre en compte : l'existence d'un marché « gris » de cession des autorisations de mise en service de véhicules sanitaires.....</i>	<i>6</i>
1.1.1.4. <i>L'équité d'accès des transporteurs à la demande : le tour de rôle.....</i>	<i>8</i>
1.1.2. <i>... La régulation de l'offre des taxis n'est, quant à elle, pas assurée.....</i>	<i>10</i>
1.2. Une politique tarifaire qui dépend de réglementations et d'acteurs différents.....	16
1.2.1. <i>La réglementation tarifaire pour les ambulances et les VSL</i>	<i>16</i>
1.2.1.1. <i>Les tarifs des VSL.....</i>	<i>16</i>
1.2.1.2. <i>Les tarifs des ambulances</i>	<i>18</i>
1.2.2. <i>La réglementation tarifaire des taxis.....</i>	<i>18</i>
1.3. Au regard de la prestation demandée, rien ne justifie un écart tarifaire entre VSL et taxis favorable à ces derniers.....	26
2. ... ET QUI DETERMINE, LARGEMENT, LES CARACTERISTIQUES ECONOMIQUES, FINANCIERES ET VOLUMETRIQUES DE L'OFFRE DE TRANSPORT ET DE SES ACTEURS.....	30
2.1. Les caractéristiques globales de l'offre de transports sanitaires.....	30
2.1.1. <i>Une dépense sensible pour les organismes en charge de l'assurance-maladie.....</i>	<i>30</i>
2.1.1.1. <i>La dépense globale et son évolution.....</i>	<i>30</i>
2.1.1.2. <i>La dépense par mode de transport et son évolution.....</i>	<i>33</i>
2.1.1.3. <i>Le parc physique de chacun des modes de transport et son évolution</i>	<i>34</i>
2.1.2. <i>Dans un secteur économique marqué, au cours des dernières années, par une évolution dynamique.....</i>	<i>35</i>
2.1.2.1. <i>Une évolution dynamique du secteur des ambulances et des VSL, en dépit d'un ralentissement en 2011</i>	<i>35</i>
2.1.2.2. <i>Une évolution favorable du secteur des taxis tout au long de la période.....</i>	<i>36</i>
2.1.2.2.1. <i>Le transport assis professionnalisé, un élément majeur et croissant dans l'activité des taxis.....</i>	<i>36</i>
2.1.2.2.2. <i>... dans un secteur où les données économiques évoluent globalement de façon favorable jusqu'en 2013.....</i>	<i>38</i>
2.1.3. <i>... Qui témoigne d'une singularité française parmi les pays comparables pour lesquels la mission a pu disposer de données</i>	<i>41</i>

2.2.Qui comprend des spécificités et dynamiques territoriales très différentes.....	43
2.2.1. <i>Des dépenses et des offres de transports de patients structurellement différentes selon les territoires.....</i>	43
2.2.1.1. <i>Les différences importantes de niveau et de structure de la dépense de transports selon les départements.....</i>	43
2.2.1.2. <i>... sont corroborées par des différences très importantes de densité de l'offre de transport selon les départements.....</i>	46
2.2.1.3. <i>... et par des différences conséquentes de fréquence d'utilisation du parc existant de véhicules assurant le transport de patient.....</i>	50
2.2.2. <i>Les dynamiques d'évolution des modes de transport sont également très variables d'un département à l'autre.....</i>	55
2.3. ... Et des évolutions tarifaires hétérogènes, particulièrement dynamiques au profit du mode de transport qui est déjà le plus dynamique.....	58
2.3.1. <i>Les tarifs applicables aux ambulances, VSL et des taxis ont évolué de manière relativement différente, ce qui a pu influencer l'évolution de l'offre.....</i>	58
2.3.2. <i>Il apparait en effet que le coût d'un trajet en taxi est très sensiblement plus élevé que le coût d'un trajet en VSL, dans une proportion de l'ordre de 25 à 30%.....</i>	59
2.3.3. <i>Des écarts sensiblement différents des coûts moyens des VSL et de taxis selon les départements.....</i>	62

RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS

DOCUMENTS ET TABLEAUX JOINTS

Introduction

Si le code de la santé publique n'évoque, s'agissant de la voie terrestre, que le transport sanitaire effectué par ambulance ou véhicule sanitaire léger (VSL), en revanche, le code de la sécurité sociale évoque trois possibilités pour transporter des patients : l'ambulance pour le transport couché (ou allongé), le VSL et le taxi pour le transport assis, dénommé « transport assis professionnalisé » (TAP). Des distinctions entre les deux codes, il ressort ainsi que le cadre législatif et réglementaire en vigueur organise et régule différemment, tant dans son aspect volumétrique que dans son aspect tarifaire, les différents acteurs du transport sanitaire **(1)** :

- les uns, ambulances et VSL, sont théoriquement contingentés ; les autres (taxis) ne le sont pas ;
- les premiers dépendent de conditions tarifaires fixées nationalement dans le cadre d'une convention¹ passée entre les représentants des transporteurs sanitaires et l'assurance-maladie ; les autres ont des conditions de prix qui, pour l'essentiel de leurs caractéristiques, sont fixées de façon exogène.

Ces différences déterminent largement les caractéristiques économiques, financières et volumétriques de ces différents acteurs **(2)**.

1. Un cadre législatif et réglementaire qui régule différemment et imparfaitement les différents acteurs du transport sanitaire et de patients

1.1. Une régulation par les volumes très différente selon le mode de transport

1.1.1. Si l'offre de transport sanitaire composé d'ambulances et de VSL, telle que défini par le code de la santé publique, est régulée en apparence...

L'article L 6312-1 du code de la santé publique (CSP) définit le transport sanitaire comme « *tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.* » L'article suivant, L 6312-2, précise que « *Toute personne effectuant un transport sanitaire doit avoir été préalablement agréée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le refus d'agrément doit être motivé.* »

Les textes d'application de ces dispositions législatives, en particulier, l'article R 6312-13 du Code de la Santé publique, indiquent : « *L'agrément portant à la fois sur les transports effectués au titre de l'aide médicale urgente et sur ceux effectués sur prescription médicale ne peut être délivré qu'aux personnes physiques ou morales de droit privé et aux établissements de santé publics ou privés disposant :*

1° De personnels titulaires du diplôme d'Etat d'ambulancier, éventuellement accompagnés de personnels des catégories mentionnées aux 3° et 4° de l'article R. 6312-7 ;

¹ Article L322-5-2 du code de la sécurité sociale.

Annexe III

2° D'au moins deux véhicules des catégories A, C ou D mentionnées à l'article R. 6312-8, dont au moins un véhicule des catégories A ou C ;

3° D'installations matérielles conformes aux normes définies par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Ces véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire appartenant aux catégories dites A, C ou D précitées **sont soit des ambulances** (catégories A et C), **soit des véhicules sanitaires légers (VSL)** (catégorie D). Les taxis ne ressortent ainsi pas du « transport sanitaire », au sens du code de la santé publique (CSP).

De cette définition du transport sanitaire ressort un contingentement théorique de l'offre.

1.1.1.1. La détermination de l'offre théorique

L'offre de transport sanitaire ainsi défini (ambulances et VSL) est soumise à un quota ou plafond départemental arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) concernée. Ce quota, selon les dispositions de l'article R 6312-30 du CSP, peut, selon les caractéristiques locales, être majoré.

Article R 6312-30 du Code de la santé publique

Dans chaque département, le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du sous-comité des transports sanitaires, arrête le nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires, à l'exclusion des véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente. Ce nombre est obtenu par l'application à la population du département des indices prévus à l'article R. 6312-29. Il est ensuite éventuellement majoré ou minoré dans les limites fixées par l'arrêté mentionné au même article.

La majoration ou la minoration prend en compte les caractéristiques démographiques, géographiques ou d'équipement sanitaire, la fréquentation saisonnière, la situation locale de la concurrence dans le secteur des transports sanitaires, le taux d'utilisation des véhicules de transports sanitaires existant ainsi que, le cas échéant, l'existence de véhicules affectés à l'exécution de contrats conclus avec une société d'assistance ou un établissement public de santé.

Un arrêté du 5 octobre 1995 a ainsi précisé les conditions de fixation de ce plafond : l'indice national de transports sanitaires est fixé à 1 véhicule pour 5 000 habitants pour les communes de 10 000 habitants et plus, et 1 pour 2 000 pour les communes de moins de 10 000 habitants. Le plafond départemental ainsi arrêté est donc ensuite éventuellement majoré ou minoré, pour prendre en compte les caractéristiques précitées. Ces éléments sont précisés par une circulaire DGOS en date du 27 mai 2013 (cf. infra).

Ces plafonds peuvent, ensuite, être eux-mêmes révisés, dans les conditions prévues par les articles R 6312-32 et 33 du Code de la santé publique et suivants.

Article R6312-32 du code de la santé publique

La révision des indices et des nombres théoriques de véhicules a lieu au moins tous les cinq ans, dans les mêmes formes que pour leur fixation, notamment pour prendre en compte les résultats de chaque recensement général de la population.

Article R6312-33 du code de la santé publique

Une fois par an, dès lors que le nombre théorique de véhicules déterminé conformément aux articles R. 6312-30 et R. 6312-31 est supérieur au nombre de véhicules déjà autorisés, le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis du sous-comité des transports sanitaires, détermine les priorités en vue de l'attribution d'autorisations supplémentaires de mise en service. Ces priorités visent à assurer la meilleure distribution des moyens de transport sanitaire dans le département, notamment en favorisant l'équilibre entre les différentes catégories de véhicules ainsi que l'équipement des zones particulièrement démunies en moyens de transport sanitaire.

Le directeur général de l'agence régionale de santé porte à la connaissance du public le nombre d'autorisations nouvelles de mise en service qui peuvent être attribuées et les priorités d'attribution par une insertion dans une publication habilitée à recevoir des annonces légales ainsi que, éventuellement, par affichage ou par un autre moyen de publicité. Le délai de réception des demandes, indiqué par l'insertion susmentionnée, court à compter de celle-ci et ne peut être inférieur à un mois.

Annexe III

La demande précise, à peine d'irrecevabilité, l'identité du demandeur, le nombre d'autorisations demandées, la catégorie et la commune d'implantation envisagés des véhicules et est adressée par lettre recommandée avec avis de réception ou déposée contre récépissé à l'agence régionale de santé dans le délai imparti.

1.1.1.2. La régulation opérationnelle de l'offre: la délivrance des autorisations individuelles et l'enjeu du respect des quotas départementaux de véhicules sanitaires

Une fois le plafond départemental arrêté, le directeur général de chaque ARS, qui agréé également les entreprises de transports sanitaires, délivre les autorisations de mises en service de véhicules sanitaires, dans le respect de ce plafond. Depuis le décret n° 2012-1007 du 29 août 2012 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires, ces autorisations doivent également prendre en compte des priorités d'attribution, définies localement, qui comprennent notamment « *la catégorie du véhicule, le lieu d'implantation et la situation locale de la concurrence* ». En d'autres termes, le directeur général de chaque ARS peut désormais refuser une demande d'autorisation même si le plafond des autorisations n'est pas dépassé.

La circulaire n°DGOS/R2/DSS/1A/214 du 27 mai 2013 « *relative à l'application du décret 20121007 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires* » souligne qu'« *en conséquence, la détermination de priorités régionales et départementales devient un véritable outil visant à piloter des politiques d'équipement en véhicules sanitaires et non plus un moyen de départager différents candidats ayant déposé des demandes d'autorisation. Il convient donc de fixer les priorités d'attributions futures en analysant les besoins d'équipement selon deux axes : les besoins géographiques (quels sont les secteurs à renforcer ?) et les besoins catégoriels (quelles sont les catégories de véhicules nécessaires ?). L'ARS veillera, notamment à travers le sous-comité des transports sanitaires, à assurer la publicité la plus adéquate possible auprès des professionnels.* »

Au-delà de la fixation des quotas départementaux, nombre d'ARS révisent ainsi les « *priorités* » territoriales, en vue de l'attribution éventuelles d'autorisations supplémentaires de mise en service. Cette révision n'est sans doute pas systématiquement annuelle, comme l'exige l'article R6312-33, du code de la santé publique pour les départements souhaitant accorder des autorisations de mise en service nouvelles, alors que le nombre théorique de véhicules déterminé en application de l'arrêté du 5 octobre 1995 est supérieur au nombre de véhicules déjà autorisés (cf. supra). Mais les documents transmis à la mission (Auvergne, Bretagne, Pays de la Loire, Nord-Pas-de-Calais) traduisent un examen approfondi des besoins territoriaux dans ces ARS.

Le directeur général de chaque ARS dispose ainsi d'une compétence qui, au-delà du cadrage général et des limites fixées par voie réglementaire, n'est liée en aucune façon pour adapter, en pratique et selon les caractéristiques départementales ou infra-départementales, les plafonds de véhicules admis à participer aux transports sanitaires.

La mission note également que la politique de contingentement de l'offre de transport sanitaire mise en œuvre par les ARS ne fait pas l'objet d'un suivi régulier, ni a fortiori d'un pilotage continu, de la part de l'administration centrale du ministère de la santé. Cette dernière a en effet effectué en 2012 un travail de recensement (non exhaustif) des situations départementales au regard des quotas, en vue d'élaborer le décret n°2012-1007 du 29 août 2012 et la circulaire du 27 mai 2013 précités. Mais elle n'a pas élaboré, par la suite, de tableaux de suivi permettant d'examiner la façon dont les nouvelles règles ont été mises en œuvre par les ARS. Ce n'est qu'à la demande de la mission, qu'un nouveau recensement des plafonds départementaux et des autorisations effectivement délivrées a été effectué. Le tableau ci-dessous récapitule, pour chaque région, le résultat de cette enquête.

Annexe III

Tableau 1 – Nombre théorique et nombre effectifs de véhicules de transports sanitaires par territoire des ARS

Véhicules de transports sanitaires (ambulances-VSL)	Nombre théorique de véhicules ajusté	Nombre effectif	Excédent (+) ou déficit (-)	Rapport nombre effectif/ nombre théorique ajusté	Date de l'arrêté départemental le plus récent	Date de l'arrêté départemental le plus ancien
ARS Alsace Champagne Ardenne Lorraine	2283	2607	324	114%	19-oct-15	05-janv-96
ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes	2446	3443	997	141%	01-avr-15	03-mai-96
ARS Auvergne Rhône-Alpes	2870	2973	103	104%	23-avr-15	24-févr-00
ARS Bourgogne Franche-Comté	1218	1438	220	118%	30-juin-14	19-févr-96
ARS Bretagne	1425	1650	225	116%	27-mai-15	10-avr-14
ARS Centre Val de Loire	1075	1446	371	135%	14-déc-14	18-déc-12
ARS Corse	131	125	-6	95%	21-mars-12	17-mars-10
ARS Guadeloupe	119	147	28	124%	03-avr-13	31-oct-10
ARS Guyane	100	100	0	100%	23-oct-03	
ARS Ile-de-France	2634	3178	544	121%	2009	1996
ARS Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées	2278	3016	738	132%	19-juin-15	24-mai-96
ARS Martinique	122	121	-1	99%	04-avr-12	
ARS Nord-Pas-de-Calais Picardie	2460	3149	689	128%	30-juil-15	31-déc-11
ARS Normandie	1428	1643	215	115%	21-mai-14	19-févr-01
ARS Océan Indien	217	393	176	181%	28-juin-13	19-sept-11
ARS Pays de la Loire	1515	1886	371	124%	1-juil-14	2000
ARS Provence- Alpes-Côte d'Azur	1547	1873	326	121%	13-juil-11	02-déc-09
Total	23 868	29 188	5320	122%		

Source : DGOS - Calculs mission - Dernières données disponibles (dates variables selon les départements)

Ce recensement fait apparaître que la moyenne des effectifs autorisés par les directeurs des ARS dépasse de 22% le plafond théorique arrêté par ces mêmes directeurs. Seules trois ARS respectent ou se rapprochent du plafond arrêté. Par ailleurs, dans douze ARS, au moins l'un des arrêtés départementaux a une ancienneté supérieure à cinq ans. En Ile-de-France, c'est le cas pour la totalité des arrêtés départementaux.

L'absence d'actualisation de ces arrêtés, ne serait-ce que pour prendre en compte l'évolution démographique du département, interroge sur les conditions de mise en œuvre, dans ces départements, de la réforme introduite par le décret de 2012. En réalité, la pratique du contingentement semble, désormais, effective. Les tableaux 9 et 10 au 2.1.1.3. ci-dessous montrent que le nombre effectif d'ambulances et de VSL n'a pas évolué au moins depuis 2009. L'important dépassement constaté des quotas de véhicules traduit, à titre essentiel, des situations historiquement héritées, qui, parfois, auraient mérité d'être revues par une actualisation des arrêtés départementaux.

La mission estime que l'utilisation des instruments de régulation de l'offre de transports sanitaires doit être plus active. Elle recommande de fixer un objectif ambitieux : assurer dans un délai de cinq ans, le respect par chacun des départements des quotas de véhicules sanitaires fixés. La réalisation d'un tel objectif nécessite tout d'abord la révision effective, conformément à l'article R.6312-32 du code de la santé publique, tous les

Annexe III

cinq ans, des arrêtés fixant ou révisant les quotas départementaux de véhicules de transports sanitaires. Elle requiert ensuite la mise en place d'un tableau de bord national, permettant un suivi par l'administration centrale des progrès réalisés par les départements dépassant le quota de véhicules sanitaires pour en assurer le respect dans ce délai.

Il convient en outre que les régions disposent d'un outil validé au niveau national leur permettant d'identifier les besoins en matière d'offre de transports sanitaire, non seulement au niveau départemental mais aussi au niveau et infra-départemental. Un tel outil est en effet indispensable pour permettre l'application effective des règles de contingentement de l'offre de transport sanitaire et particulièrement des critères de refus des demandes de transferts d'autorisation prévues par l'article R. 6312-37 du code de la santé publique (« satisfaction des besoins sanitaires locaux de la population », « situation locale de la concurrence », « respect du nombre théorique de véhicules affectés au transport sanitaires mentionné à l'article R. 6312-30 », « maîtrise des dépenses de transport de patients »).

La construction de cet outil pourra utilement s'appuyer sur le travail très intéressant engagé par plusieurs régions et notamment, le Nord-Pas-de-Calais. L'ARS de cette région, en liaison avec les CPAM, a en effet établi des tableaux de bord permettant, au niveau infra-départemental, d'évaluer le besoin en transports de patients et de le comparer à l'offre existante. La méthode développée (et déjà diffusée à plusieurs autres régions) est d'autant plus utile qu'elle peut également être appliquée à l'offre de taxi. Elle est en effet fondée, notamment, sur une évaluation des densités de l'offre de transport, sur le territoire de chacune des CPAM de cette Région, au regard de la population « pondérée » qui la compose² (cf. pièce jointe III F).

Par ailleurs, la mission estime qu'une régulation plus active de l'offre de transport sanitaire devrait conduire à exclure des plafonds départementaux les véhicules nécessaires à l'activité à la charge des établissements de santé et gérés en régie. En effet, la gestion en régie est soumise à la régulation budgétaire propre aux établissements. Elle n'a pas vocation à être régulée par les mêmes outils que l'offre apportée par les entreprises de transport, dont la rationalité est, par nature, celle d'acteurs privés.

La mise en œuvre de ces recommandations nécessitera, de plus, un pilotage fort au niveau local, non seulement des ARS, mais aussi des CPAM, auxquelles il est proposé de confier la gestion opérationnelle des autorisations et des agréments. En effet, il n'a pas semblé clairement établi que les ARS soient les mieux placées pour piloter, de façon opérationnelle, agréments et autorisations, alors que les CPAM, d'une part, sont en lien constant avec les transporteurs qu'elles rémunèrent, d'autre part, sont déjà les organismes qui « conventionnent » les taxis. L'habilitation donnée au gouvernement par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pourrait permettre d'engager cette évolution. La stratégie d'ensemble pourrait être définie au niveau régional par les ARS, en concertation avec les CPAM, dans le cadre du programme régional de gestion du risque. Les ARS seraient re-positionnées dans un rôle d'orientation générale et de garantes de la bonne marche générale de la politique (inspection et contrôle de second niveau).

² Cette population pondérée est évaluée en prenant en compte : les facteurs démographiques, médicaux et sociaux (par exemple, un quinquagénaire sans couverture mutuelle universelle - CMU - ni ALD se voit attribué un coefficient de 0,2 pour le VSL et 0,1 en ambulance ; de même, un enfant avec CMUC et ALD a un coefficient de 8 pour le VSL et 15 en VSL) ; l'effet de l'éloignement sur la consommation (la demande augmentant d'environ 1,5 % par kilomètre supplémentaire, cet effet est neutralisé en appliquant un coefficient calculé pour chaque commune par la formule : $\text{km} \times 0,008 + 0,5 / 0,643$) ; la correction des temps de trajets (l'utilité d'un véhicule dépendant de la durée des trajets, la population est redressée proportionnellement à la durée moyenne d'un trajet dans chaque commune) ; la projection tous régimes (les données obtenues ci-dessus étant corrigées de la part du régime général dans la population INSEE du territoire).

Recommandation N°1. Fixer comme objectif, le respect, dans un délai de cinq ans, par chacun des départements, des quotas de véhicules de transports sanitaires fixés. Dans cette perspective : assurer la révision régulière des arrêtés fixant ou révisant les quotas départementaux de véhicules de transports sanitaires ; mettre en place un tableau de bord national, permettant un suivi par l'administration centrale des progrès réalisés par les départements dépassant le quota de véhicules sanitaires ; fournir aux ARS et CPAM un outil d'analyse de l'offre de transport sanitaire au niveau infra-départemental, afin de faciliter la gestion des autorisations. Exclure les véhicules nécessaires à l'activité à la charge des établissements de santé et gérés en régie des quotas départementaux de véhicules sanitaires.

Recommandation N°2. Revisiter les rôles respectifs des ARS et des CPAM, en confiant aux premières des fonctions d'orientation stratégique et en confiant aux secondes l'ensemble des instruments de pilotage opérationnel (plafonds, agréments, autorisations).

1.1.1.3. Un enjeu de régulation à prendre en compte : l'existence d'un marché « gris » de cession des autorisations de mise en service de véhicules sanitaires

Au-delà de l'enjeu du respect des quotas départementaux, la régulation de l'offre de transport sanitaire doit prendre en compte l'existence d'un marché « gris » de cession des autorisations de mise en services des véhicules sanitaires.

La mission a découvert, lors de ses déplacements, l'existence d'un marché « gris » des autorisations de mises en service de véhicules sanitaires (ambulances et véhicules sanitaires légers) : à l'occasion des cessions d'entreprises de transports sanitaires, ces autorisations sont valorisées dans le prix de cession. Selon les indications transmises à la mission, ces autorisations peuvent être ainsi monnayées à hauteur de quelques dizaines de milliers d'euros à près de 300 000 € selon les départements : en région PACA, de 100 000 € à plus de 200 000 € en Ile-de-France, de 100 000 à 200 000 € en Languedoc-Roussillon, à plusieurs dizaines de milliers d'Euros en Vendée.

La mission estime choquant de constater, sur le plan des principes, l'existence d'un tel marché « gris » d'échange d'autorisations administratives. En effet, ces autorisations sont délivrées à titre gratuit. Elles n'acquiescent une valeur en cas de cession uniquement du fait que l'assurance maladie apporte une garantie de revenus au secteur des transports sanitaires en solvabilisant la demande. Si ces autorisations devaient être valorisées, ce devrait donc être à l'actif de l'assurance maladie et non à celui des entreprises de transport.

Surtout, à la différence du secteur des taxis où la réglementation a, jusqu'à récemment, organisé un dispositif de cession à titre onéreux des autorisations de cession des autorisations, la réglementation applicable aux transports sanitaires exclut clairement tout droit au transfert des autorisations de mise en service de véhicules en cas de cession. En effet, conformément à l'article R.6312-37 du code de la santé publique. L'acquéreur du véhicule est tenu de demander au directeur général de l'ARS le transfert de l'autorisation initiale à son profit, laquelle ne sera effective qu'après l'accord de ce dernier. Le directeur général de l'ARS peut en outre refuser le transfert pour quatre motifs d'intérêt général : la satisfaction des besoins sanitaires locaux de la population, la situation locale de la concurrence, le respect du quota départemental de véhicules sanitaires, la maîtrise des dépenses de transports de patients.

Annexe III

Article R6312-37 du code de la santé publique - modifié par Décret n°2012-1007 du 29 août 2012 - art. 7

I.- Le directeur général de l'agence régionale de santé prononce le transfert de l'autorisation à la demande et au profit de son titulaire en cas de remplacement :

- d'un véhicule de catégorie A par un véhicule de catégorie A ou C ;
- d'un véhicule de catégorie C par un véhicule de catégorie A ou C ;
- d'un véhicule de catégorie D par un véhicule de catégorie D.

II.-1° Le transfert de l'autorisation initiale de mise en service d'un véhicule sanitaire est soumis à l'accord préalable du directeur général de l'agence régionale de santé en cas de :

- modification de la catégorie du véhicule ;
- modification de l'implantation du véhicule ;
- cession du véhicule ou du droit d'usage de ce véhicule, au profit et à la demande du cessionnaire au titre de la même catégorie et du même département.

L'absence de réponse dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande vaut accord tacite.

2° Le transfert ne peut être refusé que pour l'un des motifs suivants, appréciés à la date de la décision :

- la satisfaction des besoins sanitaires locaux de la population ;
- la situation locale de la concurrence ;
- **le respect du nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires mentionné à l'article R. 6312-30 ;**
- **la maîtrise des dépenses de transports de patients.**

La circulaire prise en application de ces dispositions réglementaires précise même, de manière explicite, que « les entreprises de transport sanitaire ne peuvent céder les autorisations de mise en service elles-mêmes » sans l'accord du directeur général de l'ARS.

Circulaire DGOS/R2/DSS/1A no 214 du 27 mai 2013 relative à l'application du décret n° 2012-1007 relatif à l'agrément nécessaire au transport sanitaire terrestre et à l'autorisation de mise en service de véhicules de transports sanitaires

IV. – TRANSFERT DES AUTORISATIONS DE MISE EN SERVICE DE VÉHICULE SANITAIRE

[...]

En cas de cession du véhicule et de son droit d'usage ou du droit d'usage seul de ce véhicule, ce transfert d'autorisation ne peut être prononcé qu'au profit et à la demande du cessionnaire du véhicule, au titre de la même catégorie de véhicule et au sein du même département sans modification de son implantation.

Ce changement de bénéficiaire de l'autorisation est également soumis à accord du DGARS. Dans ce cas, l'acquéreur du véhicule est tenu de demander au DGARS le transfert de l'autorisation initiale à son profit, laquelle ne sera effective qu'après accord de ce dernier. En effet, **les entreprises de transport sanitaire ne peuvent céder les autorisations de mise en service elles-mêmes.** Il convient de préciser que l'accord du DGARS ne porte pas sur la cession du véhicule lui-même mais sur le transfert de l'autorisation de mise en service.

La mission estime que l'application la plus stricte possible de la réglementation actuelle est de nature à permettre d'éviter le développement d'un tel marché « gris ». En effet, les quotas de véhicules sanitaires étant dépassés dans 83 départements, le régulateur local a la possibilité de lutter contre les valorisations d'autorisation en refusant les cessions plus systématiquement sur ce motif objectif. De même, la généralisation ci-dessus préconisée par la mission des méthodes d'évaluation des besoins en matière de transport, au modèle de celle élaborée en région Nord-Pas-de-Calais, doit permettre de refuser plus systématiquement les transferts et ainsi lutter contre la tendance des transporteurs à les valoriser par la cession de leur entreprise.

Dans l'hypothèse où cette recommandation ne s'avérerait pas suffisamment efficace, la mission estime qu'il serait, alors, nécessaire d'envisager la possibilité d'assurer l'incessibilité des agréments et autorisations de mise en service de véhicules sanitaires. De plus, la limitation à cinq ans de la durée de ces agréments et autorisations devrait alors être examinée. En effet, la réglementation en vigueur ne fixe de durée ni aux agréments, ni aux autorisations de mise en service de véhicules de transports sanitaires (ambulances et VSL).

Annexe III

Cette absence de durée aux agréments et aux autorisations de mise en service rend possible la monétisation et l'échange à titre onéreux de ces autorisations administratives délivrées gratuitement. Une limitation à cinq ans correspondrait à la durée actuellement prévue pour le conventionnement des taxis par les CPAM. Cette durée est supérieure à la durée d'amortissement des véhicules, telle qu'indiquée par la profession (deux ans pour les VSL, trois à cinq ans pour les ambulances).

Recommandation N°3. **Rappeler aux directeurs généraux d'ARS de s'assurer du respect le plus strict possible des dispositions de l'article R.6312-37 du code de la santé publique, à l'occasion des demandes de cession d'autorisations de mise en service qui leurs sont soumises pour accord.**

Recommandation N°4. **Dans l'hypothèse où l'application de la recommandation n°3 ne suffirait pas pour lutter contre le développement d'un « marché gris » des autorisations de mise en service des véhicules, examiner la possibilité d'assurer l'incessibilité des agréments et autorisations de mise en service et envisager la fixation d'une durée aux agréments et aux autorisations de mise en service des véhicules de transports sanitaires. A l'instar des conventions conclues avec les taxis, la durée des agréments pourrait être limitée à cinq ans et celle des autorisations administratives ne pourrait avoir, comme date-butoir, une date qui excéderait la date d'expiration de l'agrément auquel elle est adossée**

1.1.1.4. L'équité d'accès des transporteurs à la demande : le tour de rôle

Une fois ces plafonds arrêtés et les autorisations de mises en service délivrées, les acteurs du transport sanitaire, pour ce qui relève des transports non pris en charge par les établissements eux-mêmes, sont appelés à intervenir sur la base d'un « tour de rôle ». Le « tour de rôle » permet à chacun des transporteurs autorisés, et selon des critères définis localement, d'avoir sa « juste » part dans la demande de transport sanitaire. Ce tour de rôle permettrait ainsi d'assurer de l'équité d'accès à la demande entre transporteurs (cf. annexe 7 -« Les plateformes de centralisation de la commande de transport »).

Le libre choix par le patient de l'entreprise qui le prendra en charge, dans le respect de la prescription réalisée par le médecin, est considéré, à cet égard, comme le prolongement du principe général du « *libre choix du malade de son praticien et de son établissement de santé qui est un principe fondamental de la législation sanitaire* »³.

Aussi, à défaut d'expression de son choix par le patient ou de disponibilité de l'opérateur qu'il entendait désigner, le « tour de rôle » concourrait à l'exercice de l'acte privé réalisé par le patient, en l'aidant à effectuer son choix, en choisissant, par substitution, pour lui. C'est parce qu'il s'agirait ainsi d'aider à la réalisation d'un acte privé - acheter une prestation de transport - que le « tour de rôle », même préparé par un établissement public de santé, ne ressortirait pas des règles de l'appel public à la concurrence. La solidité juridique de cette vision ne semble pas assurée (cf. infra).

³ Article L. 1110-8 du code de la santé publique

Annexe III

Le principe du « tour de rôle » est établi par une circulaire en date du 10 juin 2003.

Circulaire DHOS/SDO/O 1 n° 2003-277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé publics et privés et transporteurs sanitaires privés

.....

II. - RAPPEL DU LIBRE CHOIX DU MALADE

Le principe du libre choix du patient découle de l'article L. 1110-8 du code de la santé publique qui prévoit que « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire ».

En conséquence, le patient dispose du libre choix de l'entreprise qui le prendra en charge, dans le respect de la prescription réalisée par le médecin.

Ce principe s'applique lorsque le transport du malade est effectué hors de la responsabilité juridique et financière de l'établissement de santé. Le patient organise alors son transport et peut demander le concours de l'établissement de santé qui fournit au patient une liste d'entreprises de transport sanitaire.

Cette liste est établie par la DDASS après avis du sous-comité des transports sanitaires dans la configuration précisée au paragraphe précédent. Si le patient n'exprime aucun choix et que son état nécessite un transport sanitaire, il s'en remet alors à l'établissement de santé pour faire appel aux entreprises concernées. Les établissements publics de santé appellent à tour de rôle les entreprises de transport sanitaire, selon les modalités définies par le sous-comité des transports sanitaires.

Les modalités de mise en œuvre du « tour de rôle » ont été précisées dans le cadre d'un référentiel commun en date du 27 mai 2010.

ORGANISATION DES TRANSPORTS SANITAIRES POST-HOSPITALIERS

REFERENTIEL COMMUN

Elaboré par le comité des transports sanitaires: associant les représentants des transporteurs sanitaires, des établissements de santé, la DHOS, la DSS et la CNAMTS

27 Mai 2010

.....

III -Adaptation des modalités d'organisation du tour de rôle, pour les transports pris en charge directement par l'assurance-maladie Le principe du libre choix du patient découle de l'article L.III0-8 du code de la sante publique qui prévoit que "Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire ". En conséquence, le patient dispose du libre choix de l'entreprise qui le prendra en charge, dans le respect de la prescription réalisée par le médecin. Si le patient n'exprime pas de choix, L'établissement est chargé d'organiser le transport sanitaire.

Les établissements de santé publics, lorsqu'ils organisent ces transports, doivent respecter le principe du tour de rôle. Ce principe a été fixé par la circulaire du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé, publics et privés, et transporteurs sanitaires privés. Il concerne les transports sanitaires prescrits par l'établissement de santé et ne relevant ni de la régulation du SAMU-Centre 15, ni d'un cadre contractuel (marché public notamment). Toutefois l'organisation actuelle du tour de rôle n'est pas suffisamment efficace pour garantir l'effectivité du transport, une concurrence loyale et l'équité entre entreprises. Il est donc important de bâtir un nouveau système de répartition de l'activité entre les entreprises de transport sanitaire. Ce système doit garantir le respect de la concurrence entre les entreprises et permettre aux établissements de santé de bénéficier d'une réponse rapide et adaptée à leurs besoins. Il s'agit donc de valoriser l' implication des entreprises de transport sanitaire dans ce système, Sa mise en place nécessite une gestion centralisée des demandes comme évoquée précédemment.

Un nouveau mode de répartition d'activité.

Les entreprises volontaires susceptibles de participer au tour de rôle d'un établissement de santé donné sont celles qui sont implantées dans le territoire de sante concerné et qui formulent la demande de participer à la prise en charge de ces transports prescrits par l'établissement en question. La répartition de l'activité entre les entreprises est établie en fonction de l'implication de chaque entreprise dans le dispositif et du respect de ses engagements. Il est néanmoins important de rappeler que les véhicules engagés dans la garde ambulancière ne peuvent, pendant les périodes de garde, être mobilisés en dehors de l'urgence pré-hospitalière régulée par le SAMU - centre 15. Les clés de répartition ont vocation à être définies au niveau de chaque établissement de santé concerné par le tour de rôle en concertation avec l'ensemble des acteurs (entreprises de transports, établissement). En cas d'absence d'accord entre les acteurs, un modèle de répartition est donné ci-dessous. Le modèle de répartition de l'activité de ce référentiel fait l'objet d'une annexe détaillant le calcul de la répartition des transports.

Annexe III

Ses principes sont les suivants :

- Un coefficient est appliqué à chaque entreprise volontaire pour déterminer son poids dans le tour de rôle. Ce coefficient prend en compte:

-Un coefficient de capacité de l'entreprise, qui est le rapport entre:

o le potentiel (déclaré) d'activité de l'entreprise (en heures) en prenant en compte les moyens (véhicules et équipages) mis à disposition par jour, en distinguant les moyens VSL et ambulances,

o la capacité humaine à s'investir réellement (RHDM) calculée sur la base des conditions légales de travail.

-Un taux de présence sur les périodes de faible activité (par ratio avec le potentiel d'activité global)

-Un taux de réponse aux demandes de transport et de respect des horaires.

Les capacités prises en compte sont celles déclarées à la DDASS dont dépend l'entreprise.

Le taux obtenu permet d'établir un pourcentage de missions demandées par m'établissement à attribuer à l'entreprise dans le cadre du tour de rôle. Pour toutes les entreprises qui ont un taux identique, chaque « unité d'intervention » (rassemblement les moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation d'un transport sanitaire) engagée dans le dispositif a vocation à obtenir le même pourcentage de missions. Les acteurs locaux définissent ainsi des clés de répartition locale de l'activité. Les taux d'attribution des demandes de transports par entreprise ont vocation être ajustés au cours du temps, sur une base semestrielle, en fonction des réponses effectives apportées par les entreprises. De la même manière ces taux sont actualisés à chaque fois qu'une entreprise souhaite quitter ou intégrer le dispositif.

Les pièces jointes à l'annexe VII présentent quatre exemples d'organisation du tour de rôle :

- ◆ Le premier, en cours de conclusion et qui revisite un précédent accord en date de 2004, est une charte entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier, la caisse primaire d'assurance maladie, l'agence régionale de santé et l'association départementale des transports sanitaires 34 (ADTS 34) représentant à la fois les entreprises de transports sanitaires et les entreprises de taxis participant au tour de rôle.
- ◆ Le second est le « protocole d'accord d'organisation des sorties de patients via une plateforme de régulation informatisée », convenu entre le centre hospitalier départemental de Vendée, la caisse primaire d'assurance maladie, l'agence régionale de santé, la chambre syndicale des artisans taxis de Vendée et trois syndicats représentants les ambulanciers de Vendée ;
- ◆ Le troisième est « la charte du tour de rôle des transports sanitaires privés » conclue en juillet 2015 entre le centre hospitalier universitaire de Bordeaux et chacune des entreprises de transports sanitaires qui souhaite y adhérer ;
- ◆ La quatrième est la « charte du tour de rôle des transports sanitaires privés », établie par le centre hospitalier de Salon-de-Provence.

Le questionnement juridique qui entoure le « tour de rôle » (est-il simplement un dressage de liste pour faciliter l'accomplissement d'un acte privé, est-il une convention de droit privé ou est-il un acte administratif -acte unilatéral ou contrat administratif- ?) fait l'objet d'une instance pendante au Conseil d'Etat opposant le CHRU de Montpellier à une société d'ambulance.

1.1.2. ... La régulation de l'offre des taxis n'est, quant à elle, pas assurée

La participation des taxis au transport de malades ou de patients est du ressort du code de la sécurité sociale qui se limite à en préciser les conditions financières.

L'article L322-5 de ce code dispose ainsi, dans ses deux premiers alinéas, que : « Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale établie selon les règles définies à l'article L. 162-4-1, notamment celles relatives à l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé.

Annexe III

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. [...]. »

Plus précisément, l'article R322-10-1 du code de la sécurité sociale définit ce qu'est le « **transport assis professionnalisé** » (TAP), auquel participent les taxis, par rapport au « transport couché » des patients : « *Les transports pris en charge par l'assurance maladie peuvent être assurés par les moyens suivants :*

1° L'ambulance ;

2° Le transport assis professionnalisé, véhicule sanitaire léger et taxi ;

3° Les transports en commun terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière, les moyens de transport individuels.

Un référentiel de prescription arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale précise les situations dans lesquelles l'état du malade justifie respectivement la prescription des modes de transport prévus au présent article en fonction de l'importance des déficiences et incapacités et de leurs incidences. »

Ce référentiel est fixé par un arrêté du 23 décembre 2006.

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

Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article R. 322-10-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 mai 2006 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 18 mai 2006,

Article 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.

Article 2 - Un transport assis professionnalisé mentionné au 2° 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.

Article 3 - Lorsqu'un transport mentionné à l'article 1er ou à l'article 2 ne peut être prescrit, seul peut être prescrit un moyen de transport mentionné au 3° de l'article R. 322-10-1.

Article 4 - Le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Ainsi, il ressort que **le TAP est une prestation de service réalisée au moyen, soit d'un VSL, soit d'un taxi ayant conclu une convention avec les caisses d'assurance maladie.**

Annexe III

La dichotomie introduite par les dispositions, d'une part, du code de la santé publique qui, s'agissant des transports terrestres par route, indique que ne participent aux transports sanitaires que les ambulances et les VSL et, d'autre part, celles du code de la sécurité sociale qui réserve le transport en position allongée ou semi-assise aux seules ambulances et le transport assis professionnalisé aux VSL et aux taxis, sans distinction entre ces derniers, soulève peut-être un problème de cohérence entre les dispositions des deux codes.

Aussi, il paraît souhaitable de définir de façon unifiée le transport sanitaire ou le transport de patients et d'indiquer, spécifiquement, ce qui relève de chacun des trois modes de transport.

Recommandation N°5. Unifier les définitions du transport sanitaire ou du transport de patients dans le code de la santé publique et dans celui de la sécurité sociale ; réviser le référentiel de prescription de 2006 ; rappeler que la qualification de transport assis professionnalisé (TAP) est subordonnée au fait qu'il s'agit d'une prescription médicale et bien distinguer, selon l'état du patient, le mode de transport le plus adapté.

L'activité des taxis est régie, de façon générale, par le code des transports. Leur participation au transport assis professionnalisé et les conditions de prise en charge de ces transports par l'assurance maladie s'effectuent par des conventions individuelles, établies entre chaque transporteur et les caisses locales d'assurance maladie, selon un modèle national décliné au niveau de chaque département.

Ce modèle est annexé à une décision du 8 septembre 2008 du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM), qui traite essentiellement de la question tarifaire.

Décision du 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,

Vu l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale,

Après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur des taxis,

Décide :

Article 1 - La convention visée à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est signée entre l'entreprise de taxi et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle l'autorisation de stationnement du véhicule est délivrée.

Ces conventions ont pour objet de fixer les tarifs de responsabilité des courses de taxis réalisées par les entreprises de taxi et les conditions particulières de dispense d'avance des frais de ces transports, pour l'ensemble des assurés sociaux. Elles conditionnent le remboursement par l'assurance maladie des frais des transports effectués par les entreprises de taxi pour les véhicules mentionnés dans la convention.

Elles doivent être conformes au modèle type joint en annexe.

Article 2 - Les tarifs négociés localement ne doivent pas être supérieurs à ceux qui sont fixés dans le département par le représentant de l'Etat et tiennent compte de l'ensemble de leurs composantes au sens de l'arrêté du 13 février 2008 du ministre de l'économie, des finances et de l'emploi relatif aux tarifs des courses de taxi (publication au Journal officiel du 16 février 2008).

Compte tenu de la solvabilité apportée par l'assurance maladie à ses assurés, ces tarifs comportent une remise par rapport aux tarifs fixés par le préfet.

Lorsque le transport assis professionnalisé des assurés par des véhicules de taxis faisait déjà l'objet d'une convention avant le 1er juin 2008, le pourcentage de la remise ne peut excéder de 5 % du tarif préfectoral la réduction tarifaire prévue par la convention antérieure. Lorsque aucune convention ne prévoyait de telle remise, ce pourcentage ne peut être supérieur de plus de cinq points à celui de la remise minimum. La remise ne peut être supérieure à 15 % des tarifs fixés par le préfet.

Annexe III

Dans les départements à quatre tarifs au sens de l'article 3 de l'arrêté du 13 février 2008, susmentionné, cette remise ne peut être inférieure à un minimum de 5 % pour :

- les trajets avec retour à vide à la station légalement pris en charge par l'assurance maladie ;
- les trajets avec retour en charge à la station pour les transports en série au sens de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres et les transports exposés sur une distance de plus de 150 kilomètres légalement pris en charge par l'assurance maladie.

Dans les départements à trois tarifs au sens des articles 4 et 5 de l'arrêté du 13 février 2008, cette remise ne peut être inférieure à un minimum de 5 % pour les transports en série au sens de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres et les transports exposés sur une distance de plus de 150 kilomètres légalement pris en charge par l'assurance maladie.

Article 3-Ces conventions comportent obligatoirement des clauses relatives :

- aux modalités de mise en œuvre de la dispense d'avance des frais ;
- à la télétransmission.

Elles peuvent comporter une clause facultative relative au recours à un mandataire de paiement.

Article 4 - L'assurance maladie informe les assurés concernés de l'offre de taxis conventionnés par commune de rattachement.

Article 5 - Les caisses primaires d'assurance maladie proposent aux représentants de la profession la mise en place d'une commission locale de concertation.

Article 6 - Les conventions locales signées en application de la présente décision qui ne respectent pas les présentes dispositions ou le modèle national type sont nulles et non avenues.

Article 7 - La présente décision et son annexe seront publiées au Journal officiel de la République française.

Annexe

Depuis 2008, pour être conventionné par l'assurance maladie, un taxi doit avoir été exploité de façon effective et continue depuis plus de deux ans.

La régulation de l'offre de transport par taxi repose ainsi essentiellement d'abord sur la délivrance d'une autorisation de stationnement (ADS), telle qu'elle est prévue par le code des transports et qui n'est donc pas liée à l'activité de transport de patients.

Tout taxi disposant d'une ADS délivrée, selon le cas, par sa commune de rattachement ou par une préfecture compétente, peut effectuer du transport assis professionnalisé, dès lors qu'il a conclu une convention à cet effet avec l'assurance-maladie dans les conditions prévues par la décision du 8 septembre 2008 précitée. Le conventionnement n'est subordonné qu'à l'accomplissement des formalités prévues à l'article 3 de la convention-type annexée à la décision du 8 septembre 2008 du directeur général de l'UNACM, qui prévoient, pour l'essentiel un délai de deux ans d'exploitation effective et continue du taxi avant la date de signature de la convention. Cette disposition a été introduite pour éviter la création de sociétés de taxi, qui ne seraient pas économiquement viables sans avoir une activité de transport sanitaire. De toute évidence, elle n'a pas, jusqu'à présent, constitué qu'un frein limité à l'entrée sur le « marché du transport de patients pris en charge par l'assurance maladie » de nouvelles sociétés de taxis. Elle n'a pas non plus prévenu la spécialisation de certaines sociétés de taxi, notamment en milieu rural, y compris de création récente, dans cette activité (cf. 2.1.2.).

Annexe III

Article 3 de la convention-type annexée à la décision du 8 septembre 2008 du directeur général de l'UNCAM

« La présente convention n'est conclue que pour le (ou les) véhicule (s) :

– exploités de façon effective et continue en taxi conformément à une autorisation de stationnement créée depuis plus de deux ans avant la date de signature de la présente convention,

ou

– exploités de façon effective et continue conformément à une autorisation de stationnement de moins de deux ans à la date du 1er juin 2008 et ayant été utilisés pour le transport de malade assis avant le 1er juin 2008 ;

et pour lesquels les justificatifs suivants ont été fournis :

– photocopie conforme de la carte d'immatriculation au répertoire des métiers et / ou au registre du commerce et des sociétés ;

– photocopie conforme ou attestation de l'autorisation de stationnement du véhicule conventionné ;

– photocopie conforme de la carte grise du véhicule conventionné ;

– photocopies conformes de la carte professionnelle du conducteur et du contrat de travail ou de location le liant à l'exploitant.

La liste de ces véhicules et conducteurs figure dans l'annexe I de la présente convention. Aucune demande de conventionnement ne peut être acceptée par la caisse primaire d'assurance maladie si l'entreprise de taxi ou son gérant a fait l'objet, par les tribunaux, dans les 3 ans qui précèdent, d'une condamnation définitive pour fraude (notamment au titre des articles L. 114-13 et L. 377-2 et suivants du code de la sécurité sociale) dans ses rapports avec l'assurance maladie. »

Cette manière de faire conduit à une absence opérationnelle de régulation de l'offre : toute demande de conventionnement effectuée par un taxi est, en pratique, acceptée par les organismes d'assurance-maladie.

Cependant, dans le but de mettre fin à cette absence complète de régulation de l'offre, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a introduit un 3^{ème} alinéa à l'article L 322-5 précité du code de la sécurité sociale ; cet alinéa instaure la possibilité, pour les organismes locaux d'assurance-maladie, de refuser les demandes de conventionnement dès lors que le nombre de véhicules excéderait le nombre fixé par le directeur général de chaque ARS, sur la base de critères démographiques, géographiques ou encore d'équipement sanitaire.

Article L322-5 du Code de la sécurité sociale, modifié par l'article 65 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 (LFSS pour 2015)

« Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

L'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Annexe III

Cette disposition législative, majeure pour réguler l'offre du seul acteur du transport de patients pour lequel il n'existe de contingentement, n'a pas fait l'objet du décret d'application prévu. Il importe de la mettre en œuvre le plus rapidement possible. Toutefois, aucun projet n'ayant été rédigé à ce jour, il apparaît hautement probable, compte tenu du temps nécessaire à la concertation avec les professionnels du secteur et des procédures de consultation, de contreseing et de publication, que ce décret ne sera pas adopté avant 2017, et ne sera pas mis en application avant 2018.

Parallèlement, pour asseoir une première régulation de l'offre, la mission recommande, dans ces conditions, la révision, dès 2016, avec application à compter du 1^{er} janvier 2017, de la décision du directeur général de l'UNCAM (plus précisément de l'article 3 de la convention type annexée), afin de porter à trois ans la durée nécessaire d'exploitation effective et continue des entreprises de taxi pour pouvoir adhérer à une convention de prise en charge du transport de patient par l'assurance maladie. Cette mesure présente l'avantage de pouvoir avoir un effet immédiat de contingentement de l'offre.

Ces mesures de contingentement de l'offre devraient être la contrepartie, pour les taxis, de la mise en œuvre, dès 2017, des mesures de convergence des tarifs de remboursement des transports réalisés par voie de taxis et de VSL (cf. 1.2.2. et 2.3.).

Par ailleurs, il convient de souligner que lorsque l'ADS détenue par un exploitant est cédée, à titre onéreux, à un nouvel exploitant, il est d'usage de considérer que le conventionnement est rattaché à cette ADS et est donc cédé de façon conjointe. Une telle manière de faire réduit encore davantage, en pratique, la possibilité de réguler de façon effective l'offre de taxis, tant que les dispositions prévues par la LFSS pour 2015 ne soient effectivement prises.

Recommandation N°6. Mettre en œuvre, dans les mêmes conditions que pour les ambulances et les VSL, une régulation de l'offre de taxis conventionnés, aux fins d'assurer une cohérence globale dans la régulation de l'offre de véhicules de transports sanitaires et de transports assis professionnalisés. Lier la mise en place d'outils de contingentement de l'offre de taxis à l'adoption concomitante des mesures préconisées visant à assurer la convergence tarifaire avec les VSL.

A cette fin,

Recommandation N°7. Prendre, dans les meilleurs délais, le décret d'application de l'article 65 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 afin d'autoriser les directeurs des ARS à contingenter le nombre de taxis conventionnés sur la base d'un examen global du besoin du territoire concerné en matière de transport sanitaire et de transport assis professionnalisés.

Recommandation N°8. Réviser, sans délai et avec effet au 1^{er} janvier 2017, la décision du 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie, afin de porter à trois ans la durée nécessaire d'exploitation effective et continue des entreprises de taxi pour pouvoir adhérer à une convention locale de prise en charge par l'assurance maladie.

Recommandation N°9. Attacher le conventionnement à l'exploitant du taxi et non à l'autorisation de stationnement (ADS), afin d'assurer la non-cessibilité du conventionnement.

1.2. Une politique tarifaire qui dépend de réglementations et d'acteurs différents

1.2.1. La réglementation tarifaire pour les ambulances et les VSL

Les tarifs des VSL et des ambulances sont fixés par la convention nationale du transport sanitaire, conformément à l'article L 322-5-2 du code de la sécurité sociale.

Cette convention nationale a été conclue le 26 décembre 2002 entre les organismes de l'assurance-maladie et les représentants des transporteurs privés. La structure tarifaire applicable est fixée dans les annexes de la convention. Les tarifs applicables sont, eux, déterminés par avenants conventionnels. Le dernier avenant conventionnel (le septième) est paru au journal officiel le 4 juillet 2014, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2015. Il revalorise les tarifs des VSL pour prendre en compte la hausse de la TVA.

Article L322-5-2 du code de la sécurité sociale

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;
- 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;
- 3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;
- 4° Le financement des instances nécessaires à la mise en œuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;
- 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;
- 6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

1.2.1.1. Les tarifs des VSL

La tarification des transports sanitaires par véhicule sanitaire léger (VSL) comporte :

- ◆ **UNE PART FORFAITAIRE**

Elle répond à des principes différents selon le lieu du siège de l'entreprise de transports.

Annexe III

- Règle de droit commun : *Forfait départemental*, dont le montant est fixé par zones⁴ dans le dernier avenant (il varie entre 11,97 € et 13,85 €). Il inclut les trois premiers kilomètres parcourus.

Forfait départemental zone A	13,85 €
Forfait départemental zone B	13,45 €
Forfait départemental zone C	12,60 €
Forfait départemental zone D	11,97 €

- *Forfait « prise en charge »* : il s'applique aux entreprises situées dans certaines communes de la région parisienne et pour les transports effectués à l'intérieur de cette zone. Les kilomètres parcourus en charge sont facturés dès le 1^{er} km en charge.

Prise en charge	15,58 €
-----------------	---------

- ◆ **UNE VALORISATION TRAJET COURT** : La valorisation trajet court, mise en place dans l'avenant n° 6, est fonction de la distance parcourue. Elle s'applique, de manière dégressive, jusqu'au 18^e km parcouru.

Valorisation trajet court ≤ 7 km parcourus	6,26 €	Valorisation trajet court > 12 et ≤ 13 km parcourus	3,44 €
Valorisation trajet court > 7 et ≤ 8 km parcourus	6,05 €	Valorisation trajet court > 13 et ≤ 14 km parcourus	2,92 €
Valorisation trajet court > 8 et ≤ 9 km parcourus	5,53 €	Valorisation trajet court > 14 et ≤ 15 km parcourus	2,40 €
Valorisation trajet court > 9 et ≤ 10 km parcourus	5,00 €	Valorisation trajet court > 15 et ≤ 16 km parcourus	1,88 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 11 km parcourus	4,48 €	Valorisation trajet court > 16 et ≤ 17 km parcourus	1,36 €
Valorisation trajet court > 11 et ≤ 12 km parcourus	3,96 €	Valorisation trajet court > 17 et ≤ 18 km parcourus	0,83 €

⁴ Le tarif applicable à chaque entreprise est celui du département où se situe le siège de l'entreprise. Lorsque l'entreprise effectue des transports dans un autre département, le tarif applicable demeure celui du département du siège de l'entreprise.

Annexe III

- ◆ **UN TARIF KILOMETRIQUE** : applicable à la distance parcourue en charge du lieu de départ au lieu d'arrivée, déduction faite des 3 premiers km inclus dans le forfait départemental, ou dès le premier kilomètre parcouru dans le cas de la facturation de la prise en charge.

Tarif kilométrique	0,89 €
--------------------	--------

1.2.1.2. Les tarifs des ambulances

La tarification des ambulances répond aux mêmes principes que celle des VSL :

Tarif kilométrique	2,19 €	Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcourus	4,00 €
Valorisation trajet court ≤ 5 km parcourus	7,00 €	Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcourus	2,50 €
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcourus	5,50 €		

Elle en diffère cependant pour la part forfaitaire, pour laquelle trois régimes différents s'appliquent :

- ◆ **Forfait départemental** : de droit commun. Il inclut les 3 premiers km parcourus.
- ◆ **Forfait agglomération** : pour les transports effectués exclusivement à l'intérieur des villes ou agglomérations limitativement désignées dans chaque département. Il inclut également les 3 premiers km parcourus.
- ◆ **Forfait prise en charge** : pour les entreprises situées dans certaines communes de la région parisien et pour les transports effectués à l'intérieur de cette zone. Les km parcourus sont facturés dès le 1^{er} km.

Forfait départemental	51,30 €
Forfait agglomération	57,37 €
Prise en charge	64,30 €

1.2.2. La réglementation tarifaire des taxis

L'article L322-5 du code de la sécurité sociale (CSS), issu de l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit que la prise en charge des frais de transports des assurés est conditionnée par la signature d'une convention locale entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de taxis. Selon les dispositions du même article, les conventions locales conclues entre les entreprises de taxi et les organismes locaux

Annexe III

d'assurance maladie doivent être conformes à une convention type nationale, établie par la décision du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur. Dans le respect de la décision du directeur générale de l'UNCAM, ces conventions locales doivent fixer des « tarifs de responsabilités qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicables à ce secteur et fixe[r] les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais. »

La décision en date du 8 septembre 2008 (cf. encadré au 1.1.2. supra) met en œuvre cette disposition du code de la sécurité sociale et a arrêté une convention type. Elle précise que « Les tarifs négociés localement tiennent compte de l'ensemble de leurs composantes au sens de l'arrêté du 13 février 2008 du ministre de l'économie, des finances et de l'emploi relatif aux tarifs des courses de taxi » (publié au Journal officiel du 16 février 2008). Aux termes de ce dernier arrêté, ces « composantes » sont : la prise en charge, l'indemnité kilométrique, l'heure d'attente ou de marche lente⁵. La décision du 8 septembre 2008 prévoit par ailleurs que, « compte tenu de la solvabilité apportée par l'assurance maladie à ces assurés, [les tarifs négociés localement] comportent une remise par rapport au tarif préfectoral ». Cette remise « ne peut être supérieure à 15% des tarifs fixés par le préfet ».

Chaque caisse primaire négocie ainsi une convention locale avec les représentants des chauffeurs, ce qui entraîne une différenciation dans la tarification selon les départements. Au-delà du résultat des négociations locales sur le tarif de base, chaque convention locale peut en effet décliner différemment chacune des « composantes » tarifaires et les éventuelles remises convenues. D'autres éléments qui permettent de mieux connaître et ajuster les prix (calcul du temps d'approche ou du temps d'attente, distancier, etc.) sont également éventuellement négociés.

Globalement, ces remises sont très variables selon les départements : elles peuvent être significatives, de l'ordre de 15% sur les tarifs préfectoraux, mais elles peuvent également être beaucoup plus faibles, de l'ordre de 5%.

L'encadré et les tableaux ci-dessous, produits par la CNAMTS, portant bilan des négociations menées en 2014 par chacune des CPAM, montrent que, au-delà de la remise de base, une remise supplémentaire a souvent été négociée, conduisant à une remise supplémentaire de l'ordre de 2,4% et à une économie de dépenses estimée, par la CNAMTS, à 2,7% des dépenses totales de transport par taxis remboursées par les organismes de l'assurance-maladie.

Ce bilan témoigne également de la grande disparité des clauses des conventions départementales. En effet, les dispositions facultatives sont reprises de façon variable, tant dans leur nombre que dans leur ampleur, dans les conventions négociées sur le plan départemental. De fait, les négociations menées par les CPAM ont un caractère multidimensionnel marqué ; elles ne se limitent pas à négocier un taux de remise. Les négociations ont parfois d'abord porté sur une limitation du temps d'attente, sur la mise en place de forfaits, sur les modalités de facturation du transport partagé, sur le contrôle des distances parcourues. **La comparaison entre départements des tarifs applicables aux remboursements du transport de patient par l'assurance maladie est ainsi très complexe.**

**Bilan national, établi par la CNAMTS, de la négociation des « conventions taxis »
menées par les CPAM en 2014 (extrait)**

« ...

- **Nombre de CPAM et caisses générales de sécurité sociales signataires** : 106

- **Composantes des mesures négociées** :
 - **L'approche** : 33 CPAM (contre 53 en 2008) prennent en charge les frais d'approche dont 5 CPAM

⁵ La dernière révision des conditions générales de fixation des tarifs de taxis est issue du décret n°2015-1252 du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi.

Annexe III

qui ont limité la prise en charge à certaines conditions (ex : seulement s'il n'y a pas d'ADS dans la commune de prise en charge du patient).

- **Taux de remise :**
 - 57 conventions ont un taux de remise global unique ;
 - 49 conventions ont plusieurs taux de remise en fonction :
 - du motif de prise en charge (hospitalisation, entente préalable...) ;
 - du nombre de km parcourus ;
 - du coût de la course ;
 - de la composante de la facturation (prise en charge, tarif A/B/C/D, attente) ;
 - de l'utilisation d'un distancier ou du taximètre ;
 - du secteur de réalisation du transport.
 - 12 CPAM ont mis en place une augmentation progressive du taux de remise sur plusieurs années.
- **Mise en place de forfaits minimaux :** 65 CPAM (39 en 2008) ont négocié des forfaits, prenant la forme, de :
 - forfaits « agglomération » ;
 - forfaits minimaux selon le nombre de kilomètres parcourus ;
 - forfaits minimaux tarifaires.

→ D'une manière générale, il s'agit de la mise en place d'un minimum de perception pour garantir l'offre de transports sur les trajets courts.

- **Temps d'attente :** 92 CPAM ont négocié une prise en charge limitée du temps d'attente.
- **Transport partagé :**
 - 64 CPAM prévoient la division de la facture par le nombre de patients (dont 24 qui autorisent de facturer à plein tarif, c'est-à-dire sans appliquer le taux de remise négocié), contre 48 CPAM en 2008.
 - 29 CPAM appliquent un abattement de type VSL dans le cadre du transport partagé.
 - 13 CPAM n'ont pas de mesure particulière concernant le transport partagé.
- **Contrôle des distances parcourues :**
 - 35 CPAM ont négocié un distancier pour la facturation.
 - 69 CPAM ont prévu un contrôle de la distance facturée à partir d'un moteur de recherche (Via Michelin dans la majorité des cas).
- **Détail des mesures et des remises supplémentaires négociées** - Cf tableaux suivants
 - **Evaluation difficile :**
 - Le taux de remise négocié peut être différent pour chaque composante de la tarification. Or, la part de chaque composante dans la dépense globale n'est pas connue.
 - **Les taux de remise moyens indiqués sont des taux calculés.**
 - Les hypothèses de répartition retenues peuvent être discutées.**
 - Il reste difficile d'évaluer l'économie des autres mesures (suppression des frais d'approche, forfaits locaux, limitation du temps d'attente....)
 - **Répartition des remises [supplémentaires] négociées**
 - 21 CPAM ont un taux de remise supplémentaire négocié inférieur à 1%. C'est le cas de certaines CPAM qui avaient déjà un taux de remise élevé (supérieur à 13%) avant les négociations mais aussi de CPAM qui ont porté leur négociation sur d'autres mesures, non prises en compte dans le calcul du taux de remise moyen, à savoir :
 - suppression de la prise en charge de frais d'approche ;
 - suppression ou limitation de la prise en charge de l'attente ;
 - répartition différente de la remise sur la tarification ;
 - mise en place ou renégociation des forfaits.
 - 32 CPAM ont négocié une remise supplémentaire entre 1% et 2,8%.
 - 50 CPAM, entre 3% et 5%.

Annexe III

- 3 CPAM, supérieure à 5%.

- **Estimation de l'impact économique des négociations taxis**

Les économies attendues [par la CNAMTS] ont été estimées à partir des économies calculées par 63 caisses et ont été extrapolées France entière, tous régimes, sur la base des montants remboursés en taxi 2013.

En moyenne, la remise supplémentaire négociée est de 2,4%.

L'économie estimée est de 2,7% des dépenses de taxi, [soit 37,9 M€ en 2014] ».

Tableau 2 – Bilan national de la négociation des conventions départementales fixant les tarifs (source : CNAMTS)

Région	CPAM	Libellé caisse	Prise en charge de l'approche	Limite/condition sur temps d'attente	Distan-cier	Contrôle sur distance avec un moteur de recherche	Forfaits locaux	Trsp part. div/pat	Trsp part. abatt. (type VSL)	Remise sur transport partagé	Remise négociée en fonction de :	Taux moyen après négoc	Remise supplémentaire négociée
AVERTISSEMENT : le taux moyen de remise a été calculé caisse par caisse en prenant des hypothèses de répartition de l'activité locale au regard des critères retenus par la caisse pour modular son taux de remise													
Alsace	673	CPAM du Bas-Rhin	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	nb km	11,25%	4,25%
Alsace	682	CPAM du Haut-Rhin	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	nb km, composante tarification	8,00%	0,20%
Aquitaine	241	CPAM de Périgueux	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	15,00%	8,00%
Aquitaine	331	CPAM de Bordeaux	NON	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	motif de PEC, sectorisation	12,00%	0,00%
Aquitaine	401	CPAM de Mont-de-Marsan	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	nb km, composante tarification, motif de PEC	8,00%	1,50%
Aquitaine	471	CPAM d'Agen	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	nb km, composante tarification	9,00%	2,50%
Aquitaine	641	CPAM de Bayonne	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	nb km, composante tarification	8,00%	1,25%
Aquitaine	642	CPAM de Pau	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	8,00%	1,25%
Auvergne	031	CPAM de Moulins	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	2,00%
Auvergne	151	CPAM d'Aurillac	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	2,00%
Auvergne	431	CPAM du Puy	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	11,00%	3,00%
Auvergne	631	CPAM de Clermont-Ferrand	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	composante tarification	14,00%	0,00%
Basse-Normandie	141	CPAM de Caen	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	coût de la course	10,00%	0,00%
Basse-Normandie	501	CPAM de Saint-Lô	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	composante tarification, coût de la course	12,00%	5,50%
Basse-Normandie	611	CPAM d'Alençon	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	composante tarification	8,50%	3,50%
Bourgogne	211	CPAM de Dijon	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	nb km, composante tarification	10,00%	2,33%
Bourgogne	581	CPAM de Nevers	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique évolutif	8,30%	-0,03%
Bourgogne	711	CPAM de Mâcon	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique évolutif	13,00%	4,00%
Bourgogne	891	CPAM d'Auxerre	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	15,00%	3,00%
Bretagne	221	CPAM de Saint-Brieuc	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	NON	composante tarification, taux évolutif	10,50%	3,00%
Bretagne	291	CPAM de Finistère	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	composante tarification, taux évolutif	10,00%	4,50%
Bretagne	351	CPAM de Rennes	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	composante tarification	10,50%	3,00%
Bretagne	561	CPAM de Vannes	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	10,50%	4,00%
Centre	181	CPAM de Bourges	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	6,50%	1,50%
Centre	281	CPAM de Chartres	NON	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	nb km, composante tarification	8,00%	3,00%
Centre	361	CPAM de Châteauroux	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	nb km, composante tarification	7,50%	2,50%
Centre	371	CPAM de Tours	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise globale unique	9,00%	3,00%
Centre	411	CPAM de Blois	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	6,50%	1,50%
Centre	451	CPAM d'Orléans	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	taux de remise globale unique	10,00%	0,00%
Champagne-Ardennes	081	CPAM de Charleville Mézières	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	motif de PEC, sectorisation	8,00%	3,00%
Champagne-Ardennes	101	CPAM de Troyes	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	10,00%	3,50%
Champagne-Ardennes	511	CPAM de Reims	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	nb km, composante tarification	10,00%	1,00%
Champagne-Ardennes	521	CPAM de Chaumont	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	9,00%	2,50%
Corse	201	CPAM d'Ajaccio	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	nb km	10,95%	2,15%
Corse	202	CPAM de Bastia	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	OUI	OUI	nb km, taux évolutif	10,00%	0,00%
Franche-Comté	251	CPAM du Doubs	OUI (limité)	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	7,00%	2,00%
Franche-Comté	391	CPAM de Lons-le-Saunier	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	8,00%	2,00%
Franche-Comté	701	CPAM de Vesoul	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	nb km, composante tarification	4,00%	1,50%
Franche-Comté	901	CPAM de Belfort	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	10,50%	2,00%
Guadeloupe	971	CGSS de Guadeloupe	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	8,00%	3,00%
Guyane	973	CGSS de Guyane	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique évolutif	12,00%	2,00%

Annexe III

Région	CPAM	Libellé caisse	Prise en charge de l'approche	Limite/condition sur temps d'attente	Distantier	Contrôle sur distance avec un moteur de recherche	Forfaits locaux	Trsp part. div/pat	Trsp part. abatt. (type VSL)	Remise sur transport partagé	Remise négociée en fonction de :	Taux moyen après négoc	Remise supplémentaire négociée
Haute-Normandie	271	CPAM d'Evreux	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	17,00%	2,00%
Haute-Normandie	763	CPAM du Havre	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	15,00%	5,00%
Haute-Normandie	764	CPAM de Rouen - Elbeuf - Dieppe -	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	15,00%	5,00%
IDF	751	CPAM de Paris	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	5,00%	0,00%
IDF	771	CPAM de Melun	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	NON	taux de remise global unique	10,00%	5,00%
IDF	781	CPAM de Versailles	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	10,00%	0,00%
IDF	911	CPAM d'Evry	OUI (limité)	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	8,00%	3,00%
IDF	921	CPAM de Nanterre	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	10,00%	5,00%
IDF	931	CPAM de Bobigny	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	8,00%	3,00%
IDF	941	CPAM de Créteil	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	12,00%	4,50%
IDF	951	CPAM de Pontoise	OUI (limité)	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	motif de PEC, taux évolutif	8,00%	3,00%
Langue doc-Roussillon	111	CPAM de Carcassonne	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	composante tarification, taux évolutif	10,75%	2,75%
Langue doc-Roussillon	301	CPAM de Nîmes	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification, motif de PEC, coût de la course	8,85%	3,85%
Langue doc-Roussillon	342	CPAM de l'Hérault	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	8,50%	0,50%
Langue doc-Roussillon	481	CPAM de Meride	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	nb km	13,50%	0,00%
Langue doc-Roussillon	661	CPAM de Perpignan	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	nb km, composante tarification, taux évolutif	7,00%	2,00%
Limousin	191	CPAM de Tulle	OUI	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	9,00%	3,00%
Limousin	231	CPAM de Guéret	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	8,50%	3,00%
Limousin	871	CPAM de Limoges	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	13,00%	3,00%
Lorraine	542	CPAM de Meurthe-et-Moselle	OUI	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	11,50%	1,00%
Lorraine	551	CPAM de Bar-le-Duc	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	13,00%	0,00%
Lorraine	571	CPAM de Moselle	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	nb km	10,25%	1,05%
Lorraine	881	CPAM d'Epinal	OUI (limité)	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	11,25%	1,25%
Maritifique	972	CGSS de Fort-de-France	OUI	NON	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	1,00%
Midi-Pyrénées	091	CPAM de Foix	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	composante tarification	12,00%	0,00%
Midi-Pyrénées	121	CPAM de Rodez	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	nb km	6,45%	0,00%
Midi-Pyrénées	311	CPAM de Toulouse	OUI	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	9,00%	3,00%
Midi-Pyrénées	321	CPAM de Auch	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	12,00%	7,00%
Midi-Pyrénées	461	CPAM de Cahors	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	14,00%	5,00%
Midi-Pyrénées	651	CPAM de Tarbes	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	OUI	nb km	12,00%	0,00%
Midi-Pyrénées	811	CPAM d'Albi	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	composante tarification	11,50%	3,00%
Midi-Pyrénées	821	CPAM de Montauban	NON	OUI	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	11,00%	4,00%
Nord-Pas-de-Calais	594	CPAM des Flandres	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	4,00%
Nord-Pas-de-Calais	595	CPAM de Lille - Douai	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	4,00%
Nord-Pas-de-Calais	597	CPAM de Roubaix - Tourcoing	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	4,00%
Nord-Pas-de-Calais	599	CPAM du Hainaut	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	4,00%
Nord-Pas-de-Calais	623	CPAM de la Côte d'Opale	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	composante tarification	13,00%	3,00%
Nord-Pas-de-Calais	624	CPAM de l'Artois	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	composante tarification	13,00%	3,00%
PACA	041	CPAM de Digne	OUI	NON	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	composante tarification	13,00%	3,00%
PACA	051	CPAM de Gap	NON	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	13,00%	3,00%
PACA	061	CPAM de Nice	OUI (limité)	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	composante tarification, motif PEC	13,33%	1,67%
PACA	131	CPAM de Marseille	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	15,00%	0,00%

Annexe III

Région	CPAM	Libellé caisse	Prise en charge de l'approche	Limite/condition sur temps d'attente	Distan-cier	Contrôle sur distance avec un moteur de recherche	Forfaits locaux	Trsp part. div/pat	Trsp part. abatt. (type VSL)	Remise sur transport partagé	Remise négociée en fonction de :	Taux moyen après négo	Remise supplémentaire négociée
PACA	831	CPAM de Toulon	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	nb km, composante tarification	10,00%	0,00%
PACA	841	CPAM d'Avignon	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	15,00%	0,00%
Pays de la Loire	441	CPAM de Loire-Atlantique	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	nb km, taux évolutif	11,50%	3,00%
Pays de la Loire	491	CPAM du Maine et Loire	NON	OUI	OUI	NON	OUI	OUI	NON	NON	nb km, taux évolutif	12,00%	3,50%
Pays de la Loire	531	CPAM de Laval	NON	OUI	NON	NON	NON	OUI	NON	NON	sectorisation	8,60%	3,35%
Pays de la Loire	721	CPAM du Mans	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	composante tarification, motif PEC	6,25%	3,75%
Pays de la Loire	851	CPAM de La Roche-sur-Yon	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	NON	nb km, taux évolutif	11,03%	1,03%
Picardie	021	CPAM de l'Aisne	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	12,00%	2,00%
Picardie	601	CPAM de l'Oise	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	4,50%	5,00%
Picardie	801	CPAM d'Amiens	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	15,00%	5,00%
Poitou-Charentes	161	CPAM d'Angoulême	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	nb km	12,60%	0,00%
Poitou-Charentes	171	CPAM de La Rochelle	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	11,00%	4,00%
Poitou-Charentes	791	CPAM de Niort	NON	NON	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	5,00%
Poitou-Charentes	861	CPAM de Poitiers	NON	OUI	OUI	NON	NON	OUI	NON	NON	distancier, taximètre	12,00%	1,67%
Réunion	974	CGSS de la Réunion	OUI	NON	NON	NON	NON	NON	NON	OUI	taux de remise global unique	15,0%	0,0%
Rhône-Alpes	011	CPAM de Bourg-en-Bresse	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	10,00%	3,00%
Rhône-Alpes	072	CPAM de l'Ardèche	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	taux de remise global unique	10,00%	3,50%
Rhône-Alpes	261	CPAM de Valence	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	10,00%	2,00%
Rhône-Alpes	381	CPAM de l'Isère	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	11,00%	1,00%
Rhône-Alpes	422	CPAM de la Loire	NON	OUI	NON	OUI	NON	NON	OUI	NON	taux de remise global unique	10,00%	4,80%
Rhône-Alpes	691	CPAM du Rhône	NON	OUI	NON	NON	OUI	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique	13,00%	3,00%
Rhône-Alpes	731	CPAM de Chambéry	NON	OUI	NON	OUI	OUI	OUI	NON	NON	taux de remise global unique	10,00%	1,50%
Rhône-Alpes	741	CPAM d'Annecy	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	taux de remise global unique évolutif	9,40%	0,65%

Ces tarifs départementaux sont ensuite repris dans chacune des conventions particulières conclues avec chaque entreprise de taxi qui sollicite son conventionnement. Seule cette convention particulière engage, juridiquement, les parties.

Les conditions fixées dans les conventions comprennent également des clauses non tarifaires mais limitées en nombre (cf. pièce-jointe) :

- ◆ le véhicule doit avoir été exploité de façon effective et continue en taxi depuis plus de deux ans ;
- ◆ le chauffeur doit fournir des pièces justificatives liées aux conditions administratives requises pour exercer la profession ;
- ◆ le chauffeur doit attester de l'absence de condamnation pour fraude dans les trois ans qui précèdent la demande.

Ces conventions particulières, conclues pour une durée de cinq ans au plus avec chaque entreprise de taxi qui désire être conventionnée, fixent également « les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais ».

Le tableau ci-dessous présente une synthèse sommaire des principaux éléments réglementaires et tarifaires applicables aux transporteurs :

Tableau 3 : Comparaison des principaux éléments réglementaires applicables aux transports sanitaires et de patients

Type de transport	Code	Agrément et autorisations	Tarifification	Formation	Conventionnement des transporteurs
<p>Transports sanitaires Ambulances et VSL (transport assis professionnalisé) « tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet » (Article L. 6312-1 du code de la santé publique).</p>	Code de la santé publique	<p>Agrément de l'entreprise de transports par le DG de l'ARS (critères : catégories de véhicule, composition de l'équipage) → critères sanitaires.</p> <p>Autorisation de mise en service des véhicules par le DG ARS en fonction des besoins sanitaires de la population. La mise en service des VSL est soumise au respect d'un plafond.</p>	<p>Tarifification par le ministère des affaires sociales (national).</p> <p>Forfait de prise en charge + tarif kilométrique majoré nuit et WE mais part kilométrique moins importante que les taxis et pas de possibilité de facturer les temps d'immobilisation et les retours à vide.</p> <p>Possibilité de tiers payant.</p>	<p>Conditions de formation des personnels et d'équipement très rigoureuses (diplôme d'auxiliaire ambulancier, attestation AFGSU2).</p>	<p>Les transporteurs doivent avoir adhéré à la convention nationale conclue entre l'assurance maladie et les transports sanitaires pour que leurs patients soient pris en charge par l'assurance maladie.</p>
<p>Taxis (Transports assis professionnalisé)</p>	Code des transports	<p>Maire (ou pdt EPCI ou préfet à Paris et dans les zones aéroportuaires) après avis de la commission départementale délivrent une autorisation de stationnement sur la voie publique et fixent le nombre de taxis admis à être exploités.</p>	<p>Tarifification par arrêté du MEF en concertation avec le MI, décliné localement par des arrêtés préfectoraux (d'où des variations tarifaires selon les départements).</p> <p>Forfait de prise en charge + tarif kilométrique majoré nuit et WE mais part kilométrique plus importante que les VSL et possibilité de facturer les temps d'immobilisation et les retours à vide.</p> <p>Possibilité de tiers payant mais ne prennent pas la carte Vitale.</p>	<p>Certificat de capacité professionnelle de conducteur de taxi et formation PSC1</p> <p>Présence d'une trousse de secours et respect rigoureux de règles d'hygiène + aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule.</p>	<p>Les entreprises de taxis doivent être conventionnées avec un organisme local d'assurance maladie. (L.322-5 du code de la Sécurité sociale)</p> <p>Des conventions-type fixent des exigences minimales liées aux chauffeurs (absence de condamnation pour fraude...) ou au véhicule (exploitation depuis plus de deux ans) et déterminent les tarifs.</p> <p>La CPAM peut refuser la demande de conventionnement lorsque le nombre de taxis conventionnés dépasse le plafond fixé par le DG ARS (L.322-5 du code de la sécurité sociale). Décret d'application non pris.</p>

1.3. Au regard de la prestation demandée, rien ne justifie un écart tarifaire entre VSL et taxis favorable à ces derniers

L'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 (cf. 1.1.2 supra) définit le transport assis personnalisé sans faire la part de ce qui ressortirait d'un transport en VSL ou d'un transport en taxi.

Rien, dans l'état du patient, ne justifie le choix de l'un ou de l'autre puisque ces deux modes de transport sont prescrits quand l'état du patient le nécessite ou que le patient présente au moins :

- ◆ une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement technique ou humaine mais ne nécessitant ni brancardage ni portage ;
- ◆ une 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 ;
- ◆ une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène ;
- ◆ une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule ;
- ◆ soumis à un traitement ou ayant une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.

Il est à noter que **lorsque le médecin prescrit un transport assis professionnalisé, c'est au patient, et à défaut, à l'établissement de santé, de choisir d'utiliser soit un taxi conventionné, soit un VSL. Le choix entre VSL et taxi ne ressort ainsi pas, aujourd'hui et en dépit des différences entre les équipages et leurs équipements, d'une différence d'état médical (cf. 1.1.4).**

En effet, les professionnels exerçant par l'usage d'un VSL ont des obligations particulières par rapport aux exploitants de taxis, tant sur le plan de la formation des équipages, du service rendu à l'usager (accompagnement) que dans l'équipement des voitures :

- ◆ En matière de formation et s'agissant des VSL, l'équipage doit comprendre, la présence d'une personne titulaire soit du diplôme d'État d'ambulancier ou du certificat de capacité d'ambulancier, soit de l'attestation d'auxiliaire ambulancier est exigée. Les conducteurs de VSL doivent avoir suivi une formation d'auxiliaire ambulancier de 70 heures.
- ◆ En matière d'équipement des véhicules, l'arrêté du 20 mars 1990 modifié fixe les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres, y compris les VSL. Les dispositions de cet arrêté et de ses annexes sont présentées en annexe au présent document.
- ◆ **Au regard des obligations particulières auxquelles les VSL sont soumis, rien ne saurait justifier, aujourd'hui, un écart tarifaire en faveur des taxis** : les obligations de l'un et de l'autre sont identiques au regard de la prescription établies par le médecin et l'état du patient ;
- ◆ Les obligations professionnelles des VSL (formation des équipages, équipements nécessaires) sont supérieures à celles des taxis.

Or, comme évoqué ci-dessous, le coût d'un trajet en taxi pour l'assurance maladie est en moyenne plus cher de 25% à 30% qu'un trajet en VSL (cf. infra. 2.3.2.).

Annexe III

Recommandation N°10. Modifier l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports pour distinguer les cas de recours au VSL ou au taxi selon l'état du patient et mettre en conformité les formulaires administratifs concernés (prescription médicale, formulaire des transporteurs etc.) – cf. annexe V « Re-médicaliser la prescription en matière de transport et s'assurer de sa pertinence ».

Recommandation N°11. Engager, *a minima*, la convergence tarifaire entre taxis et VSL, afin de rétablir la cohérence entre le niveau de prise en charge par l'assurance maladie et les obligations particulières auxquelles sont soumis les VSL.

Recommandation N°12. Préparer cette convergence tarifaire, en désindexant les tarifs applicables aux taxis, lorsqu'ils effectuent du transport assis personnalisé, « des tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation applicables à ce secteur ».

La règle d'indexation ne résulte pas d'une disposition législative ou réglementaire mais semble implicite au regard de plusieurs textes :

- ◆ Les dispositions de l'article L322-5 du code de la sécurité sociale ne prévoient pas une telle indexation mais uniquement que les tarifs de taxi résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur constitue un plafond à ne pas dépasser pour les tarifs de remboursements par l'assurance maladie;
- ◆ De même, la décision du directeur général de l'UNCAM du 8 septembre 2008, ne fixe pas une règle explicite d'indexation. Mais elle fixe la règle précisée ci-dessus selon laquelle « les tarifs négociés localement tiennent compte de l'ensemble de leurs composantes au sens de l'arrêté du 13 février 2008 du ministre de l'économie, des finances et de l'emploi relatif aux tarifs des courses de taxi ». En outre, cette décision prévoit que la remise négociée dans le cadre des conventions entre les CPAM et les entreprises de taxi ne peut être supérieure à 15% ;
- ◆ Seule l'absence de dispositions excluant explicitement le transport de patient du champ d'application du décret n° 2015-1252 du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi, semble imposer une règle d'indexation implicite.

La mission recommande de modifier ces trois dernières bases juridiques pour écarter explicitement la référence aux tarifs applicables au secteur des taxis pour les courses de transport de patients.

Recommandation N°13. Modifier l'article L. 322-5 du Code de la Sécurité sociale, en supprimant l'occurrence : « ... qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur », ainsi que dans l'ensemble des textes d'application, dont la décision du directeur générale de l'UNCAM précitée du 8 septembre 2008.

et

Recommandation N°14. Introduire un premier alinéa à l'article 1 du décret n° 2015-1252 du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi, précisant que les dispositions du présent décret ne s'appliquent pas aux tarifs de la course de taxi lorsque ce dernier effectue une course de transport assis professionnalisé.

Il convient de souligner que l'indexation des tarifs de remboursement des taxis par l'assurance maladie résulte actuellement des conventions individuelles conclues entre les transporteurs et les CPAM. Ce sont ces conventions qui prévoient explicitement une telle règle d'indexation.

Elles sont renouvelées par tacite reconduction tous les ans jusqu'en 2019. Mais elles stipulent, à l'instar de la convention type arrêtée par la décision du 8 septembre 2008, qu'elles peuvent être dénoncées en cas de modification législative ou réglementaire affectant substantiellement ses dispositions. L'adoption des deux recommandations ci-dessus apparaît constituer des modifications substantielles des conventions locales, susceptibles d'entraîner leur dénonciation. **C'est pourquoi la mission suggère de sécuriser cette nouvelle situation juridique.**

Elle estime également nécessaire que ce dispositif prenne en compte les différences de situations entre départements. En effet, certains départements ont des tarifs taxis proches des VSL et d'autres non (cf. 2.3.3.). Ce régime pourrait avoir les caractéristiques suivantes :

- ◆ Les tarifs préfectoraux pris en référence par les conventions individuelles resteraient ceux de 2016 ;
- ◆ Toutefois, les tarifs fixés par les conventions locales pourraient être revalorisés, pendant la période transition, par avenant proposé par la CPAM, et après consultation des représentants départementaux de la profession, dès lors que le coût moyen d'un trajet, calculé sur la base d'une course type (défini à l'article 7 de l'arrêté du 2 novembre 2015) serait inférieur au coût d'un trajet équivalent effectué en VSL.

Recommandation N°15. Dans le cadre de la révision de l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale, préconisée ci-dessus, introduire une disposition mettant fin à la clause d'indexation des conventions passées entre les taxis et l'assurance maladie.

Enfin, au-delà de la question des « distanciers » (cf 2.3 ci-après), il apparaît que les prescripteurs, établissements ou médecins de ville ne disposent pas des instruments qui permettent de s'assurer du respect de l'article L322-5 de ce code, cité au 1.1.2. supra et qui dispose que : « *Les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire* ». Dans l'attente de la généralisation des plateformes de commande dématérialisées (cf. Annexe VII), des outils simples conçus par les CPAM pourraient être mis à disposition des prescripteurs quel que soit leur statut pour estimer *a priori* le mode de transport le moins onéreux pour chaque trajet prescrit.

Recommandation N°16. Mettre à disposition de tout prescripteur les instruments, matériels ou dématérialisés, permettant de mesurer, pour chaque transport en cours de prescription et selon l'état du patient, le trajet et le mode de transport les moins onéreux.

Annexe III

Dans un premier temps, il pourrait être fait le choix, pour les VSL et les taxis, de systématiser une approche forfaitaire du tarif, en particulier lorsque le trajet est connu et court et, comme cela est déjà le cas dans l'agglomération lyonnaise pour les taxis, à l'instar du forfait agglomération pour les ambulances.

Recommandation N°17. Etablir, pour les VSL et les taxis, des tarifications au forfait communes pour les transports à l'intérieur des agglomérations et étudier les conditions d'extension de ce principe à d'autres situations (par exemple : ville-centre au centre hospitalier de rattachement ou de soin, lorsque ce dernier est situé en-dehors de l'agglomération de résidence du patient).

2. ... Et qui détermine, largement, les caractéristiques économiques, financières et volumétriques de l'offre de transport et de ses acteurs

2.1. Les caractéristiques globales de l'offre de transports sanitaires⁶

2.1.1. Une dépense sensible pour les organismes en charge de l'assurance-maladie

2.1.1.1. La dépense globale et son évolution

La dépense remboursée par l'assurance maladie s'est élevée à un peu plus de 4 Mds d'Euros en 2014. En raison du choix médical consistant à privilégier le remboursement des patients bénéficiant d'une prise en charge à 100% (affections de longue durée-ALD-, etc.), le taux de prise en charge de la dépense par l'assurance maladie est élevé. Il s'élève à 93%, selon les données établies par la DREES pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie⁷ (cf. annexe IV – « Taux de prise en charge »).

Tableau 4 - Dépense de transports sanitaires tous régimes

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dépense totale	NC	NC	NC	3114	3253	3407	3612	3793	3851	4072	4287	4397
Dépense remboursée	2300	2500	2700	2887	3014	3133	3328	3491	3584	3790	3984	4088
Taux de prise en charge	NC	NC	NC	92,7 %	92,7 %	92,0 %	92,1 %	92,0 %	93,1 %	93,1 %	92,9 %	93,0 %

Source : DREES – données 2003-2004-2005 arrondis par la mission (changement méthodologique en 2006)

Cette dépense connaît une évolution très dynamique, de l'ordre de 4 à 6% l'an, à l'exception des années 2011 et 2014.

Tableau 5 - Taux d'évolution de la dépense de transports sanitaires tous régimes

en%	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Evolution	8,7%	8%	6,9%	4,4	4,8	6	5	1,5	5,7	5,3	2,6

Source DREES - (après reventilation et élimination des doubles comptes) –

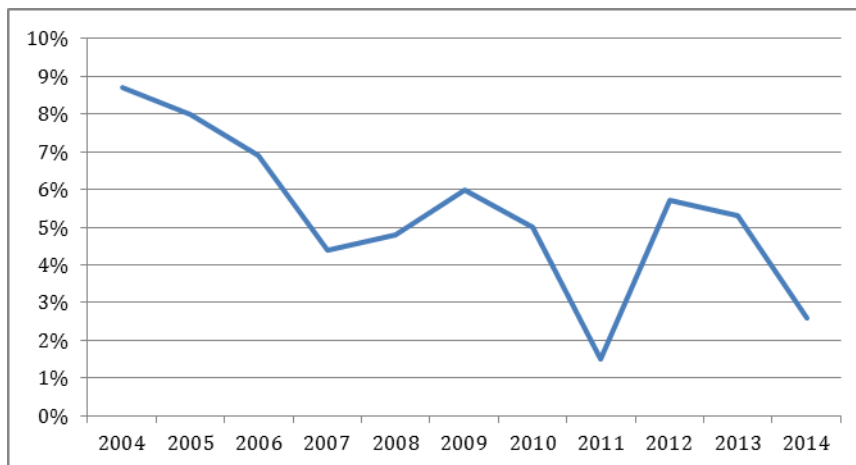
Si les données 2015 ne semblent pas encore stabilisées, les premiers éléments communiqués à la mission laissent entrevoir un nouveau rebond, de l'ordre de 4%.

⁶ Il convient de noter que, pour des raisons tenant aux méthodes d'agrégation, de prise en compte ou non de la totalité des régimes et du retraitement d'éventuels double-comptes ou anomalies, des données qui correspondent, en apparence, à une définition identique, peuvent être différentes, selon la source (DREES – Comptes nationaux de la santé, DSS, CNAMTS). Les sources sont donc précisées pour chacun des tableaux et graphiques.

⁷ Des divergences de périmètre expliquent la légère discordance de ce chiffre fourni par la DREES pour le poste Transports de la CSBM (93% de taux de remboursement par la sécurité sociale) avec celui de 95% fourni par la CNAMTS et explicité dans l'annexe IV – « Taux de prise en charge ».

Annexe III

Graphique 1 - Taux d'évolution de la dépense de transports sanitaires tous régimes



Source : DREES

Le ralentissement significatif de la dépense en 2011 s'explique par différents facteurs, qui portent à la fois sur une rupture méthodologique et sur des choix de politique publique :

- ◆ La correction d'un biais statistique portant sur deux ALD et pesant, semble-t-il, de l'ordre d'un point d'évolution : correction de l'imputation erronée, sur le seul régime général, du poids du ticket modérateur sur l'ALD dite « hors liste » (ALD 31) et sur l'ALD dite « entraînant un état pathologique invalidant » (ALD 32) pour un montant d'environ 40 M€ ;
- ◆ La fin de la prise en charge automatique à 100% des ALD instaurée par la LFSS pour 2011⁸ ;
- ◆ La fixation d'un taux national d'évolution des frais de transport prescrits par les établissements de santé et remboursés sur les soins de ville, prévue par la LFSS pour 2010 et mise en œuvre à compter d'avril 2011⁹ ;
- ◆ La revalorisation des tarifs de taxis, plus faible en 2010 et 2011 ;
- ◆ La restructuration des tarifs des ambulances et VSL en 2008 et 2011.

Le retour de taux de croissance élevés, en 2012 et 2013, notamment en raison de la revalorisation à la fois des tarifs de taxis et de ceux des ambulances et des VSL, a conduit à ne pas revaloriser les tarifs des ambulances et des VSL en 2014, contrairement à ceux des taxis¹⁰ : globalement, la croissance de la dépense repasse en-dessous des 3% en 2014.

Ce rythme, dans l'ensemble très soutenu sur la période, a conduit la part des dépenses de transports sanitaires dans l'ONDAM à s'élever de façon très sensible. Elle est passée de 1,9% de l'ONDAM en 2003 à 2,3% en 2014.

Tableau 6 - Part des dépenses de transports sanitaires dans l'ONDAM

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pourcentage dans l'ONDAM soins de ville	3,9 %	4,1 %	4,3 %	4,3 %	4,3 %	4,4 %	4,6 %	4,7 %	4,6 %	4,9 %	5,0 %	5,1%
Pourcentage dans l'ONDAM total	1,9 %	1,9 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,0 %	2,2 %	2,2 %	2,1 %	2,2 %	2,3 %	2,3%

Source : CNAMTS

⁸ A compter du 1er avril 2011, la prise en charge est limitée aux patients dont l'incapacité ou la déficience ne leur permet pas de se déplacer par leurs propres moyens (décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée).

⁹ L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit un mécanisme de régulation des dépenses de transports prescrites à l'hôpital et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, fondé sur la fixation annuelle, par arrêté, d'un taux d'évolution national de ces dépenses.

¹⁰ Revalorisés de 3,9% au 1^{er} janvier 2014

Annexe III

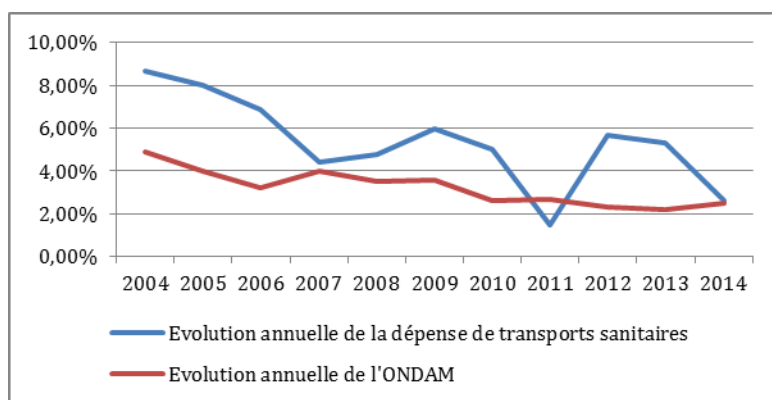
Cette croissance, ainsi supérieure au cours des années récentes à celle de l'ONDAM, se rapproche, depuis 2014, de cette dernière :

Tableau 7 - Taux de croissance comparé des dépenses de transports sanitaires et de celles de l'ONDAM

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Evolution annuelle de la dépense de transports sanitaires)		8,7%	8%	6,9%	4,4%	4,8%	6%	5%	1,5%	5,7%	5,3%	2,6%
Evolution annuelle de l'ONDAM	6,4 %	4,9 %	4,0 %	3,2 %	4,0 %	3,5 %	3,6 %	2,6 %	2,7 %	2,3 %	2,2 %	2,5%

Source : DREES

Graphique 2 - Evolution comparée de l'évolution des dépenses de transports sanitaires et de celles de l'ONDAM



Source : DREES

A nouveau et comme indiqué supra, les premières indications données pour 2015 laissent craindre un nouveau rebond dans l'augmentation des transports sanitaires, de l'ordre de 4% par rapport à l'exercice précédent.

Il convient enfin de noter que le montant de la dépense et son évolution diffèrent selon les sources : ainsi, par exemple, pour 2014, la DREES indique 4 088 M€ de dépenses remboursées, la CNAMTS seulement 3 846 M€ bien que ces dernières données portent également sur « tous les régimes ». De même, s'agissant de l'année atypique 2011, la DREES indique une évolution de 1,5% et la CNAMTS de 3,5%. Ces discordances de données n'ont pu être levées, au cours de la mission, que pour une part d'entre elles (cf. l'exemple de l'année 2011).

Biais méthodologiques sur les données de dépense publiées

Des raisons de nature méthodologique expliquent sans doute certains de ces écarts : la DREES, aux fins de publication des comptes nationaux de la santé, opère des retraitements et des suppressions de double compte. Dans certains cas, les données sont publiées « tous régimes » (TR) ou, seulement, régime général et sections locales d'assurances maladie (RG-SLM). La CNAMTS, pour ses besoins comme pour les besoins de publication, tient ses données en « dates de soin », c'est-à-dire la dépense est imputée, y compris de façon rétroactive, sur l'exercice où les soins ont été prodigués, même si la liquidation a été effectuée sur l'exercice suivant (selon le principe du rattachement de la dépense à l'exercice), ou en « soins liquidés ». Enfin, il va de soi que, même si l'écart est modeste (cf. annexe 4), la publication en « dépense remboursable » ou « dépense remboursée » n'a pas la même signification.

Ces écarts traduisent sans doute un déficit de pilotage conjoint par les institutions à même d'y procéder, DSS, DGOS, CNAMTS et DREES : pourtant, l'action publique ne saurait être la même selon que la dépense évolue au-dessus, en-dessous ou comme l'ONDAM, et ces biais, selon les cas, peuvent ainsi se traduire par des lectures différentes.

2.1.1.2. La dépense par mode de transport et son évolution

L'évolution soutenue constatée est corrélée à l'explosion de l'offre de transport par taxis : son montant a triplé, en valeur absolue, en dix ans. D'un peu plus d'un cinquième de la dépense, la part des taxis s'élève, aujourd'hui, à près de 40% : il s'agit ainsi d'un quasi doublement de la part relative du taxi, en 10 ans.

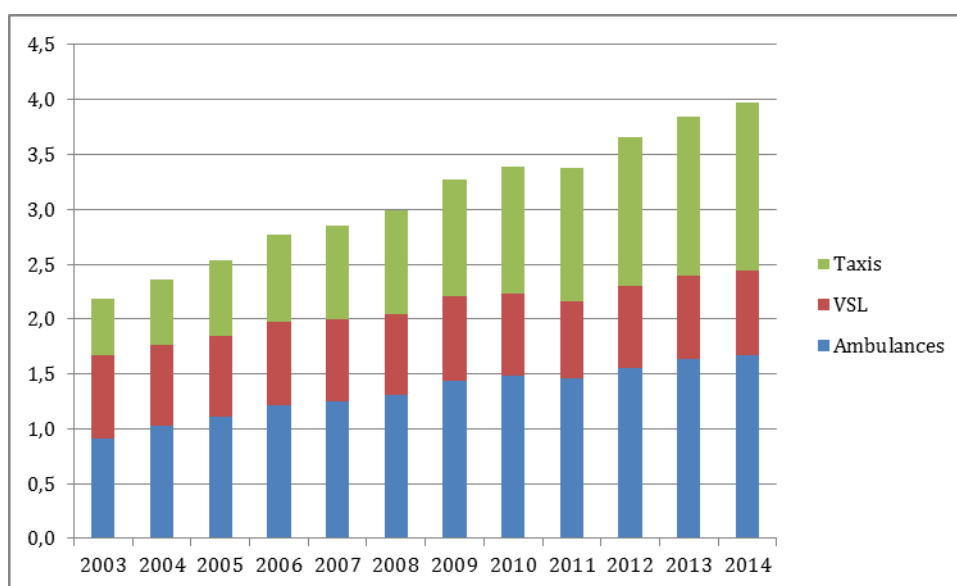
Tableau 8 - Répartition des dépenses de transports sanitaires remboursées par mode de transport

En Mds€	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Montant total des dépenses d'ambulances (3)	0,9	1,0	1,1	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7
Montant total des dépenses de VSL (véhicules sanitaires légers) (3)	0,8	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8
Montant total des dépenses de taxis (3)	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5
Montant total	2,2	2,4	2,5	2,8	2,9	3,0	3,3	3,4	3,4	3,7	3,8	4,0

Source CNAMTS

La part des dépenses imputées aux transports par taxis, nettement inférieure en 2002 à celle imputée aux ambulances d'une part, aux VSL d'autre part, se situe, aujourd'hui, à un niveau qui est proche de celui des ambulances et près de deux fois supérieur à celui des VSL.

Graphique 3 - Evolution de la répartition des dépenses de transports sanitaires remboursées par mode de transport



Pour certains des acteurs, l'évolution de cette part des taxis serait due au développement accéléré des entreprises dites « bicéphales », c'est-à-dire celles qui exploitent à la fois des transports par ambulances ou VSL et des transports par taxi. Des éléments insuffisamment précis, même si concordants, ont été portés à l'attention de la mission ; une approche statistique de fond pourrait être nécessaire. Il semblerait en effet que dans certains départements, la proportion d'entreprises « bicéphales » soit très élevée. Ainsi, par exemple, selon les données fournies par la CPAM, 28 des 29 entreprises de transports sanitaires auraient également une activité de taxi. Ces entreprises font directement concurrence aux 63 entreprises de taxis conventionnés par la CPAM à proprement parler.

Annexe III

2.1.1.3. Le parc physique de chacun des modes de transport et son évolution

Un peu plus de 64 000 véhicules assurent, en 2015, le transport des patients pour un peu moins de 60 000 en 2009 : le parc de véhicule a augmenté de 8% en six ans.

Tableau 9 - Répartition par nature de transporteur et par nombre de véhicules

Année	Nombre de sociétés de taxis	Nombre de véhicules taxis	Nombre de sociétés de transports sanitaires	Nombre de véhicules ambulances	Nombre de véhicules VSL
2009	22 214	31 384	5 797	13 560	14 612
2010	23 880	33 521	5 808	13 719	14 546
2011	24 752	34 753	5 852	13 854	14 292
2012	25 739	36 115	5 807	13 992	14 084
2013	26 619	37 100	5 774	13 936	14 009
2014	24 665	35 219	5 729	13 805	13 832
2015	25 941	36 575	5 706	13 824	13 764

Source : FNPS

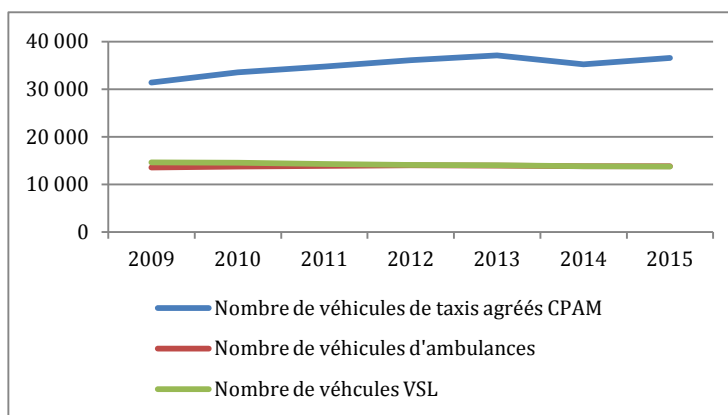
Cette évolution est, comme pour la dépense, la conséquence de l'évolution rapide du parc de taxis agréés : le parc des taxis a évolué, sur la période sous-revue, de 17%, alors que celui des ambulances n'a évolué que de 2% et celui des VSL s'est réduit de 6%.

Tableau 10 - Evolution de la répartition par nature de transporteur et par nombre de véhicules

Evolution	Nombre de sociétés de taxis	Nombre de véhicules taxis	Nombre de sociétés de transports sanitaires	Nombre de véhicules ambulances	Nombre de véhicules VSL
2010/2009	7,50%	6,80%	0,20%	1,20%	-0,50%
2011/2010	3,70%	3,70%	0,80%	1,00%	-1,70%
2012/2011	4,00%	3,90%	-0,80%	1,00%	-1,50%
2013/2012	3,40%	2,70%	-0,60%	-0,40%	-0,50%
2014/2013	-7,34%	-5,07%	-0,78%	-0,94%	-1,26%
2015/2014	5,17%	3,85%	-0,40%	0,14%	-0,49%

Source : FNPS

Graphique 4 - Evolution la répartition par nature de transporteur et par nombre de véhicules



Source : FNPS

Annexe III

Alors que le nombre de VSL était supérieur, en 2009, à celui des ambulances, il est aujourd'hui à peu près identique.

L'offre de véhicules de transports sanitaire tend à décroître sous l'effet de la réduction tendancielle du nombre de VSL. A l'inverse, l'offre de taxis tend à croître de manière relativement rapide.

2.1.2. Dans un secteur économique marqué, au cours des dernières années, par une évolution dynamique...

2.1.2.1. Une évolution dynamique du secteur des ambulances et des VSL, en dépit d'un ralentissement en 2011

De 2003 à 2013, le secteur des transports sanitaires (ambulances et VSL – code NAF 8690 A de l'INSEE) a connu une évolution dynamique : tant le nombre d'unités légales que le chiffre d'affaires, le résultat d'exploitation et le résultat net comptable ont évolué favorablement, en dépit du net ralentissement observé en 2011 ; ce dernier tient à la fois aux conséquences des mesures de maîtrise de la dépense prises par l'assurance maladie (cf. supra) et à la poursuite d'une croissance élevée des charges, notamment salariales, des opérateurs.

Dès 2013, la part du résultat net comptable (RNC) dans le chiffre d'affaire a retrouvé son niveau, élevé, des années 2004-2005, sans atteindre, cependant, les niveaux des années immédiatement antérieures à 2011.

Tableau 11 -Secteur des ambulances (8690A) de 2003 à 2013

Données financières en millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2011 / 2003	2013 / 2003
Unités légales	4 594	4 671	4 624	4 861	4 931	5 130	5 136	5 322	5 318	5 349	5 622	116%	122%
Chiffre d'affaires HT	2 104	2 237	2 348	2 532	2 668	2 750	2 874	2 967	2 986	3 051	3 206	142%	152%
Valeur ajoutée HT	1 459	1 552	1 627	1 754	1 849	1 884	1 999	2 040	2 034	2 085	2 210	139%	151%
Total des charges	2 076	2 234	2 361	2 517	2 667	2 463	2 861	2 974	3 040	3 106	3 199	146%	154%
dont Charges d'exploitation	1 985	2 141	2 259	2 408	2 551	2 657	2 726	2 850	2 915	2 986	3 077	147%	155%
dont Autres charges	8	10	11	10	11	10	12	12	12	13	14	141%	162%
dont Dotations aux amortissements	92	96	98	99	102	104	102	102	102	101	100	111%	108%
dont Charges exceptionnelles	47	48	56	57	59	73	64	61	68	65	68	146%	146%
Excédent brut d'exploitation	235	218	217	253	252	231	291	261	207	201	263	88%	112%
Résultat d'exploitation	161	146	148	184	184	160	219	197	143	138	198	89%	123%
Résultat net comptable	133	125	134	160	164	121	193	225	133	121	170	100%	128%
RNC/CA	6,31 %	5,57%	5,70%	6,30%	6,16%	4,39%	6,72%	7,58%	4,45%	3,96%	5,31%		

Source : Insee, Suse (Ficus) jusqu'en 2007, Esane depuis 2008

Champ : France entière

Annexe III

A cet égard, les entreprises pérennes sur toute la période étudiée ont évolué un peu moins favorablement que l'ensemble du secteur, nouveaux entrants annuels inclus : la dynamique d'activité permet ainsi à la fois l'entrée significative de nouveaux acteurs¹¹ et des résultats économiques et financiers (RNC/CA) meilleurs pour ces nouveaux acteurs que pour les acteurs les plus anciens.

Tableau 12 - Secteur des ambulances (8690A) de 2003 à 2013

Entreprises pérennes 2003-2013 (2517 entreprises pérennes)

Données financières en millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2011 / 2003	2013 / 2003
Unités légales	2517	2491	2465	2495	2499	2483	2489	2444	2445	2462	2517	97%	100%
Chiffre d'affaires HT	1346	1433	1511	1616	1684	1716	1767	1834	1844	1896	1974	137%	147%
Valeur ajoutée HT	950	1012	1062	1136	1183	1183	1238	1271	1262	1300	1364	133%	144%
Total des charges	1325	1425	1512	1599	1674	1599	1757	1838	1876	1939	1982	142%	150%
dont Charges d'exploitation	1270	1371	1455	1539	1614	1669	1690	1776	1819	1880	1918	143%	151%
dont Autres charges	5	6	6	6	7	7	8	7	8	9	9	142%	167%
dont Dotations aux amortissements	59	62	63	63	64	64	63	63	64	64	63	109%	107%
dont Charges exceptionnelles	25	24	27	27	25	30	29	28	29	33	37	117%	150%
Excédent brut d'exploitation	150	141	138	159	155	131	162	143	108	100	139	72%	93%
Résultat d'exploitation	102	94	94	116	114	90	120	107	71	63	103	70%	101%
Résultat net comptable	75	71	72	91	93	67	101	109	61	56	97	82%	130%
RNC/CA	5,56 %	4,97 %	4,80 %	5,65 %	5,53 %	3,90 %	5,72 %	5,94 %	3,33 %	2,95 %	4,91 %		

Source : Insee, Suse (Ficus) jusqu'en 2007, Esane depuis 2008 -Calculs mission
Champ : France entière

2.1.2.2. Une évolution favorable du secteur des taxis tout au long de la période

L'activité des taxis ne se résume naturellement pas au seul transport assis professionnalisé. Elle consiste d'abord à transporter des personnes d'un point à un autre, à titre onéreux, suite à une réservation préalable ou au « hélage » du véhicule par maraude.

Le transport assis professionnalisé n'est ainsi qu'un des éléments du métier ; mais c'est un élément en forte croissance, aujourd'hui prédominant dans l'activité de certaines entreprises de taxis, particulièrement en milieu faiblement urbanisé (cf. 2.1.2.2.1.).

2.1.2.2.1. Le transport assis professionnalisé, un élément majeur et croissant dans l'activité des taxis...

Deux méthodes permettent d'approcher la part du transport assis professionnalisé dans l'activité des taxis. **Il s'agit bien de déterminer un ordre de grandeur, seul approchable**, et non une part avérée avec toute la rigueur qui serait nécessaire ; le champ de données disponibles ne le permet pas.

¹¹ Les acteurs pérennes tout au long de la période (2517 unités légales) représentent un peu moins de la moitié des acteurs présents en 2013 (5622)

Annexe III

- ◆ Tout d'abord en rapprochant, avec toutes les précautions méthodologiques nécessaires¹², les données agrégées disponibles relatives aux dépenses imputées au transport par taxis par les organismes de l'assurance-maladie et les données économiques du secteur des taxis, recensées par l'INSEE.

Tableau 13 : Dépense remboursable de transport par taxis pour les organismes de l'assurance-maladie et chiffre d'affaires du secteur des taxis

En Mds€	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Montant total des dépenses de taxis pour l'AM	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	1,2	1,4	1,4	1,5
CA du secteur des taxis	1,9	2	2,1	2,3	2,2	NC	NC	NC	2,8	2,8	3	NC
%	26%	30%	33%	35%	41%	ND	ND	ND	43%	50%	47%	ND

Source : CNAMTS (dépenses) – INSEE (CA)

D'environ le quart du chiffre d'affaires du secteur des taxis, en 2003, les recettes prises en charge par l'assurance maladie représentent aujourd'hui de l'ordre de la moitié du revenu du secteur. Le transport de patients doit, en réalité, se situer ainsi sensiblement au-dessus de 50% de l'activité des taxis : une partie des dépenses au titre du transport assis de patients n'est ni remboursable, ni remboursée par l'assurance maladie (ticket modérateur, franchise) ; elle n'apparaît pas dans les dépenses des organismes de l'assurance-maladie, mais, sans doute, pour partie, dans celles des organismes complémentaires de l'assurance-maladie ; elle contribue, bien sûr, au chiffre d'affaires de la profession ;

- ◆ Ensuite, en rapprochant les données les plus récentes connues sur le plan territorial, s'agissant tant des données physiques (nombre d'ADS et nombre d'agrément accordés par les CPAM) que les données économiques et financières (dépenses des organismes locaux de l'assurance-maladie et CA départementaux de la profession issu des données de l'INSEE). Le détail par département est présenté en pièce-jointe.

Tableau 14 – Poids 2015 des dépenses prises en charge par l'assurance-maladie dans l'activité des taxis

(agrégation des données locales 2015 pour les véhicules et 2013 pour les montants)

	ADS au 01/07/2015	Nombre de véhicules taxi 2015	%	Dépenses remboursables taxis CPAM en M € (1)	CA taxis en M €	CA/Dépenses remboursables (2)
Total	58 108	36 575	63%	1 445	3009	48%
yc doublage Paris	59 666					

(1) Par département des transporteurs

(2) Certains taux départementaux –cf. tableau détaillé en annexe sont anormalement supérieurs à 100% : certains fichiers départementaux n'ont vraisemblablement pas été apurés du stock d'agrément "non vivants". Des travaux d'apurement sont en cours, conduits de façon conjointe par les Préfectures et les CPAM

Sources : CNAM TS- CPAM – DSCR - INSEE

En 2015, 63% des taxis (ADS) seraient ainsi agréés par les organismes d'assurance maladie. Les dépenses assurées, à ce titre, en 2013, dernière année disponible à l'INSEE, par ces mêmes organismes représentent de l'ordre de 48% de leur chiffre d'affaires. Comme indiqué supra, cette dernière part est vraisemblablement minorée.

Cette part confirme l'opinion jusqu'alors communément émise que le transport assis professionnalisé constituerait, au moins, de l'ordre de la moitié de l'activité des taxis.

¹² Les champs et méthode de calcul différent, naturellement, entre les calculs effectués, par la CNAMTS, pour les propres besoins de l'assurance-maladie, et ceux effectués par l'INSEE dans le cadre de l'Enquête entreprises

Annexe III

Cette proportion est cependant très inégale : elle est de l'ordre de 25% à Paris, inférieure à 20% dans les Yvelines ou en Seine-et-Marne, de l'ordre de 26% dans les Alpes-Maritimes, 39% en Gironde ou 37% dans le Rhône, mais atteint un taux supérieur à 75%, dans plus de 60 des 98 départements pour lesquels les données sont disponibles¹³.

2.1.2.2. ... dans un secteur où les données économiques évoluent globalement de façon favorable jusqu'en 2013

Tout au long de la période sous-revue, l'évolution économique du secteur des taxis (code NAF 4932Z) apparaît favorable.

L'ensemble des données et résultats comptables, économiques et financiers, disponibles jusqu'en 2013, croissent de façon très sensible, dans des proportions supérieures à celles des ambulances et des VSL. Les données de l'INSEE, disponibles jusqu'en 2013, ne permettent cependant pas de confirmer le décrochage éventuel, notamment en région parisienne, qui serait observé pour 2014 et, surtout, pour 2015. Mais cet éventuel décrochage ne semble pas concerner la part du chiffre des taxis qui serait constitué par les recettes du TAP (cf. ci-dessus).

Tableau 15 - Secteur des taxis (code NAF 4932Z) de 2003 à 2013

Données financières en millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2011	2012	2013	2007 / 2003	2013 / 2003
Unités légales	32023	33174	31891	34994	35541	39607	40083	42702	111%	133%
Chiffre d'affaires HT	1886	1984	2052	2311	2209	2756	2844	3008	117%	160%
Valeur ajoutée HT	1101	1152	1180	1332	1271	1631	1670	1759	115%	160%
Total des charges	1693	1785	1851	2062	1957	2434	2520	2675	116%	158%
dont Charges d'exploitation	1533	1621	1686	1884	1762	2184	2278	2415	115%	158%
dont Autres charges	11	12	20	19	14	16	17	18	130%	157%
dont Dotations aux amortissements	159	164	162	179	183	220	228	238	115%	150%
dont Charges exceptionnelles	108	113	113	117	132	159	151	164	122%	151%
Excédent brut d'exploitation	558	586	591	674	686	852	857	893	123%	160%
Résultat d'exploitation	429	456	463	535	550	643	634	660	128%	154%
Résultat net comptable	395	426	495	557	582	653	638	676	147%	171%
RNC/CA	20,93 %	21,47 %	24,15 %	24,08 %	26,35 %	23,68 %	22,43 %	22,47 %		

Source : Insee, Suse (Ficus) jusqu'en 2007, Esane depuis 2008 - Calcul mission

Champ : France entière

A cet égard, le fait que le ratio RNC/CA soit très supérieur pour les taxis que pour les ambulances et les VSL ne signifie pas que la santé économique des premiers serait meilleure que celle des seconds, au moins dans les mêmes proportions. La comparaison de ces données, notamment du RNC, entre taxis d'une part, ambulances et VSL d'autre part, doit en effet être nuancée par deux éléments :

- ◆ Une double modification méthodologique de l'INSEE (2007-2009 puis 2010-2011) ne permet pas d'assurer la continuité de lecture complète des données recensées pour les taxis.

¹³ Avec toutes les limites qui s'attachent à ces données et qui sont rappelés à l'annexe III D

Méthodologie retenue

Les données présentées ici sont issues du système Ésane (Élaboration des statistiques annuelles d'entreprises) de l'Insee. Elles sont une photographie des unités légales correspondant au secteur d'activité inexactement intitulé « transport de voyageurs par taxis » (NAF 4932Z).

Deux événements contrarient l'interprétation de leur évolution dans le temps : entre 2007 et 2009, le système de production des statistiques d'entreprises de l'INSEE (la méthodologie des enquêtes) a été revu, ce qui brouille la comparaison avec les données antérieures ; entre 2010 et 2011, le champ de la statistique d'entreprises s'est élargi, en étant en mesure de mieux intégrer davantage les très petites unités, catégorie largement représentée dans le secteur des taxis.

Ce dernier point rend plus aléatoire toute interprétation de l'évolution démographique sur longue période et réduit également, sur longue période, la portée des autres résultats, la structure financière des unités légales « personnes physiques », étant susceptible de différer sensiblement des autres types d'unités légales.

- ◆ La comparaison du poids relatif du ratio RNC/CA entre taxis d'une part, ambulances et VSL d'autre part ne vaut pas raison, en raison du mode de rémunération différent qui prévaut entre les premiers et les seconds et qui résulte de choix d'organisation juridique différents.

Le poids des unités légales sous la forme d'artisan, d'artisan commerçant, de personnes physiques ou de société unipersonnelle représente près de 90% de la population des exploitants de taxis et près de 70% du chiffre d'affaires de la profession.

En sens inverse, **les opérateurs d'ambulances et de VSL sont constitués, à hauteur des 2/3 de la population concernée, sous la forme de sociétés anonymes, qui représentent près des 3/4 du chiffre d'affaires de la profession.**

Dans un premier cas, le détenteur de l'entreprise se rémunère, le plus souvent non pas sous une forme salariale, mais en prélevant le RNC de l'entreprise. Dans le second cas, les rémunérations sont versées sous la forme de salaires.

Il n'est pas donc anormal que la part du RNC dans le CA soit très sensiblement supérieure pour les taxis que pour les ambulances et les VSL : cela ne veut pas dire que les taxis créent quatre fois plus de valeur nette que les ambulances et les VSL, après paiement et rémunération de l'ensemble des charges.

Comme pour les ambulances et les VSL, une cohorte des entreprises présentes tout au long de la période sous-revue a été examinée. Egalement pour les taxis, les entreprises pérennes depuis dix ans ont évolué plutôt moins favorablement que l'ensemble du secteur.

En particulier, les entreprises les plus récentes ont évolué plus favorablement sur tous les agrégats (CA, VA, EBE et RE), à l'exception du RNC, sensiblement égal, alors que la population concernée a évolué très sensiblement : c'est aussi le signe que le secteur est attractif pour de nouveaux entrants.

Annexe III

Tableau 16 - Secteur des taxis (4932Z) de 2003 à 2013

Entreprises pérennes 2003-2013 (15690 unités pérennes entre 2003-2013)

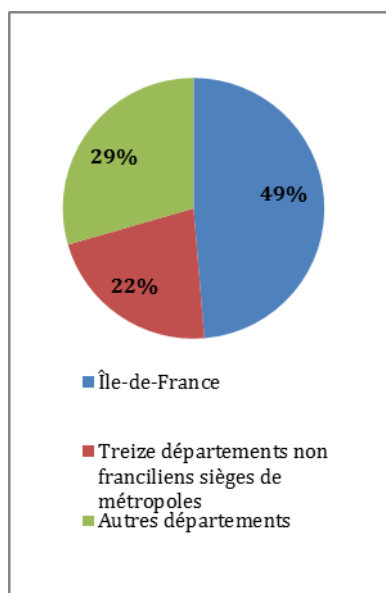
Données financières en millions d'euros

	2003	2004	2005	2006	2007	2011	2012	2013	2007 / 2013	2013 / 2003
Unités légales	15 690	15 484	14 785	15 263	15 104	15182	15 356	15 690	96%	100%
Chiffre d'affaires HT	903	951	977	1061	1092	1171	1189	1200	121%	133%
Valeur ajoutée HT	531	563	577	625	649	708	716	721	122%	136%
Total des charges	791	835	863	930	965	1036	1058	1091	122%	138%
dont Charges d'exploitation	721	760	790	857	882	954	983	990	122%	137%
dont Autres charges	5	6	10	7	6	7	8	8	116%	139%
dont Dotations aux amortissements	84	89	90	96	98	106	109	111	116%	132%
dont Charges exceptionnelles	42	47	47	46	56	56	50	76	132%	179%
Excédent brut d'exploitation	289	306	306	328	334	348	343	346	115%	120%
Résultat d'exploitation	220	233	233	252	257	254	237	239	117%	109%
Résultat net comptable	179	191	227	243	254	261	246	297	142%	166%
RNC/CA	19,85 %	20,12 %	23,24 %	22,95 %	23,23 %	22,31 %	20,69 %	24,74 %		

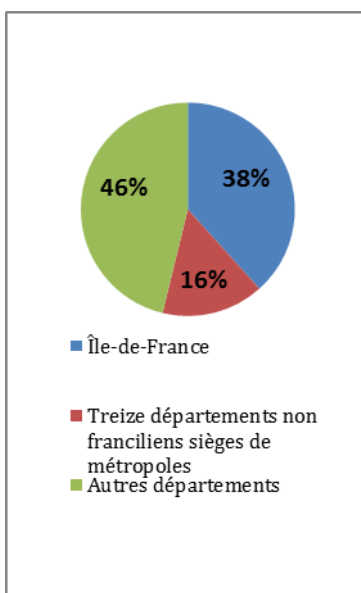
Source : Insee, Suse (Ficus) jusqu'en 2007, Esane depuis 2008 -Calculs Mission
Champ : France entière

Enfin, ces données témoignent aussi d'une différence notable entre territoires : les territoires les moins urbanisés sont ceux dont l'évolution apparaît la plus favorable ; ce sont dans ces territoires où la part du TAP dans l'activité des taxis est la plus élevée.

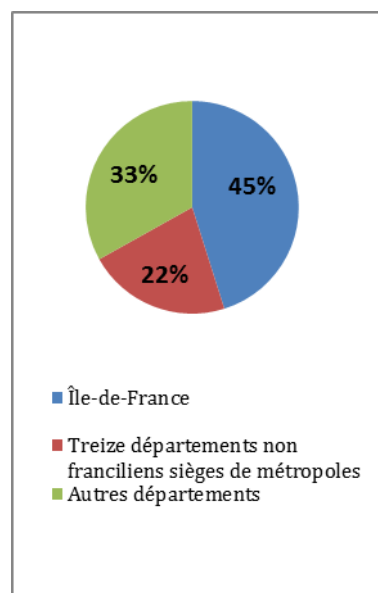
Graphique 5 : Répartition des unités légales de TPPP¹⁴ par zone géographique



Graphique 6 : Répartition du chiffre d'affaires du secteur des TPPP par zone géographique



Graphique 7 : Répartition du résultat net comptable en fonction de la zone géographique



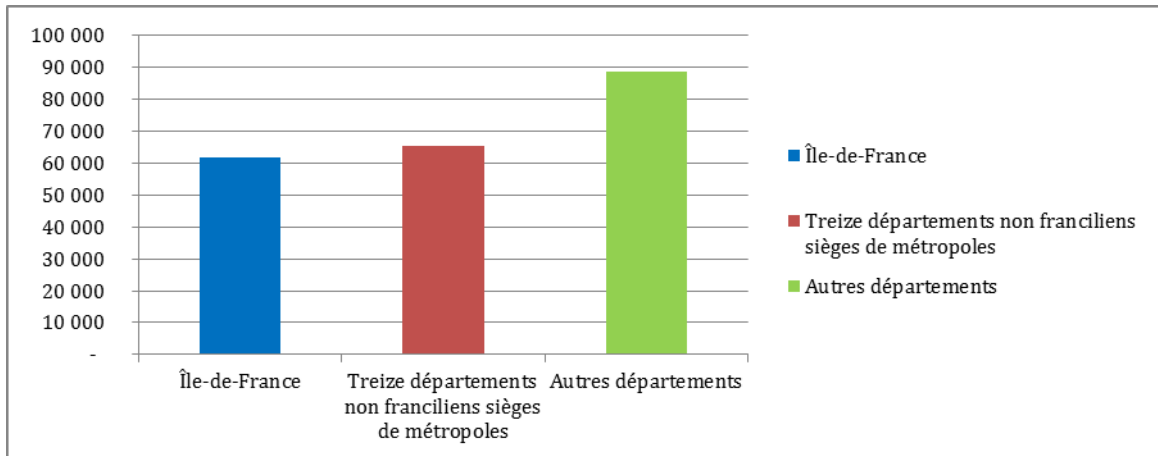
Source : Insee, Esane. calculs Rapport IGF-IGA-CGEDD Novembre 2015

¹⁴ Transport public particulier de personnes (TPPP).

Annexe III

En particulier, le chiffre d'affaires déclaré par unité légale en milieu moins urbanisé est très sensiblement supérieur à celui réalisé en milieu urbanisé.

Graphique 8 : Comparaison du chiffre d'affaires par unité légale (en €) en fonction de la zone géographique d'implantation



Source : Insee, É sane. calculs Rapport IGF-IGA-CGEDD Novembre 2015

2.1.3. ... Qui témoigne d'une singularité française parmi les pays comparables pour lesquels la mission a pu disposer de données

Les données qui permettraient de comparer la situation de la France à celle de ses principaux partenaires sont rares et difficilement exploitables. A cet égard, s'il l'était jugé nécessaire, une mission de *benchmarking* international pourrait être diligentée.

Néanmoins, des données transmises par la DREES, il ressort les éléments suivants :

Tableau 17 : Dépenses de santé par prestataire

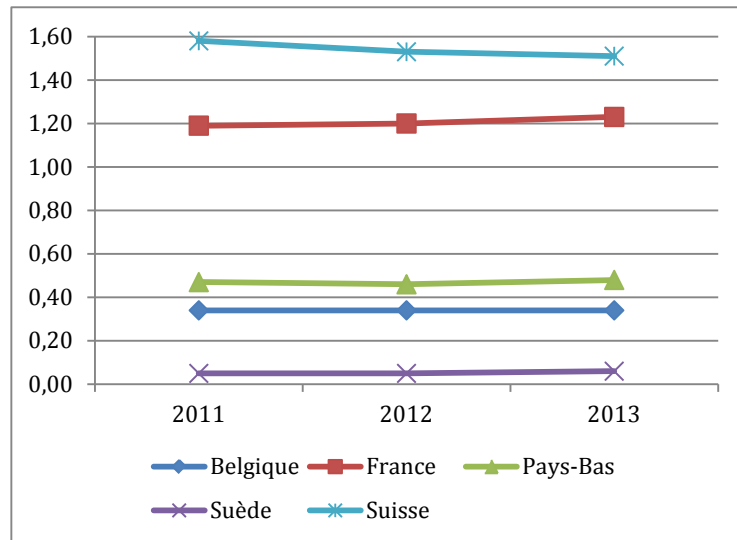
GEO/TIME	Standard de pouvoir d'achat par habitant					Pourcentage de la dépense de santé courante			
	2010	2011	2012	2013		GEO/TIME	2010	2011	2012
Belgique	9,75	10,5	10,7	10,8	Belgique	0,33	0,34	0,34	0,34
France	:	36,6	37,8	39,1	France	:	1,19	1,20	1,23
Pays-Bas	16,84	16,9	17,5	18,0	Pays-Bas	0,47	0,47	0,46	0,48
Suède	:	1,8	1,8	2,0	Suède	:	0,05	0,05	0,06
Suisse	56,67	64,0	65,7	66,5	Suisse	1,47	1,58	1,53	1,51

Source : DREES

La part des prestataires de transports de patients et de sauvetage d'urgence apparait ainsi très sensiblement supérieure, dans les dépenses de santé, en France que dans les quatre autres pays sous-revue.

Annexe III

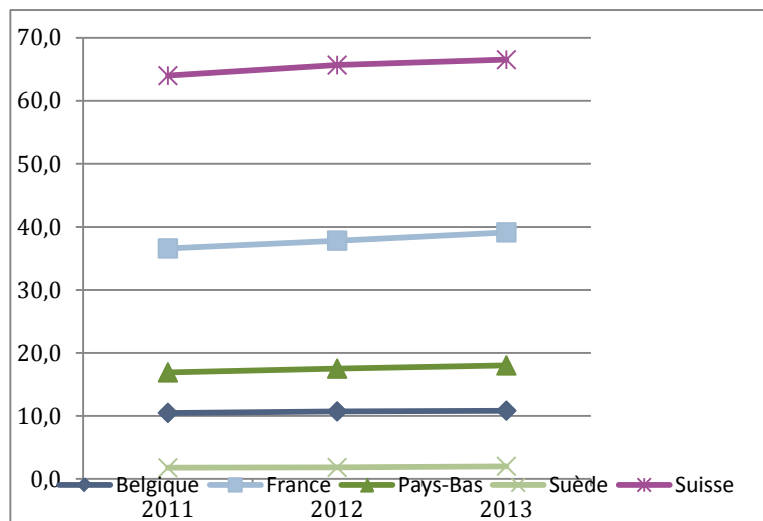
Graphique 9 : Pourcentage des dépenses de transport de patients et de sauvetage d'urgence dans la dépense de santé



Source : DREES

Cet écart ne traduit pas un écart de standard de pouvoir d'achat par habitant.

Graphique 10 : Comparaison des standards de pouvoirs d'achat par habitant



Source : DREES

2.2. ...Qui comprend des spécificités et dynamiques territoriales très différentes

2.2.1. Des dépenses et des offres de transports de patients structurellement différentes selon les territoires

2.2.1.1. Les différences importantes de niveau et de structure de la dépense de transports selon les départements...

Le coût moyen par habitant des dépenses de transport de patients pris en charge par l'assurance maladie varie de manière importante selon les départements, dans un rapport de 1 à plus de 3. Les données de la CNAMTS (relatives au seuls régime général et sections locales mutualistes) montrent que ce coût est de 3,3 fois supérieur dans les départements enregistrant la dépense par habitant la plus élevée (la Creuse et les Alpes-de-Haute-Provence, avec un coût de 97€), par rapport au département ayant la dépense par habitant la moins élevée (les Hauts-de-Seine, avec un coût de 29,2 €).

Cet écart entre départements apparaît fortement lié à la plus ou moins grande proximité de la population avec les centres hospitaliers majeurs et, sans doute, la prévalence de transports collectifs de proximité, pour ceux des patients pour lesquels leur état le leur permet. En effet, la dépense par habitant est moindre en Ile-de-France (42,2 €) et dans les treize départements sièges d'une métropole (47,7 €), comparée à celle constatée pour les autres départements (56,4 €).

Toutefois, il convient de noter que ce facteur ne semble pas le seul déterminant du niveau moyen de dépense. Certains départements relativement éloignés des centres urbains majeurs ou à dominante rurale parviennent en effet à limiter la dépense moyenne par habitant au niveau des départements chefs-lieux d'agglomération, voire en deçà.

Ainsi, les coûts moyens par habitant constatés dans les départements de la Vienne (37,7 €), de la Savoie (37,8 €), de la Marne (42,4 €), de la Haute-Savoie (43 €), de la Mayenne (44,5 €), de la Haute-Vienne (46 €) ou de la Charente (47,7 €) apparaissent particulièrement maîtrisés, puisqu'ils sont inférieurs ou égal au coût moyen constaté dans les treize départements sièges d'une métropole (47,7 €).

A l'inverse, certains départements très urbanisés ont des niveaux de dépenses par habitant correspondant comparables à ceux de territoires ruraux. Ainsi, les niveaux élevés de dépense par habitants constatés dans les Alpes-Maritimes (66 €), le Val-d'Oise (70 €), les Bouches-du-Rhône (75 €), l'Essonne (77 €) ou le Var (77 €) – départements dont plus de 65% vit dans des communes de plus de 10 000 habitants -, sont comparables à ceux des départements ruraux et relativement éloignés que sont les Vosges (72 €), le Cher (76 €) ou l'Ariège (77 €).

La structure de la dépense, entre les différents modes de transport, prise en charge par l'assurance maladie est également très variable en fonction des départements.

De manière générale, les départements urbains enregistrent un niveau de dépense par habitant de transport par ambulance nettement supérieur aux autres territoires. Comme le montre le graphique n°11, ce coût s'est élevé en 2015 à 25,1 € en Ile-de-France et à 22,7 € dans les treize départements sièges d'une agglomération, alors qu'il est limité à 17,1 € en moyenne pour les autres départements.

Inversement, la dépense par habitant engendrée par le transport en VSL et, surtout, par taxi, est structurellement plus faible dans les départements dotés d'une agglomération que dans les autres (cf. graphique ci-dessous). La dépense moyenne par habitant de transport par VSL

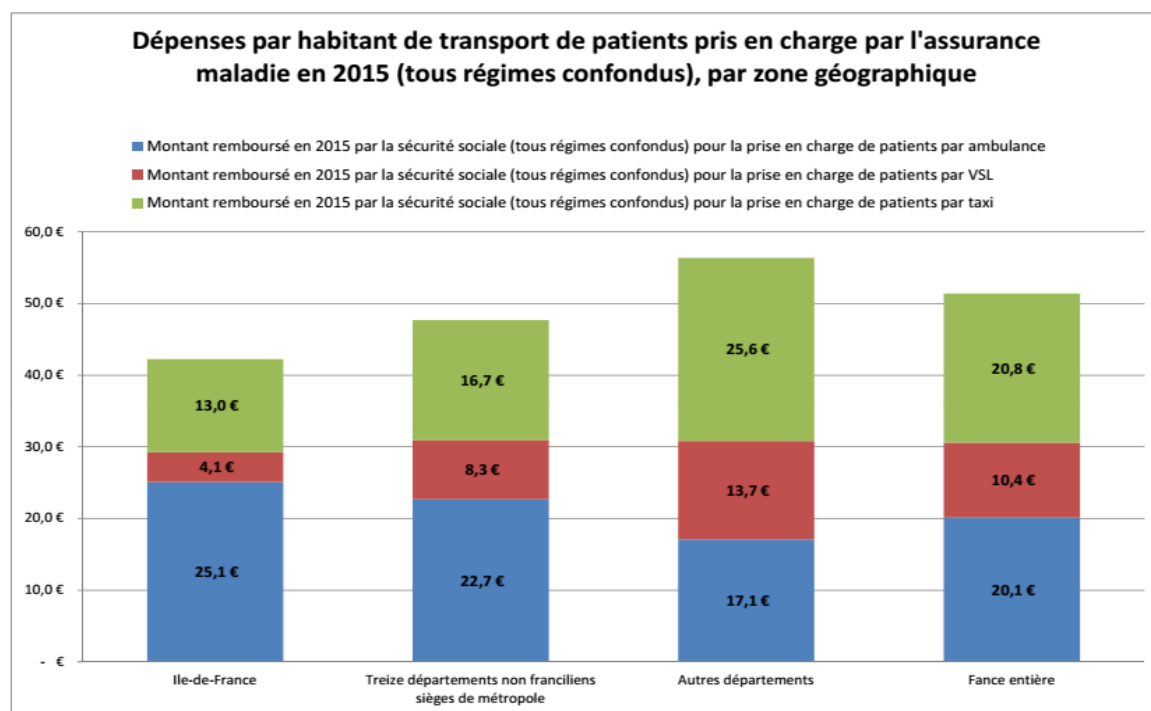
Annexe III

ou taxi dans les treize départements sièges d'une agglomération a été limitée respectivement à 25 €, tandis qu'elle s'est élevée à de 39,3 € sur le reste du territoire. A nouveau, l'offre en transport collectif de proximité, en milieu urbain et très urbain, tient sans doute un rôle.

Toutefois, il convient de noter qu'entre départements aux caractéristiques géographiques similaires, des différences substantielles peuvent exister dans la structure de la dépense. Par exemple, le département de la Somme se distingue par une faible dépense par habitant lié au transport par taxi (14,4 €), mais par un coût par habitant de transport par ambulance et par VSL relativement important (respectivement de 29,8 € et de 32,5 €). Ces différences de niveau et de structure de la dépense entre territoires apparaissent étroitement liées au niveau et à la structure de l'offre de transport sanitaire.

Ainsi, de façon générale, les patients qui habitent en milieu peu ou pas urbanisés consomment davantage de dépenses de transports sanitaires remboursées et, quand ils ont recours à de tels transports, ont très sensiblement davantage de dépenses de taxi que les patients habitant dans les départements sièges d'agglomération.

Graphique 11 : Dépenses par habitant de transport de patients pris en charge par l'assurance-maladie, par zone géographique



Champs : soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes.

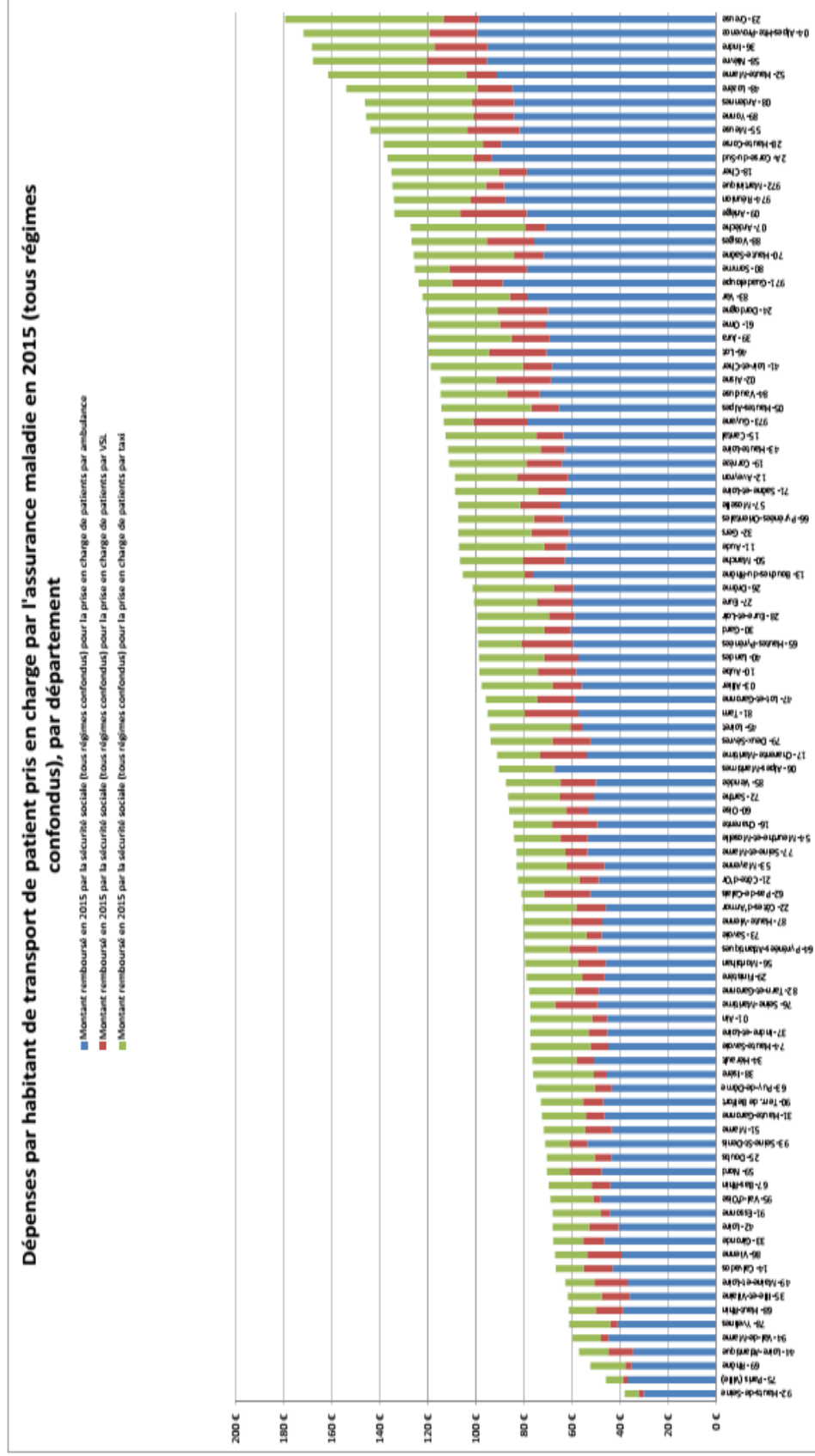
Sources : données de consommation inter régimes

Le graphique ci-dessous présente l'écart de cette dépense par habitant pour l'ensemble des départements, tant de façon cumulée, tous modes confondus, que pour chacun des modes de transport.

A titre d'exemple, la Creuse consomme près de 180 € de dépense de transport par habitant, quand la Corrèze n'en consomme qu'un peu plus de 100 et la Seine-Saint-Denis moins de 50.

Annexe III

Graphique 12 – Comparaison des dépenses de transport pris en charge par l'assurance maladie en 2015 selon les départements



Champs : soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes.
Sources : Données de consommation inter régimes (DCIR)

2.2.1.2. ... sont corroborées par des différences très importantes de densité de l'offre de transport selon les départements...

La densité de l'offre apparaît encore plus hétérogène d'un département à l'autre que ne l'est la diversité constatée en matière de dépenses.

Si la densité moyenne nationale est de 9,8 véhicules (ambulances, VSL, taxis) pour 10 000 habitants, **l'écart-type interdépartemental (4,6) révèle une forte dispersion autour de cette moyenne**. De manière emblématique, la densité est 13,6 fois supérieure dans le département connaissant l'offre de transport de patients par habitant la plus élevée (la Lozère, avec 29,9 véhicules pour 10 000 habitants) que dans celui enregistrant la densité la plus faible (les Hauts-de-Seine, avec une densité égale à 2,2 pour 10 000 habitants).

L'éloignement relatif des départements des centres hospitaliers majeurs, comme, à nouveau, la densité de l'offre de transport collectif de proximité, rend compte en partie de cette dispersion. Comme le montre le graphique 13 ci-dessous, la densité de véhicules conventionnés est nettement inférieure en Ile-de-France et dans les treize départements sièges d'agglomération (avec respectivement des densités pour 10 000 habitants de 7,7 et 8,2) que dans les autres départements (dont la densité moyenne est de 11,3 véhicules pour 10 000 habitants).

Néanmoins, certains départements disposent d'une offre de transport qui se distingue de celle de départements ayant des caractéristiques démographiques comparables. Ainsi, par exemple, des écarts très importants de densité de véhicules assurant le transport de patients (ambulances, VSL et taxis conventionnés) sont constatés parmi les départements dont plus de 80% de la population habite dans des communes de moins de 10 000 habitants. La densité des véhicules pour 10 000 habitants est particulièrement élevée dans la Meuse (17,2), le Lot (17,6), le Cantal (20,8) et surtout en Lozère (29,9).

Elle est nettement plus faible dans l'Ain (6,9), en Ardèche (13,3) ou dans les Vosges (12,7). Les autres départements de cette strate démographique enregistrent des niveaux de densité compris entre 14 et 17 véhicules pour 10 000 habitants. De même, les densités constatées dans les départements du Territoire de Belfort (6,5), de la Haute-Savoie (6,7), du Doubs (7,5), du Tarn-et-Garonne (8,6) ou du Tarn (8,5) apparaissent faibles, au regard du caractère relativement rural de ces départements (plus de 63% de la population vivant dans des communes de moins de 10 000 habitants).

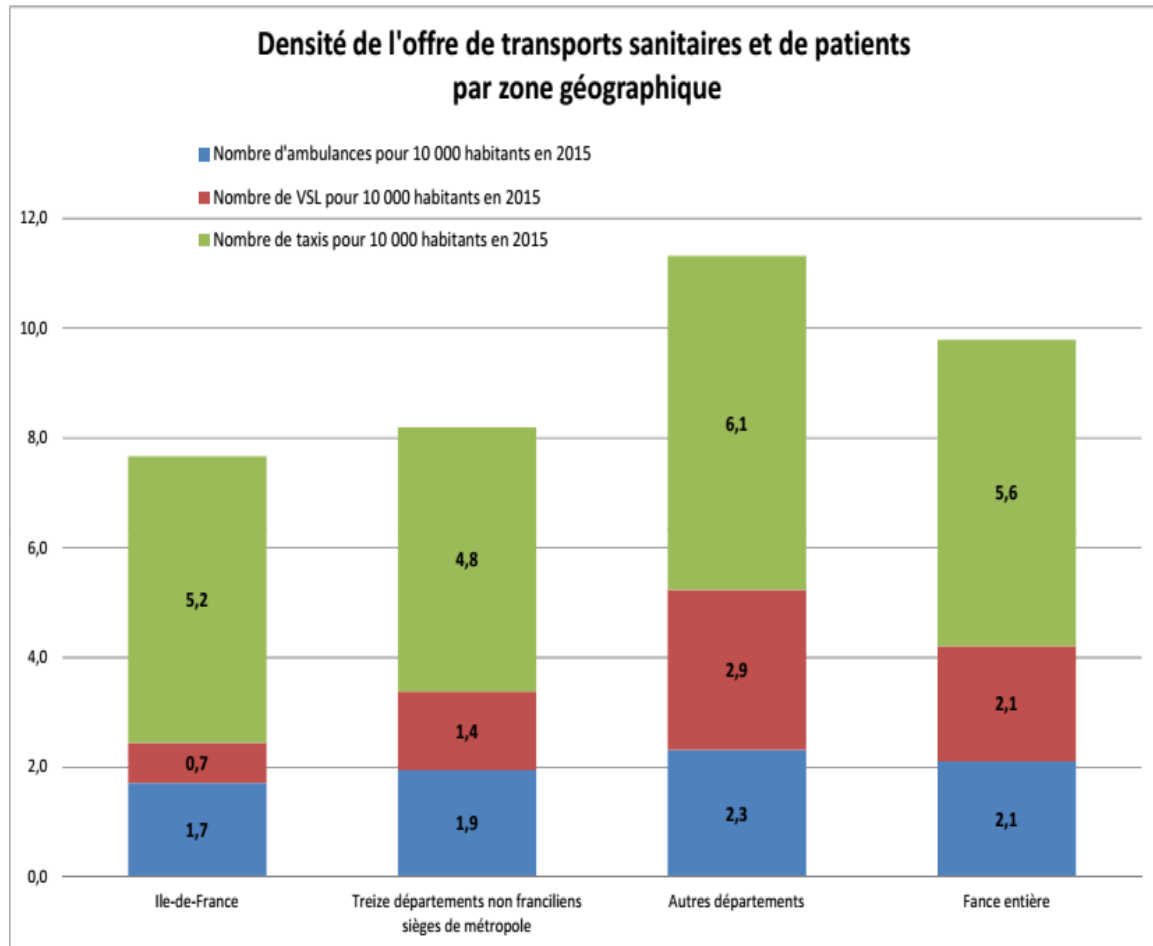
La structure de l'offre est également variable selon les territoires.

La densité de VSL est très variable sur le territoire national. Les densités de ces véhicules sont significativement plus faibles dans les départements urbains que dans les autres. Alors que l'offre de VSL est quasi inexistante en Ile-de-France (avec une densité de 0,7 pour 10 000 habitants) et faible dans les départements siège d'une agglomération (avec une densité de 1,4), elle est significative dans les autres départements (avec une densité de 2,9).

Par ailleurs, les différences de densité sont particulièrement fortes s'agissant de l'offre de taxi. Le graphique ci-après montre ainsi que la densité de taxis conventionnés est en moyenne de 4,8 pour les départements sièges d'agglomération, alors que cette densité atteint 6,1 véhicules pour 10 000 habitants dans les autres départements.

Les graphiques suivants montrent que les écarts en nombre de véhicules de transports sanitaires par départements et par tranche de 10 000 habitants sont de 1 à plus de 6 et que le nombre de taxis conventionnés par tranche de 10 000 habitants varie de 1 à plus de 20 entre les départements. Il est vrai que l'absence de contingentement de l'offre de taxis, à la différence des véhicules sanitaires, rend possible de tels écarts.

Graphique 13 – Densité de l’offre de transport par zone géographique

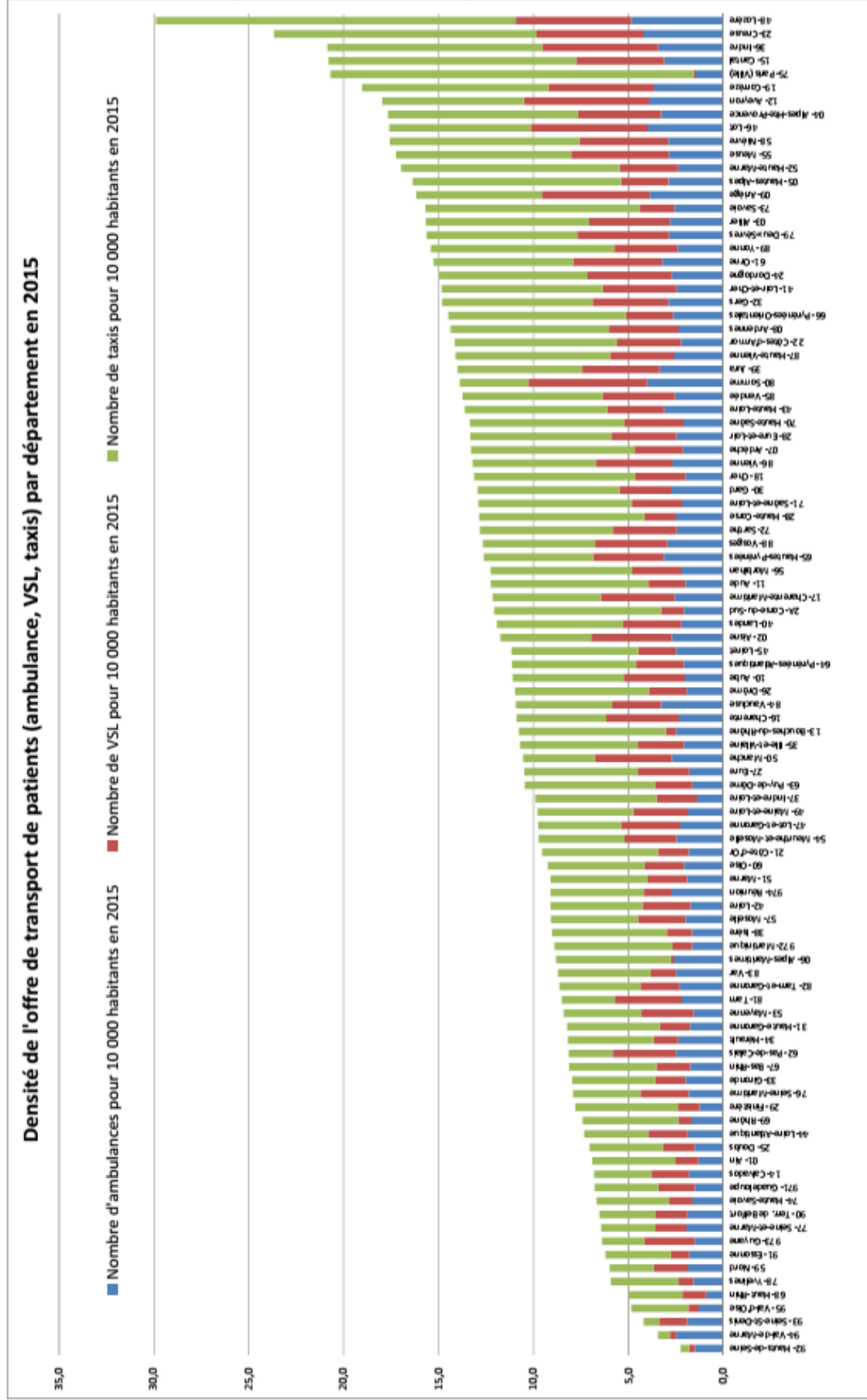


Champs : soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes.

Sources : Données de consommation inter régimes (DCIR)

Annexe III

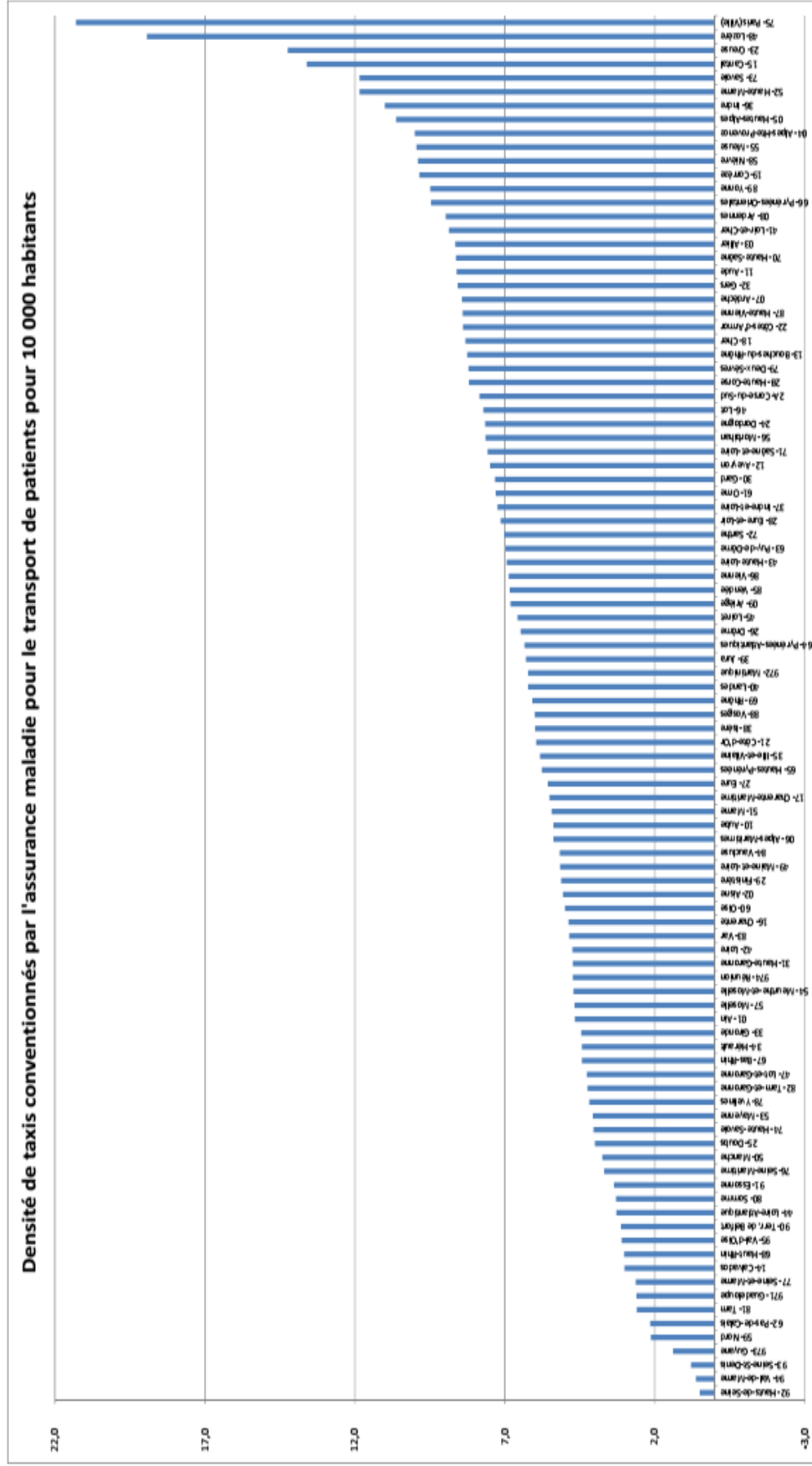
Graphique 14 – Densité de l’offre de transport de patient par département



Champs : soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes. Sources : Données de consommation inter régimes (DCIR).

Annexe III

Graphique 15 – Densité de taxis conventionnés selon les départements



: soins liquidés en 2015 – régime général et sections locales mutualistes. Sources : Données de consommation inter régimes (DCIR).

2.2.1.3. ... et par des différences conséquentes de fréquence d'utilisation du parc existant de véhicules assurant le transport de patient

A l'instar des dépenses et des densités de véhicules, les différences d'intensité d'utilisation du parc de véhicules existant sont également très conséquentes, aussi bien selon le type de véhicule concerné que selon les territoires.

Le graphique ci-dessous, établi sur la base des données 2015 fournies par la CNAMTS (régime général et sections locales d'assurances maladie), montre tout d'abord **une fréquence particulièrement forte d'utilisation du parc de VSL**. Le nombre moyen de trajet par VSL (1530) est, en effet, nettement supérieur non seulement à celui par ambulance (1081) mais surtout par taxi (761). Même s'il existe une incertitude sur le nombre moyen de trajets par taxi (car les allers-retours en taxi ne seraient pas systématiquement comptabilisés comme deux trajets), la fréquence d'utilisation élevée des VSL montre que les sociétés d'ambulance ont une gestion active de leur flotte de véhicules sanitaires légers. Les professionnels rencontrés par la mission ont, en ce sens, souligné que les sociétés de transport sanitaire veillent généralement à éviter tout « retour à vide » des VSL, ce que les artisans taxi auraient plus de difficultés à organiser. Il est vrai que ces derniers sont également moins incités à le faire, puisque le retour à vide, contrairement aux règles applicables aux VSL, peut être facturé.

L'utilisation intense des VSL semble en outre témoigner du maintien d'une demande importante de transport par ces véhicules. La baisse tendancielle du nombre de VSL ne saurait, dans ces conditions, s'expliquer par une baisse éventuelle de la demande. Elle trouve, en réalité, sa raison dans le fait que les VSL bénéficient d'un tarif de remboursement moins avantageux que les taxis ou les ambulances (cf. 2.3) : la progression du poids des entreprises dites « bicéphales » serait ainsi la conséquence de stratégies mises en œuvre par les transporteurs sanitaires ; selon la nature et la distance du trajet, ils opteraient pour une tarification (et un choix de véhicule) VSL ou taxi. (cf. 2.3.2 infra)

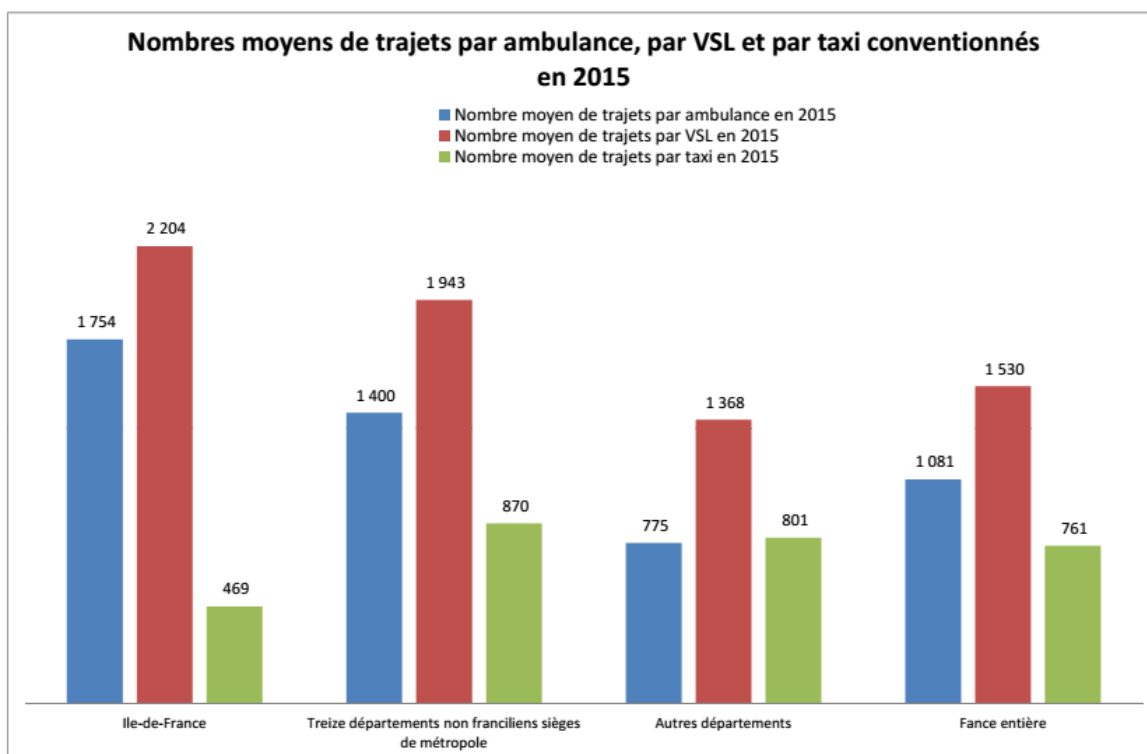
Le même graphique montre que **le taux d'utilisation des différents types de véhicule varie significativement selon le caractère urbain ou non des territoires**, avec une fréquence de transport nettement plus élevée en milieu urbain des ambulances et des VSL :

- ◆ La fréquence d'utilisation des ambulances est plus élevée en Ile-de-France (1754 trajets effectués en moyenne par an par ambulance) que dans les treize départements sièges d'agglomération (1400) et 2,25 fois plus que dans les autres départements (775). Cette différence d'intensité d'utilisation du parc existant explique qu'avec une densité de véhicule par habitant comparable aux territoires ruraux, les dépenses par habitant de transport par ambulance soient plus élevées en agglomération qu'en zone rurale.
- ◆ L'intensité d'utilisation des VSL est, de la même façon, plus forte en Ile-de-France (2 204 trajet par an par VSL), que dans les départements sièges d'agglomération (1943) et dans les autres départements (1368). Les différences entre territoires urbains et ruraux sont cependant moins marquées que pour les ambulances.

Annexe III

- ◆ La fréquence d'utilisation des taxis est légèrement plus importante dans les treize départements sièges d'agglomération (870 trajets effectués par taxi en 2015) que dans les autres départements (801). L'Ile-de-France affiche, quant à elle, un nombre moyen de trajet par taxi égal à 469, soit une fréquence nettement inférieure aux autres territoires. En réalité, ce chiffre masque deux situations très contrastées : celle de Paris, d'une part, où le nombre moyen de trajets par taxi conventionné n'est que de 98 par an ; celles des autres départements franciliens, où la fréquence moyenne de trajet par taxi conventionné est de 1269 en 2015, soit un niveau très supérieur à celui des départements sièges d'une agglomération. Hormis Paris, la région francilienne confirme donc la tendance à une utilisation plus forte des véhicules en zone urbaine par rapport aux territoires ruraux.

Graphique 16- Fréquence d'utilisation du parc d'ambulances, de VSL et de taxis



Champs : transporteurs actifs au 31/12 de l'année 2015

Source : CNAMTS - Fichier national des professionnels de santé (FNPS)

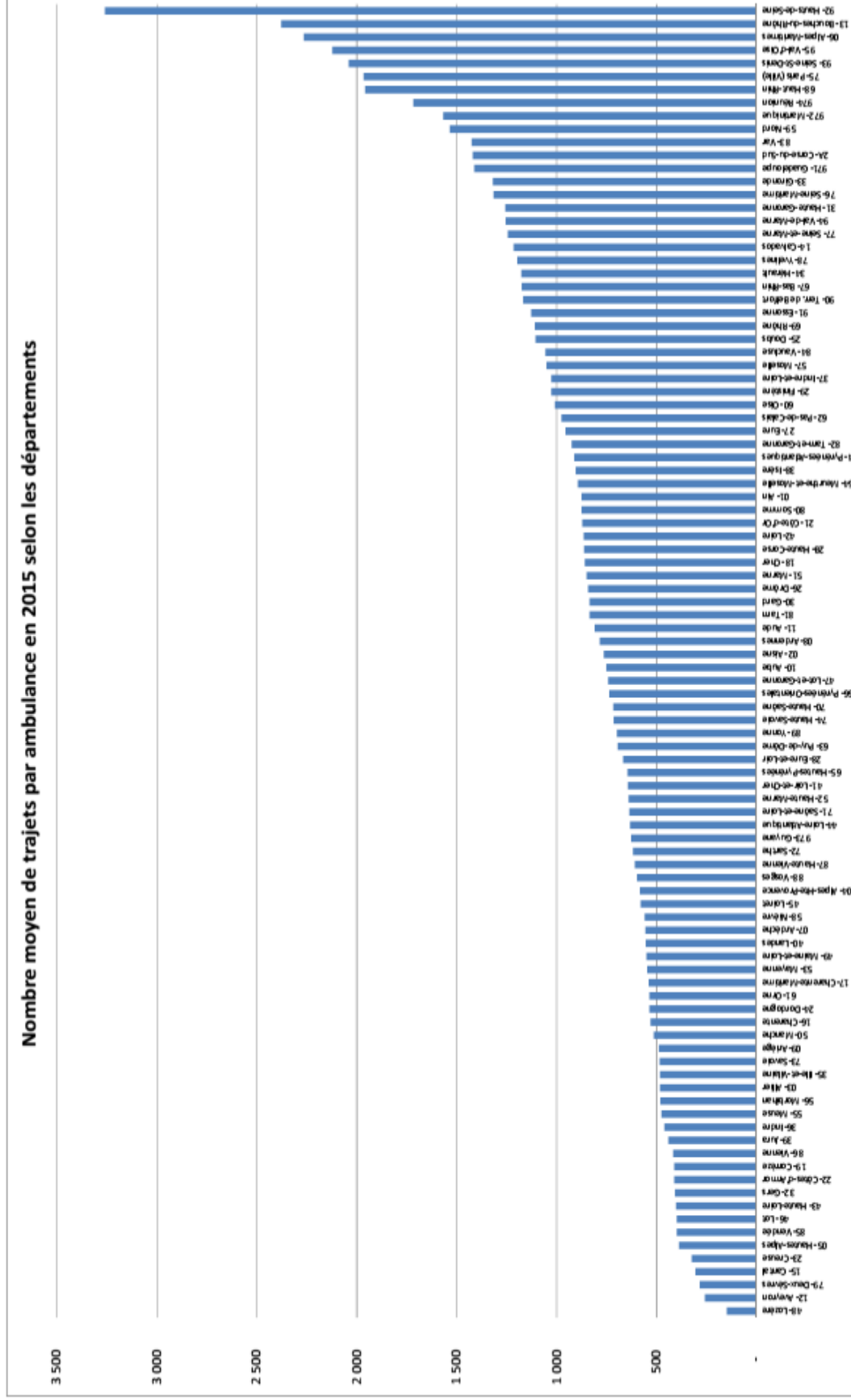
Les graphiques ci-après montrent que les dispersions interdépartementales des fréquences de transport par ambulance, par VSL et par taxi sont très accentuées.

Pour chacun de ces modes de transport, mais plus particulièrement pour les VSL et les taxis, les écarts-types interdépartementaux à la moyenne nationale sont importants.

L'écart-type est de 515 pour une moyenne de 1081 trajets effectués par an par ambulance (soit 48% de la moyenne). Il est égal à 958 pour une moyenne de 1530 trajets effectués par VSL (soit 63% de la moyenne). Il est de 433 pour une moyenne de 761 trajets effectués par taxis (soit 57% de la moyenne).

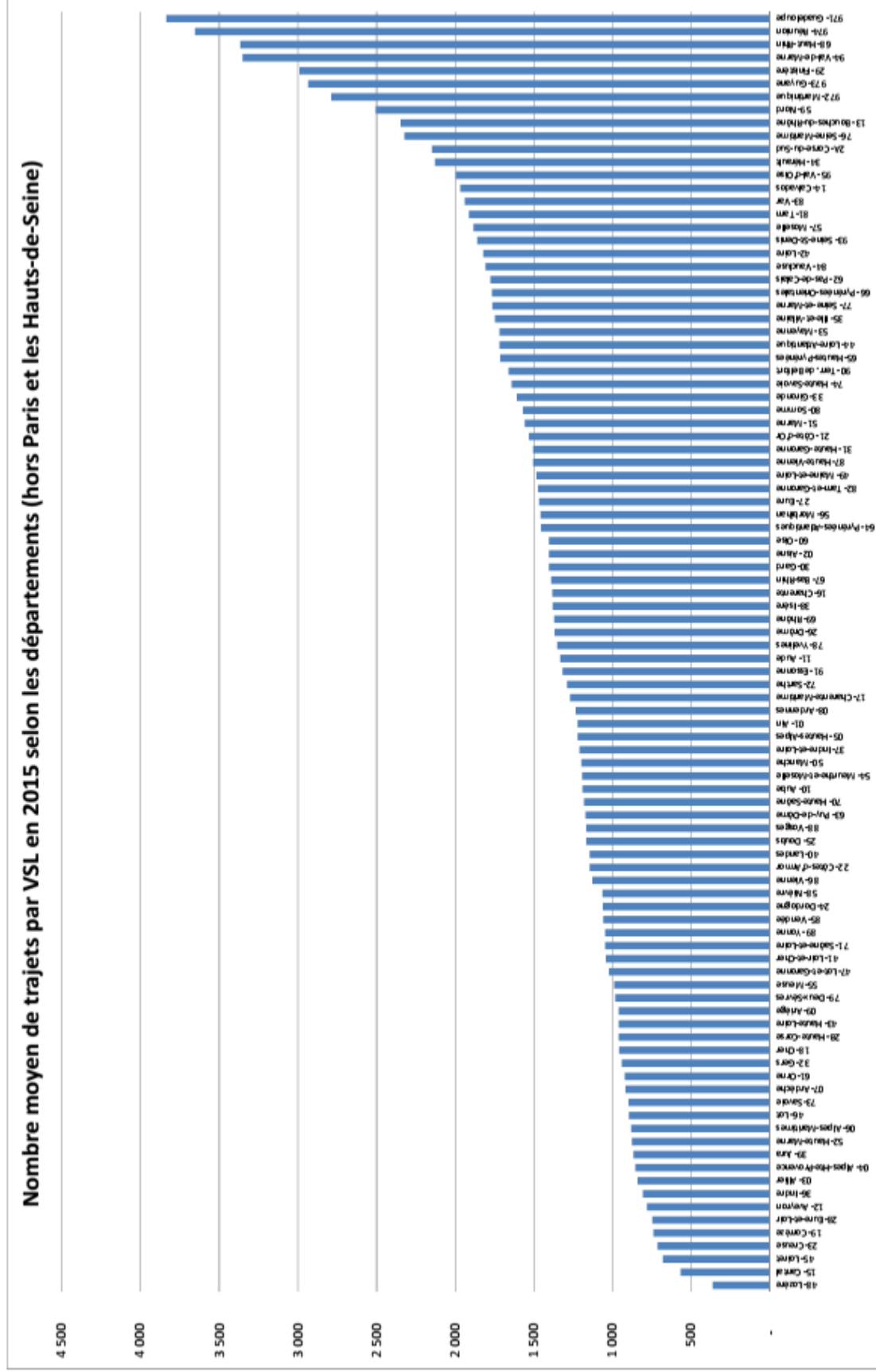
Annexe III

Graphique 17 – Fréquence d'utilisation du parc d'ambulances par département



Champs : transporteurs actifs au 31/12 de l'année 2015 - Source : CNAMTS - Fichier national des professionnels de santé (FNPS)

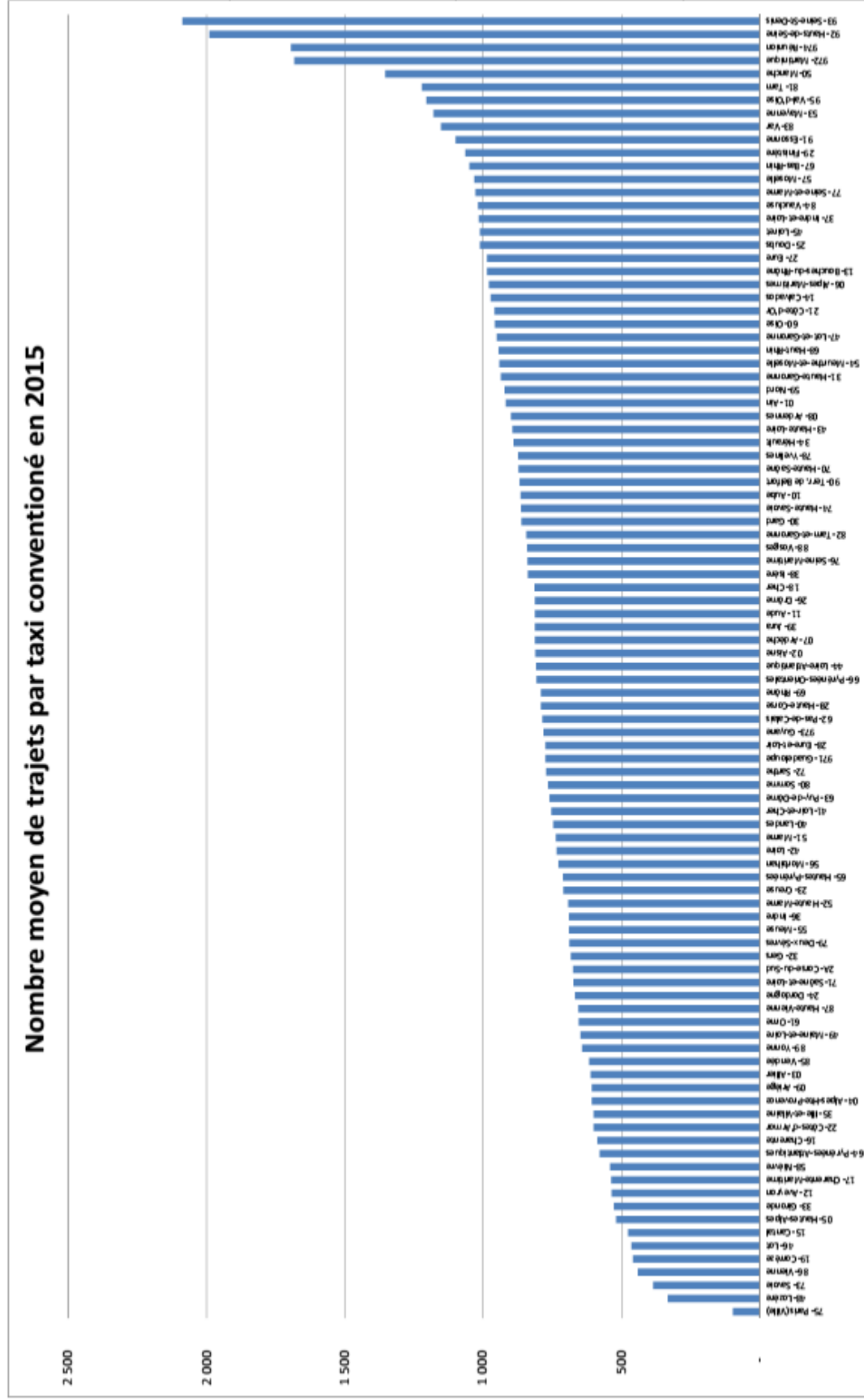
Graphique 18 – Fréquence d'utilisation du parc de VSL par département



Champs : transporteurs actifs au 31/12 de l'année 2015 - Source : CNAMTS - Fichier national des professionnels de santé (FNPS)

Annexe III

Graphique 19- Fréquence d'utilisation du parc de taxis par département



Champs : transporteurs actifs au 31/12 de l'année 2015 - Source : CNAMTS - Fichier national des professionnels de santé (FNPS)

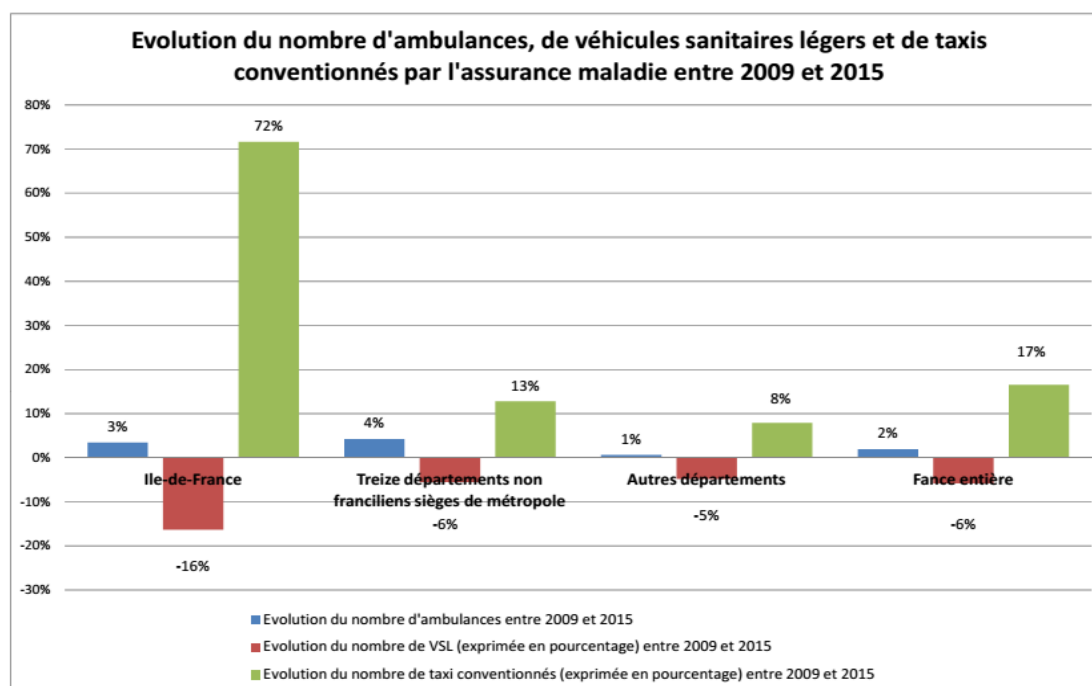
2.2.2. Les dynamiques d'évolution des modes de transport sont également très variables d'un département à l'autre

Les dynamiques de transformation de la structure de l'offre de transport apparaissent plus rapides dans les agglomérations que sur le reste du territoire national.

L'analyse par zones géographique (cf. graphique ci-après) montre que les tendances nationales de baisse du nombre de VSL et de croissance concomitante du nombre d'ambulances ont été plus accentuées en milieu fortement urbanisé que dans le reste du territoire national. La baisse du nombre de VSL sur la période 2009-2015 s'est ainsi élevée à 16% en Ile-de-France et à 6% dans les départements sièges d'agglomération, alors qu'elle a été limitée à 5% dans les autres départements. Parallèlement, la hausse du nombre d'ambulances a été de 3% en Ile-de-France et de 4% dans les départements sièges d'agglomération, alors que cette hausse n'a été que de 1% dans les autres départements. La faiblesse structurelle de l'offre de VSL, particulièrement en milieu urbain, s'est ainsi accentuée sur la période récente. L'augmentation corollaire du nombre d'ambulances dans ces départements n'a pas manqué de peser sur la hausse des dépenses d'assurance maladie, même si, globalement, on l'a vu, sur l'ensemble du territoire la dépense de transport en ambulance s'est plutôt stabilisée au cours de la période sous-revue.

Dans le même temps, la croissance du nombre de taxis conventionnés a crû, sur la période 2009-2015, très fortement en Ile-de-France (+72%), même si la part de taxis conventionnés dans la population totale des taxis demeure très inférieure, en Ile-de-France et notamment pour ceux qui relèvent de la Préfecture de Police, à ce qu'elle est sur le reste du territoire (cf. infra), et de manière soutenue dans les treize départements sièges d'agglomération (+13%). La hausse du nombre de taxis conventionnés a été plus modérée dans les autres départements sur la même période (+8%). Les départements urbains, structurellement moins dotés en taxis conventionnés au regard de leur population (cf. supra. 2.2.1.2.), ont, de cette façon, enregistré, sur la période récente, un « effet de rattrapage » par rapport aux autres départements.

Graphique 20 – Evolution du nombre de VSL et de taxis par zone géographique



CNAMTS. Champs : transporteurs actifs au 31 décembre de l'année N. Source : FNPS

Annexe III

Il convient toutefois de nuancer l'impact de la très forte hausse du nombre de taxis conventionnés ces dernières années en Ile-de-France.

D'une part, cette croissance concerne essentiellement le département de Paris, qui a enregistré une augmentation du nombre de taxis conventionnés sur la période 2009-2015 de 143%. L'évolution a été globalement modérée pour l'ensemble des autres départements franciliens (+5%), même si des tendances très contrastées ont été enregistrées entre eux-ci¹⁵. D'autre part, cette hausse importante n'a pas eu d'effet substantiel sur la dépense d'assurance maladie dans ce département. **En effet, comme il a été souligné plus haut, la prise en charge de patients demeure une activité secondaire pour les taxis de Paris** : des 18 000 taxis parisiens, environ ¼ sont conventionnés (4 229)¹⁶ dont 1275 n'ont pas réalisé de course depuis leur signature de convention ; alors qu'au niveau national, les taxis conventionnés réalisent chaque année 757 trajets de patients, ceux conventionnés avec la CPAM de Paris n'effectuent en moyenne que 98 trajets de patients par an. En outre, la dépense de transport de taxi par habitant financée par l'assurance maladie est de 7,03 € par an à Paris. Ce montant reste près deux fois inférieur au même montant constaté dans l'ensemble de l'Ile-de-France (13 €) et même trois fois inférieur au montant moyen constaté au niveau national (20,8 €).

Par ailleurs, **les dynamiques d'évolution de l'offre de VSL et de taxis ont souvent été très contrastées entre départements d'une même région ou dotés de caractéristiques comparables**. Le tableau ci-après montre, pour les régions dans lesquelles la mission s'est rendue, les divergences d'évolution entre départements d'une même région. Le graphique ci-dessous, met en évidence, dans une perspective nationale, l'importance de ces contrastes interdépartementaux, y compris entre départements comparables par leur démographie ou leur géographie.

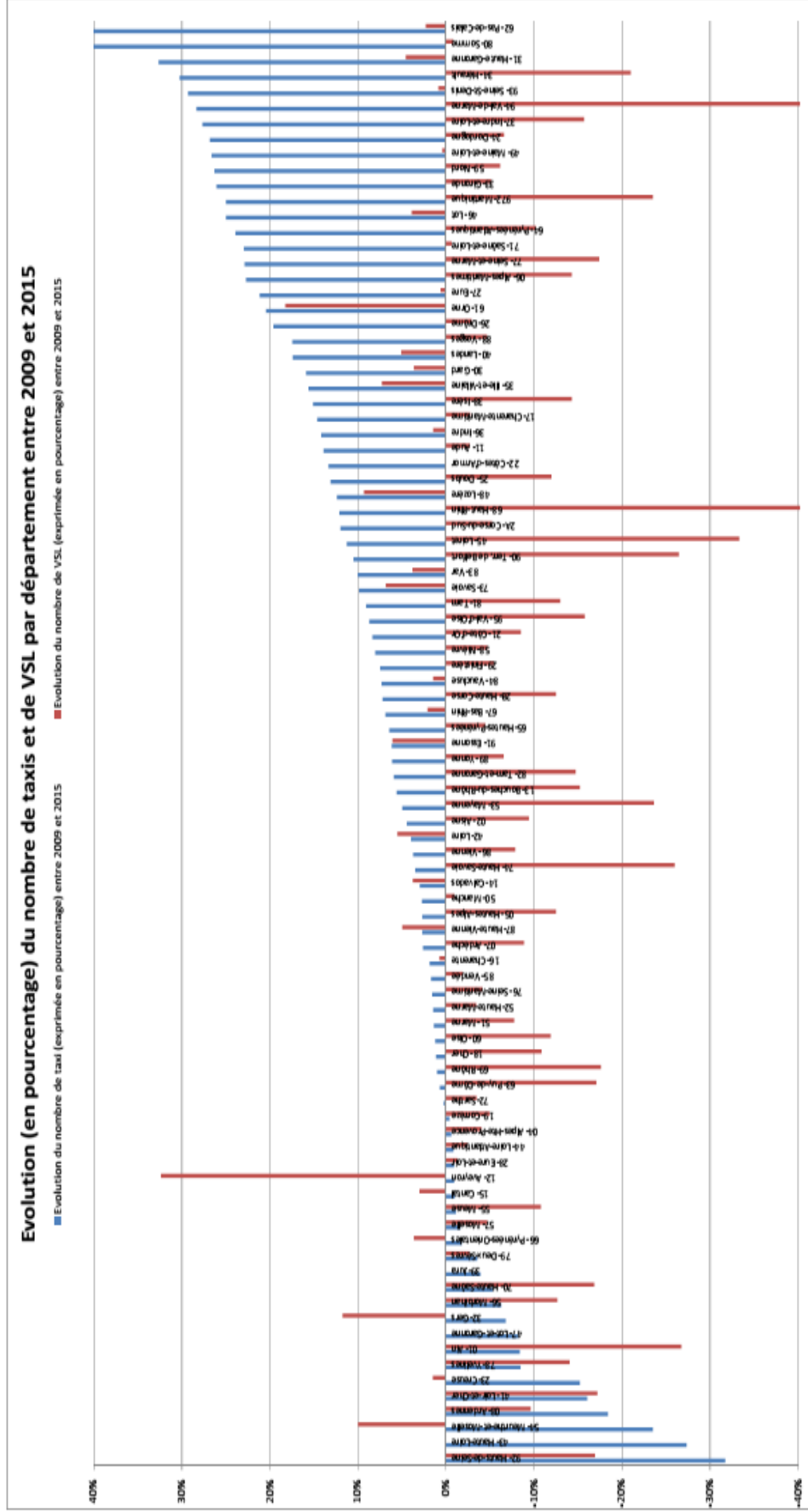
Tableau n° 18 - Evolution comparée de l'offre de taxis conventionnés et de VSL dans certaines régions (CNAMTS. Champs : transporteurs actifs au 31 décembre de l'année N. Source : FNPS)

	Evolution de l'offre de taxis sur la période 2009-2015	Evolution de l'offre de VSL sur la période 2009-2016
Nord-Pas-de-Calais-Picardie		
02- Aisne	4%	-9%
59- Nord	26%	-6%
60- Oise	1%	-12%
62- Pas-de-Calais	41%	2%
80- Somme	40%	-1%
Pays-de-la-Loire		
44- Loire-Atlantique	-1%	-2%
49- Maine-et-Loire	27%	0%
53- Mayenne	5%	-24%
72- Sarthe	0%	-4%
85- Vendée	2%	-2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur		
04- Alpes-Haute-Provence	-1%	-4%
05- Hautes-Alpes	3%	-13%
06- Alpes-Maritimes	23%	-14%
13- Bouches-du-Rhône	6%	-15%
84- Vaucluse	7%	1%
83- Var	10%	4%

¹⁵ Le nombre de taxis conventionnés dans ces départements a en effet évolué de manière divergente selon les départements sur la période 2009-2015 : +23% pour la Seine-et-Marne, -8% pour les Yvelines, +6% pour l'Essonne, -32% pour les Hauts-de-Seine, +29% pour la Seine-Saint-Denis, +28% pour le Val-de-Marne, +9% pour le Val d'Oise.

¹⁶ Source : CPAM 75

Graphique 21 – Evolution comparée de l’offre de taxis et de VSL



CNAMTS. Champs : transporteurs actifs au 31 décembre de l'année N. Source : FNP

2.3. ... Et des évolutions tarifaires hétérogènes, particulièrement dynamiques au profit du mode de transport qui est déjà le plus dynamique

2.3.1. Les tarifs applicables aux ambulances, VSL et des taxis ont évolué de manière relativement différente, ce qui a pu influencer l'évolution de l'offre

Au cours des treize dernières années, les tarifs des taxis ont évolué beaucoup plus favorablement que ceux des ambulances et des VSL, en particulier entre 2003 et 2012. Les tarifs des ambulances et des VSL ont été revalorisés, respectivement à 6 et 7 reprises, alors que ceux des taxis ont été revalorisés chaque année, même si la très légère revalorisation pour 2016 n'a concerné que les seuls taxis parisiens.

A compter de 2012, les évolutions tarifaires ont été plus favorables aux VSL. Comme cela a été souligné supra (cf. 1.2.2.), la négociation des conventions départementales relatives, notamment, aux tarifs des taxis, a permis de négocier un montant de remise supplémentaire de l'ordre de 2,4%. Cette économie a partiellement permis aux organismes de l'assurance maladie de compenser la hausse nationale des tarifs des taxis de 3,9% en 2014. En outre, les autorités compétentes se sont engagées dans une politique de revalorisation tarifaire des VSL (cf. 1.2.1.1).

Toutefois, il convient de souligner que les revalorisations récentes des VSL et des taxis sont, pour partie, la conséquence de la répercussion de l'augmentation du taux de TVA auquel ils sont assujettis. Cette taxe est en effet passée de 5,5% à 7% en 2012, puis de 7 à 10% en 2014.

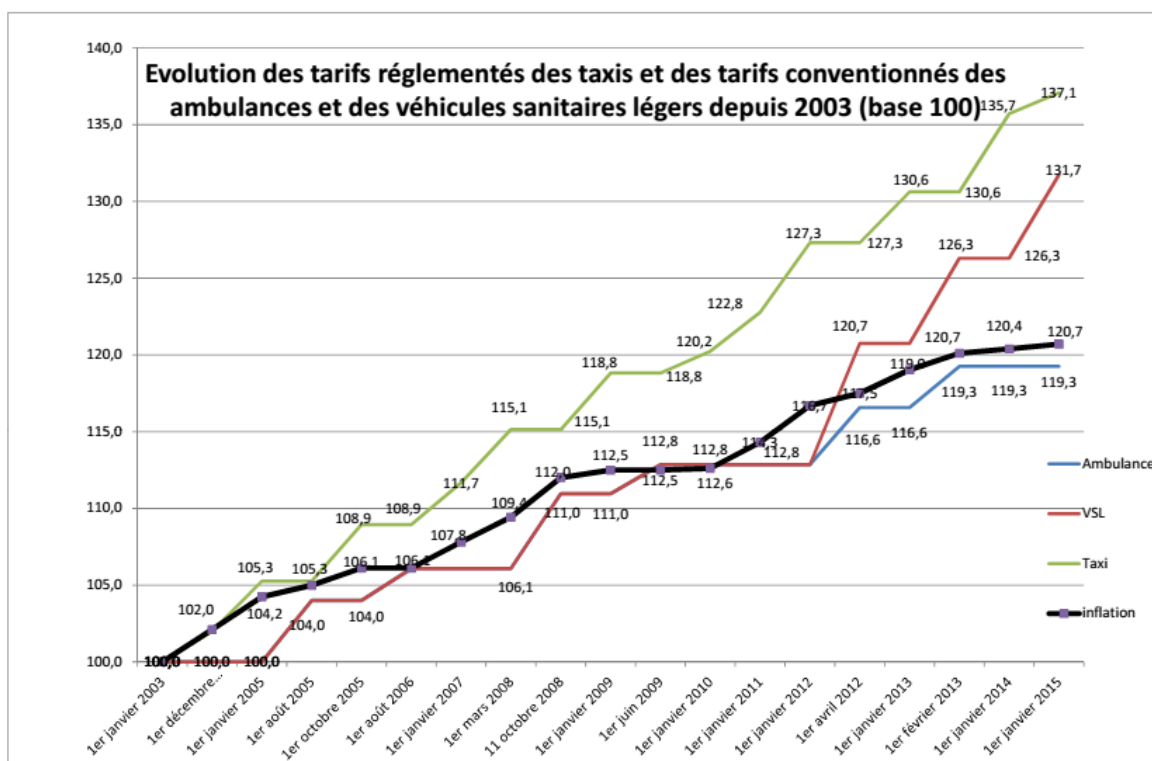
Tableau 19- Revalorisation tarifaire des ambulances, des VSL et des taxis

	Ambulances	VSL	Taxis
1er janvier 2016			0% sauf pour Paris 0,5%
1er janvier 2015		4,3% (intégration hausse TVA dans les tarifs)	1%
1er janvier 2014			3,9%
1er février 2013	2,3%	4,6%	
1er janvier 2013			2,6%
1er avril 2012	3,3%	7,0%	
1er janvier 2012			3,7%
1er janvier 2011			2,1%
1er janvier 2010			1,2%
1er juin 2009		1,7%	
1er janvier 2009			3,2%
11 octobre 2008		4,6%	
1er mars 2008			3,1%
1er janvier 2007			2,5%
1er août 2006	2%	2%	
1er octobre 2005			3,5%
1er août 2005	4%	4%	
1er janvier 2005			3,2%
Décembre 2003			2%

Source CNAMTS

Annexe III

Graphique 22 – Evolution comparée des tarifs des ambulances, des VSL et des taxis



Alors que les VSL présentent un niveau d'équipement médical supérieur à ceux des taxis (cf. 1.3 supra), **les choix tarifaires effectués jusqu'en 2012 ont conduit à favoriser la croissance rapide du taxi dans le TAP** (cf. 2.1.1.2 supra), alors que rien ne justifie (cf. 1.3 supra) que, pour un même trajet, le tarif proposé par le taxi soit supérieur à celui proposé par un VSL (cf. 2.3.2 infra).

2.3.2. Il apparaît en effet que le coût d'un trajet en taxi est très sensiblement plus élevé que le coût d'un trajet en VSL, dans une proportion de l'ordre de 25 à 30%

Les données brutes disponibles font apparaître un coût moyen par trajet effectué en taxi **49% plus élevé à celui d'un trajet réalisé en VSL**. Le tableau 21 ci-dessous évalue le coût moyen trajets effectués en ambulance, en VSL ou en taxi par la division des montants remboursés en 2015 (régime général et sections locales mutualistes) par le nombre de transports effectués par chacun de ces modes de transports. Il fait apparaître un coût moyen par trajet réalisé en VSL de 32,8 €, contre un coût moyen de 48,9 € pour un trajet effectué en taxi.

Tableau 20 – Coûts moyen d'un trajet en ambulance, en VSL ou en taxi.

	Nombre de transports effectués en 2015	Montants remboursés en 2015	Coût moyen d'un trajet
Ambulances	14 547 132	1 321 738 525 €	90,9 €
Véhicules sanitaires légers	20 860 009	684 841 667 €	32,8 €
Taxis	27 919 779	1 366 326 774 €	48,9 €

Source : CNAMTS

Champs : soins liquidés en 2015 ; régime général et sections locales mutualistes ; France entière.

Toutefois, cette évaluation « brute » ne permet pas de conclure directement que le recours au taxi serait plus coûteux, dans cette proportion que le transport par VSL. En effet, ces coûts moyens ne prennent pas en compte le nombre de kilomètres parcourus. Or, cette donnée n'est pas disponible, compte tenu de l'absence de système d'information

Annexe III

fournissant des données précises sur la facturation des taxis (kilométrage, temps d'approche, temps d'attente, forfaits etc.).

Il est vrai que le dispositif actuel de prise en charge par l'assurance maladie, fondé sur des conventions départementales, prévoyant des remises et aménagements des tarifs fixés par arrêté préfectoral, eux-mêmes complexes, rend très difficile la mise en place d'un système d'information national. L'absence de généralisation d'outils de traçabilité et numérisés de transmission de données, de l'utilisation d'un distancier et de la transmission électronique des données par les entreprises de taxi accentue encore cette difficulté.

Recommandation N°18. **Mettre en place des dispositifs de traçabilité et de transmission dématérialisée et numérisée des données relatives aux trajets et à la facturation, notamment les points et horaires de départ du véhicule et de déclenchement du compteur, ceux de la prise en charge du patient, de sa dépose, de l'arrêt du compteur, et incluant les distances, la durée, la facturation et l'identité des véhicules et des conducteurs (cf. annexe VII « Plateformes de centralisation de la demande de transports » pour le détail des préconisations de la mission sur ces enjeux de dématérialisation).**

Recommandation N°19. **Imposer l'usage du « distancier » par le transporteur comme par le prescripteur pour s'assurer de la correcte mesure de la distance du trajet.**

Afin de rendre la comparaison possible, la CNAMTS a réalisé, en 2013, une étude portant sur un échantillon de patients dialysés, bénéficiant de transports itératifs effectués à la fois en taxi et en VSL. L'hypothèse sous-jacente est que le déplacement du patient est identique pour chacun de ces deux modes de transport et correspond au trajet entre son domicile et le centre de dialyse.

Cette étude montre que les trajets en taxis sont globalement plus chers de 25% à 30% que les trajets en VSL. Toutefois, ce constat doit être nuancé selon la distance du trajet ou selon le territoire :

- ◆ sur les petits trajets (inférieurs à 7 km parcourus) : pour 67% des patients, le trajet en taxi est moins cher d'au moins 10% ;
- ◆ sur les trajets de moyenne distance (entre 7 et 15 km parcourus) : pour 55% des patients, le trajet en taxi est moins cher d'au moins 10% ;
- ◆ Sur les longs trajets (entre 15 et 50km parcourus) : pour 73% des patients, le trajet est plus cher en taxi d'au moins 10%.
- ◆ Les résultats varient sensiblement d'une région à l'autre (cf. encadré ci-dessous).

L'avantage comparatif du taxi sur les petites distances s'explique par la part forfaitaire relativement élevée de la tarification des VSL (entre 11,97 et 13,85 €), comparée à la prise en charge des taxis (entre 1,47 et 3,44 €). A contrario, le moindre coût des VSL sur les trajets de moyenne et de longue distance tient à un tarif kilométrique généralement moins élevé que celui des taxis. Les différences entre régions résultent, quant à elles, pour l'essentiel, de l'existence de tarifs de prise en charge des trajets en taxis fixés au niveau départemental. L'étude a porté sur un nombre trop restreint de patients (745) pour permettre une analyse des prix relatifs des taxis et des VSL département par département.

Annexe III

Etude de la CNAMTS en 2013 visant à comparer les tarifs taxi et VSL sur un échantillon de dialysés (extraits)

1) **Champ de l'étude :**

- **Centres lourds** uniquement ;
- **Patients** : seuls ont été retenus ceux ne visitant qu'un seul centre de dialyse dans l'année, n'utilisant pas l'ambulance, ayant eu un minimum de 10 trajets en taxi et en VSL dans l'année. Pour chacun des patients, le transport pour dialyse devait représenter au moins 75% des dépenses de transport.
- **Prescripteurs de transport retenus** :
 - Pour les patients fréquentant un centre public de dialyse : seules les prescriptions de l'établissement ont été prises en compte ;
 - Pour les patients fréquentant un centre privé de dialyse : seules les prescriptions de l'établissement et celles des néphrologues ont été incluses ;

Source : les données de consommation inter régimes (DCIR) et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), année 2013 – régime général, hors SML.

1) **Echantillon retenu :**

- Nombre de patients : 745 ;
- Nombre de séances de dialyse : 92 193 séances ;
- Nombre de transports taxi : 80 892 ;
- Nombre de transports VSL : 124 508 ;
- Nombre de transports par séance de dialyse : 2,2 ;
- Dépenses remboursées de transports en taxi : 4,18 M d'€ ;
- Dépenses remboursées de transport en VSL : 4,4 M d'€.

2) **Résultats :**

Hypothèses retenues			Moyenne des montants moyen par trajet				Moyenne des montants médians par trajet		
Nb de trajets minimum par patient en taxi et en vsl	Nb de km moyens parcourus par trajet VSL	nb patients concernés	Taxi	VSL	surcote taxi en %	% patients ayant un trajet moins cher en taxi d'au moins 10%	Taxi	VSL	surcote taxi en %
10	tous trajets	745	48,17	37,04	30,0%	26,6%	48,01	36,05	33,2%
50	tous trajets	348	48,75	38,91	25,3%	17,2%	47,78	38,43	24,3%
10	<= 7 km	156	21,40	22,64	-5,5%	66,7%	24,36	23,79	2,4%
10	> 7 km et <= 15 km	126	28,38	26,23	8,2%	54,8%	30,80	27,08	13,7%
10	> 15 km et <= 50 km	390	53,84	39,75	35,4%	6,2%	53,81	38,66	39,2%
10	> 50 km et <= 100 km	67	106,87	70,26	52,1%	1,5%	95,03	62,54	52,0%

Annexe III

region	tous trajets		trajets <= 15 km		trajets > 15 km et <= 50 km	
	Nombre de patients	surcout taxi%	Nombre de patients	surcout taxi%	Nombre de patients	surcout taxi%
11- Ile-de-France	38	57,7%	22	58,7%	14	54,0%
21- Champagne-A	23	35,5%	7	-0,2%	10	19,2%
22- Picardie	31	12,2%	9	-47,2%	21	25,3%
24- Centre	44	44,8%	19	32,0%	24	48,0%
31- Nord-Pas-de-	36	-1,6%	17	-34,0%	16	15,0%
41- Lorraine	31	24,1%	5	-5,9%	22	23,5%
42- Alsace	34	-2,6%	13	-34,0%	19	6,7%
52- Pays-de-Loire	81	18,6%	27	-30,3%	49	29,1%
72- Aquitaine	79	54,3%	22	6,0%	46	72,4%
73- Midi-Pyrénées	68	20,0%	14	17,8%	45	21,4%
82- Rhône-Alpes	41	14,9%	17	-9,6%	21	20,5%
83- Auvergne	30	34,9%	11	16,2%	16	38,3%
91- Languedoc-Ro	26	21,0%	14	1,3%	9	21,6%
93- Provence-Alp	37	73,6%	25	15,7%	10	37,3%
Total général	745	30,0%	282	1,1%	390	35,4%

Selon de nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission, **ces différences tarifaires au sein du transport assis professionnalisé génèreraient des stratégies d'optimisation de la part des entreprises du secteur.**

En développant une activité de taxis, certaines sociétés de transport sanitaire, dites « bicéphales », ont étendu leur parc de véhicules effectuant du transport de patients au-delà des autorisations de mise en service de véhicules sanitaires délivrées par l'ARS. Elles ont surtout été en mesure d'affecter à la course de transport assis professionnalisé prescrite par le médecin le véhicule permettant de maximiser son rendement. Les logiciels des transporteurs seraient en mesure de réaliser des simulations permettant de faciliter la décision d'affectation d'un VSL ou d'un taxi. La mission n'a pas eu la possibilité de documenter le développement de telles stratégies. L'existence de sociétés juridiquement distinctes, mais en réalité dirigées conjointement, rend en effet délicate l'identification des sociétés de transport sanitaires ayant, parallèlement, une activité de taxi (cf. 2.1.1.2. supra).

Toutefois, **il apparaît hautement probable que la distorsion tarifaire entre VSL, taxis et ambulances ait eu un impact sur l'évolution de la structure de l'offre.** Les tarifs moins avantageux des VSL ont, selon toute vraisemblance, conduit au développement de l'offre d'ambulance dans les grandes agglomérations et à l'accroissement de l'offre de taxis conventionnés sur l'ensemble du territoire national (cf. 2.2.1.).

2.3.3. Des écarts sensiblement différents des coûts moyens des VSL et de taxis selon les départements

Comme cela a été souligné au paragraphe précédent (cf. 2.3.2), la comparaison des coûts moyens par trajet des VSL et des taxis ne permet pas de conclure au caractère systématiquement plus coûteux des taxis, quelle que soit la distance parcourue. Mais cette comparaison, quand elle est effectuée au niveau de chaque département et exprimée en valeur relative, permet d'évaluer l'importance du différentiel de prix et, partant, l'incitation pour les transporteurs de développer ou non l'offre de VSL par rapport à l'offre de taxis.

Le graphique ci-après montre, à cet égard, **des écarts de coût moyens des trajets en VSL et en taxi très substantiels entre les départements.** Si, en moyenne nationale, cet écart est de 49%, il atteint un seuil minimal de 5% seulement dans le département du Lot-et-Garonne, et

Annexe III

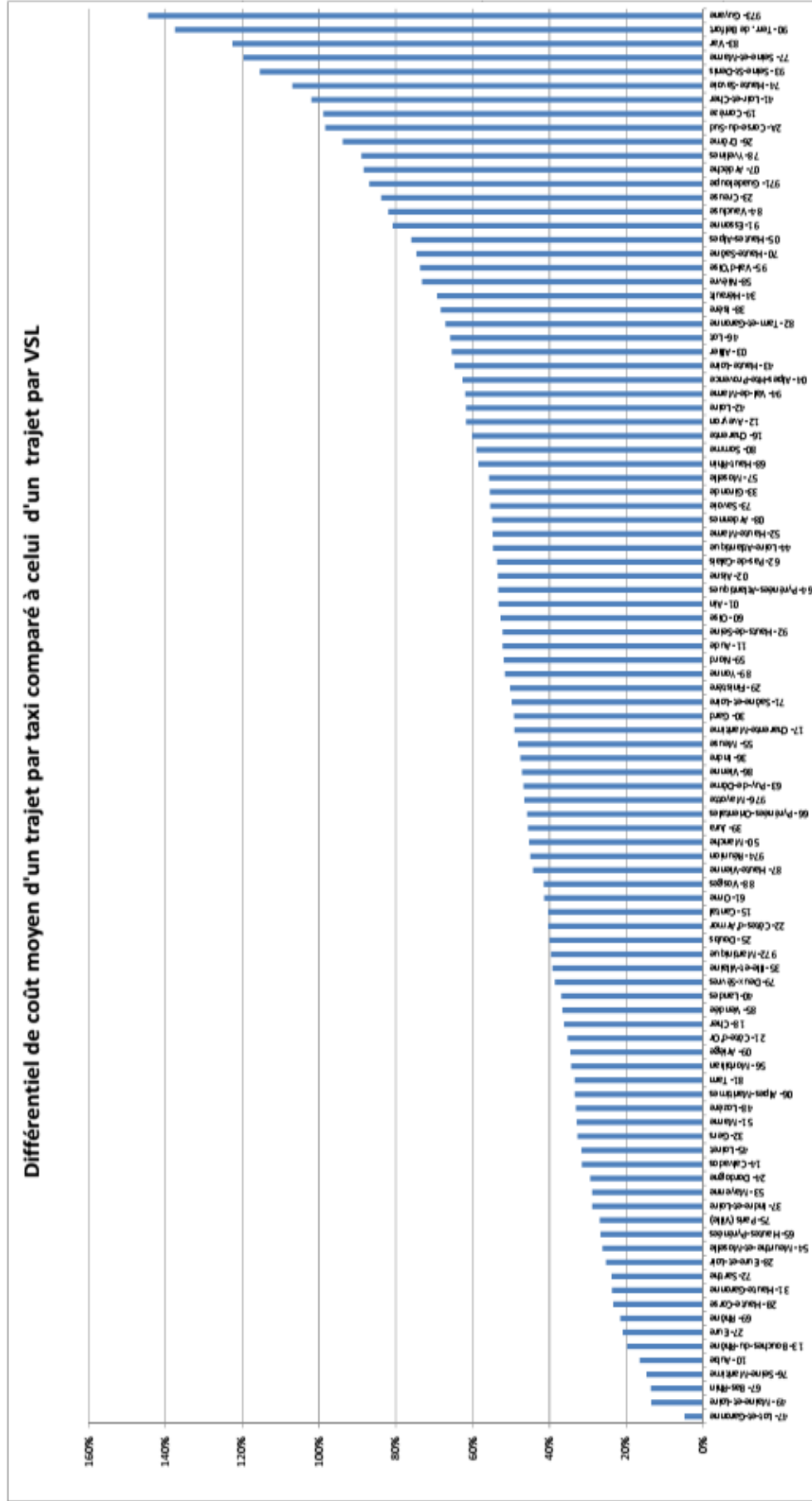
s'élève à son niveau maximal dans le département de la Guyane, avec un différentiel de 145%. Ces écarts semblent tenir, logiquement, à trois facteurs principaux :

- ◆ l'hétérogénéité des conventions fixant les tarifs des transports effectués par taxi au niveau départemental (cf. 1.2.2.) ;
- ◆ la distance moyenne parcourue par les patients des départements concernés ;
- ◆ l'importance des stratégies d'optimisation des transporteurs. En effet, le taxi étant plus cher que le VSL sur les distances moyennes et longues, le différentiel de coût entre taxis et VSL s'accroît dans les départements éloignés des centres hospitaliers majeurs. Ces écarts de coûts, lorsqu'ils sont importants, peuvent constituer une incitation à développer l'offre de taxi.

Comme il l'a été souligné au 1 supra, ces différences tarifaires ne semblent pas justifiées, dans la mesure où il s'agit de prestations au mieux comparables, voire pour lesquelles les contraintes des taxis sont inférieures à celles des VSL (contraintes d'équipement et de formation des équipages). Une convergence tarifaire et la recherche de tarifs forfaitaires semblent ainsi souhaitables (cf. Recommandations au 1 supra)

Annexe III

Graphique 23 – Comparaison entre départements du différentiel (évalué en pourcentage) entre le coût moyen d'un trajet en taxi et celui d'un trajet en VSL



Source : CNAMETS
Champs : soins liquidés en 2015 ; régime général et sections locales mutualistes ; France entière.

Liste des recommandations

- Recommandation N°1. *Fixer comme objectif, le respect, dans un délai de cinq ans, par chacun des départements, des quotas de véhicules de transports sanitaires fixés. Dans cette perspective : assurer la révision régulière des arrêtés fixant ou révisant les quotas départementaux de véhicules de transports sanitaires ; mettre en place un tableau de bord national, permettant un suivi par l'administration centrale des progrès réalisés par les départements dépassant le quota de véhicules sanitaires ; fournir aux ARS et CPAM un outil d'analyse de l'offre de transport sanitaire au niveau infra-départemental, afin de faciliter la gestion des autorisations. Exclure les véhicules nécessaires à l'activité à la charge des établissements de santé et gérés en régie des quotas départementaux de véhicules sanitaires.....6*
- Recommandation N°2. *Revisiter les rôles respectifs des ARS et des CPAM, en confiant aux premières des fonctions d'orientation stratégique et en confiant aux secondes l'ensemble des instruments de pilotage opérationnel (plafonds, agréments, autorisations).6*
- Recommandation N°3. *Rappeler aux directeurs généraux d'ARS de s'assurer du respect le plus strict possible des dispositions de l'article R.6312-37 du code de la santé publique, à l'occasion des demandes de cession d'autorisations de mise en service qui leurs sont soumises pour accord.8*
- Recommandation N°4. *Dans l'hypothèse où l'application de la recommandation n°3 ne suffirait pas pour lutter contre le développement d'un « marché gris » des autorisations de mise en service des véhicules, examiner la possibilité d'assurer l'incessibilité des agréments et autorisations de mise en service et envisager la fixation d'une durée aux agréments et aux autorisations de mise en service des véhicules de transports sanitaires. A l'instar des conventions conclues avec les taxis, la durée des agréments pourrait être limitée à cinq ans et celle des autorisations administratives ne pourrait avoir, comme date-butoir, une date qui excéderait la date d'expiration de l'agrément auquel elle est adossée8*
- Recommandation N°5. *Unifier les définitions du transport sanitaire ou du transport de patients dans le code de la santé publique et dans celui de la sécurité sociale ; réviser le référentiel de prescription de 2006 ; rappeler que la qualification de transport assis professionnalisé (TAP) est subordonnée au fait qu'il s'agit d'une prescription médicale et bien distinguer, selon l'état du patient, le mode de transport le plus adapté. 12*
- Recommandation N°6. *Mettre en œuvre, dans les mêmes conditions que pour les ambulances et les VSL, une régulation de l'offre de taxis conventionnés, aux fins d'assurer une cohérence globale dans la régulation de l'offre de véhicules de transports sanitaires et de transports assis professionnalisé. Lier la mise en place d'outils de contingentement de l'offre de taxis à l'adoption concomitante des mesures préconisées visant à assurer la convergence tarifaire avec les VSL. 15*

Annexe III

- Recommandation N°7. Prendre, dans les meilleurs délais, le décret d'application de l'article 65 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 afin d'autoriser les directeurs des ARS à contingenter le nombre de taxis conventionnés sur la base d'un examen global du besoin du territoire concerné en matière de transport sanitaire et de transport assis professionnalisé. 15
- Recommandation N°8. Réviser, sans délai et avec effet au 1^{er} janvier 2017, la décision du 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie, afin de porter à trois ans la durée nécessaire d'exploitation effective et continue des entreprises de taxi pour pouvoir adhérer à une convention locale de prise en charge par l'assurance maladie. 15
- Recommandation N°9. Attacher le conventionnement à l'exploitant du taxi et non à l'autorisation de stationnement (ADS), afin d'assurer la non-cessibilité du conventionnement. 16
- Recommandation N°10. Modifier l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports pour distinguer les cas de recours au VSL ou au taxi selon l'état du patient et mettre en conformité les formulaires administratifs concernés (prescription médicale, formulaire des transporteurs etc.) – cf. annexe V « Re-médicaliser la prescription en matière de transport et s'assurer de sa pertinence ». 27
- Recommandation N°11. Engager, a minima, la convergence tarifaire entre taxis et VSL, afin de rétablir la cohérence entre le niveau de prise en charge par l'assurance maladie et les obligations particulières auxquelles sont soumis les VSL. 27
- Recommandation N°12. Préparer cette convergence tarifaire, en désindexant les tarifs applicables aux taxis, lorsqu'ils effectuent du transport assis personnalisé, « des tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation applicables à ce secteur ». 27
- Recommandation N°13. Modifier l'article L. 322-5 du Code de la Sécurité sociale, en supprimant l'occurrence : « ... qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur », ainsi que dans l'ensemble des textes d'application, dont la décision du directeur générale de l'UNCAM précitée du 8 septembre 2008. 27
- Recommandation N°14. Introduire un premier alinéa à l'article 1 du décret n° 2015-1252 du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des courses de taxi, précisant que les dispositions du présent décret ne s'appliquent pas aux tarifs de la course de taxi lorsque ce dernier effectue une course de transport assis professionnalisé. 28
- Recommandation N°15. Dans le cadre de la révision de l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale, préconisée ci-dessus, introduire une disposition mettant fin à la clause d'indexation des conventions passées entre les taxis et l'assurance maladie. 28
- Recommandation N°16. Mettre à disposition de tout prescripteur les instruments, matériels ou dématérialisés, permettant de mesurer, pour chaque transport en cours de prescription et selon l'état du patient, le trajet et le mode de transport les moins onéreux. 28

Annexe III

- Recommandation N°17. *Etablir, pour les VSL et les taxis, des tarifications au forfait communes pour les transports à l'intérieur des agglomérations et étudier les conditions d'extension de ce principe à d'autres situations (par exemple : ville-centre au centre hospitalier de rattachement ou de soin, lorsque ce dernier est situé en-dehors de l'agglomération de résidence du patient)..... 29*
- Recommandation N°18. *Mettre en place des dispositifs de traçabilité et de transmission dématérialisée et numérisée des données relatives aux trajets et à la facturation, notamment les points et horaires de départ du véhicule et de déclenchement du compteur, ceux de la prise en charge du patient, de sa dépose, de l'arrêt du compteur, et incluant les distances, la durée, la facturation et l'identité des véhicules et des conducteurs (cf. annexe VII « Plateformes de centralisation de la demande de transports » pour le détail des préconisations de la mission sur ces enjeux de dématérialisation)..... 60*
- Recommandation N°19. *Imposer l'usage du « distancier » par le transporteur comme par le prescripteur pour s'assurer de la correcte mesure de la distance du trajet. 60*

Annexe III

LISTE DES DOCUMENTS ET TABLEAUX JOINTS

Pièce-jointe III A - Convention type entre l'assurance-maladie et une société de taxis

Pièce-jointe III B - Arrêté du 20 mars 1990 modifié fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres, y compris les VSL (et ses annexes)

Pièce-jointe III C - Données départementales : nombre d'ADS et nombre de taxis agréés (données 2015), dépenses de taxis effectuées par les CPAM et CA taxis INSEE (données 2013)

Pièce-jointe III D - Répartition par département des principales grandeurs du secteur des ambulances et VSL (code NAF 8690A)

Pièce-jointe III E - Répartition par département des principales grandeurs du secteur des taxis (code NAF 4932Z)

Pièce-jointe III F - Outil d'analyse de l'offre de transport élaboré dans la région Nord-Pas-de-Calais

Pièce-jointe III A
Convention type entre l'assurance-maladie et une société de taxis

JORF n°0222 du 23 septembre 2008

Texte n°21

Décision du 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie

NOR: SJSU0820472S

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2008/9/8/SJSU0820472S/jo/texte>

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,

Vu l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale,

Après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur des taxis,

Décide :

Article 1

La convention visée à l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est signée entre l'entreprise de taxi et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle l'autorisation de stationnement du véhicule est délivrée.

Ces conventions ont pour objet de fixer les tarifs de responsabilité des courses de taxis réalisées par les entreprises de taxi et les conditions particulières de dispense d'avance des frais de ces transports, pour les assurés sociaux. Elles conditionnent le remboursement par l'assurance maladie des frais des transports effectués par les entreprises de taxi pour les véhicules mentionnés dans la convention.

Elles doivent être conformes au modèle type joint en annexe.

Article 2

Les tarifs négociés localement ne doivent pas être supérieurs à ceux qui sont fixés dans le département par le préfet représentant de l'Etat et tiennent compte de l'ensemble de leurs composantes au sens de l'arrêté du 2008 du ministre de l'économie, des finances et de l'emploi relatif aux tarifs des courses de taxi (publié au Journal officiel du 16 février 2008).

Compte tenu de la solvabilité apportée par l'assurance maladie à ses assurés, ces tarifs comportent une réduction en rapport aux tarifs fixés par le préfet.

Lorsque le transport assis professionnalisé des assurés par des véhicules de taxis faisait déjà l'objet d'une convention avant le 1er juin 2008, le pourcentage de la remise ne peut excéder de 5 % du tarif préfixé par la réduction tarifaire prévue par la convention antérieure. Lorsque aucune convention ne prévoyait de telle réduction, ce pourcentage ne peut être supérieur de plus de cinq points à celui de la remise minimum. La remise ne peut être supérieure à 15 % des tarifs fixés par le préfet.

Dans les départements à quatre tarifs au sens de l'article 3 de l'arrêté du 13 février 2008, susmentionné, la remise ne peut être inférieure à un minimum de 5 % pour :

- les trajets avec retour à vide à la station légalement pris en charge par l'assurance maladie ;
- les trajets avec retour en charge à la station pour les transports en série au sens du e de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres et les transports exposés sur une distance de plus de 150 kilomètres légalement pris en charge par l'assurance maladie.

Annexe III

Dans les départements à trois tarifs au sens des articles 4 et 5 de l'arrêté du 13 février 2008, cette remise sera inférieure à un minimum de 5 % pour les transports en série au sens de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres et les transports exposés sur une distance de plus de 150 kilomètres légalement pris en charge par l'assurance maladie.

Article 3

Ces conventions comportent obligatoirement des clauses relatives :

- aux modalités de mise en œuvre de la dispense d'avance des frais ;
- à la télétransmission.

Elles peuvent comporter une clause facultative relative au recours à un mandataire de paiement.

Article 4

L'assurance maladie informe les assurés concernés de l'offre de taxis conventionnés par commune de rattachement.

Article 5

Les caisses primaires d'assurance maladie proposent aux représentants de la profession la mise en place d'une commission locale de concertation.

Article 6

Les conventions locales signées en application de la présente décision qui ne respectent pas les dispositions du modèle national type sont nulles et non avenues.

Article 7

La présente décision et son annexe seront publiées au Journal officiel de la République française.

Annexe

A N N E X E

CONVENTION TYPE ENTRE LES ENTREPRISES DE TAXIS ET LES ORGANISMES LOCAUX D'ASSURANCE MALADIE

Entre

La caisse primaire d'assurance maladie :

(nom de l'organisme),

(adresse)

Et

L'entreprise de taxi :

(raison sociale)

(adresse)

(n°...)

Article 1er Objet

Vu l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale ;

Vu la décision du directeur général de l'UNCAM du... /... /... relative à l'établissement d'une convention

Annexe III

destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie publiée au Journal officiel /... ;

Les soussignés conviennent des dispositions suivantes, qui ont pour objet de fixer les tarifs de respons courses de taxis réalisées par l'entreprise et les conditions particulières de dispense d'avance de transport effectués dans les véhicules de l'entreprise, pour l'ensemble des assurés sociaux.

Article 2 Caractéristiques de la prestation

La prestation donnant lieu à prise en charge au titre de l'assurance maladie est le transport assis profes prescrit à un assuré social ou à son ayant droit pour la délivrance de soins ou le suivi d'une thérapie.

Cette prestation doit être conforme aux dispositions prévues par le décret n° 2006-1746 du 23 décembre par l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription de transport. A ce titre, elle com aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule, une transmission des informations né l'équipe soignante, le respect rigoureux des règles d'hygiène et la prévention du risque infectieux.

En outre, l'entreprise de taxis s'engage à conserver à bord du véhicule une trousse de secours dont la co minimale est précisée à l'annexe VI.

L'entreprise de taxis respecte la législation et la réglementation du secteur des taxis, notamment l imposées au véhicule et à l'exercice de la profession d'exploitant taxi, ainsi que les obligations de continue qui s'imposent aux professionnels du taxi.

Article 3 Conditions préalables au conventionnement

La présente convention n'est conclue que pour le (ou les) véhicule (s) :

– exploités de façon effective et continue en taxi conformément à une autorisation de stationnement cr plus de deux ans avant la date de signature de la présente convention,

ou

– exploités de façon effective et continue conformément à une autorisation de stationnement de moir ans à la date du 1er juin 2008 et ayant été utilisés pour le transport de malade assis avant le 1er juin 200 et pour lesquels les justificatifs suivants ont été fournis :

– photocopie conforme de la carte d'immatriculation au répertoire des métiers et / ou au registre du co des sociétés ;

– photocopie conforme ou attestation de l'autorisation de stationnement du véhicule conventionné ;

– photocopie conforme de la carte grise du véhicule conventionné ;

– photocopies conformes de la carte professionnelle du conducteur et du contrat de travail ou de locat à l'exploitant.

La liste de ces véhicules et conducteurs figure dans l'annexe I de la présente convention.

Aucune demande de conventionnement ne peut être acceptée par la caisse primaire d'assurance l'entreprise de taxi ou son gérant a fait l'objet, par les tribunaux, dans les 3 ans qui précèdent, d'une con définitive pour fraude (notamment au titre des articles L. 114-13 et L. 377-2 et suivants du code de sociale) dans ses rapports avec l'assurance maladie.

Article 4 Respect des conditions de conventionnement

Seul ouvre droit à remboursement de l'assurance maladie le transport effectué avec un conducteur et u déclarés dans l'annexe I à la présente convention.

Toute modification des éléments figurant dans l'état récapitulatif figurant en annexe I fait l'objet d'une ir écrite adressée à la caisse dans les 15 jours calendaires suivant le premier jour du changement effectif, le la poste faisant foi. Les justificatifs correspondants sont joints à cette information.

Toutefois, si la modification ne porte que sur un changement provisoire de conducteur pour une duré inférieure à 15 jours calendaires, l'entreprise n'est pas tenue à cette obligation d'information écrite mai ces informations, ainsi que leurs justificatifs, à disposition de la caisse en cas de contrôle.

Annexe III

Avant le 31 janvier de chaque année civile, l'entreprise signataire adresse à la caisse signataire un récapitulatif en remplacement du précédent.

A défaut de communication d'un des justificatifs demandés ou du nouvel état récapitulatif annuel, com de non-respect des délais mentionnés ci-dessus, la caisse notifie à l'entreprise la suspension de la prise des prestations réalisées par lettre recommandée avec avis de réception. La suspension intervient de 30 jours à compter de la réception de la notification de la suspension.

La rétrocession de course n'est prise en compte que si la course correspondante est réalisée par un v transport assis professionnalisé faisant l'objet d'une convention signée, sur le fondement de l'article L code de la sécurité sociale, entre un organisme d'assurance maladie et l'entreprise qui l'exploite.

Article 5 Eléments d'identification conditionnant le remboursement de la prestation

L'entreprise signataire aura obligation d'utiliser les nouveaux imprimés de facturation, dès leur homologation par le ministère, et d'y porter les mentions relatives au numéro SIRET de l'entreprise signataire et au numéro de plaque minéralogique du véhicule conventionné.

Article 6 Modalités de remboursement

1. Utilisation des imprimés préétablis

Les transports de malades sont soumis à prescription médicale. Les frais de transport des malades ou blessés sont remboursés au titre des prestations légales dans les situations prévues par le décret n° 2006-177 du 14 décembre 2006 relatif aux conditions de prise en charge des frais de transport.

L'entreprise utilise les supports de facturation — sur papier ou électroniques — conformes aux modèles définis par les lois et règlements en vigueur.

2. Télétransmission des supports de facturation

L'entreprise et la caisse primaire d'assurance maladie conviennent des modalités d'accès de l'entreprise à la télétransmission des facturations définies à l'annexe II, afin d'accélérer les délais de remboursement des prestations.

3. Mandataire de paiement

L'entreprise peut avoir recours à un mandataire de paiement, selon les modalités définies à l'annexe III de la présente convention.

Article 7 Conditions d'application de la dispense d'avance des frais

Sont dispensés de l'avance des frais les assurés bénéficiant d'un droit à l'application d'une telle disposition de la loi, et notamment les bénéficiaires de la CMU-C conformément aux dispositions des articles L861-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

L'entreprise signataire accorde également, dans les conditions prévues à l'annexe IV, la dispense d'avance des frais dans les cas ne résultant pas d'une obligation légale.

Article 8 Dispositions tarifaires

Les tarifs de l'entreprise signataire sont définis par l'annexe V à la présente convention.

Ces tarifs, négociés localement sans pouvoir être supérieurs à ceux fixés par le représentant de l'Etat dans le département, sont conformes aux limites fixées par la décision du directeur de l'UNCAM publiée au Journal Officiel du département.

L'entreprise signataire fait apparaître auprès des assurés par un logo type conforme au modèle défini à l'annexe VI l'assurance maladie que le véhicule est autorisé à prendre en charge les assurés sociaux de l'assurance maladie dans le cadre de la présente convention.

L'assurance maladie informe les assurés concernés de l'offre de taxis conventionnés par convention de rattachement.

Article 9 Résiliation

Annexe III

I. Si l'entreprise ne remplit plus les conditions réglementaires d'exploitation des taxis ou perd ses autorisations de stationnement, la résiliation de la présente convention intervient de droit au jour où la caisse primaire d'assurance maladie en est informée.

II.-Si l'entreprise fait l'objet d'une condamnation, notamment en application des articles L. 114-13 et L. 114-14 suivants du code de la sécurité sociale, et dans le cas où l'entreprise de taxis ne respecte pas les engagements déterminés par la présente convention, notamment ceux figurant aux articles 2, 3, 4, 6 et 8, la caisse primaire d'assurance maladie adresse à celle-ci un courrier motivé l'informant de son intention de résilier la convention. Le courrier est adressé en recommandé avec avis de réception.

L'entreprise dispose d'un délai de 21 jours à compter de la réception de ce courrier pour présenter ses observations par courrier recommandé avec demande d'avis de réception adressé au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie. L'entreprise peut, dans le même délai, saisir la commission de concertation locale mentionnée à l'article 5 de la décision du directeur général de l'UNCAM visée par la présente convention.

Lorsqu'elle est saisie, la commission dispose d'un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la saisine pour rendre son avis au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie. L'entreprise doit présenter ses observations à cette commission avant qu'elle ne rende son avis.

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie peut résilier la présente convention à l'expiration du délai de 21 jours suivant la réception du courrier mentionné au troisième paragraphe du présent article si l'entreprise n'a pas présenté ses observations par écrit ni saisi la commission, à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception des observations adressées par l'entreprise ou à l'expiration du délai d'un mois suivant la saisine de la commission.

III.-La résiliation est notifiée par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie par courrier recommandé avec avis de réception.

Article 10 Entrée en vigueur et durée de la convention

La présente convention entre en vigueur à compter de la date de sa signature.

Elle est conclue pour un an. Elle est renouvelable par tacite reconduction et pour une durée au plus égale à deux ans.

Elle peut être dénoncée, notamment en cas de modification législative ou réglementaire substantiellement ses dispositions, par l'une des parties signataires deux mois au moins avant son échéance, par lettre recommandée avec avis de réception.

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,

Le représentant de l'entreprise,

A N N E X E 1 VÉHICULES AUTORISÉS

Conformément aux dispositions de l'article 4, ouvrent droit à remboursement par l'assurance maladie, dans les conditions précisées par la présente convention les transports effectués par les véhicules et conducteurs mentionnés dans l'état récapitulatif suivant.

L'entreprise signataire fournit à la caisse primaire d'assurance maladie les informations figurant dans l'état récapitulatif suivant, accompagnées de leurs justificatifs, comme il est précisé à l'article 3.

Annexe III

IMMATRICULA de chaque véhicule conventionné de l'entreprise	N° D'AUTO- RISATION de station- nement	DATE de délivrance de l'autorisation de stationnement	COMMUNE de rattachement de l'autori- sation de station- nement	NOM ET PRÉNOM de chaque conducteur	DATE ET LIEU d'obtention de la carte professionnelle de chaque conducteur

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,

Le représentant de l'entreprise,

A N N E X E 2 T É L É T R A N S M I S S I O N D E S S U P P O R T S D E F A C T U R A T I O N

Les parties signataires conviennent de la nécessité de développer la télétransmission des supports de facturation mentionnée au 2 de l'article 6 de la présente convention.

L'entreprise de taxi privilégie la facturation par télétransmission. Elle dispose d'un délai de..... à compter de la signature de la présente convention pour mettre en œuvre la télétransmission de flux par la norme B2.

En contrepartie, l'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'optimisation des échanges dématérialisés permettant d'accélérer les règlements.

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,

Le représentant de l'entreprise,

A N N E X E 3 M A N D A T A I R E S D E P A I E M E N T

L'entreprise de taxi signataire peut donner mandat à un groupement ou à une autre personne physique pour la gestion de ses règlements.

A ce titre, les parties conviennent des dispositions suivantes :

L'entreprise signataire de la présente convention informe la caisse primaire d'assurance maladie qu'elle donne mandat à un groupement ou à une autre personne physique ou morale pour la gestion de ses règlements de la caisse primaire d'assurance maladie en prend acte à réception de la copie conforme du contrat écrit justifiant que le mandataire bénéficie de la personnalité juridique et que la mission définie par ledit mandat correspond à la facturation de prestations de transport assis professionnalisé prescrit à un assuré social définies à l'article 2 de la présente convention.

L'entreprise de taxis est seule redevable du respect de ses obligations légales, réglementaires et conventionnelles. La caisse primaire d'assurance maladie, pour sa part, ne communiquera toute information ou notification

Annexe III

exemple, information sur les rejets, signalement à la suite de facturation, etc.) qu'à l'entreprise contractante.

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,
Le représentant de l'entreprise,

A N N E X E 4 DISPENSE D'AVANCE DES FRAIS

Conformément à l'article 7 de la présente convention, les parties signataires conviennent que l'entreprise fait bénéficier les assurés sociaux et leurs ayants droit de la dispense d'avance des frais dans les conditions suivantes :

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,
Le représentant de l'entreprise,

A N N E X E 5 ANNEXE TARIFAIRE

En application de l'article 8 de la présente convention et conformément à la décision du directeur général de l'UNCAM du 8 septembre 2008, les parties signataires conviennent des tarifs suivants :

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,
Le représentant de l'entreprise,

A N N E X E 6 COMPOSITION DE LA TROUSSE DE SECOURS

La trousse de secours visée par l'article 2 de la présente convention est composée, au minimum, des matériels et produits suivants :

Coupures :

1 boîte de compresses stériles 10 cm × 10 cm ;

1 pansement stérile absorbant dit « américain » 20 cm × 40 cm.

Bandes :

1 bande extensible 4 m × 10 cm.

Accessoires :

1 solution antiseptique bactéricide non iodée ;

1 paire de ciseaux universels « bouts mousse » ;

2 clips de fixation pour bandes ;

1 paire de gants stériles ;

sucre en morceaux.

Fait à..., le...

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie,
Le représentant de l'entreprise,
Fait à Paris, le 8 septembre 2008.

F. van Roekeghem

Pièce-jointe III B

Arrêté du 20 mars 1990 modifié fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres, y compris les VSL (et ses annexes)

Arrêté du 20 mars 1990 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres

NOR: SPSP9001042A

Version consolidée au 31 décembre 2020

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 51-1 à L. 51-5 ;

Vu le code de la route ;

Vu le décret n° 78-109 du 1er février 1978 fixant les mesures destinées à rendre accessibles aux personnes handicapées à mobilité réduite les installations neuves ouvertes au public ;

Vu le décret n° 80-284 du 17 avril 1980 relatif au classement des établissements publics et privés assurant le service public hospitalier, et notamment son article 11 ;

Vu le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres, et notamment ses articles 2 et 7,

Article 1

Abrogé par Arrêté du 10 février 2009 - art. 1

L'arrêté du 22 février 1988 fixant les conditions demandées aux véhicules et aux installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres est abrogé.

Article 2

Abrogé par Arrêté du 10 février 2009 - art. 1

Les véhicules spécialement adaptés aux transports sanitaires terrestres des catégories A, C et D prévues à l'article 2 du décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 répondent aux conditions minimales figurant à l'annexe I du présent arrêté.

Les véhicules en service à la date de publication de l'annexe I du présent arrêté bénéficient d'un délai de mise en conformité avec les dispositions de l'annexe, expirant six mois après sa publication.

Article 3

Abrogé par Arrêté du 10 février 2009 - art. 1

Les installations matérielles prévues à l'article 7 du décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 répondent aux conditions figurant à l'annexe II du présent arrêté.

Article 4

Abrogé par Arrêté du 10 février 2009 - art. 1

Le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexes

Conditions exigées des véhicules des transports sanitaires terrestres des catégories A, C ET D.

ANNEXE I

Modifié par Arrêté 2005-02-07 art. 1 JORF 25 février 2005

Abrogé par Arrêté du 10 février 2009 - art. 1

I. - Catégorie A : ambulance de secours et de soins d'urgence (A.S.S.U.)

1. Caractéristiques générales

a) L'A.S.S.U. est exclusivement réservée au transport sanitaire en position allongée et doit permettre d'effectuer les soins d'urgence nécessités par l'état du patient. Elle est en permanence aménagée à cet effet ;

b) Elle est dotée des dispositifs spéciaux de signalisation conformes aux dispositions des articles R. 92 et R. 96 du code de la route ;

c) Sa suspension doit être adaptée au transport sanitaire de personnes allongées sur un brancard ;

d) Son gabarit doit permettre l'accès à l'ensemble du réseau routier : sa hauteur ne peut donc excéder 2,60 mètres ;

e) La carrosserie est extérieurement blanche ;

f) L'A.S.S.U. comporte une cabine de conduite et une cellule sanitaire séparées, la liaison phonique et le contact visuel de l'une à l'autre restant assurés ;

g) La roue de secours et le matériel de réparation et d'entretien sont placés hors de la cellule sanitaire ; il doit pouvoir y être accédé facilement, sans gêner le travail de l'équipe de soins.

2. Caractéristiques de la cellule sanitaire

a) La cellule sanitaire est suffisamment vaste :

- pour qu'un adulte s'y tienne debout,

- pour contenir un brancard convenant à un adulte, tête à l'avant,

- pour qu'il soit possible de circuler des deux côtés du brancard et à la tête du patient, afin de permettre la pratique des gestes de réanimation respiratoire ;

b) Elle doit en outre préserver les espaces suffisants pour les aménagements et le matériel prévus ci-après ;

c) La cellule doit s'ouvrir aisément et largement par l'arrière, de l'intérieur comme de l'extérieur, pour permettre les manœuvres de brancardage ;

d) Le plan du brancard, qui comporte un dispositif de verrouillage du brancard, amène celui-ci au maximum à hauteur de taille d'un homme adulte, de manière à permettre l'accomplissement des gestes infirmiers et médicaux requis par l'état du patient

e) Les revêtements intérieurs permettent l'isolation acoustique et thermique de la cellule ; ils sont lavables et résistants aux procédés usuels de désinfection ;

f) La cellule comporte deux places assises ;

g) Des baies vitrées, éventuellement des lanterneaux, permettent l'éclairage naturel de la cellule ; des dispositifs électriques, commandés de la cellule, assurent un éclairage suffisant :

- pour permettre la nuit la rédaction de documents,

- pour permettre l'accomplissement des gestes infirmiers et médicaux de précision sur le brancard et le plan de travail,

- pour permettre les gestes de petite chirurgie ;

Annexe III

- h) Un dispositif commandé de la cellule permet une ventilation efficace ;
- i) Un dispositif commandé de la cellule permet d'y maintenir même à l'arrêt du véhicule une température comprise entre 15 et 30 degrés, quelle que soit la température extérieure, et compatible avec l'état du patient ;
- j) La cellule comporte plusieurs dispositifs porte-perfusions ;
- k) Les parois présentent la possibilité de fixer solidement les appareils médicaux courants ;
- l) La cellule est équipée en outre :
 - d'un plan de travail,
 - de tiroirs et d'un ou plusieurs placards, capables de rester fermés malgré les vibrations et les mouvements du véhicule, et aisément nettoyables, d'un ou plusieurs espaces libres de rangement,
 - d'un lavabo et son réservoir d'alimentation en eau ;
- m) La cellule et les aménagements ne présentent aucune aspérité, saillie, ni angles vifs, des mains courantes sont prévues ;
- n) La cellule est dotée d'un prééquipement électrique (220 V et 12 V) permettant le fonctionnement des appareils nécessaires aux soins de réanimation et d'un prééquipement pour le matériel de radiocommunication ;
- o) Elle est dotée :
 - d'un dispositif mobile d'oxygénothérapie homologué, comprenant au moins deux bouteilles d'oxygène d'un mètre cube normobare chacune, portables, dont l'une au moins, aisément accessible, est munie d'un débitmètre gradué en litres d'oxygène par minute, faisant corps avec un manodétendeur,
 - d'un insufflateur manuel homologué pouvant être utilisé en cas d'urgence,
 - d'un dispositif mobile d'aspiration de mucosités homologué,
 - du nécessaire de secourisme d'urgence défini au paragraphe VI ci-après ;
- p) Dans les véhicules des services mobiles d'urgence et de réanimation, dont sont dotés en propre les établissements hospitaliers, le matériel défini au o ci-dessus peut être remplacé par le matériel de réanimation adapté aux interventions médicalisées de ces services, et déterminé par le médecin chef de service.

II. - Catégorie C : ambulance

Les véhicules de catégorie C répondent aux conditions minimales suivantes :

- a) Ils sont réservés au transport sanitaire, d'un patient unique et sont aménagés à cette fin de façon permanente ; les transports simultanés ne sont autorisés que pour une mère et son nouveau-né, ou pour des nouveau-nés de la même fratrie ;
- b) Les véhicules sont munis des dispositifs spéciaux lumineux et sonore respectivement prévus par les articles R. 92 et R. 96 du code de la route ;
- c) La roue de secours ainsi que le matériel de réparation et d'entretien sont placés hors de la cellule sanitaire, qui est séparée de la cellule de conduite par une cloison ;
- d) Les véhicules sont du genre véhicule automoteur spécialisé (V.A.S.P.), carrosserie ambulance, ou d'un genre et d'une carrosserie anciens correspondants ; la carrosserie, entièrement rigide, est extérieurement blanche ;
- e) Les revêtements intérieurs des parois ainsi que ceux du sol et des sièges doivent être lavables et résistants aux procédés usuels de désinfection ;
- f) La cellule sanitaire doit s'ouvrir aisément par l'arrière pour permettre les manoeuvres de brancardage, et comporter un dispositif d'arrimage du brancard au plancher ;
- g) La cellule comporte un dispositif d'éclairage et de chauffage et un système spécial de ventilation dont les réglages sont indépendants de ceux de la cellule de conduite ;

Annexe III

h) Elle est dotée :

- du matériel décrit au I, o, ci-dessus,
- d'un dispositif fixe permettant de recevoir un flacon de perfusion de 0,5 litre ;

i) La cellule sanitaire est suffisamment vaste :

- pour contenir un brancard convenant à un adulte,
- pour qu'un accompagnateur, dont le siège est prévu, puisse se tenir assis à côté du patient, de façon à assurer sa surveillance durant le transport.

III. - Catégorie D : véhicules sanitaires légers

Les véhicules sanitaires légers répondent aux conditions minimales suivantes :

- Ils sont du genre voiture particulière (V.P.), carrosserie conduite intérieure (C.I.) à quatre portes latérales ;
- La carrosserie est entièrement rigide, extérieurement blanche ;
- Le siège du passager avant est réglable en longueur, son dossier est inclinable et comporte un appui-tête d'origine
- Les places avant sont dotées de ceintures de sécurité à enrouleur ;
- Les garnitures intérieures sont lavables et résistantes aux procédés usuels de désinfection ;
- Le véhicule est doté du nécessaire de secourisme d'urgence définie au paragraphe VI ci-après.

IV. - Mentions apposées sur les véhicules de catégories A, C et D

1. Insigne distinctif :

- Les véhicules répondant aux conditions minimales prévues par la présente annexe portent l'insigne distinctif des transports sanitaires agréés, qui consiste en une croix régulière à six branches, l'une étant placée dans la position verticale, s'inscrivant dans un cercle théorique de 0,2 mètre de rayon au minimum, et de 0,25 mètre au maximum, la largeur de chaque branche étant la moitié de la longueur. La couleur de cet insigne est bleu ;
- L'insigne distinctif est apposé de manière inamovible sur le capot et les portières avant des véhicules ; il peut également figurer sur la partie arrière de la carrosserie.

2. Identification du titulaire de l'agrément :

- Doit figurer, à un emplacement visible distant d'au moins 0,5 mètre du centre de l'insigne distinctif, inscrit en caractères de couleur bleue uniforme, de dimensions identiques, et d'une hauteur égale au plus à 0,15 mètre, le nom commercial sous lequel est exercée l'activité de transport sanitaire terrestre ou la dénomination de la personne physique ou morale titulaire de l'agrément ;
- Les véhicules des moyens mobiles de secours et de soins d'urgence, dont sont dotés en propre les établissements hospitaliers, sont de couleur blanche et portent l'insigne distinctif ci-dessus défini ainsi que les mentions suivantes, inscrites en lettres bleues : S.A.M.U. suivi du numéro de département : S.M.U.R. suivi du nom du centre hospitalier de rattachement.

3. Autres mentions :

D'autres mentions, liées à l'activité de transport sanitaire du titulaire de l'agrément, peuvent être apposées, sous réserve qu'elles n'affectent pas par leurs dimensions ou leur nombre la dominante blanche de la carrosserie, la dominante bleue des mentions ; elles doivent en particulier :

- être au nombre maximum de deux, apposées au plus deux fois chacune ;
- pour les inscriptions, être composées de caractères de dimensions inférieures à celles de la mention prévue au a ci-dessus ;
- pour les emblèmes, logogrammes, être de dimensions inférieures à celles de l'insigne distinctif.

4. Dans tous les cas, les mentions apposées sont conformes aux dispositions de l'article 17 du décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 susvisé.

Annexe III

V. - Désinfection des véhicules de catégories A, C et D

Les véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire terrestre sont désinfectés dans les conditions prévues au chapitre II du titre Ier du livre Ier du code de la santé publique.

VI. - Nécessaire de secourisme d'urgence

1. Le nécessaire de secourisme d'urgence dont sont dotés les véhicules des catégories A, C et D est composé des produits et matériels suivants. Toutefois, le matériel d'immobilisation prévu ci-après n'est pas exigé pour les véhicules de catégorie D.

A. - Pansement et protection

- a) Bandes élastiques type Velpeau : largeur 5 cm : 1 ; largeur 10 cm : 1 ;
- b) Compresse de gaze stérile de taille environ 7,5 " 7,5 cm : 20 ;
- c) Pansement stérile absorbant (dit "américain") de taille environ 20 " 40 cm : 2 ;
- d) Rouleaux de ruban adhésif parapharmaceutique, largeur 2 cm : 2 ;
- e) Drap stérile (tissu ou non tissé, ou drap isotherme) de taille environ 2 " 1 mètre : 1 ;
- f) Champ stérile de taille environ 75 " 75 cm : 1 ;
- g) Paires de gants stériles usage unique de taille moyenne : 2 ;
- h) Solution antiseptique bactéricide non iodée, en conditionnement d'origine, minimum : 0,25 litre ;
- i) Clamp de Barr stérile usage unique : 1 ;
- j) Couverture isotherme : 1.

B. - Immobilisation

- a) Attelles pour membres inférieurs : 2, pour membres supérieurs : 2 ;
- b) Colliers cervicaux antiflexion : petite, moyenne et grande taille : 1 de chaque.

C. - Divers

- a) Paire de ciseaux universels "bouts mousse" : 1 ;
- b) Pince à écharde : 1 ;
- c) Canules oropharyngées : petite, moyenne et grande taille : 1 de chaque ;
- d) Canule de bouche à bouche : 1 ;
- e) Rasoir de sûreté : 1 ;
- f) Lampe électrique à pile : 1 ;
- g) Sucre en morceaux, minimum : 5 ;
- h) Stylo et carnet : 1 + 1 ;
- i) Sacs poubelles 10 litres, minimum : 10 ;
- j) Bassin : 1 ;
- k) Urinal : 1.

2. Le nécessaire de secourisme d'urgence, à l'exception du bassin et de l'urinal, est rassemblé dans un contenant unique, portable, réservé à cet usage, et protégeant des projections et de la poussière ; le bassin et l'urinal sont rangés à part dans un second contenant, présentant les mêmes caractéristiques.

Les matériels d'immobilisation compte tenu de leurs dimensions peuvent également être rangés à part, dans les mêmes conditions de protection.

3. Le nécessaire de secourisme d'urgence est maintenu en état d'usage et de propreté sous la responsabilité du titulaire de l'agrément, qui assure le remplacement des produits et des matériels périmés, hors d'usage, ou dont la stérilité n'est plus garantie.

4. Dans les véhicules des services mobiles d'urgence et de réanimation, dont sont dotés en propre les

Annexe III

établissements hospitaliers, le nécessaire de secourisme d'urgence défini ci-dessus est remplacé par les produits et matériels adaptés aux interventions médicalisées de ces services, et déterminés par le médecin chef de service.

5. Le transport de nouveau-nés et nourrissons nécessite les matériels ci-dessous :

a) Nacelle et filet de protection, couffin et siège auto homologué, avec mode de fixation de sécurité conforme à la législation. La fixation est double et concerne tant l'enfant dans la nacelle que la nacelle au brancard ;

b) Thermomètre normal et hypothermique (à gallium) ;

c) Bonnet en jersey pour nouveau-né, couverture isolante en aluminium (taille nouveau-né et pédiatrique), sac en polyéthylène ;

d) Aspirateur électrique autonome avec batteries et réglage de la dépression ;

e) Sondes pédiatriques d'aspiration de différents calibres ;

f) Lunettes à oxygène pour nouveau-né et nourrisson ;

g) Bouteilles d'oxygène avec manodétendeur ;

h) Insufflateur manuel pour nouveau-né et nourrisson (BAVU) avec masque de différentes tailles ;

i) Attelles pédiatriques pour membres inférieurs et supérieurs ;

j) Matelas à dépression pédiatrique ;

k) Moyens de télécommunication permettant d'entrer en contact avec le SAMU.

Conditions exigées des installations matérielles.

ANNEXE II

Abrogé par Arrêté du 10 février 2009 - art. 1

Les installations matérielles prévues à l'article 7 du décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 comprennent :

1. Un local destiné à l'accueil des patients ou de leur famille et signalé extérieurement par une plaque ou une enseigne.

Le local est accessible aux personnes à mobilité réduite conformément au décret n° 78-109 du 1er février 1978 ; il est doté d'une installation téléphonique qui permet, en dehors de la garde, d'indiquer le service ambulancier de permanence, ou d'y renvoyer.

2. Un ou plusieurs garages, situés dans la commune ou l'agglomération, permettant d'assurer le lavage, la désinfection et l'entretien courant des véhicules, ainsi que la maintenance du matériel.

Si le garage n'est pas contigu au local d'accueil des demandeurs, il doit être doté d'une liaison téléphonique ou radiotéléphonique avec celui-ci, de façon à permettre le départ immédiat des véhicules lorsqu'ils y stationnent.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur du cabinet,

J.-R. BRUNETIÈRE

Annexe III

Pièce-jointe III C

Données départementales : nombre d'ADS et nombre de taxis agréés (données 2015), dépenses de taxis effectuées par les CPAM et CA taxis INSEE (données 2013)

(Attention : données indicatives -ordre de grandeur -cf. note de bas de tableau n° 2)

Départements		ADS au 01/07/2015	Nombre de véhicules taxi 2015 CPAM	%	Dépenses remboursables taxis CPAM en € (en 2013)(1)	CA taxis en € (en 2013) INSEE	CA / Dépenses remboursables (2)	Région de rattachement du transporteur
n°	Intitulé							
1	Ain	337	273	81%	15 830 061	22 269 000	71,09%	82- Rhône-Alpes
2	Aisne	387	259	67%	12 307 420	13 999 000	87,92%	22- Picardie
3	Allier	325	295	91%	12 528 827	9 786 000	128,03%	83- Auvergne
4	Alpes-de-Haute-Provence	172	162	94%	9 172 494	8 531 000	107,52%	93- Provence-Alpes-Côte d'Azur
5	Hautes-Alpes	188	153	81%	6 915 975	7 250 000	95,39%	93- Provence-Alpes-Côte d'Azur
6	Alpes-Maritimes	1028	654	64%	21 726 620	82 821 000	26,23%	93- Provence-Alpes-Côte d'Azur
7	Ardèche	415	276	67%	18 173 616	18 060 000	100,63%	82- Rhône-Alpes
8	Ardennes	331	235	71%	13 440 987	10 223 000	131,48%	21- Champagne-Ardenne
9	Ariège	115	101	88%	4 250 247	4 465 000	95,19%	73- Midi-Pyrénées
10	Aube	199	179	90%	7 418 596	5 786 000	128,22%	21- Champagne-Ardenne
11	Aude	360	303	84%	14 456 003	14 859 000	97,29%	91- Languedoc-Roussillon
12	Aveyron	348	207	59%	10 284 106	10 933 000	94,06%	73- Midi-Pyrénées
13	Bouches-du-Rhône	1755	1 545	88%	64 772 142	88 175 000	73,46%	93- Provence-Alpes-Côte d'Azur
14	Calvados	223	207	93%	8 313 761	13 000 000	63,95%	25- Basse-Normandie
15	Cantal	212	192	91%	8 457 611	7 313 000	115,65%	83- Auvergne
16	Charente	245	167	68%	6 627 353	5 653 000	117,24%	54- Poitou-Charentes
17	Charente-Maritime	405	361	89%	13 283 667	17 960 000	73,96%	54- Poitou-Charentes
18	Cher	278	265	95%	14 311 103	13 377 000	106,98%	24- Centre
19	Corrèze	290	236	81%	10 315 849	10 111 000	102,03%	74- Limousin
2A	Corse-du-Sud	152	131	86%	4 377 750	5 736 000	76,32%	94- Corse
2B	Haute-Corse	88	149	169 %	6 467 077	5 203 000	124,30%	94- Corse

Annexe III

21	Côte-d'Or	364	324	89%	15 891 750	23 529 000	67,54%	26- Bourgogne
22	Côtes-d'Armor	577	510	88%	17 804 248	18 013 000	98,84%	53- Bretagne
23	Creuse	258	167	65%	10 021 847	9 070 000	110,49%	74- Limousin
24	Dordogne	377	326	86%	13 953 844	12 978 000	107,52%	72- Aquitaine
25	Doubs	202	207	102%	11 178 324	13 716 000	81,50%	43- Franche-Comté
26	Drôme	409	348	85%	17 426 754	20 335 000	85,70%	82- Rhône-Alpes
27	Eure	264	355	134%	15 880 690	19 465 000	81,59%	23- Haute-Normandie
28	Eure-et-Loir	343	321	94%	13 610 918	19 467 000	69,92%	24- Centre
29	Finistère	906	488	54%	24 087 022	30 390 000	79,26%	53- Bretagne
30	Gard	533	547	103%	24 431 557	26 454 000	92,35%	91- Languedoc-Roussillon
31	Haute-Garonne	739	634	86%	26 045 023	43 486 000	59,89%	73- Midi-Pyrénées
32	Gers	202	151	75%	7 586 235	6 623 000	114,54%	73- Midi-Pyrénées
33	Gironde	710	658	93%	22 056 338	56 454 000	39,07%	72- Aquitaine
34	Hérault	654	495	76%	22 936 804	29 720 000	77,18%	91- Languedoc-Roussillon
35	Ille-et-Vilaine	700	630	90%	16 896 912	22 258 000	75,91%	53- Bretagne
36	Indre	277	258	93%	13 035 866	11 441 000	113,94%	24- Centre
37	Indre-et-Loire	472	383	81%	16 110 816	23 508 000	68,53%	24- Centre
38	Isère	812	747	92%	30 883 489	49 724 000	62,11%	82- Rhône-Alpes
39	Jura	230	171	74%	9 511 490	8 683 000	109,54%	43- Franche-Comté
40	Landes	280	263	94%	12 487 340	9 859 000	126,66%	72- Aquitaine
41	Loir-et-Cher	369	282	76%	13 885 053	10 450 000	132,87%	24- Centre
42	Loire	447	366	82%	12 464 544	13 850 000	90,00%	82- Rhône-Alpes
43	Haute-Loire	280	170	61%	10 403 166	9 289 000	111,99%	83- Auvergne
44	Loire-Atlantique	612	449	73%	19 833 479	24 964 000	79,45%	52- Pays-de-Loire
45	Loiret	462	445	96%	22 410 297	28 332 000	79,10%	24- Centre
46	Lot	153	130	85%	5 639 800	7 704 000	73,21%	73- Midi-Pyrénées
47	Lot-et-Garonne	198	145	73%	8 769 890	10 607 000	82,68%	72- Aquitaine
48	Lozère	166	145	87%	5 128 992	3 366 000	152,38%	91- Languedoc-Roussillon
49	Maine-et-Loire	458	404	88%	13 757 307	13 729 000	100,21%	52- Pays-de-Loire
50	Manche	401	188	47%	15 647 150	8 376 000	186,81%	25- Basse-Normandie
51	Marne	364	292	80%	11 763 927	17 650 000	66,65%	21- Champagne-Ardenne
52	Haute-Marne	245	209	85%	12 387 967	13 969 000	88,68%	21- Champagne-

Annexe III

53	Mayenne	253	127	50%	8 293 106	8 192 000	101,23%	Ardenne 52- Pays-de-Loire
54	Meurthe-et-Moselle	393	332	84%	13 035 362	20 523 000	63,52%	41- Lorraine
55	Meuse	231	177	77%	7 818 674	6 707 000	116,57%	41- Lorraine
56	Morbihan	679	550	81%	20 052 839	22 512 000	89,08%	53- Bretagne
57	Moselle	664	478	72%	24 209 971	26 044 000	92,96%	41- Lorraine
58	Nièvre	187	215	115 %	10 085 912	17 673 000	57,07%	26- Bourgogne
59	Nord	710	600	85%	22 202 277	35 689 000	62,21%	31- Nord-Pas-de-Calais
60	Oise	539	415	77%	17 285 882	38 585 000	44,80%	22- Picardie
61	Orne	258	212	82%	10 536 038	7 465 000	141,14%	25- Basse-Normandie
62	Pas-de-Calais	406	342	84%	11 506 887	15 319 000	75,12%	31- Nord-Pas-de-Calais
63	Puy-de-Dôme	580	439	76%	15 959 093	27 632 000	57,76%	83- Auvergne
64	Pyrénées-Atlantiques	558	435	78%	12 810 386	18 565 000	69,00%	72- Aquitaine
65	Hautes-Pyrénées	165	132	80%	4 084 488	6 423 000	63,59%	73- Midi-Pyrénées
66	Pyrénées-Orientales	463	434	94%	17 469 838	16 451 000	106,19%	91- Languedoc-Roussillon
67	Bas-Rhin	637	512	80%	21 891 895	41 719 000	52,47%	42- Alsace
68	Haut-Rhin	362	213	59%	8 142 265	14 256 000	57,11%	42- Alsace
69	Rhône	1 632	900	55%	28 752 892	77 151 000	37,27%	82- Rhône-Alpes
70	Haute-Saône	230	195	85%	11 663 053	8 994 000	129,68%	43- Franche-Comté
71	Saône-et-Loire	472	450	95%	20 201 292	19 784 000	102,11%	26- Bourgogne
72	Sarthe	380	398	105 %	16 065 585	10 896 000	147,44%	52- Pays-de-Loire
73	Savoie	666	478	72%	12 129 723	28 741 000	42,20%	82- Rhône-Alpes
74	Haute-Savoie	439	296	67%	18 991 390	29 469 000	64,45%	82- Rhône-Alpes
75	Paris* (hors 1558 doublages au 01.10.15)	17 770	4 263	24%	59 234 184	235 349 000	25,17%	11- Ile-de-France
76	Seine-Maritime	515	446	87%	14 344 582	28 461 000	50,40%	23- Haute-Normandie
77	Seine-et-Marne	547	392	72%	15 718 479	96 840 000	16,23%	11- Ile-de-France
78	Yvelines	685	508	74%	14 834 499	87 040 000	17,04%	11- Ile-de-France
79	Deux-Sèvres	289	295	102 %	12 895 731	11 459 000	112,54%	54- Poitou-Charentes
80	Somme	283	206	73%	8 597 663	7 984 000	107,69%	22- Picardie
81	Tarn	179	108	60%	5 858 743	6 783 000	86,37%	73- Midi-Pyrénées
82	Tarn-et-Garonne	124	107	86%	4 979 309	4 573 000	108,88%	73- Midi-Pyrénées

Annexe III

83	Var	516	504	98%	33 787 322	42 417 000	79,66%	93- Provence-Alpes-Côte d'Azur
84	Vaucluse	303	279	92%	14 126 882	16 889 000	83,65%	93- Provence-Alpes-Côte d'Azur
85	Vendée	608	483	79%	19 155 376	14 999 000	127,71%	52- Pays-de-Loire
86	Vienne	276	280	101%	7 489 497	7 921 000	94,55%	54- Poitou-Charentes
87	Haute-Vienne	310	306	99%	8 964 818	8 955 000	100,11%	74- Limousin
88	Vosges	283	222	78%	10 974 496	6 813 000	161,08%	41- Lorraine
89	Yonne	355	330	93%	15 712 243	14 482 000	108,49%	26- Bourgogne
90	Territoire de Belfort	68	42	62%	1 329 342	3 416 000	38,92%	43- Franche-Comté
91	Essonne	498	431	87%	20 580 578	93 473 000	22,02%	11- Ile-de-France
92	Hauts-de-Seine	122	71	58%	688 237	308 237 000	0,22%	11- Ile-de-France
93	Seine-Saint-Denis	136	128	94%	4 456 422	189 891 000	2,35%	11- Ile-de-France
94	Val-de-Marne	135	86	64%	4 111 102	141 366 000	2,91%	11- Ile-de-France
95	Val-d'Oise	433	362	84%	14 888 689	128 500 000	11,59%	11- Ile-de-France
Tous DOM						60 791 000	5,76%	01- Guadeloupe 02- Martinique
971	Guadeloupe	341	135	40%	3 503 999	0		
972	Martinique	406	240	59%	12 657 784	0		
973	Guyane	155	54	35%	1 969 799	0		03- Guyane
974	Réunion	550	409	74%	22 752 871	0		04- Réunion
999	Mayotte				210 519			976- Mayotte
	Non affecté				358 768	0		Non affecté
	Total	58 108	36 575	63%	1 444 730 890	3 008 398 000	48,02%	France entière
	yc doublage Paris	59 666						

(1) Par département du transporteur

(2) Certains taux sont anormalement supérieurs à 100% : certains fichiers départementaux n'ont vraisemblablement pas été apurés du stock d'agrèments "non vivants" et des double-comptes figurent dans ces données. Ces données sont à prendre comme des ordres de grandeur

Des travaux d'apurement sont en cours, conduits de façon conjointe, par les Préfectures et les CPAM

Sources : CNAMTS -CPAM - DSCR - INSEE

Annexe III

Pièce-jointe III D

**Répartition par département des principales grandeurs du secteur
des ambulances et VSL (code NAF 8690A)**

Données financières en millions d'euros

Département	Unités légales	Chiffre d'affaires HT	Valeur ajoutée HT	Total des charges	Résultat net comptable	RNC/CA
1	46	19,8	13,4	22,1	-0,2	-1,01%
2	47	37	25,2	36,9	1,8	4,86%
3	45	19,4	13,2	19,1	1,2	6,19%
4	15	14	10,4	14,2	0,6	4,29%
5	17	7,9	4,8	8,3	-0,2	-2,53%
6	166	62,3	44,6	60,5	4,7	7,54%
7	32	14,3	9,6	14,4	0,6	4,20%
8	28	21	14,2	20,9	1	4,76%
9	12	11,1	7,5	11,2	0,4	3,60%
10	27	17,2	11,6	17,3	0,8	4,65%
11	21	16,3	11,4	16,6	0,7	4,29%
12	44	20,3	13,7	20,1	1	4,93%
13	301	116,1	78,3	114,6	9	7,75%
14	44	33,8	23,6	34,1	2,1	6,21%
15	20	10	6,8	10,1	0,7	7,00%
16	51	24,4	16,3	24,1	1,5	6,15%
17	40	34,4	23,9	34,6	1,3	3,78%
18	24	15,7	9,9	15,6	2,5	15,92%
19	31	17,8	11,9	17,6	0,9	5,06%
21	31	18,1	12,8	18,3	0,7	3,87%
22	60	31,8	21,5	31,6	2	6,29%
23	15	10,2	7	10	0,6	5,88%
24	54	34	21,3	36	1,4	4,12%
25	45	22	14,5	22	0,8	3,64%
26	35	20,4	13,9	20	1,2	5,88%
27	45	28,2	19,7	28	0,8	2,84%
28	31	21	14,2	21,8	0,9	4,29%
29	71	42,5	29,5	42,3	2,2	5,18%
2A	10	5,7	3,9	5,2	0,6	10,53%
2B	18	9,8	6,8	9,7	0,6	6,12%
30	92	40,6	25,2	40,9	1,9	4,68%
31	85	51,1	36,1	50,9	2,3	4,50%
32	26	14,2	10,3	13,9	0,7	4,93%
33	109	69,6	49,4	69,1	4,5	6,47%
34	117	54,9	36,9	55,3	3,2	5,83%
35	75	49,3	33	49,6	2,9	5,88%

Annexe III

36	34	17,8	11,9	18,2	0,7	3,93%
37	25	22	14,9	22	0,6	2,73%
38	78	40,3	27,7	41,2	0,7	1,74%
39	25	15,8	11	15,6	0,7	4,43%
40	34	21,5	15	21,6	0,9	4,19%
41	39	22,4	15	23,1	1	4,46%
42	58	33,2	23,1	34,1	1,5	4,52%
43	35	14,1	10,1	13,6	0,9	6,38%
44	76	64,9	42,9	64,8	2,6	4,01%
45	45	21,2	14,1	21,8	1	4,72%
46	28	12	8,4	11,7	0,5	4,17%
47	20	16,8	12	16,3	1,2	7,14%
48	15	7	4,5	6,7	0,5	7,14%
49	47	43,1	30,4	43,3	2	4,64%
50	43	34,2	23,7	33,7	2,4	7,02%
51	28	22,5	16,6	22,4	1,5	6,67%
52	15	10,4	7,1	10,8	0,5	4,81%
53	27	15,7	10,8	16,1	0,6	3,82%
54	59	34,2	23,2	34,2	1,8	5,26%
55	24	16,5	11,1	16,5	0,8	4,85%
56	69	38,4	25,1	38,2	2	5,21%
57	78	67,6	45	66,3	3,5	5,18%
58	32	17,6	12	17,8	0,5	2,84%
59	182	114,7	84,1	113,6	6,4	5,58%
60	39	32,5	22,6	33,6	0,6	1,85%
61	35	23,5	17,1	23,6	1,3	5,53%
62	108	86,4	63,5	85,7	4,9	5,67%
63	42	17,7	12,5	17,6	0,8	4,52%
64	47	34,8	24,3	34,8	1,5	4,31%
65	29	16,3	11,5	15,7	1,1	6,75%
66	48	29,5	19	29,2	1,5	5,08%
67	73	47	30,9	47,6	1,9	4,04%
68	35	32	21,8	33,2	0,6	1,88%
69	237	53,6	34,3	54,1	2,4	4,48%
70	20	14,1	9,5	14,3	0,3	2,13%
71	43	27,7	19,9	27	1,4	5,05%
72	54	35	24,3	35,1	1,6	4,57%
73	32	16,2	11,3	16	1,2	7,41%
74	22	30,9	19,7	32,1	0,7	2,27%
75	116	57,1	40,8	56,3	3,6	6,30%
76	95	65,8	46,4	65,5	3,2	4,86%
77	121	55,7	38,8	55,9	3	5,39%
78	63	48	35	48,1	1,8	3,75%
79	34	21,6	14,9	21,4	0,7	3,24%
80	83	55	39,1	54,6	4,2	7,64%
81	33	23,5	16,7	22,7	1,6	6,81%

Annexe III

82	28	11,6	8	11,2	0,6	5,17%
83	70	56,4	39,6	57,8	2,3	4,08%
84	146	35,8	23,4	35,6	2,3	6,42%
85	70	39,2	26,4	39,8	1,4	3,57%
86	36	26,8	17,9	27,3	1,4	5,22%
87	44	25	16,6	24,6	1	4,00%
88	35	27,9	19	27,6	1,4	5,02%
89	30	22,5	15,5	23	0,7	3,11%
90	7	7	4,2	7,1	0,1	1,43%
91	50	42,7	30,7	40,8	3,3	7,73%
92	95	45,8	33,1	46,1	2,2	4,80%
93	130	72,1	51,3	71,6	3,7	5,13%
94	128	66,3	47,8	65,7	5,2	7,84%
95	75	41,6	29,3	41,5	1,9	4,57%
97	223	101,2	66,5	94,5	10,5	10,38%
France entière	5 622	3205,9	2209,8	3199,1	170,3	5,31%

Source : Insee, Esane -Calculs Mission

Champ : France
entière

Annexe III

Pièce-jointe III E

**Répartition par département des principales grandeurs du secteur des taxis
(code NAF 4932Z)**

Données financières en millions d'euros

Départements	Unités légales	Chiffre d'affaires HT	Valeur ajoutée HT	Total des charges	Résultat net comptable	RNC/CA
01	225	22,3	13,4	19,6	4,2	18,65%
02	142	14,0	7,7	12,6	2,2	15,79%
03	114	9,8	5,9	9,0	1,8	17,98%
04	82	8,5	5,3	7,4	1,5	17,28%
05	92	7,3	4,5	6,3	1,8	24,15%
06	1 304	82,8	46,4	74,7	26,0	31,44%
07	109	18,1	11,6	16,8	2,4	13,30%
08	95	10,2	6,3	9,3	2,2	21,66%
09	37	4,5	3,0	3,6	1,0	21,90%
10	85	5,8	3,5	5,1	1,2	20,88%
11	166	14,9	9,0	13,0	2,5	16,62%
12	78	10,9	7,0	10,3	1,2	10,95%
13	1 635	88,2	52,0	75,5	22,6	25,63%
14	186	13,0	8,0	11,4	4,3	33,23%
15	69	7,3	5,0	6,4	1,4	18,95%
16	97	5,7	3,5	4,8	1,3	23,40%
17	221	18,0	10,9	17,2	4,7	26,11%
18	117	13,4	8,7	11,3	2,9	21,47%
19	100	10,1	6,0	9,1	1,7	16,83%
21	218	23,5	15,0	21,9	5,3	22,37%
22	157	18,0	12,3	16,1	3,8	21,06%
23	68	9,1	6,1	8,2	1,8	19,37%
24	153	13,0	7,8	11,4	2,5	19,26%
25	133	13,7	8,4	12,7	3,0	21,56%
26	144	20,3	13,0	19,1	2,9	14,19%
27	244	19,5	11,9	17,1	4,8	24,88%
28	230	19,5	12,2	16,8	4,3	22,17%
29	365	30,4	19,9	27,8	6,7	22,04%
2A	96	5,7	3,2	4,7	1,3	23,26%
2B	113	5,2	2,8	4,4	1,6	30,96%
30	310	26,5	16,3	23,8	5,0	18,95%
31	654	43,5	27,0	36,9	10,1	23,24%
32	51	6,6	3,7	6,2	0,9	14,27%
33	745	56,5	30,6	51,9	11,0	19,47%
34	453	29,7	16,9	27,5	5,6	18,98%
35	273	22,3	14,0	20,5	5,0	22,45%
36	82	11,4	7,4	10,5	1,8	15,60%

Annexe III

37	233	23,5	14,8	20,6	5,1	21,75%
38	537	49,7	29,7	46,1	9,2	18,52%
39	73	8,7	5,4	7,9	1,3	15,50%
40	113	9,9	6,6	8,4	2,5	25,03%
41	114	10,5	6,9	9,2	1,9	17,78%
42	221	13,9	8,0	12,9	3,0	21,83%
43	94	9,3	6,2	8,4	2,0	21,23%
44	366	25,0	15,0	22,8	6,6	26,37%
45	279	28,3	17,9	25,6	5,2	18,35%
46	58	7,7	4,4	7,1	1,1	14,01%
47	101	10,6	7,1	9,0	2,5	23,42%
48	31	3,4	2,1	3,0	0,5	14,17%
49	163	13,7	8,6	12,8	2,5	17,88%
50	85	8,4	5,4	7,7	2,1	24,82%
51	177	17,7	10,2	16,7	3,0	17,25%
52	78	14,0	9,1	12,8	2,0	14,24%
53	75	8,2	5,6	7,2	1,6	19,63%
54	232	20,5	12,6	19,3	4,2	20,43%
55	43	6,7	3,1	6,3	0,6	9,11%
56	243	22,5	14,1	20,8	4,3	19,19%
57	326	26,0	16,4	22,2	5,4	20,64%
58	93	17,7	9,3	17,1	1,7	9,46%
59	597	35,7	21,9	30,5	10,3	28,86%
60	522	38,6	22,5	33,2	9,1	23,45%
61	66	7,5	5,1	7,1	1,6	21,13%
62	262	15,3	9,4	12,7	3,9	25,37%
63	307	27,6	16,7	26,2	4,3	15,63%
64	314	18,6	11,4	16,3	5,0	27,19%
65	94	6,4	4,0	5,5	1,5	23,10%
66	172	16,5	10,5	15,2	3,1	18,78%
67	499	41,7	22,6	39,8	6,6	15,91%
68	139	14,3	8,4	13,7	1,5	10,54%
69	1 412	77,2	39,8	67,4	17,3	22,46%
70	61	9,0	5,9	8,0	1,7	18,63%
71	152	19,8	13,4	17,6	3,5	17,55%
72	135	10,9	7,2	10,1	2,3	21,22%
73	336	28,7	14,8	28,1	3,8	13,35%
74	328	29,5	17,4	27,3	6,1	20,54%
75	2 995	235,3	131,1	230,0	41,8	17,74%
76	480	28,5	17,3	25,3	10,0	35,02%
77	2 035	96,8	56,5	79,5	29,8	30,73%
78	1 573	87,0	47,5	74,0	22,6	26,02%
79	92	11,5	7,4	10,4	2,2	19,32%
80	107	8,0	4,5	6,8	1,7	21,19%
81	83	6,8	4,3	6,7	1,2	17,43%
82	56	4,6	2,9	3,9	0,9	20,01%

Annexe III

83	564	42,4	24,5	39,1	12,9	30,48%
84	209	16,9	10,0	16,0	4,1	24,25%
85	131	15,0	9,6	13,8	2,6	17,38%
86	106	7,9	4,8	7,6	1,5	19,24%
87	136	9,0	5,8	7,8	2,4	26,43%
88	81	6,8	4,5	5,7	1,4	20,75%
89	131	14,5	9,0	13,0	2,8	19,20%
90	35	3,4	2,0	3,1	0,5	15,78%
91	1 774	93,5	54,0	78,0	29,4	31,44%
92	2 752	308,2	175,0	272,2	57,5	18,67%
93	4 209	189,9	106,6	159,4	50,8	26,77%
94	2 777	141,4	82,4	118,2	34,2	24,18%
95	2 673	128,5	71,7	108,7	38,9	30,31%
97	1 129	60,8	31,5	52,2	12,9	21,19%
France entière	42 702	3 008,4	1 758,7	2 674,7	676,1	22,47%

Source : Insee, Esane - Calculs Mission

Champ : France entière

Pièce-jointe III F

Outil d'analyse de l'offre de transport élaboré dans la région Nord-Pas-de-Calais

Afin de mettre en œuvre les règles d'agrément des véhicules sanitaires modifiées par le décret du 29 août 2012, l'ARS Nord-Pas-de-Calais, en liaison avec les CPAM, a mis en place un outil d'analyse de l'offre de transport. En effet, toute demande aboutissant à un changement de catégorie d'un véhicule agréé ou à une modification d'implantation est désormais soumise à l'accord du directeur de l'ARS. En outre, les quatre motifs de refus de transfert d'autorisation nécessitent une analyse préalable de la situation locale de l'offre de transport au regard des besoins (« la satisfaction des besoins sanitaires locaux de la population », « la situation locale de la concurrence », « le respect du nombre théorique de véhicules affectés aux transports sanitaires mentionnés à l'article R. 6312-30 », « la maîtrise des dépenses de transport de patients »). L'objectif principal de l'outil mis en place dans le Nord-Pas-de-Calais est mobiliser les statistiques territoriales sur l'offre, la demande et la consommation de transport, afin d'aider à la prise de décision.

La méthode d'évaluation repose tout d'abord sur le calcul d'une « population pondérée », permettant d'évaluer le besoin du territoire en transports de patients.

Mode de calcul des pondérations

(extrait d'un document intitulé « principes et méthode de classement des territoires », remis à la mission par la CPAM de Roubaix)

« Etape 1 : facteurs démographiques, médicaux et sociaux

Les effectifs de population par commune, classes d'âge quinquennales et bénéfice de la CMU et de l'ALD sont extraits de SIAM, ainsi que les consommations de transports correspondants.

Les rapports des consommations intra-classes sont rapportés à la consommation moyenne pour calculer le coefficient à appliquer aux effectifs.

Par exemple, un quinquagénaire sans CMU ni ALD a un coefficient de 0,2 pour le VSL (consommation 5 fois plus faible que la moyenne) et 0,1 en ambulance.

Un enfant avec CMUC et ALD a un coefficient de 8 pour le VSL (consommation 8 fois plus forte que la moyenne) et 15 en VSL.

Etape 2 : effet de l'éloignement sur la consommation

On constate une liaison significative entre la consommation (en nombre de trajets) par zone géographique et la distance moyenne parcourue : la propension à consommer croît avec l'éloignement pour le transport assis, probablement par un effet de substitution à une prise en charge autonome du patient. La demande augmente d'environ 1,5 % par kilomètre supplémentaire.

Cet effet est neutralisé en appliquant un coefficient calculé pour chaque commune par la formule : $(km \times 0,008 + 0,5) / 0,643$

On ne constate pas cette liaison pour l'ambulance, pour laquelle il n'y a théoriquement pas d'alternative. Il n'y a donc pas de correction.

Etape 3 : correction des temps de trajets

L'utilité d'un véhicule dépend de la durée des trajets. La population est redressée proportionnellement à la durée moyenne d'un trajet dans chaque commune. Ce choix de réaliser l'ensemble des corrections sur la population résulte du souhait d'afficher des dénombrements bruts pour les véhicules, dans un souci de transparence vis-à-vis de l'ARS et des transporteurs.

Etape 4 : projection tous régimes

Les données obtenues ci-dessus sont corrigées de la part du régime général dans la population INSEE du territoire. »

Annexe III

La méthode élaborée repose ensuite sur la construction d'indicateurs.

Définition des indicateurs

(extrait d'un document intitulé « principes et méthode de classement des territoires », remis à la mission par la CPAM de Roubaix)

« Calcul de l'offre de transport assis professionnalisé

L'offre de taxis disponibles est calculée en équivalent VSL, en divisant les dépenses de taxi par le chiffre d'affaire moyen d'un VSL. Elle est additionnée au nombre de VSL pour constituer l'offre TAP.

Calcul des densités théoriques de transport et des écarts

L'hypothèse de travail est que le nombre de véhicule disponible est optimal dans le département du Nord. Elle est suggérée par l'ARS et découle du respect des contraintes réglementaires dans le département.

Les densités sont le rapport entre le nombre de véhicules disponibles au 01/10/2015 (par commune, source ARS) et les populations standardisées décrites ci-dessus. Les densités dans le Nord deviennent les densités cibles (soit amb 18, VSL 19, TAP 45 véhicules pour 100 000 habitants).

Dans chaque territoire, l'effectif théorique de véhicules est le produit de la densité cible par la population standardisée. L'écart est la différence entre l'effectif réel et l'effectif théorique.

Calcul des indicateurs d'activité

L'objectif est d'éclairer sur l'organisation locale de l'offre. Les indicateurs proposés permettent une approche de l'intensité de l'activité pour chaque type de véhicule et des difficultés d'exercice : distance, temps de trajets dont on déduit la vitesse moyenne. Les balances fournissent une estimation du taux de réponse locale aux besoins : positive, le territoire exporte du transport ; négative, il en importe.

temps / véh jour ABA : Temps de trajet cumulé par véhicule circulant et par jour pour les ambulances

temps / véh jour VSL : Temps de trajet cumulé par véhicule circulant et par jour pour les VSL

KM / véh jour ABA : Kilomètre facturés par véhicule circulant et par jour pour les ambulances

KM / véh jour VSL : Kilomètre facturés par véhicule circulant et par jour pour les VSL

balance ABA : Rapport des temps de trajets réalisés par les transporteurs locaux et les temps consommés par la population résidente.

balance VSL : Idem VSL

Calcul des indicateurs de consommation

Ils offrent une vision sur la déformation du volume et de la structure de la demande dans les territoires, en utilisant les données de population standardisées pour rendre plus aisées les comparaisons. Ils révèlent de très fortes disparités dans les habitudes de consommation. Elles peuvent certes être biaisées par l'existence locale d'une offre conventionnée hors VSL ou taxi, mais peuvent sans doute aussi suggérer une prescription du mode de transport inadaptée au regard du référentiel [...]. »

La méthode permet enfin d'élaborer des tableaux de synthèse (cf. document ci-après), présentés :

- ◆ Par zones de proximité, avec une possibilité de détail au niveau du canton,
- ◆ Par circonscription de caisse primaire d'assurance maladie.

Annexe III

Région Nord Pas-de-Calais
Adequation offre / besoins de transports sanitaires par type de véhicules

L'offre de transports par zone sanitaire au 1er octobre 2015

	Populations		Nombre de véhicules			Densité de véhicules / 100 000 hab.			Dotation de transports			Consommations unitaires (nb trajets / 1 000 hab)			Consommation de transports					
	RP	pondérée amb.	VSL	Amb.	TAP	VSL	Amb.	TAP	VSL	Amb.	TAP	VSL	Amb.	TAP	VSL	Amb.	TAP	Ambulance		VSL
																		ensemble	chroniques	
DUNKERQUOIS	255 081	271 401	42	50	74	14	17	26	sous-doté	sous-doté	sous-doté	187	450	589	18%	sous-conso	sous-conso	sous-conso	conso	conso
FLANDRE INTERIEURE	179 287	189 237	29	35	55	14	16	25	sous-doté	sous-doté	sous-doté	197	480	660	13%	sous-conso	sous-conso	sous-conso	conso	conso
LILLE	718 605	555 789	124	53	136	21	12	30	sur-doté	sur-doté	sur-doté	281	257	522	29%	sur-conso	sur-conso	forte sur-conso	forte sur-conso	sur-conso
ROUBAIX TOURCOING	421 570	324 719	58	36	66	17	13	23	dotation moyenne	sous-doté	sous-doté	282	370	621	24%	sur-conso	sur-conso	sur-conso	sur-conso	sur-conso
Lille Métropole	1 340 175	880 373	720 185	182	199	19	12	27	dotation moyenne	sous-doté	sous-doté	282	304	563	27%	sur-conso	sur-conso	forte sur-conso	forte sur-conso	sur-conso
DOUAISSIS	247 626	239 710	50	61	99	19	27	43	dotation moyenne	sur-doté	très sur-doté	228	553	753	16%	conso	conso	conso	conso	conso
CAMBRESIS	159 562	176 308	43	66	80	23	30	36	sur-doté	sur-doté	sur-doté	225	847	960	11%	conso	conso	conso	forte sur-conso	forte sur-conso
SAMBRE AVESNOIS	234 131	285 072	368 145	57	78	123	18	21	dotation moyenne	dotation moyenne	dotation moyenne	217	580	789	15%	conso	conso	conso	conso	sur-conso
VALENCIENNOIS	349 087	312 514	315 765	63	82	127	19	25	dotation moyenne	sur-doté	sur-doté	194	633	859	10%	sous-conso	sous-conso	sous-conso	sur-conso	sur-conso
NORD	2 564 959	2 349 551	466	461	761	18	19	32	dotation moyenne	dotation moyenne	dotation moyenne	239	472	656	19%	conso	conso	conso	conso	conso
AUDOMAROIS	118 263	211 161	190 986	48	77	95	21	39	sur-doté	sur-doté	très sur-doté	251	753	884	14%	sur-conso	sur-conso	sur-conso	sur-conso	sur-conso
MONTREUILLOIS	112 612	209 663	222 964	32	51	70	14	22	sous-doté	sous-doté	dotation moyenne	124	545	696	6%	forte sous-conso	forte sous-conso	forte sous-conso	conso	conso
BOULONNAIS	161 273	207 753	207 988	25	38	66	11	18	très sous-doté	dotation moyenne	dotation moyenne	135	424	586	11%	forte sous-conso	forte sous-conso	forte sous-conso	sur-conso	sur-conso
CALAIS	159 778	151 989	199 502	34	50	86	21	24	sur-doté	sur-doté	sur-doté	209	502	700	19%	conso	conso	conso	conso	conso
ARRAGEOIS	244 090	257 381	294 789	64	93	123	23	31	sur-doté	sur-doté	sur-doté	218	712	872	14%	conso	conso	conso	conso	sur-conso
LENS HENIN	369 489	354 522	311 916	93	88	123	24	27	très sur-doté	sur-doté	sur-doté	245	559	712	24%	conso	conso	sur-conso	sur-conso	conso
BETHUNE BRUAY	292 122	300 741	301 548	63	74	113	19	24	dotation moyenne	sur-doté	sur-doté	193	579	793	10%	sous-conso	sous-conso	sous-conso	sur-conso	sur-conso
PDC	1 457 617	1 689 055	1 720 716	359	471	679	20	27	dotation moyenne	sur-doté	sur-doté	205	580	750	15%	conso	conso	conso	conso	conso
REGION	4 022 576	4 024 898	4 018 880	825	932	1 449	19	22	dotation moyenne	dotation moyenne	dotation moyenne	227	512	710	17%	conso	conso	conso	conso	conso

* Offre TAP = VSL + Taxis en équivalents VSL

** Densité corrigée des effets de l'âge, de l'ALD, de la CMU, de l'éloignement à la structure de soin et du temps de trajet sur la consommation.

*** Part des patients ayant eu recours à + de 70 trajets en Ambulance parmi les patients transportés plus de 100 fois dans l'année

**** Nombre de trajets pour 1 000 habitants

Se référer au document Excel Offre_besoins_transports

ANNEXE IV

Le taux de prise en charge de la dépense

SOMMAIRE

1. LA DEPENSE DE TRANSPORT SANITAIRE SE CARACTERISE PAR UN NIVEAU ELEVE DE SOCIALISATION.....	1
1.1. Un niveau élevé de prise en charge par la sécurité sociale.....	1
1.2. Une solvabilisation importante par les organismes complémentaires	1
1.3. En conséquence, un reste à charge limité pour les ménages.....	2
2. CETTE SPECIFICITE S'EXPLIQUE PAR DES REGLES DE REMBOURSEMENT COMPLEXES QUI PREVOIENT DE NOMBREUX MOTIFS D'EXONERATION DU TICKET MODERATEUR.....	3
2.1. Le ticket modérateur de 35% ne s'applique qu'à une minorité des trajets remboursés, d'où un taux moyen de prise en charge de 95%.....	3
2.2. Il s'accompagne d'une franchise médicale de faible montant mais à l'assiette plus large	4
3. SI DES EVOLUTIONS SONT ENVISAGEABLES, ELLES AURAIENT EN CONSEQUENCE UN RENDEMENT FAIBLE AVEC UN IMPACT RELATIVEMENT SIGNIFICATIF SUR LES MENAGES CONCERNES	5
3.1. Une hausse du ticket modérateur aurait un rendement limité, compte-tenu du poids des patients qui en sont exonérés.....	5
3.1.1. <i>Un rendement limité par le poids des exonérations</i>	5
3.1.2. <i>Un impact en moyenne modéré sur le reste à charge</i>	5
3.2. Une hausse de la franchise aurait également un rendement limité mais pèserait plus lourdement sur le reste à charge des ménages.....	6
3.2.1. <i>Une hausse de la franchise aurait également un rendement relativement modéré</i>	6
3.2.2. <i>Malgré le plafonnement annuel, l'impact microéconomique sur les ménages touchés serait plus important que celui d'une hausse du ticket modérateur</i>	6

Annexe IV

1. La dépense de transport sanitaire se caractérise par un niveau élevé de socialisation

Les données « Comptes de la santé » fournies par la DREES permettent d'évaluer le niveau de socialisation de la dépense de transport.

1.1. Un niveau élevé de prise en charge par la sécurité sociale

Celles-ci font ressortir un niveau élevé de prise en charge de cette dépense par la sécurité sociale (93%¹), tandis que les ménages n'en financent directement que 1,8%.

Tableau 1 - Structure du financement du poste « Transports de malades »

Structure du financement en 2014	
Sécurité sociale	93,0
Etat, CMU-C org. de base	1,0
Organismes complémentaires	4,3
Ménages	1,8

Source : DREES, Comptes de la santé.

1.2. Une solvabilisation importante par les organismes complémentaires

Au sein des financements privés, c'est-à-dire des financements qui ne ressortent ni de la sécurité sociale, ni de l'Etat, les organismes complémentaires occupent une place prépondérante (70% du total de financement privé, le reste étant à la charge des patients), ce qui distingue le transport des autres postes de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) (46% dans le cas du médicament, 61% en moyenne sur le champ CSBM).

Tableau 2 - Structure de financement par poste de la CSBM

En millions d'Euros	Transport de malades	Soins hospitaliers	Soins de ville	Médicament	Total CSBM
Financements publics*	4 129	81 789	32 894	23 865	148 779
Financements privés	267	6 784	17 069	10 038	41 857
dont organismes complémentaires	188	4 663	10 827	4 635	25 682
dont reste à charge des patients	79	2 121	6 242	5 404	16 175
Total	4 396	88 573	49 963	33 903	190 636

Source : DREES, comptes de la santé

*Sécurité sociale, Etat, CMU-C, AME

¹ Des divergences de périmètre expliquent la légère discordance de ce chiffre fourni par la DREES pour le poste Transports de la CSBM (93% de taux de remboursement par la sécurité sociale) avec celui de 95% fourni par la CNAMTS et cité infra.

Annexe IV

1.3. En conséquence, un reste à charge limité pour les ménages

Le transport sanitaire ne pèse que 0,5% au sein des dépenses de consommation de soins et bien médicaux (CSBM) restant à charge directe des ménages, alors qu'il représente 2,3% de la CSBM en 2014.

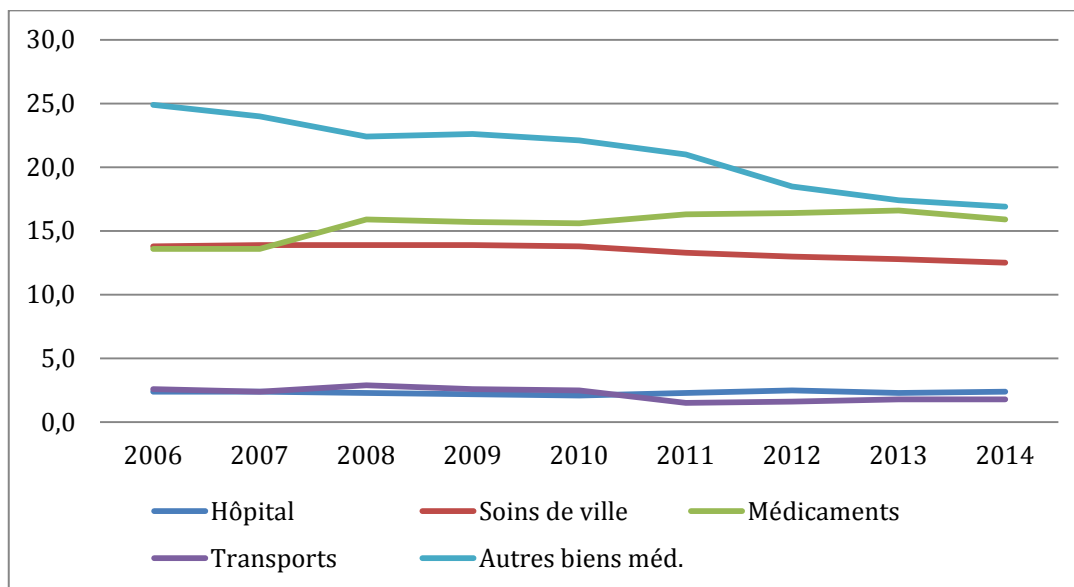
Tableau 3 - Le reste à charge des ménages par poste de la CSBM

En 2014	En millions d'Euros	En % du reste à charge
Ensemble	16 175	100%
Soins hospitaliers	2 121	13,1%
Soins de ville	6 242	38,6%
Médicaments	5 404	33,4%
Autres biens médicaux	2 328	14,4%
Transports de malades	79	0,5%

Source : DREES, Comptes de la santé.

Ce niveau relativement faible de participation financière des ménages distingue les transports sanitaires aussi bien des soins de ville (financés par les ménages à hauteur de 13%) que des soins hospitaliers (17,5%) ou des médicaments (15%).

Graphique 1 - Proportion des dépenses restant à charge des ménages



Source : DREES, Comptes de la santé

2. Cette spécificité s'explique par des règles de remboursement complexes qui prévoient de nombreux motifs d'exonération du ticket modérateur

2.1. Le ticket modérateur de 35% ne s'applique qu'à une minorité des trajets remboursés, d'où un taux moyen de prise en charge de 95%.

Les frais de transports sanitaires, dès lors qu'ils ont été prescrits, sont aujourd'hui remboursés à 65%² selon des modalités variables selon le mode de transport et pour ceux d'entre eux qui ne relèvent pas d'une prise en charge à 100% (cf. infra).

Les modalités de remboursement par type de transport

- *Transport individuel : 65% sur la base du tarif d'indemnités kilométriques en vigueur (0,30 € par km depuis l'arrêté du 30 mars 2015), variable selon la catégorie du véhicule et la distance parcourue.*
- *Transport en commun : 65% sur la base de prix d'un ticket de seconde classe.*
- *Transport en taxi conventionné : VSL ou ambulance : 65% des tarifs conventionnels.*

Le Code de la sécurité sociale énumère toutefois un certain nombre de cas d'exonération du ticket modérateur, qui permettent une prise en charge à 100%.

Il s'agit notamment des transports « liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée exonérante » : les transports liés à une ALD représentaient, en 2014, 2,85 Mds€, soit 90% des dépenses de transports remboursables sans ticket modérateur (3,18 Mds€).

Les cas d'exonération du ticket modérateur

- *Les transports liés aux traitements ou examens pour les patients reconnus atteints d'une affection de longue durée exonérante et présentant une des incapacités ou déficiences définies par le référentiel de prescription des transports.*
- *Les transports liés aux traitements ou examens en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle.*
- *Les transports des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après la date d'accouchement.*
- *Les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours.*
- *Les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux.*
- *Les transports entre deux établissements, ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, lorsqu'intervient une seconde hospitalisation consécutive et en lien direct avec une première hospitalisation au cours de laquelle a été effectué un acte coûteux.*
- *Les transports lorsque l'état du patient hospitalisé dans un établissement de soins nécessite son transfert vers un autre établissement en vue d'un traitement mieux adapté à son état.*
- *Les transports des personnes relevant du régime d'Alsace-Moselle.*
- *Les transports des personnes titulaires d'une pension d'invalidité, d'une pension*

² Article R. 322-1 du code de la sécurité sociale

Annexe IV

militaire, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve invalide, d'une rente pour un accident du travail ou une maladie professionnelle avec un taux d'incapacité supérieur à 66,66 %.

- *Les transports des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'État et des soins urgents.*
- *Les transports liés aux soins ou traitements des enfants et adolescents dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP).*

Dans les faits, les trajets exonérés de ticket modérateur représentaient en 2014 87% des dépenses remboursables et 91% des dépenses remboursées. Cette structure des dépenses induit un taux de remboursement moyen élevé : 95% en 2014.

Tableau 4 – Structure des remboursements en 2014

En 2014	Remboursé		Remboursable		Taux de remboursement moyen
Avec ticket modérateur	320 656 355 €	9%	493 252 236 €	13%	65%
Sans ticket modérateur	3 185 569 223 €	91%	3 205 702 011 €	87%	99%
Total	3 506 225 577 €	100%	3 698 954 247 €	100%	95%

Source : CNAMTS. RG-SLM, France entière.

2.2. Il s'accompagne d'une franchise médicale de faible montant mais à l'assiette plus large

Une franchise est appliquée aux transports en VSL, ambulance ou taxi conventionné³, sauf pour les patients mineurs, les femmes enceintes et les personnes éligibles à la CMU-C ou à l'AME (38% des trajets en 2010).

Son montant est de 2 euros par trajet, avec un plafond journalier fixé à 4 euros par jour et par transporteur pour un même patient, et un plafond annuel fixé à 50 euros (toutes franchises médicales confondues).

Elle ne peut être prise en charge par les organismes d'assurance complémentaire dans le cadre des contrats responsables. En pratique, en cas de tiers payant, la franchise médicale est déduite ultérieurement lors d'un prochain remboursement ou versement de prestation en espèces quel qu'il soit pour l'assuré ou l'un de ses ayants-droits.

³ Article L.322-2 III du code de la sécurité sociale

3. Si des évolutions sont envisageables, elles auraient en conséquence un rendement faible avec un impact relativement significatif sur les ménages concernés

3.1. Une hausse du ticket modérateur aurait un rendement limité, compte tenu du poids des patients qui en sont exonérés

3.1.1. Un rendement limité par le poids des exonérations

Sauf à remettre en cause globalement la politique de prise en charge de patients atteint de pathologies chroniques⁴, une baisse du taux de remboursement ne peut s'envisager que pour les patients actuellement soumis au ticket modérateur de 35%.

Dans la mesure où ces patients ne représentent qu'une faible part des dépenses (9% de la dépense remboursée, 13% de la dépense remboursable en 2014), le rendement d'une telle mesure serait limité.

Ainsi, une hausse du ticket modérateur à 40% engendrerait un gain de 24,7 Millions d'Euros, estimé à partir des chiffres de l'année 2014, soit 26,9 Millions en 2017⁵.

Une autre option pourrait être celle d'une hausse différenciée du ticket modérateur, épargnant les transports allongés (ambulances), dont le service médical est plus évident. Une hausse du ticket modérateur à 40% sur les transports assis uniquement générerait un gain de 8,6 millions d'Euros en 2014 et 10,3 millions d'Euros en 2017.

3.1.2. Un impact en moyenne modéré sur le reste à charge

D'un point de vue macroéconomique, on peut estimer l'impact de la hausse globale du reste à charge pour les patients, en prenant pour hypothèse une stabilité de la répartition du financement privé entre patients (30%) et organismes complémentaires (70%) en matière de transports.

Ainsi :

- ◆ La hausse uniforme du ticket modérateur représenterait une hausse du reste à charge de 7,4 millions d'Euros pour les particuliers, 17,3 millions étant pris en charge par les organismes complémentaires.
- ◆ La hausse différenciée représenterait une hausse du reste à charge de 2,6 millions d'Euros pour les particuliers, 6 millions étant pris en charge par les organismes complémentaires.

⁴ Une révision des motifs d'exonération du ticket modérateur, autres que celui des ALD, pourrait toutefois être entreprise. Ils sont en effet source de complexité pour les prescripteurs comme pour les transporteurs et les patients. Une évaluation de leur justification socio-économique pourrait être entreprise.

⁵ Projection de croissance des dépenses de 3%, correspondant au taux de croissance annuel moyen des 5 dernières années.

Annexe IV

Il est plus délicat d'appréhender l'impact microéconomique sur le reste à charge des patients. Il est toutefois possible de l'estimer à partir du nombre moyen de trajets annuels pour les patients pris en charge sans rapport avec une ALD, que la CNAMTS évalue, en 2015, à 5,4 par patient ayant recours au moins une fois à un transport, pour un coût moyen unitaire de 58 Euros. Une hausse de 5 points du ticket modérateur induirait donc, pour un patient moyen, une hausse de son reste à charge brut de 16 Euros environ par an avant prise en charge par les organismes complémentaires (4,8 Euros par an après prise en charge par les organismes complémentaires, dans l'hypothèse d'une couverture constante de la dépense de transports par ces derniers).

3.2. Une hausse de la franchise aurait également un rendement limité mais pèserait plus lourdement sur le reste à charge des ménages

3.2.1. Une hausse de la franchise aurait également un rendement relativement modéré

Le rendement de la franchise s'élevait en 2014 à 20 M€, soit 0,6% de la dépense remboursée. Ce rendement relativement faible s'explique par :

- ◆ Une part importante d'actes exonérés, estimée à 38% en 2010⁶.
- ◆ Un taux de saturation relativement élevé : 18% pour le plafonnement annuel, 14% pour le plafonnement journalier (en 2010).

Une hausse de la franchise, à paramètres inchangés, aurait en conséquence un rendement d'environ 10 M€ dans le cas d'un passage à 3 € par transport et 6 € par trajet et d'environ 20 M€ dans le cas d'un passage à 4 € par transport et 8 € par trajet (aller-retour). Il conviendrait alors d'augmenter en parallèle le montant du plafonnement journalier de 4 €.

3.2.2. Malgré le plafonnement annuel, l'impact microéconomique sur les ménages touchés serait plus important que celui d'une hausse du ticket modérateur

La franchise pèse pour l'essentiel sur le reste à charge des ménages, compte tenu des mesures fiscales visant à dés-inciter les organismes complémentaires de les prendre en charge. Elle vise en effet à responsabiliser les ménages sur leur consommation de biens et services de santé ; on peut toutefois douter de cet effet responsabilisant puisque la franchise n'est pas immédiatement visible pour les ménages dès lors que les transporteurs pratiquent le tiers payant⁷.

L'impact microéconomique d'une hausse de la franchise est délicat à appréhender de façon précise. Il est toutefois possible de raisonner sur la base de valeurs moyennes, en distinguant patients en ALD et hors ALD : bien qu'assujettis à la franchise dans les mêmes conditions, ces deux catégories présentent des profils contrastés en matière de recours aux transports sanitaires, que ce soit par la fréquence ou par les modes de transports privilégiés.

⁶ *Evaluation de la mise en œuvre de la franchise sur les médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les transports sanitaires*. Rapport au Parlement, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, septembre 2010.

⁷ Le fonctionnement en tiers payant limite par ailleurs l'efficacité de recouvrement (le taux de recouvrement moyen de la franchise était de 93% en 2010).

Annexe IV

On peut estimer, dans le cadre des dispositions en vigueur, le coût annuel moyen par patient à 35 Euros pour les patients en ALD et 9 pour les patients hors ALD sur la base du nombre moyen de trajets effectués en 2015⁸.

Tableau 5 - Evaluation du reste à charge total pour un patient moyen

En Euros par patient et par an en 2015	Reste à charge moyen hors franchise ⁹	Coût moyen de la franchise
En rapport avec ALD	0	35
Sans rapport avec ALD	72	9

Un doublement de la franchise (à 4 Euros au lieu de 2 par trajet) conduirait à un coût moyen théorique de 90 Euros par an pour les patients en ALD – donc 50 Euros dans les faits (+ 43%, 15 Euros de plus), du fait du plafonnement annuel– et de 25 Euros pour les patients hors ALD (+ 180%). Bien que modéré en valeur absolue, l'impact sur le reste à charge des patients est donc plus fort, pour un rendement moindre, que celui d'une hausse du ticket modérateur ; il pèse en outre directement sur le budget des ménages puisqu'il n'est théoriquement pas pris en charge par les organismes complémentaires.

Une remise en cause ou une hausse du plafonnement annuel permettrait d'accroître le rendement de la mesure, mais doit s'envisager avec précaution. Dans la mesure où il s'agit d'un plafonnement global (toutes franchises médicales), une analyse préalable des conséquences sur les autres secteurs soumis à franchise (médicament, auxiliaires médicaux, etc.) est nécessaire. Dans le cas d'une suppression ou d'une hausse du plafonnement annuel, le surcoût pour les patients en ALD serait de 55 Euros environ en moyenne (+57% par rapport à la situation actuelle).

⁸ Calcul sur la base du nombre moyen de trajets par patient en 2015, pondéré du taux de saturation du plafonnement journalier, estimé en 2010 à 15% hors ALD et 12% pour les patients en ALD.

⁹ Ce reste à charge peut être pris en charge par les organismes complémentaires, contrairement à la franchise.

ANNEXE V

**Re-médicaliser la prescription en matière
de transports et s'assurer de sa pertinence**

SOMMAIRE

1. FACE A LA BANALISATION ET A LA SUR-PRESCRIPTION DES TRANSPORTS DE PATIENTS, IL CONVIENT D'EN REAFFIRMER LE CARACTERE MEDICAL.....	1
1.1. UNE TENDANCE A LA BANALISATION DU TRANSPORT DES PATIENTS	1
1.2. ET A UNE INFLATION DES COUTS INDUITS EN PARTIE NON JUSTIFIEE PAR DES MOTIFS D'ORDRE MEDICAL	3
1.3. QUI NECESSITE DE REAFFIRMER LE CARACTERE MEDICALISE DE LA PRESCRIPTION ET D'ADAPTER PLUS FINEMENT LA PRESCRIPTION DE TRANSPORT A L'ETAT DE SANTE ET AUX BESOINS DU PATIENT	3
2. LA RECHERCHE D'EFFICIENCE DE CETTE FONCTION, CRITIQUE POUR LES PARCOURS DE SOINS, IMPOSE EGALEMENT D'EN DIVERSIFIER LES MODALITES.....	5
2.1. LE RECOURS AU TRANSPORT PARTAGE DISPOSE D'UN POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT SIGNIFICATIF	5
2.1.1. <i>Une modalité bien acceptée par les patients, qui associe gains de productivité pour les transporteurs et moindre coût pour l'assurance maladie.....</i>	<i>5</i>
2.1.2. <i>Dont le potentiel serait amplifié par une valorisation tarifaire du transport partagé par taxis</i>	<i>7</i>
2.2. UN TRAITEMENT PARTICULIER DES TRANSPORTS ITERATIFS SE JUSTIFIE.....	7
2.3. LA SIMPLIFICATION DES FORMALITES DE REMBOURSEMENT EN CAS D'USAGE DU VEHICULE PERSONNEL OU DES TRANSPORTS EN COMMUN SERAIT UN ARGUMENT POUR LEUR PROMOTION	9
3. LA SENSIBILISATION DES ACTEURS, Y COMPRIS PAR LE BIAIS D'INCITATIONS APPROPRIEES, PEUT AGIR EFFICACEMENT SUR LES DEPENSES DE TRANSPORTS SANITAIRES	10
3.1. DES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION GLOBALES, DEFINIES LOCALEMENT, PEUVENT GENERER DES ECONOMIES SUBSTANTIELLES	10
3.2. UNE BONNE PRATIQUE EST A ENCOURAGER RAPIDEMENT : LA PRESCRIPTION EN LIGNE DES TRANSPORTS SANITAIRES.....	12
3.3. UNE INCITATION SOUS FORME DE REMUNERATION SUR OBJECTIF DE SANTE PUBLIQUE MERITE D'ETRE ETUDIEE POUR LES MEDECINS EXERÇANT A TITRE LIBERAL	13
4. LES LIMITES DES OUTILS DE SENSIBILISATION, D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INCITATION PLAIDENT POUR UNE MOBILISATION DES OUTILS DE CONTROLE ET DE RESPONSABILISATION, AU BESOIN RENOVES, DES PRESCRIPTEURS.....	13
4.1. LA REGLE DE L'ETABLISSEMENT APPROPRIE LE PLUS PROCHE RESTE PEU APPLIQUEE.....	13
4.2. LA REGULATION PAR DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE POURRAIT MIEUX REMPLIR SON ROLE SOUS RESERVE D'AMENAGEMENT.....	14
4.2.1. <i>De nombreuses caisses témoignent de leurs difficultés à exercer un véritable contrôle sur les prescriptions soumises à leur entente préalable, faute de moyens humains.</i>	<i>14</i>
4.2.2. <i>Les critères retenus par le code de la sécurité sociale semblent inadaptés aux situations locales.....</i>	<i>14</i>
4.2.3. <i>Une refonte complète du régime des ententes préalables est souhaitable.....</i>	<i>15</i>
4.3. SI LES PRINCIPES DE MISE SOUS OBJECTIFS (MSO) OU DE MISE SOUS ACCORD PREALABLE (MSAP) SEMBLENT PERTINENTS, LEURS MODALITES D'APPLICATION SONT PERFECTIBLES	16
5. LISTE DES RECOMMANDATIONS	21

La dérive qui a progressivement banalisé la prescription médicale de transport de patients¹ et transformée cette dernière en « bon de transport » est régulièrement évoquée dans les rapports sur le sujet et systématiquement relevée par les divers professionnels rencontrés par la mission. La maîtrise durable des dépenses de transports sanitaires passe nécessairement par une réaffirmation du caractère médical de cet acte.

La sensibilisation des praticiens doit encourager la « juste prescription », au plus près des besoins du patient en fonction de son état de santé. Elle doit s'adresser à l'ensemble des prescripteurs, quel que soit leur statut d'exercice et s'appuyer sur des modalités renouvées de contrôle de la prescription. L'atténuation continue des limites entre les établissements de santé et le domicile dans le cadre du parcours de soins plaide, en effet, pour une unicité des règles et une politique de responsabilisation équitable.

La mission préconise toutefois l'adoption de mesures spécifiques aux praticiens libéraux. La médecine de ville représente en effet 37% des dépenses de transport sanitaire remboursables en 2015². Le risque d'un effet de « déport » des prescriptions de l'hôpital vers la ville, à mesure qu'entreraient en vigueur les mesures de responsabilisation des établissements de santé, n'est pas à écarter³. Ceci plaide pour un effort particulier dédié spécifiquement aux prescripteurs libéraux, qui constituerait le pendant de la politique de responsabilisation des établissements proposée à l'annexe VI.

1. Face à la banalisation et à la sur-prescription des transports de patients, il convient d'en réaffirmer le caractère médical

1.1. Une tendance à la banalisation du transport des patients

La prescription d'un transport de personne est trop souvent perçue comme un « bon de transport » par les praticiens comme par les patients qui considèrent le transport comme un droit. La prescription et la commande de transports sont souvent confiées, de fait, au personnel paramédical ou aux secrétariats des médecins.

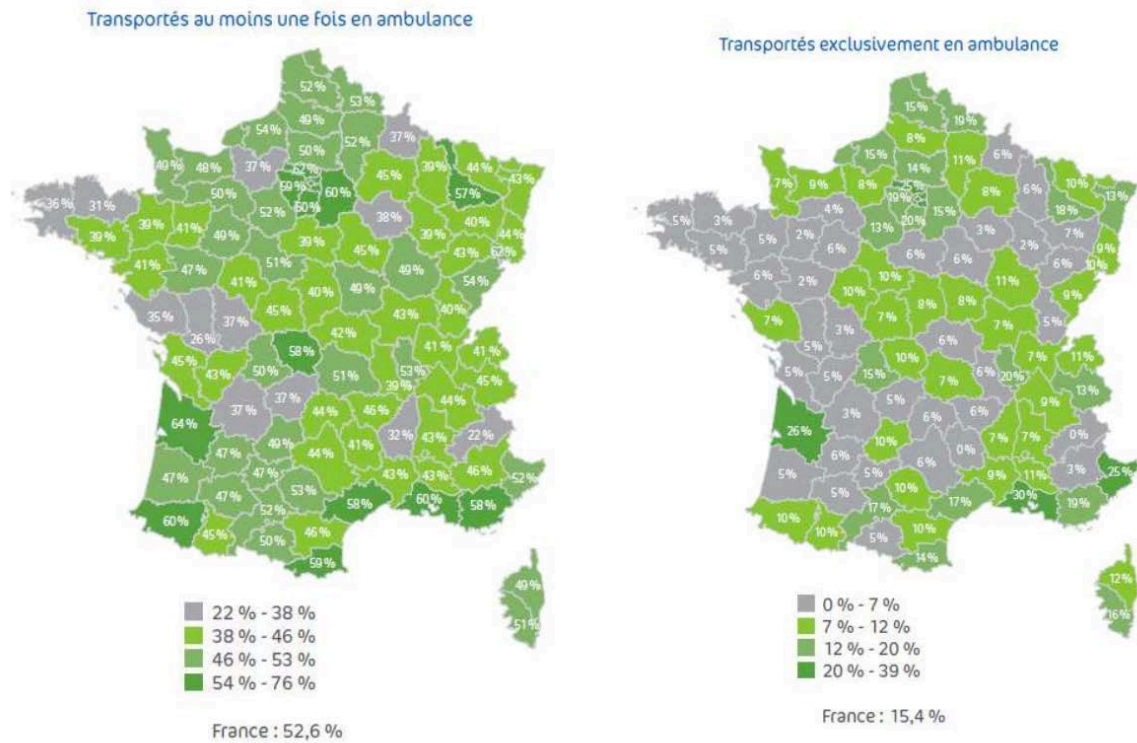
L'ampleur des écarts constatés entre territoires sur les modes de transports mobilisés à pathologie identique laisse supposer des pratiques de prescriptions inadaptées même s'il est délicat d'en appréhender le poids de façon précise.

¹ Formulaire CERFA n° 50742-54

² Données fournies par la CNAMTS. Soins liquidés en 2015, tous régimes, France entière. Source DCIR.

³ Plusieurs acteurs rencontrés ont témoigné de ce phénomène. Ainsi, la CPAM de l'Hérault déclare identifier des transferts de prescription vers la médecine de ville lorsque la CPAM a rappelé aux professionnels de santé que le médecin qui prescrit est celui qui est en mesure, avant le déplacement du patient, de déterminer le mode de transport adapté à sa situation médicale. « De nombreux médecins hospitaliers qui réalisaient des prescriptions pour convocation du patient à 3 ou 4 mois les ont alors invités à solliciter la prescription auprès de leur médecin traitant. », témoigne la CPAM dans un document remis à la mission.

Carte 1 : Part des patients dialysés ayant eu recours à l'ambulance en 2012



Source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie CNAMTS. Patients dialysés, DCIR, PMSI, tous régimes, France entière, soins de 2012, liquidés 5 mois plus tard.

Les données fournies par la CNAMTS tendent à montrer que le recours à l'ambulance comme mode de transport privilégié pour une pathologie donnée (ici exemple de la dialyse) est lié à la structure du parc (forte corrélation avec la part de l'ambulance dans le parc) bien davantage qu'à des critères médicaux.

Le propos est probablement à nuancer dans les grandes métropoles où l'accès aisé aux transports en commun, en facilitant le déplacement par ses propres moyens, accroît le poids relatif des ambulances.

Dans le même ordre d'idées, le contrôle médical *a posteriori* mené par la CPAM de Roubaix a mis en évidence un taux de 10% de prescriptions inadaptées sur les « méga-consommateurs »⁴.

Les exemples de ce type ont été quasiment systématiquement rapportés à la mission.

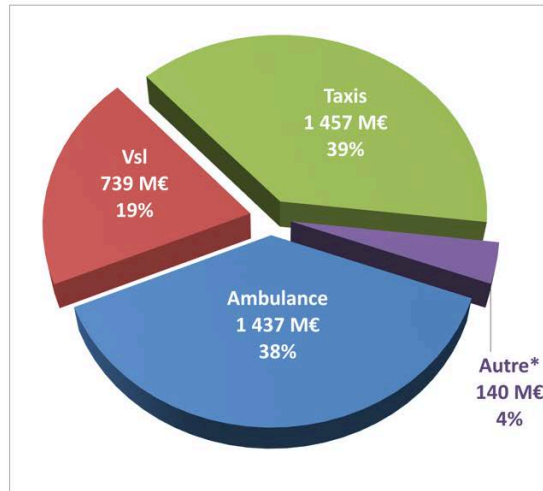
⁴ Définis comme les patients ayant recours à l'ambulance pour plus de 100 trajets dans l'année.

1.2. Et à une inflation des coûts induits en partie non justifiée par des motifs d'ordre médical

Graphique1 – Montants remboursés par mode de transport

Montants remboursés tous régimes en 2014 : 3,9 Milliards d'Euros

- ◆ **Ambulances : 98 € pour 16 km en moyenne**
- ◆ **Transport assis professionnalisé (TAP) :**
 - ▶ **VSL : 33 € pour 22 km en moyenne**
 - ▶ **Taxi : 50 € en moyenne (nombre de km inconnus)**
- ◆ **VP : 17€ en moyenne (estimation)**



: Véhicule personnel, transport en commun...
p : soins réalisés l'année 2014 et liquidés 3 mois plus tard, tous régimes, France entière - Source : DCIR
Données corrigées pour des prestations en lien avec les ALD 31 et 32 (intégration du ticket modérateur)

Source : CNAMTS

Dans une logique de maximisation de leurs recettes, les entreprises de transports sanitaires (TS) tendent à privilégier le transport en ambulance (3 à 4 fois plus cher qu'un transport assis professionnalisé - TAP) même lorsque l'état du patient ne le justifie pas. Concrètement, les services hospitaliers seraient soumis à une forme de pression de la part des transporteurs qui refusent les transports en véhicule sanitaire léger (VSL) le soir ou le week-end et imposent un transport en ambulance, faute de quoi le patient doit passer la nuit ou le week-end à l'hôpital.

De nombreuses prescriptions de TS seraient régularisées *a posteriori*, le patient demandant le transport et le chauffeur préparant le « bon de transport » pré-rempli à la signature pour régularisation à l'arrivée dans l'établissement.

La prescription de TAP autorise de façon indifférenciée le recours soit au VSL, soit au taxi ce qui donne des marges de manœuvre aux transporteurs. En effet, selon la distance, soit le taxi, soit le VSL est plus avantageux pour le transporteur (cf. Annexe III : L'offre de transports sanitaires : cadre juridique, caractéristiques économiques, volumétriques et tarifaires).

De façon générale, les médecins sont souvent peu sensibilisés sur les coûts induits par leurs prescriptions de transports. La première option proposée sur le formulaire CERFA est le transport couché et rien ne permet pas d'identifier les différences de coût et de service entre les modalités de transports assis (cf. annexe III). A cet égard, le formulaire, malgré sa refonte récente, demeure d'un usage difficile tant pour le prescripteur que pour le patient.

1.3. Qui nécessite de réaffirmer le caractère médicalisé de la prescription et d'adapter plus finement la prescription de transport à l'état de santé et aux besoins du patient

La diversité des situations justifiant un transport pour motif médical justifie de préciser les éventuelles modalités particulières du transport.

A titre d'exemple :

Annexe V

- ◆ Le transport de nourrisson ou de personnes souffrant d'obésité morbide nécessite des équipements spécialement adaptés ;
- ◆ Les patients porteurs de bactéries multi-résistantes ne peuvent partager le transport ;
- ◆ Les personnes agitées ou confuses peuvent justifier d'un accompagnement en plus du chauffeur du véhicule ;
- ◆ La prestation d'un taxi diffère sensiblement de celle d'un VSL (cf. annexe III).

Ces précisions permettront de mobiliser les bonnes ressources d'emblée et d'éviter la mobilisation inutile d'un mode inadapté (à noter que les plateformes de centralisation des prescriptions intègrent le plus souvent ce type de paramètre). Une refonte du référentiel de prescription (et du formulaire CERFA associé) serait le moyen de réaffirmer le caractère médical de cet acte.

Accessoirement, la proposition explicite de transports itératifs de type « Carte de transports assis » faciliterait cette modalité si elle devait se généraliser.

Recommandation N°1. Actualiser le référentiel de prescription en fonction des spécificités de la situation médicale du patient et en distinguant taxi et VSL et refondre, en veillant à son ergonomie, le formulaire CERFA associé, en proposant en premier lieu les modes de transport les moins coûteux.

Si la prescription de transport – et donc la définition du mode de transport adapté - constitue un acte médical, il n'en est pas de même du choix, par le patient, entre plusieurs ambulances, plusieurs VSL ou plusieurs taxis concurrents.

Pourtant, la demande de transports s'organise aujourd'hui autour d'un principe de libre choix du patient sur l'entreprise qui le prendra en charge. Ce principe est affirmé par une circulaire de 2003 pour les transports à la charge de l'assurance maladie, codifié à l'article R6312-16 du code de la santé publique et repris à l'article 3 de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés avec une portée plus générale (tous types de transports).

Si le code de la santé publique affirme comme un « *principe fondamental de la législation sanitaire* » le libre choix du patient, il vise explicitement le libre choix du praticien et de l'établissement de santé, condition indispensable à la relation de confiance entre le patient et son médecin. Rien ne justifie d'un point de vue médical une extension de cette logique aux transporteurs sanitaires, à tout le moins pour le TAP. La France semble d'ailleurs constituer une exception à cet égard en Europe.

Dans la mesure où des règles tarifaires différentes s'appliquent au transport assis professionnalisé selon la nature du transporteur, les dispositions réglementaires et conventionnelles évoquées entrent en contradiction directe avec l'article L 322-5 du Code de la Sécurité sociale, qui prévoit que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient* ». La mission estime que le libre choix par le patient de son prescripteur n'emporte pas de libre choix de son transporteur, au-delà des raisons médicales qui conduisent à choisir une ambulance, un VSL ou un taxi.

Puisque ce principe est dépourvu de justification médicale, il pourrait *a minima* être envisagé de conditionner le bénéfice du tiers payant à l'acceptation du transport proposé par l'établissement de santé ou la plateforme de centralisation, sur le modèle du dispositif « Tiers payant contre génériques » prévu à l'article L 162-16-7 du Code de la sécurité sociale ou encore de proposer systématiquement au patient, au moment de son admission, de confier la recherche de son transport à l'établissement de santé.

Recommandation N°2. **Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transporte, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie.**

La prescription de transport constituant un acte médical, elle ne saurait être réalisée *a posteriori*, sauf en cas d'urgence. Si à moyen terme, le développement de la prescription en ligne permettra de l'horodater, la mission note que les CPAM disposent d'ores et déjà des moyens d'identifier les prescriptions datées du même jour qu'un aller-retour, donc réalisées postérieurement au premier trajet. Pourtant, celles-ci ne notifient que rarement un refus de prise en charge pour le trajet « aller ». L'article R 322-10-2 du code de la sécurité sociale pourrait être reformulé pour conditionner explicitement la prise en charge du transport à l'antériorité de la prescription médicale⁵.

Recommandation N°3. **Refuser systématiquement la prise en charge des trajets antérieurs à la prescription médicale correspondante.**

2. La recherche d'efficacité de cette fonction, critique pour les parcours de soins, impose également d'en diversifier les modalités

2.1. Le recours au transport partagé dispose d'un potentiel de développement significatif

2.1.1. Une modalité bien acceptée par les patients, qui associe gains de productivité pour les transporteurs et moindre coût pour l'assurance maladie

Le retour d'expérience de l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) PACA-Corse⁶ montre que dans certains établissements de santé la mise en place d'une gestion centralisée des demandes de transport, adossée à une rationalisation des flux (programmation des sorties et des entrées à heures fixes), peut permettre une augmentation très significative du transport partagé : parmi les transports assis régulés par la plateforme centralisée, 64 à 86% (selon les établissements) sont effectués avec plusieurs patients dans le même véhicule, dont une part significative (43% à l'Hôpital Européen de Valmante, 57% au CHM de Vallauris) avec trois patients. Le potentiel de développement du transport partagé varie cependant selon le profil du territoire : il est bien entendu plus important pour les services de taille importante, prescrivant des transports itératifs (centres de dialyse, centres de lutte contre le cancer...) et desservant des zones urbaines ou périurbaines denses.

⁵ Cette règle se déduit aujourd'hui de l'alinéa indiquant : « En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie *a posteriori* ».

⁶ Plateforme de régulation pour le développement du transport partagé - Bilan de l'expérimentation menée par l'UGECAM PACA, JP LONG -décembre 2015.

Annexe V

Les économies générées sont substantielles : l'UGECAM PACA Corse estime que l'assurance maladie effectue 31% d'économie sur chaque TAP régulé par la plateforme, soit 9 € par transport⁷, un ordre de grandeur confirmé par l'ANAP⁸, qui évoque un gain de 10 à 13 € par jour et par patient concerné observé au service de dialyse de l'hôpital privé nord parisien de Sarcelles.

Les bénéfices sont partagés avec les transporteurs qui voient une progression de leur marge par course, donc de la productivité par véhicule, ce qui permet de restaurer la viabilité économique du VSL.

Le tableau suivant reprend les montants facturés par trajet pour les transports effectués en VSL lors de l'expérimentation à l'antenne de Valmante située dans les locaux de l'Hôpital Européen (source GIE). Les chiffres montrent une diminution du coût par patient transporté pour l'Assurance Maladie avec en corollaire un chiffre d'affaire par course qui augmente pour le transporteur. Cela se traduit par une amélioration de la marge par course

Sans transport partagé, le chiffre d'affaire du transporteur pour 3 patients aurait été de 71,20 euros (23,73 x 3), soit 18,55 euros de plus qu'avec un transport partagé de 3 patients. Mais cela aurait nécessité la mobilisation de 3 chauffeurs et 3 véhicules, ce qui représente une augmentation des coûts bien plus importante. Cela permet d'établir qu'il existe une véritable conjonction de l'intérêt à développer le transport partagé pour l'assurance maladie et pour les transporteurs sur un plan économique.

<i>Nombre de patients transportés</i>	<i>Coût Assurance maladie par patient</i>	<i>Chiffre d'affaire par course</i>
<i>1 patient</i>	<i>23,73</i>	<i>23,73</i>
<i>2 patients</i>	<i>20,23</i>	<i>40,62</i>
<i>3 patients</i>	<i>17,55</i>	<i>52,65</i>

Ainsi, le prix facturé pour une course avec 2 patients est environ 1,5 x plus élevé qu'avec un seul et une course avec 3 patients environ 2 x plus, pour un coût transporteur quasi identique à celui d'une course avec 1 seul patient (1 véhicule et 1 chauffeur mobilisé). Cela constitue un gain significatif en termes de productivité par véhicule qui permet de restaurer la viabilité économique du VSL. Par ailleurs, moins de VSL mobilisés pour transporter le même nombre de patients, c'est une offre de VSL plus importante.

Source : Plateforme de régulation pour le développement du transport partagé - Bilan de l'expérimentation menée par l'UGECAM PACA et Corse - Décembre 2015

L'acceptation des transports partagés par les patients nécessite des explications et de la pédagogie de la part des établissements pour en faire accepter le principe. Moyennant quoi ils n'expriment pas de mécontentement particulier lié à ce mode de transport, qui favorise les échanges et permet même aux patients de se sentir parties prenantes d'un projet collectif valorisant. Une condition toutefois : leur durée de trajet n'en doit pas être excessivement rallongée.

⁷ A noter toutefois que le recours à des TMPR à des tarifs exceptionnellement bas par l'un des établissements concernés par l'expérimentation peut conduire à majorer ce résultat.

⁸ Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé, page 30, ANAP, mai 2013.

L'intérêt à agir pour les établissements peut paraître limité mais « *Les établissements retenus pour l'expérimentation ont revu l'organisation des soins et des séjours pour programmer l'arrivée et le départ des patients à heures fixes (HC et HDJ). Après 2 ans d'expérimentation, il s'avère que le séquençage des heures d'entrée et de sortie des patients ne constitue pas une contrainte mais bien un levier pour le développement de l'hospitalisation de jour notamment, avec une optimisation globale de l'utilisation des ressources de l'établissement (personnel, plateaux techniques, repas, transports) »⁹.*

2.1.2. Dont le potentiel serait amplifié par une valorisation tarifaire du transport partagé par taxis

L'assurance maladie applique aux entreprises de transport sanitaire des abattements de 23% (pour deux patients) et de 35% (pour trois patients) en cas de transport partagé. Celles qui s'équipent en géo-localisation, conformément à l'avenant conventionnel n°7, publié en 2014, voient cet abattement réduit respectivement à 15% et 33%.

En revanche, les conventions locales de taxis disposent généralement qu'en cas de transport partagé, le prix réel de la course doit être également réparti entre chaque personne transportée et entre les différents régimes dont relèvent ces personnes, pour la fraction du trajet réalisée en commun. Ce qui dans les faits, faute d'un contrôle systématique, encouragerait la pratique de facturations unitaires multiples au plein tarif.

Cependant, la mission ne recommande pas d'aligner la tarification du transport partagé par taxi sur celle des VSL : un tel alignement serait en effet moins favorable à l'assurance maladie que l'instauration d'un bonus limité en faveur des taxis, de 5 à 10%. Cette proposition s'inspire de la position exprimée par cinq fédérations de taxis lors de leur audition par la mission (cf. pièce-jointe « Evaluation du moyen le plus économique pour développer le transport assis professionnalisé partagé par voie de taxi »). Pour limiter les risques de facturation multiple évoquée ci-dessus, elle devrait s'accompagner d'une obligation de géo-localisation, également proposée par ces fédérations.

Recommandation N°4. Promouvoir les transports partagés auprès des patients, prescripteurs, transporteurs sanitaires et exploitants de taxis et valoriser, à hauteur de 5 à 10%, le tarif applicable aux taxis dès lors qu'ils transportent simultanément plusieurs patients et que le véhicule peut être géo-localisé.

La mission estime le gain potentiel de ces mesures à 60 Millions d'Euros sur trois ans au minimum, représentant un gain moyen de 10 Euros appliqué à 15% des 40 millions de trajets assis (taxi ou VSL) réalisés par des patients en ALD en 2015. Ces économies ne monteront toutefois en charge que progressivement, puisqu'elles nécessitent en préalable une réorganisation des flux de transports (soit 10 millions en 2017 puis 20 en 2018).

2.2. Un traitement particulier des transports itératifs se justifie

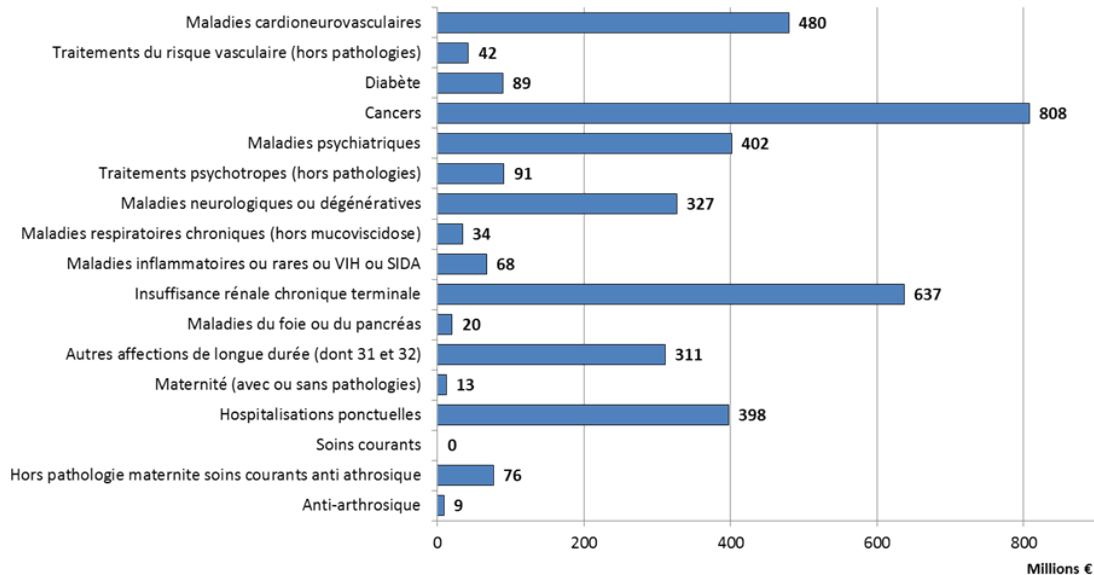
Parmi les 5,2 millions de patients transportés en 2014 (tous régimes), 60% étaient atteintes d'une affection longue durée (ALD). Ceux-ci concentrent 80% des dépenses. Le cancer (21%

⁹ Plateforme de régulation pour le développement du transport partagé - Bilan de l'expérimentation menée par l'UGECAM PACA et Corse – Décembre 2015.

Annexe V

des dépenses), l'insuffisance rénale chronique terminale (17%), les pathologies cardiovasculaires (13%) et psychiatriques (11%) sont les affections les plus fréquentes.

Graphique 2 - Répartition des 3,8 Mds€ de dépenses remboursées en 2012 sur le poste transport selon les groupes de populations



Source: Données CNAMTS 2012

Les dépenses de transport pèsent un poids conséquent au sein des dépenses totales d'assurance maladies consacrées au traitement du cancer (6%) et de la dialyse (18%). Les transports réalisés par ces patients sont essentiellement des transports itératifs, qui présentent par leurs caractères à la fois répétitif et prévisible des opportunités pour un aménagement spécifique. Un traitement particulier permet de combiner simplifications administratives, gains de productivité pour les transporteurs et moindre coût pour l'assurance maladie. C'est l'objet de l'expérimentation « Carte de Transports assis ».

La carte de transport assis permet à un patient de bénéficier d'un droit à un transport itératif en VSL ou en taxi pour ses séances de dialyse sur la base de la prescription médicale initiale, sans nécessité de renouvellement. Si l'évolution de l'état de santé du patient le justifie, le praticien établit une prescription médicale de transport en ambulance. Les renouvellements de prescription de transport n'étant plus systématiquement nécessaires lors des consultations, les démarches administratives sont simplifiées pour le prescripteur comme pour le patient et le mode de transport est mieux adapté à l'état de santé du patient.

L'expérimentation porte sur 21 départements pilotes volontaires auprès des patients se rendant en centre de dialyse et les bénéficiaires sont tous des patients dialysés ne faisant pas le choix du véhicule personnel et dont l'état de santé ne justifie pas le recours à l'ambulance. Elle s'effectue dans un cadre contractuel associant CPAM, service médical de l'assurance maladie et établissement.

L'expérimentation a débuté en octobre 2014 et est prolongée jusqu'en décembre 2016. En août 2015, sur les 21 départements retenus, 37% des patients dialysés* bénéficient du dispositif. La mission ne dispose pas d'évaluation économique intermédiaire.

Recommandation N°5. Evaluer les effets induits de la carte de transport assis sur la structure des prescriptions.

2.3. La simplification des formalités de remboursement en cas d'usage du véhicule personnel ou des transports en commun serait un argument pour leur promotion

En 2014, 1,9% des dépenses de transport remboursées concernaient le recours au véhicule personnel (Coût moyen : 17 euros, données CNAMTS tous régimes France entière¹⁰).

Bien qu'étant le plus économique, les retours des acteurs rencontrés font ressortir que le « transport particulier » demeure trop peu utilisé pour de multiples raisons :

- ◆ méconnaissance de cette option ;
- ◆ lourdeur des formalités administratives dissuasive pour obtenir le remboursement des frais engagés comparativement à la pratique du tiers payant généralement mise en œuvre par les transporteurs sanitaires et par les taxis ;
- ◆ difficulté pour se garer en cas d'usage du véhicule personnel.

La mission a pris connaissance d'initiatives locales dont les effets mériteraient d'être évalués.

- ◆ La CPAM de la Marne, en lien avec le centre de lutte contre le cancer (CLCC) et avec un établissement de santé privé a organisé la promotion de ce mode de transport tout en simplifiant les formalités pour le patient (projet VIP). L'évaluation n'a pas encore été réalisée.
- ◆ Huit CLCC, dont l'institut Paoli Calmette à Marseille, ont expérimenté la prise en charge des frais de parking (premiers chiffres sur cet établissement : sur 432 transports aller – retours par véhicules personnels réglés dans le cadre de cette expérimentation, un gain moyen estimé de 110 € par transport)¹¹.

Néanmoins, certains acteurs ont manifesté leur crainte d'un éventuel effet inflationniste, dû à une baisse du non recours à la procédure de remboursement dont les coûts, pour l'assurance maladie, seraient plus importants que les effets de report depuis des modes de transports plus onéreux. La CNAMTS gagnerait à s'engager dans une évaluation systématique de ces initiatives sur la base d'un protocole d'évaluation commun.

Recommandation N°6. Evaluer les impacts des démarches de promotion du véhicule personnel et des transports en commun avant une éventuelle généralisation.

De façon générale, la simplification des formalités de remboursement en cas d'usage du véhicule personnel ou des transports en commun, si elle est sans aucun doute utile, au moins pour le patient, ne conduirait, au mieux, qu'à une réduction marginale de la dépense de transports prise en charge par l'assurance-maladie.

¹⁰ Le transport en véhicule personnel est remboursé à 65% sur la base du tarif d'indemnités kilométriques en vigueur (0,30 € par km depuis l'arrêté du 30 mars 2015), variable selon la catégorie du véhicule et la distance parcourue.

¹¹ Les transports médicaux dans le département des Bouches-du-Rhône, document élaboré par la CPAM des Bouches du Rhône en février 2016 à l'occasion du déplacement de la mission.

3. La sensibilisation des acteurs, y compris par le biais d'incitations appropriées, peut agir efficacement sur les dépenses de transports sanitaires

3.1. Des campagnes de sensibilisation globales, définies localement, peuvent générer des économies substantielles

La mission a constaté les effets de politiques globales, ciblées et coordonnées, de sensibilisation des praticiens, des transporteurs et/ou des assurés. Les résultats souvent probants de ces initiatives laissent entrevoir des gains potentiels importants.

Le simple rappel des règles de prescription génère parfois des effets remarquables. A titre d'illustration, à Montpellier, un courrier cosigné de la CPAM et du directeur général du CHU a été envoyé en 2011 à toutes les sociétés de transports pour les informer qu'aucune prescription *a posteriori* ne serait plus prise en charge par l'assurance maladie. Parallèlement, un courrier du directeur général et du président de la commission médicale d'établissement (CME) a été adressé à tous les médecins pour diffuser les bonnes pratiques de prescription, un rappel qui s'est accompagné d'un effort d'accompagnement personnalisé des praticiens. Le CHU a enregistré en 2012 un taux d'évolution de ses dépenses de transport négatif (-5,04 %) avant une stabilisation en 2013 (0,29%). Ce dernier chiffre rejoint celui des gains attendus (5%) par des actions de sensibilisation à la juste prescription du mode de transport dans le cadre du programme PHARE portant sur les transports à charge de l'établissement¹².

Certaines caisses ont pris l'initiative de campagnes d'information dédiées qui rappellent certains fondamentaux des règles de prescriptions et des impacts de leur méconnaissance (présentation de la circulaire ALD, du comparatif des coûts de transport, interdiction de la prescription *a posteriori*).

Le recours aux délégués de l'assurance maladie (DAM) et aux médecins conseils constitue un autre levier privilégié pour sensibiliser les prescripteurs. Ainsi, la plupart des caisses programment des visites thématiques, parfois de façon ciblée sur des profils précis des prescripteurs. A titre d'illustration, le groupe gestion du risque Pays de la Loire a choisi de cibler les médecins traitants intervenant dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, la CPAM des Bouches du Rhône privilégie les médecins généralistes prescripteurs de transports allongés.

¹² L'outil « QuickEval 2 » mis à disposition par l'ANAP sous forme d'un fichier Excel permet de faire un état des lieux, base d'argumentaires et d'outils de suivi des actions engagées.

Deux illustrations de stratégies locales conduites par les CPAM

Dans les Bouches-du-Rhône, la CPAM a mis en place, en partenariat avec le service médical, des « **entretiens d'alerte** » avec les praticiens libéraux dont les prescriptions ressortent comme atypiques. La démarche consiste à les convoquer au siège de la CPAM pour un échange autour de leurs pratiques de prescription en présence d'un binôme médico-administratif. En appui de ces entretiens, la caisse dispose non seulement du profil d'activité de chaque praticien mais également de la liste de ses patients ayant récemment fait l'objet d'une prescription de transport. Celle-ci est transmise préalablement à l'entretien au service médical, aux fins de vérification de l'adéquation du mode de transport prescrit au vu de l'état de santé du patient. La mesure d'impact pas encore réalisée mais la caisse souligne la bonne réception de la démarche par les médecins et l'effet fortement responsabilisant de la démarche.

A Roubaix-Tourcoing, la CPAM et le service médical ont mis en place une stratégie de **maîtrise de la file active des patients grands consommateurs de transport** (patients atteints d'une ALD et réalisant plus de 100 trajets par an en ambulance). Le médecin conseil, sur la base de la requête réalisée par le service administratif et du protocole de soins, met en œuvre un échange confraternel avec le prescripteur afin de s'assurer de l'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient. Il peut demander la mise à jour des protocoles de soins lorsque ceux-ci datent de plus de cinq ans. En cas d'incohérence des données collectées, il peut également convoquer l'assuré. Le taux de transport inadapté relevé à l'issue de ce travail de contrôle est supérieur à 10%. L'économie réalisée à chaque changement de mode de transport s'élève à 15 000 € par an et par patient soit un gain total de 322 000 € par an pour la CPAM.

Certaines CPAM se sont engagées parallèlement dans des actions de sensibilisation à destination des assurés et des transporteurs, parfois avec des résultats conséquents.

La sensibilisation des assurés et des transporteurs

1° Les assurés

De nombreuses CPAM ont conçu des supports de communication à destination des assurés, dans le but de relayer plusieurs messages : la possibilité du recours au véhicule personnel, au transport partagé, les règles de prise en charge des dépenses liées à une ALD ou encore le principe de prescription a priori du mode de transport. La CPAM de Mayenne a ainsi conduit une campagne de sensibilisation qui s'appuie sur des supports variés : courriers aux assurés, clip dédiés dans les points d'accueil du public, supports fournis aux transporteurs. Certaines campagnes ciblées ont eu des résultats notables : l'une des CPAM auditées par la Mission Nationale de Contrôle¹³ a conduit une campagne de courriers ciblée sur les bénéficiaires de transports itératifs en taxis, qui a permis un changement de comportement des assurés dans 65% des cas. La CPAM chiffre la dépense évitée à 207 000 € soit 3,5% des remboursements en taxi sur la période d'observation.

2° Les transporteurs

Dans certaines CPAM, les délégués de l'assurance maladie organisent des visites auprès des transporteurs, voir des temps de formation. Ceux-ci sont l'occasion d'un rappel de la réglementation en vigueur. La CPAM de Mayenne s'appuie pour ce faire sur un outil permettant de positionner le transporteur au sein de la circonscription et du bassin de vie, afin de le sensibiliser efficacement sur des indicateurs tels que le taux de télétransmission ou la part des transports majorés.

Enfin, dans certains territoires, les CPAM participent à des contrôles sur site à l'entrée des hôpitaux, souvent de manière coordonnée avec l'ARS et les forces de l'ordre. Ces contrôles sont l'occasion de vérifier la présence d'une prescription médicale au moment de l'arrivée du patient et revêtent de ce fait une forte dimension dissuasive.

La mission a ainsi constaté la capacité des CPAM à concevoir des stratégies spécifiques aux enjeux locaux. La structure des prescriptions, la sociologie des prescripteurs, des patients et des transporteurs, varient en effet significativement selon les territoires.

Il apparaît que la combinaison d'actions menées conjointement à destinations des patients, de prescripteurs et des transporteurs, permet l'optimisation de ces diverses mesures.

¹³ La maîtrise des dépenses de transport de patients, Mission Nationale de Contrôle, Direction de la Sécurité Sociale, octobre 2015.

Recommandation N°7. Organiser la capitalisation des outils et des retours d'expérience sur les pratiques de sensibilisation mises en place par les organismes locaux d'assurance maladie et généraliser la conduite par les CPAM de campagnes coordonnées de sensibilisation à destination des prescripteurs, des transporteurs et des assurés.

Compte tenu des retours d'expérience décrits ci-dessus, la mission estime que de telles campagnes pourraient permettre chaque année *a minima* un gain de 1% des dépenses prescrites par les médecins de ville, soit 15 millions d'Euros chacune des deux premières années (15+15).

3.2. Une bonne pratique est à encourager rapidement : la prescription en ligne des transports sanitaires

La prescription en ligne des transports sanitaire apparaît comme un levier majeur pour le pilotage de ce pan de l'organisation des soins. L'assurance maladie a développé une application qui permet la prescription en ligne dans la cadre de l'espace professionnel dédié au médecin (Espace Pro) ou intégré dans son logiciel professionnel. Même si l'ergonomie est perfectible, selon des médecins entendus par la mission, il s'agit d'une pratique à encourager pour les nombreux avantages qu'elle cumule :

- ◆ horodatage de la prescription, qui rend impossible la prescription *a posteriori* ;
- ◆ dématérialisation des données alimentant la facturation sans ressaisie d'information (la ressaisie du numéro RPSS du médecin est présentée par les transporteurs comme chronophage et source d'erreur) ;
- ◆ alimentation de tableaux de bord précis sur les prescriptions de transport, nourrissant les discussions des acteurs du territoire pour optimiser leurs organisations et leurs interactions de manière factuelle et mesurable ;
- ◆ possibilité pour les CPAM d'automatiser la plupart des contrôles de facturation et de pertinence des prescriptions et de mieux cibler leurs contrôles *a priori*.

La possibilité d'adjoindre une aide à la prescription qui guide le médecin dans le choix du transport le plus adapté à l'état du patient permettrait de favoriser un meilleur respect du référentiel de prescription.

La dématérialisation des données facilite la transmission et le traitement de la prescription à la fois pour la plateforme de centralisation éventuelle et pour la facturation par l'opérateur de transport (absence de re-saisie et des erreurs inhérentes).

Recommandation N°8. Accélérer le déploiement de la prescription en ligne, si possible intégrée aux logiciels métier des médecins, permettre son interconnexion avec les logiciels des plateformes de centralisation et développer en son sein un module d'aide à la prescription de transports sanitaires, élaboré sur la base du référentiel de 2006 révisé.

3.3. Une incitation sous forme de rémunération sur objectif de santé publique mérite d'être étudiée pour les médecins exerçant à titre libéral.

En miroir des éventuelles modalités d'intéressements prévues dans les contrats passés avec les établissements, un équivalent pourrait être proposé aux médecins exerçant à titre libéral. A cet effet, il est recommandé de mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique¹⁴ (ROSP) basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires, pour une enveloppe plafonnée à 10 Millions d'Euros l'an. Celle-ci pourrait éventuellement être ciblée sur les spécialistes les plus forts prescripteurs de transports sanitaires (néphrologues, oncologues, psychiatres), ce qui permettrait d'éviter la multiplication des objectifs, déjà nombreux, proposés aux généralistes dans le cadre de la ROSP.

Recommandation N°9. Mettre en place une ROSP basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires.

4. Les limites des outils de sensibilisation, d'accompagnement et d'incitation plaident pour une mobilisation des outils de contrôle et de responsabilisation, au besoin rénovés, des prescripteurs.

4.1. La règle de l'établissement approprié le plus proche reste peu appliquée

Le code de la sécurité sociale prévoit que les médecins sont tenus d'observer dans leurs prescriptions « *la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* »¹⁵. En matière de transport, il en découle que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base (...) du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire* »¹⁶. L'article R 322-10-5 du code de la sécurité sociale précise que le remboursement des frais de transport est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du patient de la structure de soins appropriée la plus proche : c'est la règle dite de l'établissement le plus proche¹⁷.

Afin de garantir le respect de ces principes encadrant la prescription, le code de la sécurité sociale¹⁸ prévoit que certains trajets, particulièrement onéreux, nécessitent l'obtention d'un accord préalable de l'organisme en charge du remboursement. Il s'agit notamment des trajets supérieurs à 150 kilomètres, et des transports en série (au moins quatre trajets sur une période de deux mois) vers un lieu distant de plus de 50 kilomètres. L'accord ne peut être rendu qu'après un contrôle par le service médical de l'organisme local d'assurance-maladie, qui vérifie que le trajet et le mode de transport prescrits sont bien les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire. Le code de la sécurité sociale prévoit que l'absence de réponse dans un délai de 15 jours à compter de la demande vaut accord préalable. La convention nationale des transports sanitaires raccourcit ce délai à 10 jours (article 6) et précise que l'avis peut toujours intervenir ultérieurement.

¹⁴ La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) vient compléter le paiement à l'acte, qui reste le socle de la rémunération en médecine libérale. Elle repose sur le suivi d'indicateurs couvrant deux grandes dimensions : l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale.

¹⁵ Article L 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁶ Article L322-5 du code de la sécurité sociale

¹⁷ Toutefois, pour les transports liés à une hospitalisation et inférieurs à 150 km, le remboursement se fait sur la base de la distance parcourue, comme le prévoit l'article R 322-10-3 du Code de la Sécurité sociale.

¹⁸ Article R 322-10-4 du code de la sécurité sociale.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2012, faisait le constat d'une application très aléatoire de ces règles de prescription. Les études locales citées par la Cour des Comptes laissent à penser que le surcoût pour l'assurance maladie de la non application de la règle de l'établissement adapté le plus proche est considérable¹⁹. La mission a elle aussi constaté que cette règle étaient appliquée très aléatoirement :

- ◆ Son application locale fait l'objet d'interprétations divergentes selon les praticiens ;
- ◆ Le contrôle *a priori* des prescriptions dans le cadre de l'entente préalable constitue aujourd'hui l'unique modalité d'application de la règle de l'établissement adapté le plus proche. En dehors de ce cadre, son application est laissée de facto au bon vouloir des praticiens ;
- ◆ Le contrôle *a priori* des prescriptions dans le cadre de l'entente préalable souffre quant à lui de limites réelles.

4.2. La régulation par demande d'entente préalable pourrait mieux remplir son rôle sous réserve d'aménagement.

4.2.1. De nombreuses caisses témoignent de leurs difficultés à exercer un véritable contrôle sur les prescriptions soumises à leur entente préalable, faute de moyens humains.

Bien que certains services médicaux aient fait le choix d'une délégation partielle ou totale de ces contrôles aux services administratifs, force est de constater que de nombreuses caisses peinent, faute de moyens humains, à assurer un contrôle effectif de l'ensemble des prescriptions relevant de l'article R 322-10-4. De ce fait, elles tendent à restreindre le champ de leur contrôle. Ainsi :

- ◆ Dans la très grande majorité des cas, elles ne contrôlent que le choix de l'établissement de soin (règle de l'établissement adapté le plus proche), sans examiner la pertinence du mode de transport prescrit ;
- ◆ Certaines dispensent les assurés de demande d'accord préalable dans certains cas de figure (accord tacite). Ce contournement de la législation est acté et institutionnalisé par le biais de protocoles d'accord locaux. Ainsi, la CPAM de Roubaix-Tourcoing délivre un accord implicite sur les transports de 150 à 300 km, ce qui inclut tous les trajets vers des établissements parisiens, alors même que l'offre de soins du département est riche. De même, la CPAM des Bouches-du-Rhône a fait le choix d'un accord tacite pour les soins de suite et de réadaptation distants de plus de 150 km.

4.2.2. Les critères retenus par le code de la sécurité sociale semblent inadaptés aux situations locales

La mission s'interroge sur la pertinence des critères énumérés par le code de la sécurité sociale.

- ◆ Le critère des 150 kilomètres est rarement pertinent dans les zones denses (telles que Roubaix-Tourcoing ou la première couronne francilienne), où une offre de soins abondante est disponible dans un périmètre restreint. Il ne l'est pas non plus toujours dans les territoires ruraux : les centres hospitaliers d'Angers, Nantes et Rennes sont ainsi distants de moins de 150 km depuis la Mayenne.

¹⁹ Au travers de l'observation des transports prescrits par une clinique pour des patients dialysés, une CPAM citée dans le rapport de la Cour des Comptes a ainsi mis en évidence que la non-application de la règle s'est traduite par un surcoût pour l'assurance maladie de près de 30 % des dépenses de transport pour ces patients.

- ◆ Les transports itératifs fréquents ne sont pas soumis à entente préalable dès lors qu'ils concernent un trajet de moins de 50 kilomètres. L'expérience de la CPAM de Roubaix-Tourcoing en matière de contrôle de la file active des « méga-consomphants » (plus de 100 trajets par an avec une ALD exonérante) transportés en ambulance montre pourtant qu'un tel ciblage permet de générer des économies substantielles. Le gain moyen observé à Roubaix (requalification du mode de transport dans 10% des cas générant un gain moyen de 15 000 € par patient) permet de chiffrer le gain d'une généralisation de cette mesure à 18 Millions d'Euros par an, si elle était appliquée à 1% des patients en ALD transportés en ambulance (file active).

Recommandation N°10. Engager une refonte des critères de l'entente préalable, notamment pour assurer un contrôle *a priori* des prescriptions générant les dépenses les plus lourdes.

La CNAMTS indique une moyenne de 8 trajets par an en ambulance pour les patients atteints d'une ALD. Bien qu'il soit nécessaire d'analyser plus finement le degré de dispersion (écart-type) de ces données, on peut supposer qu'une mise sous entente préalable des prescriptions de transport itératif en ambulance dès lors qu'elles impliquent plus de 50 trajets par an concernerait une file active raisonnable de patients²⁰ avec un rendement potentiel probablement significatif des contrôles (cf. supra). Un tel ciblage, relativement large, optimiserait les moyens humains disponibles en CPAM qui interviendraient en cohérence avec leurs stratégies de sensibilisation.

4.2.3. Une refonte complète du régime des ententes préalables est souhaitable

La mission estime qu'une refonte complète du régime des ententes préalables doit être entreprise.

Le respect de la règle de l'établissement adapté le plus proche pourrait être contrôlé de manière plus systématique, y compris pour les prescriptions qui ne relèvent pas de l'entente préalable.

A cette fin, les CPAM pourraient se voir confier, en lien avec le service médical, la définition de la distance maximale acceptable sur le département, ainsi que d'une liste d'exceptions (établissements de référence, pathologies spécifiques), c'est-à-dire les modalités concrètes d'application locale de l'établissement adapté le plus proche. Cette carte devrait être cohérente avec les orientations retenues dans le schéma régional d'organisation de l'offre de soins (SROS) et revue régulièrement pour prendre en compte les évolutions de l'offre de soins.

La mission estime qu'une telle évolution ne remettrait pas en cause le principe d'égalité de traitement entre assurés sociaux, dans la mesure où les principes applicables (règle de l'établissement le plus proche, du trajet le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire, etc.) demeureraient identiques : seules leurs modalités d'application se verraient décliner localement.

²⁰ 1,5% des patients transportés en ambulance représentant 44% des remboursements pour ce mode de transport à la CPAM de Roubaix (données 2015).

Annexe V

L'existence d'un tel outil permettrait d'appliquer la règle de l'établissement le plus proche de façon systématique et non plus sur la base d'un contrôle *a priori*. Ainsi, les trajets d'une distance supérieure au maximum défini par la CPAM seraient soumis à un régime d'interdiction par principe (refus de liquidation automatique). Une contestation ou demande de dérogation demeurerait possible auprès du service médical, ce dernier s'engageant à répondre dans les 10 jours.

Ce principe de refus systématique au-delà d'une certaine distance est pratiqué par la CPAM des Hauts-de-Seine, qui indique non seulement avoir généré des économies réelles²¹, mais surtout voir le nombre de demandes de dérogation se tarir au fur et à mesure que les règles sont assimilées par les prescripteurs. Une vaste communication à destination des transporteurs comme des prescripteurs et des patients, avec une information précise et ciblée par spécialité et par pathologie, serait d'ailleurs de nature à limiter le nombre de réclamations.

Recommandation N°11. Mettre en place des référentiels locaux identifiant les modalités d'application du principe de l'établissement adapté le plus proche.

Les moyens ainsi dégagés, à terme, dans les services médicaux, pourraient permettre d'exercer un contrôle plus effectif et approfondi des prescriptions soumise à entente préalable et notamment du choix du mode de transport. On notera d'ailleurs que le contrôle du mode de transport peut faire l'objet d'une délégation aux services administratifs, sur la base d'outils d'aide à la décision, comme le pratiquent déjà certaines CPAM.

La généralisation de la dématérialisation des données associées aux transports sanitaires sera également de nature à inciter aux bonnes pratiques et à simplifier, cibler les contrôles, à effectifs constants.

4.3. Si les principes de mise sous objectifs (MSO) ou de mise sous accord préalable (MSAP) semblent pertinents, leurs modalités d'application sont perfectibles

La procédure de mise sous accord préalable (MSAP) a été créée par la loi du 13 août 2004²². Elle permet au directeur de la caisse locale d'assurance maladie de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée maximale de six mois, la prise en charge des frais de transport de certains prescripteurs identifiés comme atypiques, sauf en cas d'urgence. Ceux-ci sont identifiés sur la base d'un nombre de prescriptions de transport significativement supérieur à la moyenne, pour une activité comparable, des médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.²³ En cas de récurrence après deux périodes de mise sous accord préalable, les professionnels de santé peuvent faire l'objet de pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

²¹ En 2015, la CPAM des Hauts-de-Seine a enregistré un gain de 173 000 € lié aux 226 refus définitifs d'entente préalable tous motifs confondus (estimé sur la base du coût moyen d'un transport rapporté au nombre de trajets refusés). Sur les 420 demandes d'ententes préalables pour des trajets supérieurs à 150 km, seules 194 ont été accordées.

²² Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale

²³ Elle induit un accord préalable de l'échelon local du service médical (ELSM) pour chaque prescription, une information de sa patientèle, une demande d'un avis consultatif de la commission des pénalités et un suivi personnalisé de l'ELSM.

Annexe V

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a précisé et encadré²⁴ les conditions d'application de la procédure de mise sous accord préalable tout en prévoyant une procédure alternative susceptible de se substituer à la mise sous accord préalable : la mise sous objectif (MSO). Les praticiens se voient proposer par l'assurance maladie de s'engager à atteindre un objectif de réduction de leurs prescriptions de transports. En cas de non atteinte de l'objectif, le médecin se voit infliger une pénalité pouvant aller jusqu'à deux fois le plafond mensuel de la SS. Désormais, la MSAP est enclenchée uniquement en cas de refus de MSO, ce qui est rare.

La procédure MSO / MSAP : cadre juridique

Les directeurs de CPAM ont le choix entre deux procédures lorsqu'ils constatent des volumes de prescriptions atypiques : la mise sous accord préalable (MSAP) ou la fixation d'un objectif de réduction des prescriptions (MSO).

Dans les deux cas le premier temps est la notification (Art R148). Le directeur de la CPAM notifie par LR+AR au médecin concerné les faits constatés ou les données chiffrées relatives à sa pratique ainsi que celles relatives à la moyenne servant de base de référence, et l'informe de son droit à être entendu, sur sa demande, ou de présenter ses observations écrites, dans le délai d'un mois. L'audition donne lieu à un procès-verbal signé par l'intéressé. Le médecin peut se faire assister par la personne de son choix.

Suit l'instruction (Art R148-1 & R148-2). A compter de l'expiration du délai (J+30) ou du lendemain de l'audition du médecin si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur peut, dans le délai d'un mois (J+60), compte tenu des observations éventuelles du médecin :

- 1- Soit abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe l'intéressé dans les meilleurs délais ;
- 2- Soit proposer au médecin un objectif de réduction de ses prescriptions ou réalisations ;
- 3- Soit poursuivre la procédure de mise sous accord préalable prévue au I de l'article L. 162-1-15 ;
- 4- Si le directeur n'a pas statué au terme du délai qui lui est imparti (J+60 ou 31 jours après l'audition si celle-ci ne s'est pas tenue dans le mois qui suit la notification), la procédure est réputée abandonnée.

Puis la procédure de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations (Art R148-3 à R148-6). Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie au médecin une proposition conjointe avec le médecin-conseil chef de service compétent. La proposition notifiée tient compte de la situation constatée ainsi que, le cas échéant, des observations de l'intéressé. Elle mentionne

- 1° L'objectif de réduction du nombre des prescriptions ou réalisations, de la durée ou du taux constaté, lequel ne peut être inférieur à la moyenne servant de base de référence, ainsi qu'une période, comprise entre quatre et six mois, impartie à compter de la date de réception de la proposition pour atteindre cet objectif,
- 2° Le montant maximum de la pénalité encourue en cas de dépassement de l'objectif,
- 3° La possibilité pour l'intéressé de faire connaître, par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de quinze jours à compter de la notification, son refus de cette proposition ;
- 4° L'avertissement qu'en cas de refus l'intéressé s'expose à la mise sous entente préalable,
- 5° L'avertissement qu'à défaut de réponse de l'intéressé dans le délai imparti au 3° il est réputé avoir accepté cette proposition.

En cas de refus de la proposition, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie poursuit l'instruction de la procédure de mise sous entente préalable (Art L162-1-15).

En cas d'acceptation tacite ou expresse de la proposition, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le médecin-conseil chef de service compétent désignent un praticien-conseil référent chargé du suivi personnalisé dont les coordonnées sont communiquées à l'intéressé. Ce praticien-conseil effectue, selon une fréquence convenue avec le médecin et au moins à mi-parcours, un entretien sur l'évolution de sa pratique. Le médecin conseil chef de service compétent établit un bilan de cette évolution qu'il adresse au directeur de l'organisme local d'assurance maladie. La réalisation de l'objectif est appréciée au regard de l'écart, par rapport à la moyenne servant de base de référence, du nombre, de

²⁴ Décret n°2011-551 du 19 mai 2011

Annexe V

la durée ou du taux constaté des prescriptions ou réalisations intervenues au cours du délai imparti. Au vu des éléments établis par le médecin-conseil chef de service compétent et au plus tard dans les six mois suivant le terme de la période fixée pour réaliser l'objectif, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie au médecin le bilan détaillé de son objectif de réduction de la prescription, précisant s'il a ou non atteint l'objectif fixé et dans quelles proportions.

Si l'objectif n'a pas été atteint, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie informe le médecin s'il envisage de poursuivre la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, en vue de prononcer la pénalité prévue dans la proposition de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations. Dans ce cas, il informe le médecin qu'il pourra exercer ses droits de la défense à l'occasion du déroulement de cette procédure.

La mise sous entente préalable (Art R148-7 à R148-9)

En première intention ou dans les cas prévus ci-dessus (refus de la procédure de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations), le directeur de l'organisme local d'assurance maladie saisit la commission des pénalités. Il informe simultanément l'intéressé de son droit à être entendu par cette commission, sur sa demande, ou de présenter ses observations écrites, dans le délai d'un mois.

La commission rend un avis motivé portant sur la nécessité et la durée de la mise sous accord préalable. La commission transmet cet avis, dans un délai maximum de deux mois à compter de sa saisine, qui peut, à sa demande, être prorogé d'un mois, au directeur de l'organisme local d'assurance maladie, ainsi qu'au médecin en cause. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, éventuellement prorogé, l'avis est réputé rendu. A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur peut :

- 1- Soit abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe le médecin dans les meilleurs délais ;
- 2- Soit décider de poursuivre la procédure. Dans ce cas, il saisit pour avis dans un délai de quinze jours le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- 3- A défaut de saisine dans le délai précité, la procédure est réputée abandonnée.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou son représentant rend un avis dans le délai d'un mois à compter de sa saisine. Si son avis n'est pas rendu dans le délai imparti, il est réputé favorable.

A compter de la réception de l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie décide, dans le délai de quinze jours :

- 1° Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est défavorable, d'abandonner la procédure. Dans ce cas, il informe de sa décision le médecin dans les meilleurs délais ;
- 2° Si l'avis du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est favorable, de subordonner à l'accord préalable du service de contrôle médical compétent les prescriptions ou réalisations du médecin. Dans ce cas, il notifie au médecin sa décision motivée, qui précise les prescriptions ou réalisations concernées, la date de début et de fin de la période de mise sous accord préalable ainsi que les modalités de sa mise en œuvre, notamment l'information des patients dans les conditions prévues par l'article L. 1111-3 du code de la santé publique. Il mentionne les délais et voies de recours.

Si le directeur n'a pas statué au terme du délai qui lui est imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Cette procédure semble avoir fait la preuve de son efficacité, déjà relevée par la Cour des Comptes :

- ◆ Les résultats analysés par la Cour des Comptes sur la campagne de MSAP conduite en 2008 suggèrent un changement durable des pratiques de prescriptions, au-delà de la seule période de mise sous accord préalable ;

Annexe V

- ◆ Les données produites par la CNAMTS sur la campagne menée en 2013 et 2014 montrent que sur les 37 médecins ciblés à l'origine, seuls 3 (8%) ont fait l'objet d'un abandon lors de la phase contradictoire. Sur les 34 qui se sont vu proposer une MSO, 33 (97%) l'ont acceptée. Ces données amènent à relativiser le constat, généralement avancé, d'une faible acceptabilité politique et d'un risque contentieux élevé de ce type de procédure ;
- ◆ Sur cette dernière campagne, les économies réalisées se chiffrent à 9 000 Euros environ par généraliste et 30 000 Euros par spécialiste sur une période de 4 mois. Cependant, la CNAMTS observe dans un certain nombre de cas un effet report, c'est-à-dire un transfert de la prescription de transport vers un autre praticien²⁵. De ce fait, elle évalue l'économie « nette » pour l'assurance maladie à 5 473€ par praticien généraliste et 25 723€ par spécialiste.

Les modalités de mise en œuvre retenues par la CNAMTS peuvent toutefois interroger. D'une part, il est étonnant de constater qu'alors que cette procédure est prévue par la loi, elle n'a été mise en œuvre par la CNAMTS que de manière expérimentale et par campagnes successives. Ainsi en 2014, trois régions uniquement ont été concernées. La mission ne dispose pas d'éléments qui justifient ce périmètre retreint.

Les critères de ciblage établis au niveau national apparaissent très restrictifs, bien plus que ceux retenus pour les indemnités journalières et bien plus que ne l'impose la loi. Par exemple :

- ◆ Le terme « significativement supérieur » retenu par le code de la sécurité sociale est interprété par la CNAMTS comme un écart à la moyenne de quatre écarts-types ;
- ◆ Le code de la sécurité sociale évoque une comparaison avec les professionnels de santé exerçant dans le ressort de la même ARS ou de la même CPAM, alors que la CNAMTS retient uniquement le critère régional, qui n'est pas forcément le plus pertinent.

Ces critères restrictifs définis strictement par l'échelon central ne permettent pas la mobilisation de l'outil au service des politiques de sensibilisation élaborées localement (entretiens d'alerte, par exemple). Cette procédure pourrait pourtant constituer un levier coercitif utile aux CPAM.

Enfin, les délais contraints, imposés par la partie réglementaire du code de la sécurité sociale, et le fonctionnement par campagnes nationales successives orchestrées par la CNAMTS contribuent au caractère lourd et chronophage de la procédure pour les médecins conseils.

En gardant l'esprit de ces contrôles, une évolution de la procédure est nécessaire pour la rendre plus efficiente. La mission propose ainsi :

- ◆ D'assouplir les conditions de mise en œuvre de la procédure (articles R 148 et suivants du code de la sécurité sociale). A titre d'exemple, l'avis conforme du directeur général de l'UNCAM peut apparaître comme une précaution excessive. De la même façon, il pourrait être envisagé d'allonger les délais prévus pour chacune des étapes de la procédure et de ne prévoir d'échanges contradictoires avec le prescripteur qu'en cas de contestation, par celui-ci, du bienfondé de la procédure ;
- ◆ De laisser les CPAM décider de l'opportunité du recours à ces procédures ainsi que des critères de ciblage. La CNAMTS devrait se recentrer sur un rôle de tête de réseau consistant à fournir des outils (conseil juridique, proposition de méthodologies de ciblage) aux caisses locales et à suivre les résultats obtenus. Des objectifs dans ce domaine pourraient être fixés aux caisses dans le cadre de leur Contrat Pluriannuel de Gestion.

²⁵ MSO / MSAP Transport : état des lieux. Document interne CNAMTS / DACCRF, novembre 2014.

Recommandation N°12. Assouplir les conditions de mise en œuvre de la procédure MSO/MSAP afin de faciliter sa mise en œuvre et laisser les CPAM décider, dans le respect du cadre législatif et réglementaire, de l'opportunité du recours à cet outil ainsi que de ses critères de ciblage.

Si la procédure MSO/MSAP était appliquée à 300 médecins, dont la moitié de spécialistes, soit un nombre de praticiens similaire à celui ciblé en matière de prescriptions d'arrêts de travail, elle entrainerait un gain de 13,5 Millions d'Euros. La mission préconise d'accompagner cette démarche par une politique d'accompagnement et de sensibilisation (visite des délégués de l'assurance maladie) ciblée sur les praticiens géographiquement proches et de spécialités similaires à ceux placés sous objectif, de façon à réduire l'effet de report et à permettre un gain d'au moins 15 Millions d'Euros.

5. Liste des recommandations

<u>Recommandation N°1.</u>	<i>Actualiser le référentiel de prescription en fonction des spécificités de la situation médicale du patient et en distinguant taxi et VSL et refondre, en veillant à son ergonomie, le formulaire CERFA associé, en proposant en premier lieu les modes de transport les moins coûteux.</i>	<i>4</i>
<u>Recommandation N°2.</u>	<i>Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transporte, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie.</i>	<i>5</i>
<u>Recommandation N°3.</u>	<i>Refuser systématiquement la prise en charge des trajets antérieurs à la prescription médicale correspondante.</i>	<i>5</i>
<u>Recommandation N°4.</u>	<i>Promouvoir les transports partagés auprès des patients, prescripteurs, transporteurs sanitaires et exploitants de taxis et valoriser, à hauteur de 5 à 10%, le tarif applicable aux taxis dès lors qu'ils transportent simultanément plusieurs patients et que le véhicule peut être géo-localisé.</i>	<i>7</i>
<u>Recommandation N°5.</u>	<i>Evaluer les effets induits de la carte de transport assis sur la structure des prescriptions.</i>	<i>8</i>
<u>Recommandation N°6.</u>	<i>Evaluer les impacts des démarches de promotion du véhicule personnel et des transports en commun avant une éventuelle généralisation.</i>	<i>9</i>
<u>Recommandation N°7.</u>	<i>Organiser la capitalisation des outils et des retours d'expérience sur les pratiques de sensibilisation mises en place par les organismes locaux d'assurance maladie et généraliser la conduite par les CPAM de campagnes coordonnées de sensibilisation à destination des prescripteurs, des transporteurs et des assurés.</i>	<i>12</i>
<u>Recommandation N°8.</u>	<i>Accélérer le déploiement de la prescription en ligne, si possible intégrée aux logiciels métier des médecins, permettre son interconnexion avec les logiciels des plateformes de centralisation et développer en son sein un module d'aide à la prescription de transports sanitaires, élaboré sur la base du référentiel de 2006 révisé.</i>	<i>12</i>
<u>Recommandation N°9.</u>	<i>Mettre en place une ROSP basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires.</i>	<i>13</i>
<u>Recommandation N°10.</u>	<i>Engager une refonte des critères de l'entente préalable, notamment pour assurer un contrôle a priori des prescriptions générant les dépenses les plus lourdes.</i>	<i>15</i>
<u>Recommandation N°11.</u>	<i>Mettre en place des référentiels locaux identifiant les modalités d'application du principe de l'établissement adapté le plus proche.</i>	<i>16</i>
<u>Recommandation N°12.</u>	<i>Assouplir les conditions de mise en œuvre de la procédure MSO/MSAP afin de faciliter sa mise en œuvre et laisser les CPAM décider, dans le respect du cadre législatif et réglementaire, de l'opportunité du recours à cet outil ainsi que de ses critères de ciblage.</i>	<i>20</i>

Document joint à l'annexe V

Evaluation du moyen le plus économique pour développer

le transport assis professionnalisé partagé par voie de taxi

Enjeu : revaloriser le partage de transports assis professionnalisés effectués en taxi, à l'instar de la démarche réalisée récemment pour les VSL

Le développement du transport assis professionnalisé partagé est une source d'économies potentielles pour l'assurance maladie.

Dans cette perspective, l'avenant n°7 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002 a proposé une option aux transporteurs sanitaires conventionnés. Cette option a pour objet de développer l'équipement en système de géolocalisation et de télétransmission, en contrepartie d'une amélioration de la tarification des transports partagés effectués par les véhicules sanitaires légers (VSL).

Modalités de facturation du transport partagé par VSL, appliquées aux transporteurs ayant adhéré à l'option ouverte par l'avenant n°7

(extrait de la fiche intitulée « VSL : les tarifs conventionnels » disponible sur le site ameli.fr, amendée pour tenir compte des niveaux de remise prévus pour les transporteurs sanitaires adhérant à l'option ouverte par l'avenant n°7)

Le véhicule sanitaire léger (VSL) est habilité à transporter plusieurs patients (trois maximum par véhicule). Lorsque plusieurs patients sont véhiculés, une facture doit être établie pour chacun d'eux. La facture doit comporter le prix du transport correspondant à la distance effectivement parcourue pour chaque intéressé.

Il est alors procédé un abattement (pour les transporteurs sanitaires ayant adhéré à l'option ouverte par l'avenant n°7) :

- de 15 % pour deux patients présents dans le même véhicule au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun ;
- de 33 % pour trois patients présents dans le même véhicule au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun.

Cet abattement s'applique à la totalité de la facture (forfait, valorisation trajet court et tarif kilométrique), majorée éventuellement ou pour transport de nuit, ou bien pour transport le dimanche ou jour férié.

Lorsqu'un VSL effectue un transport comportant l'aller et le retour du(des) patient(s), deux transports sont facturables.

Cette revalorisation n'a pas d'équivalent pour les taxis, pour lesquels la réglementation ne prévoit la possibilité de majorer le prix d'une course qu'à partir du quatrième passager (et même, pour les taxis parisiens, à partir du cinquième passager). Même si les entrepreneurs de taxis peuvent être intéressés pour assurer des transports partagés (car la distance parcourue est alors plus longue et les temps d'attentes souvent majorés), il demeure que l'incitation pour les taxis à développer le transport partagé de patient peut apparaître faible, au regard des règles applicables au VSL.

Annexe V

Deux hypothèses de revalorisation ont été évoquées par les interlocuteurs rencontrés par la mission :

- 1) **Scénario n°1** : Conserver le principe d'une facture unique en cas de transport de plusieurs patients, mais supprimer, dans ce cas, la remise négociée dans le cadre de la convention départementale liant l'entreprise de taxi et la CPAM. Cette option est soutenue par les fédérations de taxi rencontrées par la mission ;
- 2) **Scénario n°2** : Adopter pour les taxis des règles similaires à celles applicables aux VSL, à savoir : tarifier deux ou trois trajets (selon les modalités de facturation prévues dans les conventions départementales liant les entreprises de transport et les CPAM), mais appliquer à ces tarifs les abattements de 15% (en cas de transport de deux patients) ou de 33% (en cas de transport de trois patients) sur le coût total de chacune des courses facturées ;

La mission s'est attachée à évaluer :

- 1) Parmi les deux options ci-dessus évoquées, laquelle serait la plus économe pour l'assurance maladie ;
- 2) Le coût relatif de ces deux dernières options par rapport à celui d'une course en VSL, partagée entre plusieurs patients.

L'option défendue par les fédérations de taxis apparaît la plus pertinente, au regard de la revalorisation récente du transport partagé en VSL

Parmi les deux options envisagées ci-dessus pour revaloriser le transport partagé en taxi, la première apparaît la plus économe pour les finances publiques. L'analyse montre en effet que le scénario 2 devient rapidement plus cher que le scénario 1 dès qu'un certain nombre de kilomètres, relativement limités, est parcouru. Le scénario 1 apparaît encore plus avantageux en cas de transport de 3 patients. Les seuls cas où le scénario n°1 est plus coûteux pour l'assurance maladie que le scénario n°2 correspondent aux situations où les temps d'attente et d'approche sont très coûteux, le nombre de kilomètres parcourus limités et le nombre de personnes transporté limité à deux.

L'hypothèse de revalorisation du transport partagée en taxi proposée par les fédérations de transporteurs est la plus économe

Le coût d'un trajet en taxi est composé des éléments suivants :

- Une prise en charge, ci-après dénommée « pc » ;
- Un tarif kilométrique, ci-après dénommé « tk » ;
- Le nombre de kilomètre parcouru, ci-après dénommé « nk » ;
- Et une variable exogène, liée au temps d'approche ou d'attente pour la course en question, dénommée « ta ».

Dans l'hypothèse n°2, le coût du trajet serait multiplié par deux ou trois, mais l'assurance maladie appliquerait une remise, ci-après dénommée « R », ainsi qu'un abattement de 15% ou de 33%, ci-après dénommé « A ».

Le coût d'un trajet partagé de deux patients dans l'hypothèse n°1, ci après dénommé « CT1 », serait le suivant :

$$CT1 = pc + tk * nk + ta$$

Le coût total d'un trajet partagé de deux patients dans l'hypothèse n°2, pour deux patients transportés, ci-après dénommé « CT2 », serait le suivant :

$$CT2 = ((pc + tk * nk) * 2 + ta) * R * A$$

Pour comparer ces deux coûts totaux, il convient de voir si leur différence est un nombre positif ou négatif.

$$CT2 - CT1 = ((pc + tk * nk) * 2 + ta) * R * A - (pc + tk * nk + ta)$$

$$CT2 - CT1 = (2 * R * A - 1) (pc + tk * nk) + (R * A - 1) * ta$$

CT2 > CT1 si et seulement si,

$$(2 * R * A - 1) (pc + tk * nk) + (R * A - 1) * ta > 0$$

Ce qui revient aux conditions suivantes :

$$(2 * R * A - 1) (pc + tk * nk) > -ta * (R * A - 1)$$

$$(2 * R * A - 1) (tk * nk) > -(R * A - 1) * ta - (2 * R * A - 1) * pc$$

Soit,

$$nk > [(1 - R * A) * ta] / [(2 * R * A - 1) * tk] - pc / tk$$

Cette formule montre que plus le temps d'attente et d'approche facturé par la société de taxi est important, plus il faut que le trajet soit long pour que le scénario 2 soit plus coûteux que le scénario 1.

Une simulation avec des données moyennes permet d'évaluer la distance critique, en fonction du temps d'attente et d'approche facturé.

Si on considère que :

- pc est le taux moyen de prise en charge est de 2,27€,
- tk correspond au tarif kilométrique C (aller simple de jour) qui est en moyenne nationale de 1,78 €,
- R correspond au taux moyen de remise national de 10%, soit R=0,90,
- A est égal à l'abattement de 15%, soit A=0,85, correspondant au transport de deux personnes par VSL ;

$$CT2 - CT1 = 0,53 * (2,27 + 1,78 * nk) - 0,235 * ta > 0 \text{ si et seulement si}$$

$$nk > 0,235 * ta / 0,9434 - 2,27 / 1,78$$

Le graphique ci-dessous montre que, dans les conditions moyennes, le scénario 2 est vraisemblablement, dans la majorité des cas, plus coûteux que le scénario 1. En effet, il suffit d'un nombre de kilomètres parcourus relativement limités pour que le coût de l'attente et de l'approche soit assez rapidement compensé.

Annexe V

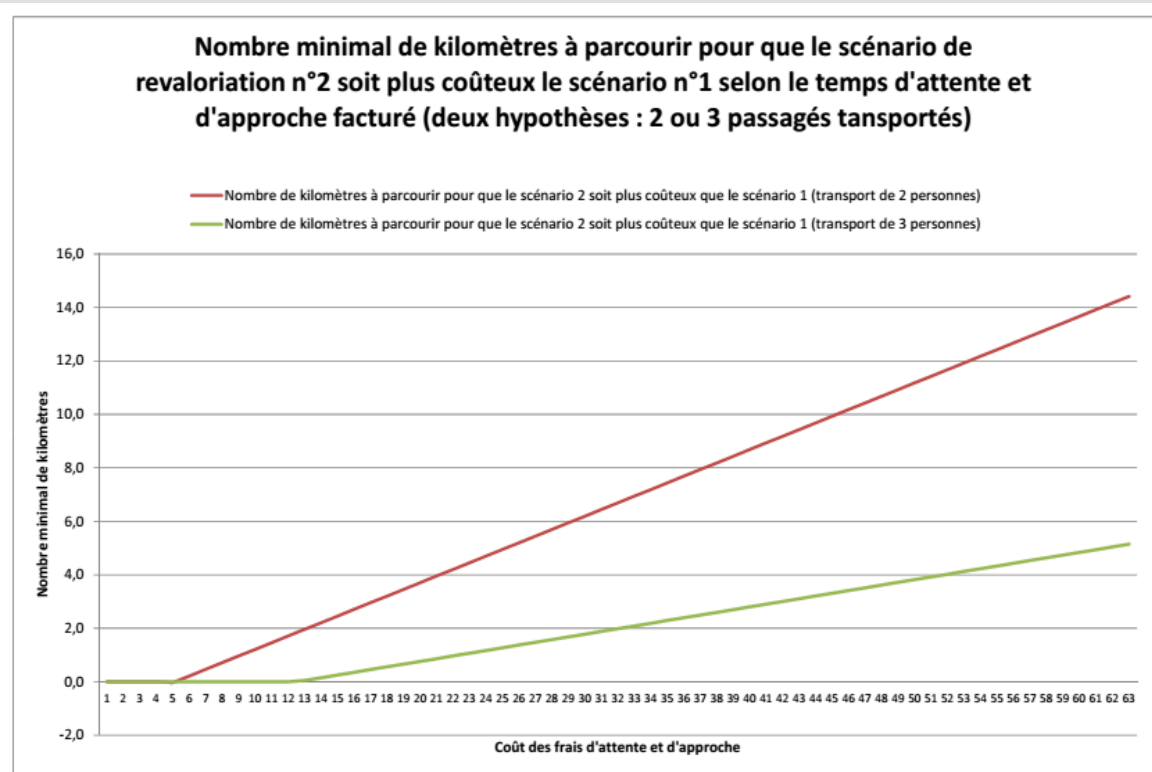
Le scénario 1 apparaît encore plus avantageux, en cas de transport de trois patients. La formule d'équilibre du nombre de kilomètre est, en effet, dans ce cas :

$$nk > [(1-R*A)*ta]/[(3*R*A-1)*tk] - pc /tk$$

Le coefficient de cette fonction affine est diminué par la majoration du numérateur (3 au lieu de 2). La « pente » de cette droite est donc plus faible.

Le graphique ci-après indique, à titre illustratif, dans le cas d'un transport de trois personnes (en prenant les conditions moyennes ci-dessus référencées), le nombre minimal de kilomètres à parcourir, pour que, le scénario 2 soit plus cher que le scénario 1, compte tenu du temps d'attente facturé par le taxi.

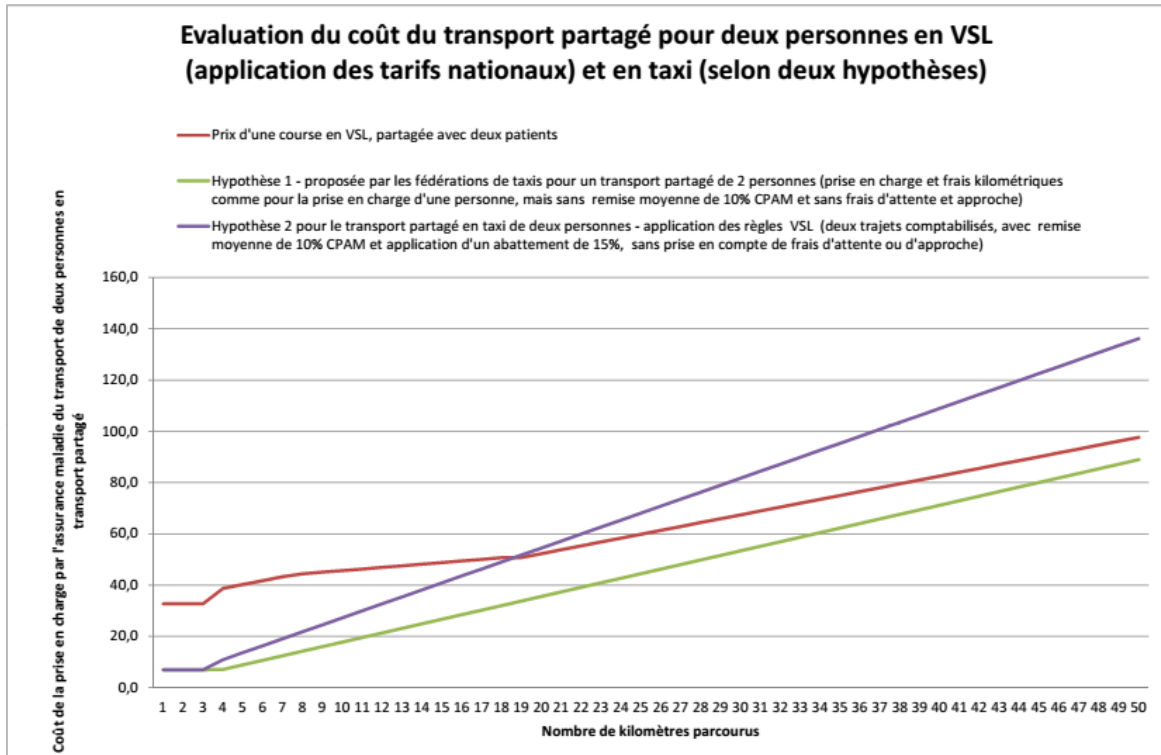
Graphique 3 – Comparaison des deux scénarios



Par ailleurs, la mission a comparé le coût d'un transport partagé, selon qu'il est effectué en VSL ou qu'il serait réalisé par taxi selon les deux scénarios de revalorisation envisagés. La simulation ci-dessous n'a de valeur que d'exemple. Elle ne vaut pas pour tous les cas de figure possibles. En effet, si une évaluation du coût réel en fonction du nombre de kilomètres peut aisément être réalisée pour les VSL (car les tarifs sont nationaux et proportionnels au nombre de kilomètres parcourus), il en va autrement pour les taxis. Le coût global d'une course diffère d'un département à l'autre (non seulement parce que les tarifs sont fixés par arrêtés préfectoraux, mais aussi en raison des dispositions spécifiques des conventions départementales entre les taxis et les CPAM, notamment sur le montant de la « remise »). Il varie aussi en fonction de paramètres tels que le temps d'attente, le temps d'approche ou la marche lente. La simulation ci-dessous a fait le choix de calculer le coût d'un trajet en taxi en prenant comme paramètres les niveaux moyens retenus dans l'encadré ci-dessus, et de ne pas tenir compte des coûts liés au temps d'attente, d'approche et de marche lente.

L'intérêt du graphique ci-dessous, établi sur des valeurs moyennes est de montrer que scénario 1 aurait pour avantage de rendre le coût du transport partagé à peu près comparable à celui d'un transport partagé en VSL. En effet, le coût d'un transport partagé en taxi apparaît, dans la simulation ci-dessous, inférieur à celui d'un transport partagé en VSL dans l'hypothèse de revalorisation soutenue par les fédérations de taxi. Mais ce moindre coût est lié à l'absence de prise en compte des frais liés au temps d'attente, d'approche et de marche lente. Leur prise en compte rapprocherait les coûts du trajet en taxi de celui du VSL, voire le dépasserait.

Graphique 4 – Coût du transport partagé par mode de transport et type de tarification



ANNEXE VI

La responsabilisation des établissements de santé sur leurs prescriptions

SOMMAIRE

1. SI LES DEPENSES DE TRANSPORT SANITAIRE DEVAIENT RESTER A LA CHARGE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE, UNE REFONTE ET UNE SIMPLIFICATION DE LA CONTRACTUALISATION AVEC LES ETABLISSEMENTS DE SANTE SERAIT INDISPENSABLE	2
1.1. Le recours à l'outil contractuel présente plusieurs avantages.....	2
1.1.1. <i>Une dynamique déjà à l'œuvre dans le domaine des transports comme dans celui des médicaments.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>La logique contractuelle est gage d'adaptabilité aux situations locales et de responsabilisation de l'ensemble des parties prenantes</i>	<i>2</i>
1.2. L'outil contractuel existant présente un bilan contrasté.....	3
1.2.1. <i>Les CAQOS ont permis d'initier un dialogue tripartite autour des prescriptions de transport.....</i>	<i>3</i>
1.2.2. <i>Les CAQOS ne touchent qu'un nombre limité d'établissements de santé.....</i>	<i>4</i>
1.2.3. <i>L'indicateur central retenu pour le suivi des contrats est critiquable.....</i>	<i>5</i>
1.2.4. <i>Le dispositif de sanctions et d'intéressement apparait mal calibré.....</i>	<i>6</i>
1.3. Ces limites plaident pour une évolution du dispositif contractuel afin de restaurer son caractère mobilisateur et opérationnel	7
1.3.1. <i>Il convient de passer d'une logique de ciblage à une généralisation du dispositif contractuel</i>	<i>8</i>
1.3.2. <i>Une telle évolution implique d'inciter plus fortement les établissements de santé à la contractualisation</i>	<i>8</i>
1.3.3. <i>Une condition préalable est la généralisation de l'usage du numéro d'identification du prescripteur</i>	<i>9</i>
1.3.4. <i>Le contenu des contrats doit être plus opérationnel.....</i>	<i>10</i>
1.3.5. <i>Il faut également restaurer son caractère mobilisateur.....</i>	<i>11</i>
2. LE TRANSFERT D'ENVELOPPE AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE CONSTITUERAIT UNE MESURE SIMPLE, STRUCTURELLE ET FORTEMENT RESPONSABILISANTE ET DOIT A CE TITRE ETRE PRIVILEGIE	12
2.1. Le transfert d'enveloppe aux établissements de santé constituerait une mesure simple, structurelle et fortement responsabilisante	12
2.1.1. <i>Il permettrait de simplifier les règles de répartition des dépenses entre établissements de santé et assurance maladie</i>	<i>13</i>
2.1.2. <i>Il favorise des modes de gestion performants.....</i>	<i>13</i>
2.1.3. <i>Il responsabilise l'ensemble des établissements de manière directe.....</i>	<i>14</i>
2.1.4. <i>Sa mise en œuvre soulève certaines difficultés</i>	<i>15</i>
3. LE CAQES POURRAIT CONSTITUER L'OUTIL ADAPTE POUR ACCOMPAGNER LES ETABLISSEMENTS VERS UN TRANSFERT DE L'ENVELOPPE A MOYEN TERME.....	21
3.1. L'annonce d'un transfert d'enveloppe à moyen terme constituerait une perspective mobilisatrice pour les établissements de santé	21
3.2. Ce transfert doit être anticipé et accompagné	22
4. LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	22

Introduction

L'essentiel des dépenses de transports sanitaires prescrites par les établissements publics ou privés de soins sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie. Ces dépenses représentent 2,3 Milliards € en 2014¹, soit 63,3% des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe « Soins de ville ». Les dépenses prises en charge par les établissements de soins eux-mêmes, sur leur propre budget, sont évaluées à 250 M€, soit environ 10% du total des dépenses prescrites par ces établissements.

La maîtrise durable des dépenses de transports sanitaires passe par une responsabilisation des établissements de santé sur les dépenses qu'ils induisent par leurs prescriptions, c'est-à-dire par une meilleure régulation de la demande de transports. Deux modalités, éventuellement combinables dans le temps, peuvent être envisagées à cette fin.

D'une part, une contractualisation entre l'établissement, l'agence régionale de santé et l'assurance maladie : ce principe est déjà mis en œuvre sous la forme du contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) pour le transport de patients, un dispositif déployé depuis 2009 et piloté par la direction de la sécurité sociale (DSS) et la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dans le cadre de la politique de gestion du risque. Ce dispositif fait régulièrement l'objet d'évaluations, qui mettent en évidence son bilan mitigé. Une contractualisation simplifiée et renouvelée, accompagnée d'une implication plus volontariste des autorités de tutelle dans sa mise en œuvre, serait de nature à accroître le caractère incitatif et responsabilisant.

D'autre part, l'intégration des dépenses de transports sanitaires dans le budget de l'établissement, qui deviendrait pleinement responsable de la qualité de sa gestion. Cette option, déjà étudiée par le passé², est préconisée par la CNAMTS³. Elle présente l'avantage majeur de mieux permettre le respect des objectifs de dépenses de l'assurance maladie et responsabilise l'ensemble des établissements de santé de façon directe. Sa mise en œuvre n'est pas, cependant, sans soulever quelques craintes et difficultés.

En tout état de cause, la mission considère souhaitable de s'orienter à moyen terme vers un transfert d'enveloppe, annoncé et préparé avec volontarisme : cette mesure apporterait une réponse simple à la dichotomie entre prescripteur et payeur qui constitue aujourd'hui l'une des causes structurelles des dérives constatées.

Quelle que soit l'alternative retenue, celle-ci devra permettre de mobiliser et d'accompagner les établissements de santé vers un même objectif : la rationalisation et l'optimisation de leurs flux de transports, en tout premier lieu par la mise en place d'une centralisation informatisée des commandes de transport.

¹ Soins réalisés en 2014, liquidés à fin avril 2015, tous régimes

² La LFSS 2008 permettait une délégation de gestion de l'enveloppe aux établissements. Cette disposition n'a jamais été mise en œuvre et a finalement été abrogée en 2010. La LFSS 2013 prévoyait quant à elle la possibilité pour les établissements ou leurs groupements d'expérimenter le recours à des appels d'offre. Les décrets d'application de cette mesure ne sont jamais parus.

³ Rapport *Charges et produits*, 2016 – proposition 24

Annexe VI

Les solutions proposées dans la présente annexe ont vocation à s'appliquer tout autant aux établissements publics de soins qu'aux établissements privés. Des analyses complémentaires seront toutefois nécessaires pour préciser les modalités d'application de certaines recommandations aux établissements privés au vu de leurs spécificités (régime de droit commercial privé, mode de financement partiellement différent, difficulté à distinguer les prescriptions des médecins libéraux selon qu'ils exercent en ville ou au sein d'un établissement de santé privé). Un traitement particulier devrait également être réservé aux établissements d'outre-mer, compte-tenu de leur profil spécifique, tant en matière de prescriptions de transport (surreprésentation de l'avion et du bateau) que de modèle économique.

1. Si les dépenses de transport sanitaire devaient rester à la charge des organismes d'assurance maladie, une refonte et une simplification de la contractualisation avec les établissements de santé seraient indispensables

1.1. Le recours à l'outil contractuel présente plusieurs avantages.

1.1.1. Une dynamique déjà à l'œuvre dans le domaine des transports comme dans celui des médicaments.

L'option d'une plus grande responsabilisation des établissements de santé par la contractualisation présente tout d'abord l'avantage de s'inscrire dans le prolongement d'un dispositif existant, le CAQOS. Le CAQOS a été progressivement accepté par l'ensemble des acteurs, après l'opposition initiale de la fédération hospitalière de France (FHF) – même si cette légitimité demeure fragile. Il fait l'objet de bilans et de retours d'expérience réguliers.

Des CAQOS sont aujourd'hui conclus avec les établissements de santé dans le domaine des transports sanitaires comme dans celui des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (PHEV). Ces deux postes de dépenses répondant à des logiques comparables (dépenses de l'enveloppe « Soins de ville » induites par des prescriptions hospitalières), il peut paraître logique qu'ils soient régulés par un mécanisme similaire.

1.1.2. La logique contractuelle est gage d'adaptabilité aux situations locales et de responsabilisation de l'ensemble des parties prenantes

La logique contractuelle présente par nature une double vertu :

- ◆ Elle peut évoluer dans le temps et s'adapter à la situation particulière de chaque territoire ou établissement. Ainsi, les établissements peuvent se doter progressivement d'outils de maîtrise de leurs dépenses de transport, là où un transfert immédiat d'enveloppe pourrait avoir un effet « couperet » les contraignant à gérer une dépense sur laquelle ils disposent de peu de leviers d'action ;
- ◆ Son caractère tripartite permet de responsabiliser l'ensemble des acteurs et de mobiliser les CPAM et les ARS dans l'accompagnement des établissements. Certains leviers de régulation des dépenses de transport demeurent en effet entre leurs mains (tarifs, autorisations, contrôle). Ces institutions peuvent en outre jouer un rôle de garantes d'une certaine équité dans les relations entre établissement de santé et transporteurs, en évitant le face à face induit par le transfert d'enveloppe.

1.2. L’outil contractuel existant présente un bilan contrasté.

1.2.1. Les CAQOS ont permis d’initier un dialogue tripartite autour des prescriptions de transport

Les CAQOS, créés en 2009, ont été déployés progressivement dans un contexte initialement marqué par l’opposition de la FHF et l’incertitude juridique née du recours contentieux engagé par cette dernière contre les textes d’application.

Le Contrat d’Amélioration de la Qualité et de l’Organisation des Soins (CAQOS)

Le CAQOS a été instauré par la LFSS pour 2009⁴ et a vu ses modalités redéfinies par la LFSS pour 2014. Il s’agit d’un contrat proposé à certains établissements de santé, ciblés en raison du niveau ou de la dynamique de leurs dépenses de transport, pour les encourager à mieux organiser leurs flux de transport et limiter leurs dépenses afférentes.

Conclu pour trois ans entre l’ARS, la CPAM et les établissements de santé, sur la base d’un contrat type⁵, il est annexé au contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM) de l’établissement. Il s’inscrit dans un double objectif de réduction du taux d’évolution des dépenses de transport de l’établissement et d’amélioration des pratiques de prescription.

Il repose sur des objectifs annuels chiffrés de maîtrise de la dépense et sur des objectifs qualitatifs permettant d’atteindre cette cible. Il est désormais assorti d’un plan d’action ainsi que d’un calendrier.

Le CAQOS s’appuie sur un mécanisme d’incitation financière avec des pénalités ou un reversement : à l’issue du contrat, l’ARS peut enjoindre l’organisme à verser une fraction des dépenses de transport qui lui sont imputables, ou au contraire lui reverser une partie des économies réalisées.

Les acteurs rencontrés par la mission soulignent unanimement que les CAQOS ont permis d’initier un dialogue avec les établissements de santé et de mettre sur l’agenda un sujet souvent méconnu ou marginalisé par ces derniers. Ils ont constitué un support utile pour engager une mobilisation coordonnée entre CPAM, ARS et établissements de santé autour de données partagées et d’objectifs communs, parfois ambitieux, telles que la création de plateformes de centralisation informatisées (cas du Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon).

Le bilan de ce dispositif est toutefois contrasté. Bien qu’il soit difficile d’évaluer son impact sur la dépense des établissements signataires, les données de bilan fournies par la DSS et la CNAMTS pour les années 2012 et 2013 font ressortir que près de la moitié des établissements qui ont conclu un CAQOS n’ont pas atteint leurs objectifs⁶. Les CAQOS apparaissent donc comme un dispositif lourd et relativement coûteux (coût net d’environ 2 millions d’Euros en 2014) au regard de leur efficacité incertaine. Ce coût tend à se réduire avec le temps, notamment du fait d’une diminution du nombre d’établissements concernés.

Tableau 1 – Bilan financier du dispositif CAQOS

	Intéressement	Sanctions	Coût net
Exercice 2012	4,3 millions €	331 700€	4 millions €

⁴ Article L322-5-5 du Code de la Sécurité Sociale

⁵ Décision du 19 juin 2015 publiée au JO du 7 juillet 2015

⁶ Les données relatives à l’atteinte des objectifs 2014 semblent indiquer une légère amélioration à cet égard : 76 établissements ont atteint leurs objectifs, soit 56% de ceux dont les résultats sont connus. Toutefois ces données sont encore partielles (situation non connue par la CNAMTS pour 28 des 164 établissements concernés) pour en tirer une conclusion ferme.

Annexe VI

Exercice 2013	4,3 millions	0,8 millions €	3,5 millions €
Exercice 2014	1 987 032 €	305 679 €	1,7 millions €

Source : CNAMTS

1.2.2. Les CAQOS ne touchent qu'un nombre limité d'établissements de santé

1.2.2.1. Le ciblage du dispositif a été progressivement élargi

La nouvelle génération de CAQOS (depuis 2014⁷) cible les établissements de santé dont les dépenses de transport connaissent une progression supérieure à un taux prévisionnel fixé par arrêté (2,2% en 2016⁸) ou dépassent 500 000 €⁹.

L'article 39 de la LFSS 2014 a supprimé des critères de ciblage la notion de «*pratiques de prescriptions non conformes*». De ce fait, les établissements qui présentent un profil de prescription atypique ne sont plus ciblés si le volume ou le taux de croissance de la dépense demeurent dans les limites admises, même lorsque les CPAM et les ARS identifient des marges de progrès certaines : l'une des CPAM rencontrées évoque ainsi l'exemple d'un centre hospitalier de taille modeste mais qui prescrit plus de 90% d'ambulances, sans que cette structure de la dépense soit justifiée par son offre de soins.

1.2.2.2. Le nombre d'établissements signataires demeure pourtant limité

Ces nouveaux critères permettent théoriquement de cibler un potentiel large d'établissements, représentant selon la CNAMTS 74% des dépenses de transports prescrites en établissement public et 10% des dépenses prescrites en établissement privé.

Cependant le taux de contractualisation demeure faible : 39 contrats ont été conclus en 2014 (dont 8 renouvellements) et 24 en 2015 (dont 6 renouvellements) sur un potentiel cible d'environ 590 établissements. Les CAQOS ne touchent dans les faits que 102 établissements en 2015, soit 20% des établissements éligibles, un chiffre en baisse (172 signataires en 2014).

Un exemple : les CAQOS dans la région Pays de la Loire

En Pays de la Loire, les 11 établissements initialement ciblés représentaient les deux tiers des dépenses de transport des établissements publics de la région mais seuls 9 d'entre eux ont signé un CAQOS, représentant 42% des dépenses de la région. L'un des principaux établissements (22% des dépenses) a en effet refusé de s'engager dans la démarche.

En outre, la dynamique de contractualisation se ralentit : le nombre de contrats conclus en 2015 est largement inférieur au nombre de contrats conclus en 2011 (83 signataires), 2012 (91 signataires) et même 2014 (39 signataires).

⁷ Article L322-5-5 du Code de la Sécurité Sociale modifié par l'article 39 de la LFSS pour 2014

⁸ Arrêté du 22 décembre 2015 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016

⁹ Arrêté du 7 avril 2015 fixant le montant de dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville

Annexe VI

Tableau 2 – Les établissements signataires d'un CAQOS Transports depuis 2011

Année	2011	MAJ*	2012	MAJ*	2013	MAJ*	2014**	MAJ*	2015**	
Nouveaux contrats	83	0	83	-2	81					Fin de contrats (les contrats ont une durée de 3 ans)
			91	0	91	-7+2	86			
					42	-4+1	39	0	39	
							39 (dont 8 de 2011)	0	39	
									24 (dont 6 de 2012)	
Contrats en cours	83		174		214		164		102	

Ce constat corrobore celui dressé en 2014 par l'IGAS¹⁰ : les premiers CAQOS signés ont été les plus faciles à conclure, à la fois du fait de l'importance des marges de rationalisation au sein des établissements concernés et du caractère modéré des objectifs nationaux, générateurs d'intéressement pour la plupart des établissements engagés. La baisse progressive de la cible nationale (2,2% de progression des dépenses en 2016 contre 4% en 2012), plus difficile à atteindre, rend le CAQOS moins attrayant pour les établissements de santé.

1.2.2.3. Les outils visant à inciter les établissements éligibles à contracter demeurent peu opérationnels

Le décret du 24 février 2015¹¹, prévoit la possibilité pour le directeur général de l'ARS de prononcer une pénalité à l'encontre des établissements ayant refusé de contracter. Celle-ci doit être calculée en tenant compte « de l'ampleur du dépassement du taux national d'évolution ou de l'ampleur de l'écart entre le montant de dépenses fixé par arrêté et celles prescrites par l'établissement », dans la limite de 10% des dépenses de transport de l'établissement. Il n'a pas été fait application de cette disposition à ce jour. On peut par ailleurs s'interroger sur la légalité de sanctions attachées au refus de contracter, au regard du principe de liberté contractuelle des personnes publiques.

1.2.3. L'indicateur central retenu pour le suivi des contrats est critiquable

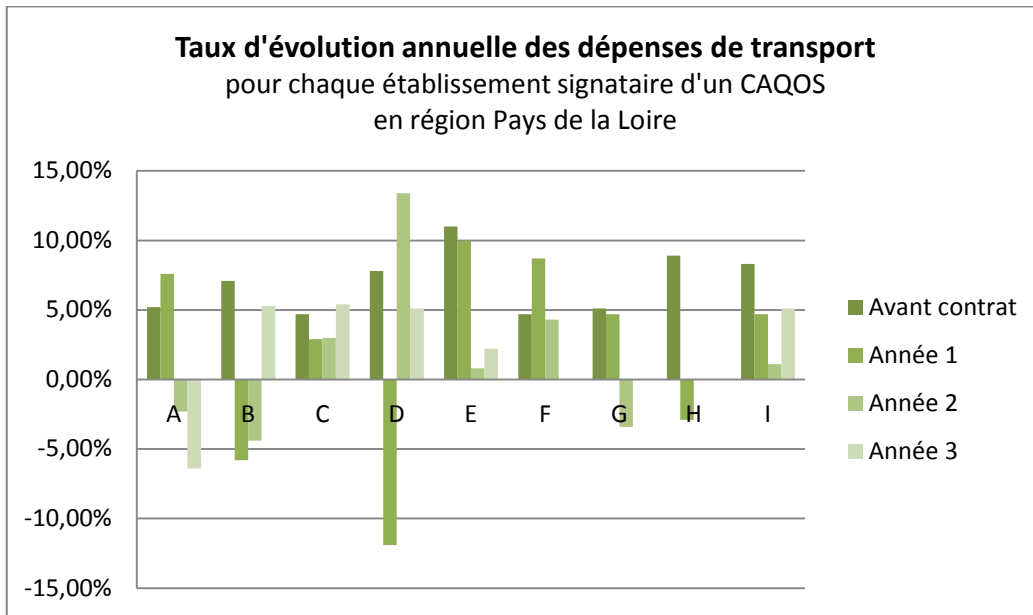
L'indicateur central aujourd'hui retenu dans le suivi des CAQOS, le taux de croissance des dépenses de transport prescrites par l'établissement, souffre de sérieuses limites.

- ◆ Il connaît une volatilité importante d'une année sur l'autre, souvent mal expliquée, difficilement intelligible par les acteurs, d'autant que le suivi s'effectue par le biais d'un taux global sans différenciation par service ou discipline. Cette volatilité peut être source d'importants effets d'aubaine. Le graphique ci-dessous, qui représente les taux de croissance annuels des dépenses de transport pour les établissements signataires d'un CAQOS en région Pays de la Loire, en fournit une illustration éloquent.

¹⁰ IGAS, mai 2014 « Evaluation de la Gestion du risque maladie » - Constance BENSUSSAN, Delphine CHAUMEL, François CHIEZE, Nathalie DESTAIS. Tome 2, Fiches Programmes

¹¹ Codifié à l'article L 322-5-5 du Code de la Sécurité sociale

Graphique 1 - L'exemple des Pays de la Loire



- ◆ Son évolution est dépendante de facteurs exogènes, tels que l'évolution de l'offre de soins sur le territoire ainsi que des évolutions de l'activité de l'établissement. Ainsi, le recrutement de deux oncologues au CHD de La Roche-sur-Yon a généré une hausse des dépenses en 2014 en dépit des efforts d'optimisation de la prescription déployés par l'établissement.

Ce caractère erratique et exogène de la dépense de transports alimente la réticence de certains établissements de santé à l'idée d'une contractualisation. Certaines ARS soulignent à cet égard que le contrat, signé pour 3 ans, est difficilement révisable, ce qui n'est pas cohérent avec un taux réglementaire de progression de la dépense fixé annuellement et des évolutions de dépenses très variables d'une année sur l'autre.

1.2.4. Le dispositif de sanctions et d'intéressement apparaît mal calibré

Le CAQOS s'appuie sur un mécanisme d'incitation financière avec des pénalités ou un reversement. Depuis 2014, la pénalité prévue en cas de non atteinte des objectifs du contrat n'a plus de caractère systématique¹².

Les acteurs interrogés mettent en avant plusieurs faiblesses de ce dispositif de sanctions et d'intéressement.

- ◆ L'intéressement est générateur d'effets d'aubaine. Les objectifs sont en effet définis à la signature en montants de dépenses pour chacune des trois années, sans re-basage des objectifs en montants pour l'année N en fonction des dépenses réelles de l'année N-1.

Un exemple d'effet d'aubaine

En région Pays de la Loire, un établissement a perçu un intéressement pour sa première année de CAQOS avec une évolution de sa dépense de -11,9%, mais également pour sa deuxième année avec une évolution de +13,4%, ainsi que pour sa troisième avec une évolution de +5,1% : ses dépenses se situaient à chaque fin d'année en-dessous des montants cibles inscrits initialement au contrat.

¹² Article R 322-11-4 du Code de la Sécurité sociale.

Annexe VI

- ◆ L'intéressement peut également générer un aléa moral : le ciblage sur les établissements peu vertueux, qui leur permet souvent de bénéficier du versement d'une prime, peut apparaître problématique lorsque d'autres établissements ayant déployé des efforts antérieurement (ex : CHU de Montpellier) n'ont bénéficié d'aucune forme d'intéressement.
- ◆ Il y a ainsi une contradiction structurelle entre le principe d'une contractualisation volontaire par les établissements et le caractère contraignant du dispositif. En effet, il est problématique pour les ARS de sanctionner des établissements qui ont joué le jeu de la contractualisation, quand d'autres établissements peu vertueux se sont opposés au principe-même du CAQOS. L'existence d'un mécanisme de sanctions peut en outre rendre les établissements réticents à s'engager dans la démarche CAQOS.
- ◆ En conséquence, de nombreuses ARS ont fait le choix de privilégier des contrats simples (« contrats d'engagement » en Ile de France, « accords de méthode » en Pays de la Loire, « accords d'objectifs » en Poitou-Charentes) sans l'arsenal d'intéressement / sanctions prévu au CAQOS. Lorsque les sanctions demeurent prévues au contrat, elles sont mobilisées de façon trop peu systématique pour exercer véritablement un effet dissuasif. Seule une faible part des établissements n'ayant pas atteint leurs objectifs sont effectivement sanctionnés (10 sur 59 en 2012, 29 sur 105 en 2013), pour des montants en tout état de cause peu dissuasifs au regard du montant des budgets hospitaliers et de l'ampleur du déficit de nombre d'établissements : 30 000 € en moyenne en 2012, 60 000 € en 2013. Dans ce contexte, la plupart des acteurs rencontrés par la mission estiment que le mécanisme de sanctions prévu dans les CAQOS ne joue pas son rôle pédagogique et responsabilisant. Il constitue la plupart du temps une perspective peu mobilisatrice.

Davantage que l'arsenal intéressement / sanction, c'est la mise à l'agenda du sujet dans le cadre du dialogue de gestion avec la tutelle qui apparaît comme un levier de mobilisation pour les établissements, ainsi que la qualité du plan d'action et de l'accompagnement : cette mise à l'agenda a d'autant plus de poids que le transport sanitaire constitue une priorité du plan triennal ONDAM 2015-2017. La « nouvelle génération » de CAQOS s'inscrit d'ailleurs dans cette logique : elle repose non seulement sur des objectifs annuels chiffrés de maîtrise de la dépense mais également sur des objectifs qualitatifs déclinés sous la forme d'un plan d'action et d'un calendrier. Sanction et intéressement ont en outre vocation à être modulés en fonction du taux de réalisation du plan d'actions.

1.3. Ces limites plaident pour une évolution du dispositif contractuel afin de restaurer son caractère mobilisateur et opérationnel

Les CAQOS ont été supprimés par l'article 50 de la LFSS pour 2016 au profit du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Effizienz des Soins (CAQES). Celui-ci a vocation à fusionner l'ensemble des contrats proposés aux établissements de santé dans un document contractuel unique et d'harmoniser ainsi les procédures applicables (calendriers, régimes de sanctions). Le législateur a défini les contours de ce nouvel outil¹³ et il reviendra au gouvernement d'en préciser les modalités d'application par voie réglementaire (ciblage, procédures, contrat-type, sanctions).

¹³ Article L 162-30-2 du Code de la sécurité sociale.

1.3.1. Il convient de passer d'une logique de ciblage à une généralisation du dispositif contractuel

Le CAQES a vocation à être ciblé sur certains établissements répondant à des critères qui restent à préciser par voie réglementaire¹⁴. Les textes prévoient que le transport constituera un volet facultatif au sein de ce contrat.

La mission estime au contraire nécessaire de sortir de la logique actuelle de ciblage d'établissements au profit d'une contractualisation proposée à l'ensemble des établissements de santé. Cela permettrait de généraliser l'existence d'un dialogue tripartite autour des dépenses induites sur l'enveloppe Soins de ville. La simplification de la procédure contractuelle permise par le contrat unique doit d'ailleurs permettre d'« *augmenter mécaniquement la capacité de contractualisation des ARS et de l'assurance maladie* »¹⁵.

Le contenu et les objectifs du contrat devront être adaptés aux capacités d'action et aux marges de progression. Des ambitions plus importantes devront être affichées pour les établissements qui génèrent des volumes importants de dépenses de transport ainsi que pour les établissements sièges de GHT, dans la perspective d'une généralisation des plateformes de centralisation de la commande de transport (voir Annexe VII – « Les plateformes de centralisation de la commande de transports »). Pour les établissements de petite taille, le contrat pourrait se borner à prévoir un suivi régulier des dépenses de transports prescrites par chaque service, couplé à la conduite d'actions de sensibilisation et de communication, ainsi que l'adhésion, à terme, de l'établissement à une plateforme de régulation de la commande de transports.

Recommandation N°1. Proposer un CAQES doté d'un volet « Transport » à l'ensemble des établissements de santé.

Si l'option d'une généralisation du CAQES devait ne pas être retenue, la mission préconise, à tout le moins, que le transport sanitaire en constitue un volet obligatoire et non facultatif.

1.3.2. Une telle évolution implique d'inciter plus fortement les établissements de santé à la contractualisation

Les dispositions législatives relatives au CAQES prévoient la possibilité d'une sanction en cas de refus par un établissement de conclure le contrat qui lui est proposé ou l'un de ses volets. Celle-ci correspond à 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. Ce dispositif est proche de celui prévu antérieurement pour les CAQOS, qui n'a jamais été appliqué par les directeurs généraux d'ARS. La mission estime qu'une application effective de cette disposition par les ARS doit être recherchée.

A défaut, ou en complément, deux options, non exclusives l'une de l'autre, peuvent être envisagées pour inciter plus fortement les établissements de santé à conclure de tels contrats.

¹⁴ Les modalités de ciblage des établissements seront définies par l'Etat sur la base de référentiels nationaux (Inca, ANSM) ou sur la base de données d'activité ou de dépenses.

¹⁵ Etude d'impact de l'article 50 de la LFSS pour 2016 – « Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et l'ARS ».

Recommandation N°2. Inciter plus fortement les établissements à conclure un contrat tripartite, par exemple via un mécanisme de pénalisation automatique des établissements non signataires lorsque leurs prescriptions de transport sont excessives ou trop dynamiques.

La première option consisterait à mettre en place une pénalisation des établissements de santé dont le taux d'évolution des dépenses de transport est supérieur au taux prévisionnel d'évolution fixé par décret. Cette pénalité serait prononcée de manière automatique et égale à l'ampleur du dépassement constaté pour l'année n-1. Le fait, pour un établissement public de santé, de conclure un CAQES doté d'un volet « Transport », l'exonérerait de l'application de ces pénalités pendant la durée de validité du contrat, qu'il est proposé de fixer à deux ans (ou à la date de transfert effectif de l'enveloppe aux établissements de santé si cette dernière option était retenue)¹⁶.

La seconde option consisterait à appliquer aux établissements de santé le dispositif de mise sous accord préalable (MSAP) pour leurs prescriptions de transport. La signature d'un CAQES doté d'un volet « Transport » permettrait, là aussi, d'exonérer l'établissement de cette procédure.

- ◆ A court terme, il pourrait être prévu de s'appuyer sur l'article L 162-1-17 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la mise sous accord préalable « *de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé* », indépendamment de l'identité du prescripteur. Celui-ci pourrait être modifié pour prévoir explicitement la MSAP des services hospitaliers¹⁷ dont le volume ou la structure des prescriptions de transports sanitaires sont atypiques au vu des moyennes régionales. Toutefois, le volume de prescriptions à contrôler pourrait rapidement apparaître excessif au vu des capacités des services médicaux.
- ◆ A moyen terme, il convient donc de privilégier une MSAP ciblée sur des prescripteurs individuels, sur le fondement de l'article L 162-1-15 du Code de la Sécurité sociale. Celui-ci n'exclut d'ailleurs pas explicitement de son champ les prescripteurs hospitaliers. Dans les faits, toutefois, cette solution se heurte aujourd'hui à l'absence d'identification des prescripteurs hospitaliers (faible taux de recours au numéro porté au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé - RPPS, de l'ordre de 30% en Ile de France), qui empêche l'assurance maladie de disposer de données fines par prescripteur.

1.3.3. Une condition préalable est la généralisation de l'usage du numéro d'identification du prescripteur

Le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) rassemble les données d'identification des professionnels de santé au sein d'un répertoire unique de référence. Il doit figurer sur les prescriptions de ces professionnels, ce qui permet une traçabilité nominative par l'assurance maladie.

¹⁶ Le nouvel article L 162-30-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le CAQES est conclu pour une durée indéterminée, mais que ses volets additionnels peuvent être conclus pour une durée limitée, fixée à 5 ans maximum.

¹⁷ Les CPAM disposent en effet de données de prescription par Groupements Homogènes de Malade.

Annexe VI

L'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 rappelle que le remboursement des frais de transport est conditionné à « *l'identification du prescripteur, y compris lorsque ce dernier exerce en établissement de santé* ». La mission a constaté que cette disposition, récente, est méconnue des organismes d'assurance maladie, sans qu'aucun d'entre eux ne fasse état d'une stratégie, locale ou nationale, visant à son application, le cas échéant après une période de sensibilisation des prescripteurs. En tout état de cause, il semble difficilement acceptable de faire peser sur le patient – ou, dans le cadre du tiers payant, sur le transporteur – les conséquences du comportement des prescripteurs hospitaliers.

La mission propose donc de compléter cette disposition en précisant que les prescriptions hospitalières sur lesquelles ne figurent pas le numéro d'identification du prescripteur ne peuvent être remboursées par l'assurance-maladie et reviennent alors à la charge financière des établissements de santé.

Les établissements de santé ne sont, toutefois, pas les seuls responsables de l'absence d'identification des prescripteurs sur les factures transmises à la CPAM : les transporteurs doivent aujourd'hui saisir manuellement le numéro RPPS, lorsqu'il figure sur la prescription. L'opération est manuelle. Il en résulte un taux d'erreur et d'absence élevé. Plusieurs solutions peuvent être étudiées pour parer à cette difficulté :

- ◆ L'agrément des logiciels de facturation et de télétransmission par l'assurance maladie pourrait être conditionné au fait de pouvoir traiter le numéro RPPS inscrit sur la facturation.
- ◆ L'application IRIS de la CNAMTS, qui gère la facturation et l'ordonnancement, pourrait être paramétrée afin d'identifier les factures ne comportant pas le numéro RPPS et d'en bloquer l'ordonnancement jusqu'à réception des pièces justificatives (dont la prescription).

Enfin, il est nécessaire de garantir à brève échéance que les systèmes d'information de l'assurance maladie permettent de traiter correctement ce flux d'information et d'en extraire des statistiques fiables et précises par individu.

Recommandation N°3. Engager très rapidement une démarche volontariste visant à généraliser l'usage de l'identification du prescripteur puis à supprimer tout remboursement, au transporteur ou à l'établissement prescripteur, dès lors que le RPPS ne serait pas renseigné.

1.3.4. Le contenu des contrats doit être plus opérationnel

La contractualisation sur la base d'une obligation de résultats (taux d'évolution des dépenses de transport) apparaît problématique à de multiples égards (cf. supra). Elle pourrait être réorientée vers une obligation de moyens, en se centrant sur la réalisation d'un plan d'actions modulable.

Dans cette perspective, le taux d'évolution ou le montant de dépenses induites par l'établissement pourrait continuer à faire l'objet d'un engagement de l'établissement dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Il pourrait être ajusté à l'occasion du dialogue de gestion annuel.

Recommandation N°4. Intégrer dans le CPOM des établissements de santé un indicateur relatif au montant de ses prescriptions de transports.

Annexe VI

En revanche, le contrat tripartite se verrait recentré sur un nombre restreint d'engagements opérationnels. Les comités de suivi tripartites (établissement de santé, ARS, CPAM) continueraient toutefois à effectuer un suivi de ces indicateurs. Les CPAM doivent en particulier s'engager à fournir des données claires, précises et actualisées à intervalles réguliers. Les indicateurs retenus doivent être précis, ciblés, et axés autant que possible sur la pertinence de la prescription en s'appuyant par exemple sur les profils affinés élaborés par la CNAMTS qui permettent de comparer la structure des prescriptions en fonction du type d'activité de l'établissement.

Dès lors que les établissements de santé ont mis en place une gestion informatisée de leurs commandes de transport (voir Annexe VII), ils disposent de données fines sur les trajets réalisés (lieu d'origine, de destination, mode de transport demandé, etc.). Ces données doivent pouvoir être transmises à la CPAM à des fins de contrôle de la facturation, idéalement en lui offrant la possibilité d'accéder au logiciel de gestion de la plateforme et d'y effectuer des requêtes ciblées.

Recommandation N°5. Prévoir dans le CAQES un protocole d'échange de données (indicateurs, périodicité) entre CPAM et établissements de santé et suivre régulièrement (au moins une fois par an) l'évolution des prescriptions de transport de ce dernier.

Les engagements contractuels en eux-mêmes reposeraient non pas sur une logique de suivi des dépenses mais sur une logique de gestion de projet¹⁸. Ils privilégieraient la co-construction d'un plan d'action, reposant sur des éléments maîtrisables par l'établissement. Ce plan d'action serait adossé à des échéances de mise en œuvre et prévoirait des modalités de suivi des engagements pris par l'établissement (ex: communication périodique de données, visites des services de l'établissement). **La mission préconise en particulier de faire du CAQES le support de la généralisation des plateformes de centralisation de la commande de transport** en faisant de la mise en place de ces dernières un volet obligatoire des contrats proposés aux établissements sièges de GHT.

Recommandation N°6. Centrer le contenu des CAQES sur la réalisation d'un plan d'action, qui contiendrait obligatoirement le déploiement, l'amélioration ou le recours à une plateforme de centralisation de la commande de transports.

1.3.5. Il faut également restaurer son caractère mobilisateur

Le dispositif d'intéressement et de sanction devra être revu dans cette perspective nouvelle, afin de restaurer son caractère mobilisateur.

¹⁸ La région Pays de la Loire expérimente une démarche d'accompagnement de ce type sur la thématique « médicaments » et entend la déployer pour les dépenses « transports » auprès des principaux établissements publics de la région.

Annexe VI

Le volet incitatif (versement d'intéressement) pourrait être supprimé et remplacé par des aides fléchées dédiées à la mise en place du plan d'action, en particulier une aide à l'amorçage de projets de centralisation ou d'informatisation de la commande de transports. Pour éviter les effets d'aubaine, ces aides pourraient être fléchées et/ou versées *a posteriori* en remboursement des dépenses effectivement engagées par l'établissement. Un abondement du Fonds d'Intervention Régional (FIR) de 1,6 millions d'Euros par an pourrait permettre d'amorcer un projet dans chaque GHT¹⁹.

Recommandation N°7. **Abonder le FIR pour permettre le versement d'aides fléchées dédiées à la mise en œuvre du plan d'action prévu au volet « Transports » du CAQES.**

Un volet répressif est prévu par le nouvel article L 162-30-4 du code de la sécurité sociale. Celui-ci indique que la réalisation des objectifs du CAQES fera l'objet d'une évaluation annuelle. En cas de non réalisation ou de réalisation partielle, le directeur général de l'ARS pourra prononcer une sanction financière « *proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie* ». La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs pourront également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions.

Les modalités de déclenchement et de calcul de ces sanctions dans le cas spécifique des transports restent à préciser. La mission propose de prévoir explicitement des sanctions (avec un montant exprimé en fourchette) pour chacun des principaux engagements inscrits au plan d'action. Cela permettrait d'en sécuriser juridiquement la mise en œuvre.

En outre, dans l'hypothèse, préconisée ci-dessus, d'une sanction automatique appliquée aux établissements non signataires de CAQES, la possibilité offerte à l'ARS et aux CPAM de refuser le renouvellement du contrat une fois celui-ci arrivé à son terme s'ils jugent les efforts engagés par l'établissement insuffisants constituerait une perspective dissuasive.

Recommandation N°8. **Prévoir explicitement une échelle de sanctions adossée à des indicateurs de réalisation au sein du plan d'action du CAQES.**

2. Le transfert d'enveloppe aux établissements de santé constituerait une mesure simple, structurelle et fortement responsabilisante et doit à ce titre être privilégié

2.1. Le transfert d'enveloppe aux établissements de santé constituerait une mesure simple, structurelle et fortement responsabilisante

L'hypothèse du transfert d'enveloppe aux établissements de santé induirait le transfert vers l'ONDAM hospitalier des 2,3 Milliards d'Euros de dépenses de transports prescrites par les établissements de santé mais aujourd'hui remboursées sur l'enveloppe Soins de ville. Elle a déjà été étudiée par le passé sous la forme d'expérimentations : la LFSS 2008 permettait une délégation de gestion de l'enveloppe de transports sanitaires aux établissements. Cette disposition n'a jamais été mise en œuvre et a finalement été abrogée en 2010 ; la LFSS 2013 prévoyait quant à elle la possibilité pour les établissements ou leurs groupements

¹⁹ Sur la base d'une aide moyenne de 40 000 Euros versée sur trois ans à chaque GHT ne s'étant pas d'ores et déjà doté d'une plateforme de centralisation.

Annexe VI

d'expérimenter le recours à des appels d'offre. Les décrets d'application de cette mesure ne sont jamais parus. Cette solution est pourtant celle retenue par de nombreux pays européens. On peut par exemple citer le cas de la Suède, où jusqu'en 1992 les caisses d'assurance maladie remboursaient ex post les trajets effectués par les patients avec la compagnie de transports de leurs choix. En 1992, l'Etat a transféré aux collectivités locales la responsabilité d'assurer les transports sanitaires. Ceux-ci procèdent désormais par appels d'offre mutualisés avec d'autres types de transports « à la demande » à leur charge, tels que ceux destinés aux personnes âgées ou handicapées en zone rurale. Le Danemark présente une organisation proche.

2.1.1. Il permettrait de simplifier les règles de répartition des dépenses entre établissements de santé et assurance maladie

De nombreux acteurs rencontrés ont déploré la grande complexité des règles de répartition des dépenses entre assurance maladie et établissements de santé. La circulaire de 2013 prévoit plus de soixante-dix cas de figure différents. Deux ans après, la compréhension de ces règles par les établissements est loin d'être garantie. Par exemple les règles relatives à la prise en charge des transports de patients en hospitalisation à domicile ou au départ des urgences sont souvent source d'incompréhensions et donnent lieu à des pratiques inadéquates.

Cette complexité donne lieu à des jeux non coopératifs de la part des acteurs locaux. Ainsi, certains établissements de santé optimisent leurs dépenses de transport en vérifiant systématiquement l'imputabilité des factures qui leur sont adressées et en renvoyant à l'assurance maladie celles qui relèvent de l'enveloppe Soins de ville selon la circulaire de 2013²⁰.

Cette pratique peut se révéler source de gains conséquents, comme en témoignent les exemples du groupe hospitalier Nord-Essonne ou du Centre Hospitalier de Salon-de-Provence (22 000 € d'économie pour l'établissement, représentant 21% du coût total des transports sanitaires). La CPAM de Roubaix-Tourcoing, qui gère la plateforme de centralisation du centre hospitalier de Roubaix, s'est livrée à l'exercice inverse : en 22 mois, près de 600 transports à charge de l'établissement ont été refusés par la plateforme, générant pour l'assurance maladie une économie de 42 600 €.

Le transfert d'enveloppe aux établissements de santé permettrait une simplification drastique des règles d'affectation des dépenses de transports entre établissements de santé et assurance maladie, en les organisant autour d'un principe simple : ce qui est prescrit à l'hôpital est à la charge de l'hôpital.

2.1.2. Il favorise des modes de gestion performants

Les établissements qui se sont dotés de plateformes de régulation de la commande de transports soulignent que le transfert à leur charge des dépenses de transport sanitaire permettrait d'en accélérer considérablement le déploiement et la généralisation.

²⁰ Circulaire n° DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transport de patients.

Annexe VI

En effet, il est aujourd'hui aisé pour ces établissements d'imposer le recours à la plateforme pour les transports à leur charge : le comptable public refuse de liquider les prescriptions de transports internes lorsque celles-ci ne sont pas validées par la plateforme. Il leur est en revanche plus difficile d'imposer le recours systématique à l'outil informatique de demande pour les transports à la charge de l'assurance maladie : c'est pourquoi le taux de recours pour ces transports est généralement faible (15% à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 16% aux Hospices Civils de Lyon) et n'augmente que lentement²¹. En effet, les établissements de santé ne disposent pas, pour ceux des transports qui ne sont pas à leur charge, de leviers coercitifs pour imposer le recours à la plateforme et ne peuvent recourir qu'à des actions d'information et de sensibilisation à destination des prescripteurs.

Les modalités de contrôle de la facturation mises en place par les établissements de santé pour les transports à leur charge sont également souvent plus performantes que celles de l'assurance maladie. Les Hospices Civils de Lyon, par exemple, disposent d'un système d'information permettant de scanner les factures entrantes et de les rapprocher automatiquement de l'acte de commande²².

2.1.3. Il responsabilise l'ensemble des établissements de manière directe

Le transfert d'enveloppe aux établissements de santé constituerait une mesure plus structurelle que la démarche de contractualisation. Elle toucherait automatiquement l'ensemble des établissements de santé et induirait un intérêt à agir à la fois plus direct et plus puissant que le CAQES : tout gain d'efficacité réalisé par l'établissement dans la gestion de ses transports sanitaires lui permettrait de dégager une marge sur l'enveloppe transférée. Inversement, toute dérive dans les prescriptions de transport grèverait son compte de résultat.

Un intérêt à agir limité : l'exemple du Centre Hospitalier de Roubaix

Le Centre Hospitalier de Roubaix et la CPAM de Roubaix-Tourcoing ont mis en place une plateforme de commandes des transports sanitaires, gérée directement par la CPAM. Cette expérimentation, couplée à une démarche d'accompagnement des prescripteurs, a permis de passer d'un taux de transport assis de 9 à 35% et de réaliser en conséquence une économie annuelle moyenne de 75 000 €, qui tendrait à croître (90 000 € estimés en 2015). Le coût de fonctionnement actuel de la Plateforme étant de deux équivalents temps plein, celle-ci est donc a priori « rentable ». Toutefois, les gains sont générés sur l'enveloppe Soins de ville et non sur le budget de l'établissement. En conséquence, l'annonce par la CPAM du retrait du personnel à la fin du 1er trimestre 2016 risque de signer la fin du projet, le Centre Hospitalier n'ayant pas intérêt à consacrer deux ETP à un projet qui ne lui rapporte pas directement, dans un contexte de tension sur sa masse salariale.

Les établissements de santé ont longtemps été hostiles à la perspective d'un transfert d'enveloppe, considérant qu'il conduirait à leur faire porter le risque, largement exogène, d'une hausse des dépenses de transport. Une majorité des établissements rencontrés ou consultés se déclarent pourtant prêts à un tel transfert et estiment disposer de leviers performants pour réguler la dépense. C'est en particulier le cas de ceux qui se sont d'ores et déjà dotés de plateformes de centralisation.

²¹ L'AP-HP s'est engagée dans une démarche volontariste visant à accroître le taux de recours à la régulation centralisée pour les transports à la charge de l'assurance maladie. Elle indique que cette démarche, en l'absence de levier coercitif, permet de faire progresser le taux de recours de 0,5 points à 1 point par an en moyenne.

²² Certains établissements bien avancés dans la dématérialisation de la facturation estiment pouvoir assumer à effectifs constants une hausse du volume de factures à contrôler et liquider. D'autres soulignent toutefois la difficulté à imposer la dématérialisation des facturations et la complexité du contrôle de la facturation des taxis. L'AP-HP chiffre ainsi ses besoins à 37 ETP supplémentaires pour le contrôle qualité et facturation dans l'hypothèse d'un transfert d'enveloppe.

2.1.4. Sa mise en œuvre soulève certaines difficultés

Le montant des dépenses de transport sanitaire remboursées sur l'enveloppe « Soins de ville » mais prescrite par les établissements de santé est aujourd'hui relativement bien identifié par les organismes locaux d'assurance maladie. Dans la plupart des cas, ces derniers le communiquent de manière régulière aux établissements concernés, qui disposent de ce fait d'une bonne visibilité sur les dépenses induites susceptibles de leur être transférées. La question des modalités de dimensionnement et d'indexation de l'enveloppe n'en demeure pas moins délicate, de même que celle des leviers offerts aux établissements pour optimiser ce poste de dépenses.

2.1.4.1. Les modalités techniques du transfert d'enveloppe

Le transfert aux établissements d'une enveloppe fermée présente l'avantage majeur de garantir le respect des objectifs de dépenses de l'assurance maladie, le montant des dépenses prises en charge étant défini *a priori* chaque année.

Cette garantie n'est toutefois pas absolue, le risque demeurant qu'une partie des déficits constatés sur le poste « Transports sanitaires » ne se retrouve dans les déficits hospitaliers, dont une part est prise en charge par des subventions publiques. Ce risque n'est cependant, *a priori*, pas plus élevé que pour nombre d'autres dépenses à la charge des établissements, comme celles liées à l'évolution de la demande de soins.

Pour diminuer le risque de telles dérives tout en évitant les effets d'aubaine, le montant à transférer de l'enveloppe « Soins de ville » vers l'ONDAM hospitalier devra être défini avec soin, de même que ses modalités d'indexation. Plusieurs options peuvent être étudiées.

Tableau 3 – Modalités possibles pour un transfert d’enveloppe aux établissements de santé

	Mode de calcul	Mode d’indexation
MIG à l’Euro près	Charges réelles supportées par l’établissement, estimées à partir des données du logiciel de commande ou calculées sur la base de la facturation	Indexation automatique sur les coûts réels supportés par l’établissement
MIG sur bases historiques	Enveloppe calibrée sur la base du montant constaté lors de l’exercice précédent	Taux d’évolution annuel : Taux unique global ou taux différenciés par type de séjours
MIG forfaitaire	Enveloppe calibrée de manière forfaitaire selon la structure de l’offre de soins de l’établissement, pondérée par la file active de patients dans chaque service	Taux d’évolution annuel différenciés par type de séjour
Intégration dans les tarifs	Coût moyen/médian par type de séjour	Intégration dans les tarifs des Groupes Homogènes de Séjour

La première option envisageable est le versement d’une Mission d’Intérêt Général (MIG)²³ dite « à l’euro près », qui consisterait à rembourser *ex post*, à l’euro près, les charges supportées par l’établissement en matière de transport sanitaire. Ces charges pourront être évaluées sur la base des données du logiciel de gestion de la commande de transport si l’établissement a mis en place un tel système à condition qu’il soit en mesure de calculer des coûts indicatifs par trajet (voir annexe X). L’option d’une MIG à l’euro près est toutefois peu responsabilisante pour les établissements de santé et peu sécurisante pour l’assurance maladie. **Compte tenu des montants en jeu, la mission n’en préconise pas l’adoption.**

La seconde option consiste à calibrer la mission d’intérêt général sur la base du montant constaté lors de l’exercice (ou des exercices) précédent(s). Un tel mécanisme aurait un effet responsabilisant pour les établissements de santé, sans toutefois empêcher les effets d’aubaine ou d’aléa moral : les établissements ayant d’ores et déjà engagé des efforts pour maîtriser leurs dépenses de transport sanitaire se verraient pénalisés par le transfert d’une enveloppe d’un montant plus faible, le risque existant alors de dés-inciter les établissements à mettre en œuvre des mesures d’optimisation dans la période précédant le transfert d’enveloppe.

Les modalités d’indexation de l’enveloppe constituent dans cette hypothèse une question sensible puisque la dépense de transport constitue pour les établissements de santé un poste dynamique. Plusieurs modalités d’indexation de l’enveloppe peuvent être envisagées :

- ◆ En lui appliquant un taux d’évolution annuel, défini en observant la tendance de ces dépenses sur moyenne période. Dans ce cas de figure, les établissements de santé devraient toutefois pouvoir disposer d’une possibilité de renégocier leur enveloppe à la hausse ou à la baisse avec le directeur général de l’ARS lorsque l’évolution de leur offre de soins, ou de celle présente sur le territoire, le justifie.

²³ Les missions d’intérêt général exercées par certains établissements de santé (centres hospitaliers universitaires notamment) ne sont pas soumises à la tarification à l’activité (T2A) dont relèvent les activités hospitalières de ces établissements. Une dotation est allouée aux établissements concernés.

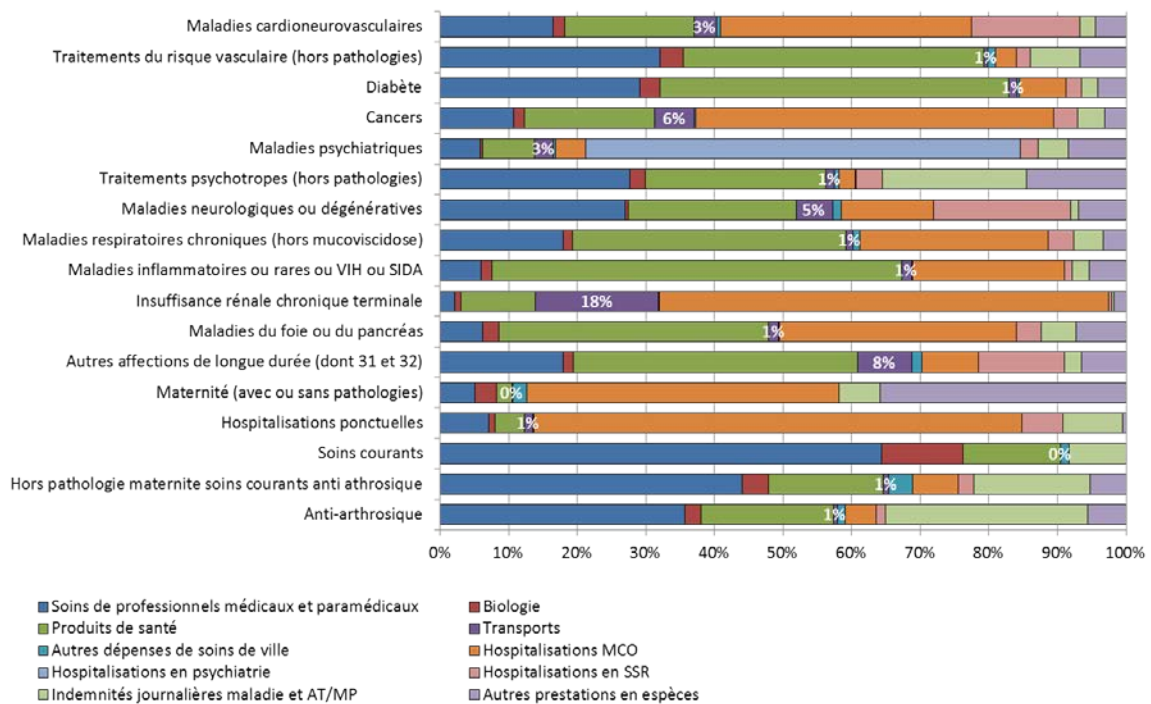
Annexe VI

- ◆ En actualisant l'enveloppe par l'évolution de l'activité hospitalière. Cette méthode nécessite de disposer d'un montant de dépenses de transports sanitaires par séjour pour ensuite opérer une évaluation globale sur l'ensemble de l'activité en imputant le taux d'évolution annuel constaté aux cours des exercices précédents. Le rythme de progression étant différent d'une activité à l'autre, cette méthodologie nécessiterait de disposer du montant des transports sanitaires par type de séjours, ce qui ne permet pas d'envisager sa mise en œuvre à court terme²⁴.

Face au risque d'une érosion progressive de la MIG par rapport à la dynamique effective des dépenses qu'elle vise à compenser, il pourrait être proposé aux établissements de santé des garanties législatives limitant le niveau de la déconnexion potentielle entre les coûts réels qu'ils supportent et le montant de l'enveloppe allouée.

Il peut également être envisagé de définir la MIG non pas sur des bases historiques mais sur des tranches forfaitaires par pathologies de façon à prendre en compte le type d'activité de l'établissement. S'il est possible d'associer à chaque type de séjour un coût moyen (ou médian) de transport, l'enveloppe transférée à chaque établissement pourra être dimensionnée sur la base de ces coûts moyens, pondérés par le poids de chaque type de service dans son activité²⁵.

Graphique 2 –Part des dépenses de transport selon les populations considérées (CNAMTS 2012)



²⁴ Il est en effet nécessaire de faire le lien entre le transport et la prise en charge hospitalière, lien non établi par les factures actuellement.

²⁵ Ce poids peut être estimé par la file active des patients pour chaque type de séjours

Cette troisième option constitue la solution privilégiée par la mission. En effet, elle serait responsabilisante pour les établissements et permettrait d'éviter le phénomène d'aléa moral inhérent aux calculs sur bases historiques. Elle devrait reposer sur des modalités d'indexation différenciées par type de séjour, ce qui permettrait notamment de prendre en compte de façon fine les évolutions dans les protocoles de soins de certaines activités et le *case mix*²⁶ des établissements. Cette solution nécessite, là encore, des informations précises sur les transports par type de pathologie, qui sont disponibles sans difficultés particulières via le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Enfin, une quatrième option, plus aboutie, serait d'intégrer le financement de cette dépense dans le tarif du séjour hospitalier utilisé pour calculer la dotation versée aux établissements de santé dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A). Cette méthode introduirait une forfaitisation dans le niveau de la prise en charge. La T2A repose en effet sur un paiement des établissements de santé au séjour, dont le calcul repose une classification des séjours des patients par groupes aux structures de coûts proches (dits « Groupes homogènes de séjour»), auquel sont associés des tarifs forfaitaires²⁷. Une intégration de la dépense de transport dans ces tarifs permettrait de rendre plus représentatifs et plus cohérents les coûts associés à chaque type de séjours, puisqu'ils intégreraient désormais les prescriptions de transport induites par le service. Cela faciliterait en outre le pilotage budgétaire par l'assurance maladie, puisqu'il n'existerait plus d'enveloppe fléchée dédiée aux transports sanitaires, mais des tarifs globaux revalorisés annuellement et par voie réglementaire en cohérence avec l'ONDAM. L'intégration du coût des transports sanitaires, pris en compte par la comptabilité analytique des établissements, dans les tarifs des GHS, nécessite au moins trois ans.

Recommandation N°9. Transférer l'enveloppe sous forme d'une MIG dimensionnée sur des tranches forfaitaires par pathologies de façon à prendre en compte le *case mix* de l'établissement.

Une fois transférée l'enveloppe des remboursements de l'assurance maladie se pose nécessairement la question du remboursement du reste à charge (voir Annexe 1 – Taux de prise en charge). Deux hypothèses sont envisageables :

- ◆ L'établissement de santé paie intégralement le transporteur et facture ensuite le patient ou sa complémentaire santé pour la partie restant à charge, solution avantageuse pour le transporteur mais qui fait porter la charge de recouvrement et le risque d'impayé sur l'établissement. Il est nécessaire de s'assurer de la bonne interconnexion (norme NOEMIE) entre les systèmes d'information des établissements de santé, ceux de l'assurance maladie et ceux des organismes complémentaires de protection sociale.
- ◆ L'établissement de santé ne paye le transporteur qu'à hauteur du taux normalement remboursé par l'assurance maladie, charge à ce dernier de se faire rembourser par le patient la part qui lui incombe. Il convient dans ce cas de définir les modalités pratiques du remboursement du patient par sa complémentaire santé, en l'absence de décompte de prestation fourni par la sécurité sociale.

²⁶ Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée.

²⁷ La tarification à l'activité est le mode de financement retenu pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés de santé : leurs ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite, conduisant à une estimation de recettes. Le prix (tarif) de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé.

2.1.4.2. Les modalités de gestion par les établissements de santé

Dès lors qu'ils deviennent gestionnaires de l'enveloppe, deux modes de gestion sont possibles pour les établissements publics de santé.

2.1.4.2.1. Le recours à des marchés publics

Les établissements publics de santé gestionnaires de l'enveloppe pourraient acheter des prestations de transport sanitaire par marchés publics, sous réserve d'une disposition législative le permettant²⁸.

Le recours à des appels d'offre a pu, par le passé, susciter certaines craintes : risque d'exclusion des plus petits opérateurs et notamment des artisans-taxis, risque inflationniste dans les territoires où l'offre est faible, risque d'entente entre les opérateurs. Certains interlocuteurs évoquent également les lourdeurs inhérentes aux marchés publics : complexité de la gestion, risque contentieux, etc.

Cependant, la mission a constaté que de nombreux établissements avaient recours à des marchés publics pour organiser les transports à leur charge, le plus souvent avec des bénéficiaires non négligeables :

- ◆ La liberté tarifaire. Celle-ci permet souvent aux établissements de santé de définir des tarifs contractuels inférieurs aux tarifs conventionnels. Ainsi, à l'AP-HP, les tarifs sont inférieurs de 10% aux tarifs conventionnels ; au CHRU de Montpellier ils sont inférieurs de 10 à 15% pour les ambulances et de 5 à 10% pour les VSL. Les Hospices Civils de Lyon ont choisi de forfaitiser le coût des trajets (pour chaque trajet entre les différents sites des Hospices), ce qui facilite considérablement le contrôle.
- ◆ Un contrôle accru de la qualité. Les établissements de santé sont en mesure d'imposer à leurs adjudicataires des normes de qualité bien plus strictes que dans le cadre du tour de rôle, en prévoyant des sanctions en cas de non respect des engagements contractuels (disponibilité, ponctualité²⁹, conformité du mode de transport à la prescription). Il est à cet égard frappant de constater que le taux de refus des prestataires sollicités par l'AP-HP dans le cadre de son marché (7,4%) était en 2015 dix fois moins important que celui des entreprises sollicitées dans le cadre du tour de rôle (72%).

Par ailleurs, les révisions successives du code des marchés publics ont conduit à des souplesses nouvelles qui facilitent l'accès des TPE et PME à la commande publique. Les accords-cadres, les marchés à lots, les marchés publics simplifiés, les marchés à bons de commande offrent, à cet égard, une souplesse réelle à la fois pour les acheteurs et pour les entreprises candidates. La possibilité, pour les pouvoirs adjudicateurs, de définir à des accords-cadres pour planifier et encadrer certains de leurs marchés, peut permettre de respecter dans les procédures d'achats mises en place par les établissements de santé, l'esprit du tour de rôle. Les modalités d'attribution des commandes dans le cadre de tels marchés pourraient ainsi être calquées sur les critères utilisés pour les tours de rôle.

²⁸ Les établissements publics de santé demeurant régis par un principe de spécialité, il n'est pas établi qu'ils aient compétence pour acheter des prestations de transports sanitaires et notamment de taxis. Une intervention législative (ajout d'une nouvelle mission à l'article L 6112-1 du Code de la santé publique) résoudrait cette ambiguïté.

²⁹ Exemple aux Hospices Civils de Lyon : le marché prévoit que l'horaire doit être respecté si la demande est faite la veille, et ne peut faire l'objet d'un retard de plus de 30 minutes si la demande est faite le jour-même. Les flux par tranche horaires, indicatifs, sont annexés au marché afin de permettre aux entreprises adjudicatrices de s'organiser pour y faire face. A nuancer : comme beaucoup de retards sont liés aux services hospitaliers, peu de pénalités sur les retards.

Marchés publics et petites entreprises de transport : exemples étrangers

La problématique du recours à des appels d'offre pour l'achat de prestations de transports subventionnés, dont les transports de patients, se pose dans des termes relativement similaires dans la plupart des pays d'Europe. Le taxi, en particulier, y constitue généralement un secteur essentiellement artisanal dont la présence en zone rurale, lourdement subventionnée à divers titres par la puissance publique, n'en est pas moins importante pour le bien-être des populations desservies.

Au Danemark et en Suède, les appels d'offre sont passés par des autorités organisatrices locales (généralement des collectivités) pour l'ensemble des transports à la demande subventionnés. Celles-ci définissent les normes de qualité applicables au secteur et veillent à leur respect. Des systèmes sophistiqués ont été conçus pour s'assurer d'obtenir des prix bas tout en ouvrant la concurrence à tous les transporteurs présents sur le marché, y compris les artisans taxis.

A titre d'exemple on peut citer :

- ◆ *Les contrats « journée » par lesquels les transporteurs fournissent au pouvoir adjudicateur un nombre fixe de véhicules pour une période de temps donnée, généralement la journée, au sein d'une « zone d'origine » où le véhicule est basé. Cette disponibilité est payée que les véhicules soient utilisés ou non.*
- ◆ *Les contrats « ponctuels » par lesquels les transporteurs s'engagent à mettre à disposition un nombre maximal de véhicules pour certaines tranches horaires. Les transporteurs ne sont payés que pour les véhicules effectivement utilisés, y compris pour le voyage de retour à la base.*

Pour les deux types de contrats, les transporteurs proposent un prix par minute, généralement plus faible pour les contrats journée entière.

Lorsqu'il reçoit une demande de course, le logiciel de l'autorité organisatrice sélectionne le véhicule avec le coût le plus bas, qui peut être l'opérateur qui a offert le prix par minute le plus bas, celui dont le véhicule est le plus proche du début du trajet ou encore un véhicule déjà affecté dont la modification de trajet ne retardera pas trop les voyageurs déjà à bord.

Aussi, la mission juge souhaitable de permettre aux établissements de santé de recourir à des appels d'offre pour l'achat de prestations de transport.

Marchés publics et prestations de taxi

Il revient aujourd'hui au préfet de fixer un prix des courses de taxis en application du décret du 7 octobre 2015. Toutefois, le prix arrêté par chaque préfet dans chaque département est un prix plafond : il n'empêche pas les pouvoirs adjudicateurs d'organiser une procédure de publicité et de mise en concurrence pour désigner les prestataires de taxis qui auront présenté l'offre économiquement la plus avantageuse, dès lors que le prix retenu à l'issue de l'appel d'offres demeure inférieur à ce prix plafond.

En revanche, à droit constant, il n'est pas possible de déconnecter le prix de la prestation du tarif de la course de taxi et de son mode de fixation³⁰, tel qu'il est prévu par la loi (article L 322-5 du code de la sécurité sociale). L'intervention du législateur est donc requise pour permettre aux établissements de santé de fixer librement les prix dans le cadre de leurs marchés.

Une telle évolution semble souhaitable. Plusieurs établissements rencontrés ont en effet évoqué la difficulté qu'ils rencontrent dans le cadre de leurs transports internes, pour y inclure les taxis alors que le mode de fixation de leurs tarifs diffère sensiblement de celui prévu pour les transporteurs sanitaires. Il en résulte aujourd'hui un très faible recours aux entreprises de taxi dans le cadre de ces marchés.

Les évolutions législatives et réglementaires souhaitables sont proposées à l'annexe III « L'offre de transports sanitaires : cadre juridique, caractéristiques économiques, volumétriques et tarifaires » et dans le rapport de synthèse.

³⁰ Le tarif de la course de taxi comprend un prix maximum de prise en charge, une indemnité kilométrique ainsi qu'un tarif de la course d'approche, qui facture le trajet kilométrique effectué jusqu'au point de rendez-vous lorsque le taxi est préalablement commandé.

Il est à cet égard nécessaire de rappeler que, conformément au cadre réglementaire en vigueur, le patient ne saurait faire valoir son libre choix pour les transports à charge des établissements de santé, en particulier lorsque ceux-ci sont organisés par le biais de marché public : si la société choisie par le patient n'est pas titulaire du marché, on voit mal sur quel fondement les établissements de santé peuvent payer la société choisie en dehors de tout cadre contractuel³¹.

2.1.4.2.2. La gestion en régie

De nombreux établissements de santé ont fait le choix d'une gestion en régie pour les transports à leur charge : c'est le cas du centre hospitalier de Laval, du CHRU de Montpellier (pour 95% des transports à sa charge), des Hospices Civils de Lyon (pour 40% des transports à leur charge). Ce type de mission transversale s'inscrit naturellement dans les services attendus par les membres d'un groupe hospitalier de territoire (GHT).

En cas de transfert d'enveloppe, certains établissements atteindraient la taille critique pour pouvoir étudier un retour de cette prestation en régie. Un développement des services hospitaliers dédiés aux transports se heurte toutefois à une double contrainte :

- ◆ les contraintes de masse salariale imposées aux établissements dans le cadre du plan triennal ONDAM 2015-2017 ;
- ◆ les contraintes à l'extension du parc de véhicules sanitaires dans un contexte de rationnement de l'offre par les ARS. Plusieurs établissements indiquent rencontrer des difficultés à accroître leur nombre d'autorisations de mise en service. Faute de pouvoir bénéficier du transfert d'autorisations existantes, qui s'effectue à titre onéreux, ceux-ci ne peuvent développer leur parc en régie dans le cadre du quota départemental arrêté par les ARS.

Recommandation N° 10. Exclure les véhicules sanitaires des établissements publics de santé des quotas départementaux du transport sanitaire dès lors qu'ils gèrent cette prestation en régie.

3. Le CAQES pourrait constituer l'outil adapté pour accompagner les établissements vers un transfert de l'enveloppe à moyen terme.

3.1. L'annonce d'un transfert d'enveloppe à moyen terme constituerait une perspective mobilisatrice pour les établissements de santé

Le transfert d'enveloppe aux établissements de santé pourrait être mis en œuvre à cadre législatif constant sur la base de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui n'a pas été abrogé et dont il conviendrait donc d'adopter les textes d'application. La disposition législative en question prévoit toutefois une simple délégation d'enveloppe (et non un transfert) à titre expérimental et limité dans le temps.

La mission juge plus **opportun d'annoncer dès à présent un transfert général et définitif au 1^{er} janvier 2019** afin d'ancrer les anticipations des établissements de santé et de les inciter à se mobiliser rapidement dans cette perspective en mettant en place des leviers de maîtrise de la dépense.

³¹ La conciliation entre le libre choix et la logique de marché publique pourrait tout au plus consister à faire du choix du patient un critère d'attribution des commandes mais le caractère particulièrement subjectif de ce critère s'accommode mal avec le principe d'égalité de traitement des candidats qui s'impose aux marchés publics.

Annexe VI

Une telle option nécessitera l'intervention du législateur, notamment pour modifier l'article L 322-5 du Code de la sécurité sociale qui, dans sa rédaction actuelle, donne compétence à l'assurance maladie pour réaliser les remboursements des frais liés au transport sanitaire.

3.2. Ce transfert doit être anticipé et accompagné

Le CAQES pourrait constituer le cadre adapté pour accompagner les établissements de santé en vue de ce transfert de l'enveloppe. A court terme, l'évolution vers un cadre contractuel plus simple et plus incitatif pourrait d'ores et déjà générer des gains d'environ 5 Millions € par an.

Le transfert de l'enveloppe constitue une perspective ambitieuse et doit être porté avec volontarisme par les administrations concernées. Un chef de projet national doit être nommé au sein de la direction générale de l'offre de soins afin de coordonner la mobilisation des administrations centrales compétentes : direction de la sécurité sociale pour la conception et le suivi des CAQES, agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour les aspects relatifs au dimensionnement de l'enveloppe, agence nationale de l'amélioration de la performance pour l'accompagnement des établissements pour la rédaction de cahiers des charges-types, ou encore ASIP Santé pour les enjeux relatifs aux systèmes d'information et à leur interconnexion. Il serait également en charge d'animer la concertation avec les représentants des établissements de santé et des professionnels du transport sanitaire.

Recommandation N°11. Nommer au sein de la DGOS un chef de projet national responsable de coordonner la mise en œuvre des CAQES et de préparer le transfert d'enveloppe aux établissements de santé.

Ce chef de projet pourrait s'appuyer sur une instance de suivi qui permette la formalisation de retours d'expérience chiffrés et partagés et ajuste le dispositif en conséquence. Des présentations régulières du projet en comité technique ministériel permettraient de s'assurer de sa bonne appropriation par les agences régionales de santé.

4. Liste des recommandations

- Recommandation N°1. *Proposer un CAQES doté d'un volet « Transport » à l'ensemble des établissements de santé.8*
- Recommandation N°2. *Inciter plus fortement les établissements de santé à conclure un contrat tripartite, par exemple via un mécanisme de pénalisation automatique des établissements non signataires lorsque leurs prescriptions de transport sont excessives ou trop dynamiques.....9*
- Recommandation N°3. *Engager très rapidement une démarche volontariste visant à généraliser l'usage de l'identification du prescripteur puis à supprimer tout remboursement, au transporteur ou à l'établissement prescripteur, dès lors que le RPPS ne serait pas renseigné.10*
- Recommandation N°4. *Intégrer dans le CPOM des établissements de santé un indicateur relatif au montant de ses prescriptions de transports..... 10*
- Recommandation N°5. *Prévoir dans le CAQES un protocole d'échange de données (indicateurs, périodicité) entre CPAM et établissements de santé*

Annexe VI

	<i>et suivre régulièrement (au moins une fois par an) l'évolution des prescriptions de transport de ce dernier.....</i>	<i>11</i>
<i><u>Recommandation N°6.</u></i>	<i>Centrer le contenu des CAQES sur la réalisation d'un plan d'action, qui contiendrait obligatoirement le déploiement, l'amélioration ou le recours à une plateforme de centralisation de la commande de transports.....</i>	<i>11</i>
<i><u>Recommandation N°7.</u></i>	<i>Abonder le FIR pour permettre le versement d'aides fléchées dédiées à la mise en œuvre du plan d'action prévu au volet « Transports » du CAQES.....</i>	<i>12</i>
<i><u>Recommandation N°8.</u></i>	<i>Prévoir explicitement une échelle de sanctions adossée à des indicateurs de réalisation au sein du plan d'action du CAQES.....</i>	<i>12</i>
<i><u>Recommandation N°9.</u></i>	<i>Transférer l'enveloppe sous forme d'une MIG dimensionnée sur des tranches forfaitaires par pathologies de façon à prendre en compte le case mix de l'établissement.....</i>	<i>18</i>
<i><u>Recommandation N°10.</u></i>	<i>Exclure les véhicules sanitaires des établissements publics de santé des quotas départementaux du transport sanitaire dès lors qu'ils gèrent cette prestation en régie.....</i>	<i>21</i>
<i><u>Recommandation N°11.</u></i>	<i>Nommer au sein de la DGOS un chef de projet national responsable de coordonner la mise en œuvre des CAQES et de préparer le transfert d'enveloppe aux établissements de santé.....</i>	<i>22</i>

ANNEXE VII

Les plateformes de centralisation de la demande de transports

SOMMAIRE

1. LA CENTRALISATION DE LA COMMANDE DE TRANSPORTS CONSTITUE POUR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE UN OUTIL DE REGULATION ET D'OPTIMISATION DE LA DEPENSE	1
1.1. Plusieurs établissements de santé se sont engagés dans des démarches de centralisation de la commande de transport.....	1
1.1.1. <i>L'organisation de la commande de transports sanitaires par les établissements de santé est problématique à plusieurs titres</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Pour pallier ces difficultés, certains établissements se sont engagés dans une démarche de centralisation de la commande de transports.....</i>	<i>2</i>
1.2. La mise en place d'un acteur intermédiaire entre prescripteurs et transporteurs est en elle-même un facteur de modération de la dépense	6
1.2.1. <i>La demande de transports de patients est simplifiée et fluidifiée.....</i>	<i>6</i>
1.2.2. <i>Elle est également fiabilisée.....</i>	<i>6</i>
1.2.3. <i>Le retour sur investissement, bien que difficilement quantifiable, semble conséquent.....</i>	<i>7</i>
1.2.4. <i>Ces organisations permettent une transparence et une équité accrues vis-à-vis des sociétés de transports pour les transports à la charge de l'assurance maladie.....</i>	<i>10</i>
1.3. Les démarches de centralisation peuvent en outre constituer le support de stratégies ambitieuses de pilotage et d'optimisation de la demande comme de l'offre	12
1.3.1. <i>Les plateformes comme outil de pilotage de la demande.....</i>	<i>12</i>
1.3.2. <i>Un préalable : garantir une traçabilité exhaustive des prescriptions de transport.....</i>	<i>12</i>
1.3.3. <i>La sensibilisation des prescripteurs.....</i>	<i>12</i>
1.3.4. <i>La rationalisation des flux de patients</i>	<i>13</i>
1.3.5. <i>Les plateformes de centralisation et la géolocalisation contribuent à l'optimisation des transports.....</i>	<i>14</i>
1.3.6. <i>La possibilité d'une ouverture des plateformes aux prescripteurs libéraux</i>	<i>15</i>
1.3.7. <i>Les plateformes de centralisation comme outil de pilotage de l'offre : garantir une plus grande qualité des prestations de transport</i>	<i>16</i>
2. PLUSIEURS MODELES DE PLATEFORMES DE CENTRALISATION SE DEGAGENT SELON LES ECHELLES ET LES MODALITES DE MISE EN ŒUVRE RETENUES.....	18
2.1. Si la mise en place de plateformes s'appuie le plus souvent sur une dynamique partenariale, son échelle territoriale est variable	18
2.1.1. <i>Une dynamique partenariale commune</i>	<i>18</i>
2.1.2. <i>Une échelle territoriale variable.....</i>	<i>19</i>

2.2. La nature du gestionnaire de la plateforme est également variable.....	21
3. LA GENERALISATION DES DEMARCHES DE CENTRALISATION DE LA COMMANDE DE TRANSPORT EST NECESSAIRE MAIS DOIT ETRE ACCOMPAGNEE..	22
3.1. Si la plupart des projets existants sont nés d'initiatives locales, leur essaimage est aujourd'hui soutenu par les administrations de tutelle.....	22
3.2. Pour parvenir à généraliser ces démarches, il convient de structurer et de généraliser l'accompagnement proposé.....	23
3.2.1. <i>L'objectif de généralisation des démarches de centralisation informatisée doit être affiché avec volontarisme et pourrait s'appuyer sur la nouvelle génération de contrats tripartites.....</i>	<i>23</i>
3.2.2. <i>La définition d'un référentiel national permettrait de fournir des points de référence partagés utiles à l'ensemble des acteurs.....</i>	<i>24</i>
3.2.3. <i>L'accompagnement financier et méthodologique proposé aux établissements engagés dans des démarches de centralisation devra être structuré et généralisé.</i>	<i>25</i>
4. LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	26

Introduction

Certains établissements de santé se sont dotés d'outils de régulation de leurs dépenses de transports, qu'il s'agisse des transports à leur charge ou de ceux à charge de l'assurance maladie.

La solution la plus répandue aujourd'hui, bien qu'elle ne concerne encore qu'un nombre limité d'établissements¹, consiste à centraliser les demandes de transport émises par les services de soin au sein d'une plateforme unique chargée des relations avec les transporteurs.

Ces plateformes constituent un facteur d'optimisation de la dépense, et peuvent constituer un précieux support – notamment grâce à la précision des données dont elles disposent sur la demande de transport – pour conduire des politiques ambitieuses conjuguant sensibilisation des prescripteurs et optimisation des flux de patients, et ce d'autant plus que de nouvelles solutions techniques et logicielles ont émergé au cours des dernières années pour en sécuriser et en fluidifier le fonctionnement.

La présente annexe s'appuie sur un travail d'enquête auprès d'établissements de santé ayant mis en place une centralisation de la commande de transport. La mission a ainsi pu rencontrer le service central des ambulances de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, le Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon et le Centre Hospitalier de Roubaix. Elle a échangé également avec le CHU de Nantes, le CHU de Montpellier, le CH de Salon de Provence et les Hospices Civils de Lyon, ainsi qu'avec l'ARS de Poitou-Charentes, qui pilote un projet de plateforme d'échelle régionale. Le travail conduit sous l'égide de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dans le cadre du projet PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats Responsables) nous a fourni également de précieux retours d'expérience sur les pratiques d'optimisation développées par d'autres établissements, de même que la rencontre avec deux éditeurs proposant des solutions logicielles à destination des établissements de santé.

1. La centralisation de la commande de transports constitue pour les établissements de santé un outil de régulation et d'optimisation de la dépense

1.1. Plusieurs établissements de santé se sont engagés dans des démarches de centralisation de la commande de transport

1.1.1. L'organisation de la commande de transports sanitaires par les établissements de santé est problématique à plusieurs titres.

Dans la plupart des établissements de santé, la commande de transports repose sur un dialogue direct entre les services prescripteurs – le plus souvent leurs secrétariats médicaux - et les transporteurs.

¹ La Direction Générale de l'Offre de Soins ne dispose pas d'un recensement exhaustif des plateformes existantes dans les établissements de santé.

Annexe VII

Les services prescripteurs se voient parfois mettre à disposition une liste de transporteurs, sur laquelle ils sont censés organiser des rotations. Dans les faits toutefois, les procédures de demande de transport sont rarement formalisées et les règles lorsqu'elles existent demeurent largement méconnues des services².

Ce mode de fonctionnement est aléatoire à de nombreux titres :

- ◆ Il ne permet pas de garantir l'équité entre les transporteurs, pourtant évoquée dans les textes réglementaires en vigueur et peut aboutir à des pratiques anticoncurrentielles³ ;
- ◆ Il expose les personnels hospitaliers et les patients à une sollicitation commerciale parfois excessive de la part de certains transporteurs ;
- ◆ La recherche de transports constitue une activité chronophage pour les services ;
- ◆ Ces derniers sont confrontés à des difficultés pour trouver un transport adapté lors de périodes telles que le vendredi après-midi ou le week-end, ce qui peut conduire à une prescription injustifiée de transport couché : lorsqu'ils peinent à trouver un transport assis disponible, les services de santé acceptent de modifier la prescription *a posteriori* en prescrivant une ambulance.
- ◆ Il ne permet pas de suivi détaillé de la dépense. Les services prescripteurs n'étant généralement pas dotés d'outils de traçabilité de leurs prescriptions de transport, seules les données transmises par les organismes locaux d'assurance maladie permettent un suivi de cette dépense. Celles sont généralement peu précises (notamment du fait de l'absence d'identification individuelle du prescripteur sur la prescription et la facture) et transmises avec retard aux établissements de santé.

1.1.2. Pour pallier ces difficultés, certains établissements se sont engagés dans une démarche de centralisation de la commande de transports.

La centralisation des commandes, promue par un référentiel élaboré par le ministère de la santé en 2010⁴, consiste à mettre en place un processus de collecte de l'ensemble des demandes de l'hôpital au sein d'une cellule de gestion des demandes de transport de patients, qui se charge de la commande de transport et devient ainsi l'interlocuteur unique des transporteurs.

Un tel dispositif peut prendre, selon le degré de dématérialisation, des formes diverses, regroupées ici sous le terme générique de « plateforme de centralisation ». Ainsi :

- ◆ La demande de transport émanant des services est le plus souvent dématérialisée, par saisie directe dans les services ou saisie secondaire centralisée, ce qui permet d'en assurer un suivi rigoureux.
- ◆ Le choix du transporteur peut être automatisé, avec une sélection réalisée par ce même logiciel (selon des règles définies en amont, généralement avec les représentants des transporteurs). C'est la solution retenue par la totalité des établissements rencontrés par la mission.

² Comme l'a montré l'important travail de diagnostic réalisé en Ile de France avec l'appui de l'ARS, dont les premières conclusions sont retracées dans le document *Transports sanitaires : mise en place d'une gestion centralisée en établissements de santé – rapport intermédiaire*. Février 2016.

³ La Circulaire DHOS/SDO/O 1 n° 2003-277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé publics et privés et transporteurs sanitaires privés prévoit ainsi : « Si le patient n'exprime aucun choix et que son état nécessite un transport sanitaire, il s'en remet alors à l'établissement de santé pour faire appel aux entreprises concernées. Les établissements publics de santé appellent à tour de rôle les entreprises de transport sanitaire, selon les modalités définies par le sous-comité des transports sanitaires ».

⁴ Référentiel relatif à l'organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts hospitaliers et du retour à domicile des patients, DGOS, 2010.

Annexe VII

- ◆ En revanche, la commande aux transporteurs demeure généralement effectuée par voie téléphonique, ce qui nécessite la présence d'un ou plusieurs agents à temps plein sur la plateforme. Certains établissements rencontrés se sont au contraire engagés dans une dématérialisation de la commande, qui fait l'objet d'un message vocal ou d'un SMS au transporteur sélectionné.

Un exemple de fonctionnement d'une plateforme :

le Centre Hospitalier de Roubaix

Le Centre Hospitalier de Roubaix s'est doté d'un logiciel de gestion des appels et demandes de transport par les services prescripteurs. Celui-ci est adossé au logiciel interne de gestion des lits.

Les demandes de transport sont faites par informatique par les prescripteurs : ceux-ci renseignent une fiche d'identification mentionnant les coordonnées du patient, du médecin prescripteur, de la personne transmettant la demande, ainsi que les dates et heure de sortie et le mode de transport prescrit. Une fois validée, cette fiche est transmise à la plateforme.

Les agents de la plateforme sont disponibles du lundi au vendredi de 8h à 17h et le samedi de 8h à 12h. Ils appellent les transporteurs choisis de manière aléatoire par le logiciel pour commander le transport. Ils confirment la demande au transporteur par mail, puis enregistrent les éléments dans le logiciel pour information des prescripteurs. Ils sont joignables par le transporteur et par les équipes du centre hospitalier, par téléphone et par mail, pour assurer le suivi de la commande.

La plupart des établissements ont initialement mis en place ce type de plateforme pour réguler les transports à leur charge⁵ (transports intra-hospitaliers⁶, transports secondaires provisoires⁷, voire brancardage et transports de matières), qui sont organisés soit en régie, soit selon les modalités contractuelles définies entre les établissements et les entreprises de transport sanitaire (marchés publics dans le cas d'établissements publics de santé).

Certains ont par la suite choisi d'étendre le fonctionnement de la plateforme aux transports à la charge de l'assurance maladie (ex : AP-HP, Groupe hospitalier Simone Veil...), quoi qu'avec un taux de recours généralement moindre (voir Annexe VI : « La responsabilisation des établissements de santé sur leurs prescriptions »).

De ce fait, les plateformes de centralisation mises en place ont des périmètres variables :

- ◆ Certaines couvrent uniquement les transports à charge de l'établissement ou uniquement ceux à charge de l'assurance maladie, avec des taux de recours variables.
- ◆ Si toutes centralisent les demandes de transport liées aux sorties d'hospitalisation, il est plus rare qu'elles prennent en charge celles liées aux consultations prescrites et réalisées à l'hôpital⁸, pour lesquelles il revient généralement au patient, depuis son domicile, de choisir son transporteur.

Enfin, lorsque le patient fait valoir son droit au libre choix de son transporteur (voir Annexe V : « Re-médicaliser la prescription en matière de transports et s'assurer de sa pertinence »),

⁵ La circulaire N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 distingue en effet les transports sanitaires à la charge financière des établissements de santé prescripteurs de ceux à la charge de l'assurance maladie, remboursés sur l'enveloppe de Soins de ville.

⁶ Transports effectués entre établissements de santé d'une même entité juridique dans la même agglomération

⁷ Transports de moins de 2 nuitées dans l'établissement d'accueil, qui sont dans la plupart à des cas à la charge de l'établissement d'origine.

⁸ L'article R 322-10 du code de la sécurité sociale prévoit que ces trajets sont pris en charge dans deux cas de figure : lorsque la consultation est prescrite en lien avec une ALD ou lorsque le recours à l'ambulance est nécessaire en raison des déficiences ou incapacités du patient.

Annexe VII

il arrive que (Hospices Civils de Lyon par exemple) le trajet échappe à la procédure de commande de transport et échappe de ce fait à toute régulation centralisée. Dans d'autres configurations, la plateforme permet une traçabilité de la demande tout en laissant le patient sélectionner lui-même l'entreprise de transport. La mission estime toutefois, au vu du poids élevé (jusqu'à un tiers ou la moitié des trajets dans certains établissements) que peut représenter le « libre choix » du patient⁹, que celui-ci constitue un frein réel à la montée en puissance des plateformes comme outil de régulation.

⁹ La demande de transports s'organise aujourd'hui autour d'un principe de libre choix du patient sur l'entreprise qui le prendra en charge. Ce principe est affirmé par une circulaire de 2003 pour les transports à la charge de l'assurance maladie, codifié à l'article R6312-16 du code de la santé publique et repris à l'article 3 de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés.

Annexe VII

Tableau 1 – Les plateformes étudiées par la mission et leur périmètre

Plateforme	Transport à la charge de l'établissement de santé (TES)	Transport à la charge de l'assurance maladie (TAM)	
		TAM	Dont libre choix du patient
Centre Hospitalier de Dijon	18 558 trajets motorisés (réalisés en régie ou par les entreprises adjudicataires) + brancardage pédestre	12 470 trajets Taux de recours : 30%	Oui
Hospices Civils de Lyon	90 000 trajets + brancardage pédestre	20 000 trajets Taux de recours : 16%	Non
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier	63 000 trajets + transports de matières, transport intra-site	21 000 trajets Taux de recours non évalué	Oui avec la nouvelle plateforme en cours de mise en place
Centre Hospitalier de Salons-de-Provence	400 trajets	4000 trajets	Sont exclus les transports très fréquents de l'hôpital de jour (chimiothérapie) pour lesquels les patients choisissent le même transporteur.
Centre Hospitalier de Roubaix	Non	86 700 trajets Taux de recours de 95%	NC
Association de Coordination des Transports de Patients en Poitou-Charentes	Oui pour les 23 établissements adhérents	Seulement pour 3 établissements adhérents	Oui
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris	166 000 trajets	102 000	Non
Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon	Non	Oui	Oui

Source : Mission

1.2. La mise en place d'un acteur intermédiaire entre prescripteurs et transporteurs est en elle-même un facteur de modération de la dépense

La démarche de centralisation des demandes de transport institue un acteur intermédiaire unique entre prescripteurs et transporteurs. Elle permet de formaliser et de fiabiliser la procédure, ce qui génère des bénéfices immédiats à la fois pour l'établissement de santé, l'assurance maladie et les transporteurs.

1.2.1. La demande de transports de patients est simplifiée et fluidifiée

La mise en place d'une plateforme de centralisation constitue un gain de temps pour les services prescripteurs, qui n'ont plus à effectuer la recherche de transport eux-mêmes au moment de la sortie du patient. En instituant un interlocuteur unique pour les transporteurs, elle permet de réduire les indisponibilités et les délais d'attente, et améliore ainsi le délai de réponse à une demande. De ce fait, les établissements de santé ayant mis en place des plateformes de centralisation témoignent de leur acceptation unanime par les utilisateurs.

Plateformes de centralisation et satisfaction des personnels hospitaliers

A Roubaix, une enquête de satisfaction menée auprès des personnels hospitaliers a montré que 84% jugeaient la plateforme « utile » et que 79% estimaient qu'elles leur permettaient un « gain de temps ».

Aux Hospices Civils de Lyon, le fonctionnement de l'activité de transport sanitaire donne lieu annuellement à une enquête de satisfaction auprès des cadres de santé de l'établissement. Celle-ci révèle que l'outil informatique de demande de transports est largement apprécié (taux de satisfaction supérieur à 85%).

On note toutefois que la facilité d'utilisation, et donc l'appropriation par les services prescripteurs, est plus grande lorsque l'interface est assurée avec le logiciel de gestion des malades, ce qui permet d'éviter les doubles saisies.

1.2.2. Elle est également fiabilisée

La plateforme permet de limiter le risque de voir les prescriptions de transport assis requalifiées *a posteriori* en transport couché, plus onéreux. En effet :

- ◆ En facilitant la recherche de transports, elle rend moins fréquentes les situations d'indisponibilité d'un transport assis. Le fonctionnement 24h/24 et 7j/7 de la plateforme, permis par la dématérialisation de la commande, constitue à ce titre une plus-value importante.
- ◆ En instituant un filtre entre prescripteur et transporteur ainsi qu'une procédure unique et formalisée pour la commande de transport, elle permet un plus grand respect de la prescription médicale et favorise son intangibilité.

L'impact de la plateforme sur la structure des prescriptions : exemples

Centre Hospitalier de Roubaix

L'enquête de satisfaction conduite quelques mois après la mise en place de la plateforme au centre hospitalier Victor Provo de Roubaix a mis en évidence que, parmi les personnels hospitaliers consultés, 63% jugeaient la « pression des transporteurs plus faible » et 89% estimaient que celle-ci garantissait mieux qu'avant le « respect du transport fixé ».

Si l'on compare les prescriptions du premier semestre 2015 par rapport à celles du premier semestre 2014, on compte un recul du poids des ambulances (-6%) et des taxis (-4%) au profit des VSL (+2%). La CPAM de Roubaix-Tourcoing estime que 25% des transports pris en charge par la plateforme auraient « basculé » de l'ambulance au VSL, avec un gain moyen de 53 € par trajet.

Le rééquilibrage est particulièrement marqué sur les périodes creuses. Ainsi, alors que l'on comptait 95% de trajets en ambulance le samedi avant la création de la plateforme (de mars 2012 à septembre 2013 soit 278 transports), cette proportion est désormais de 55%.

Centre Hospitalier d'Orange

Le Centre Hospitalier a mis en place une plateforme de régulation en septembre 2015. Un bilan des prescriptions de transports, réalisé en janvier 2016¹⁰, fait apparaître une baisse de 11 % des transports réalisés en ambulances (- 14 696 euros), de 6,7 % des transports réalisés en taxis et de 4% des transports réalisés en VSL par rapport aux transports prescrits par le CH Orange pour les mêmes périodes en 2014.

La généralisation des plateformes de centralisation de la commande de transport à l'ensemble des établissements ou groupements d'établissements serait donc source de gains immédiats conséquents.

1.2.3. Le retour sur investissement, bien que difficilement quantifiable, semble conséquent

Peu de dispositifs ont à ce jour conduit de démarches d'évaluation structurées. Les CPAM ne fournissent pas systématiquement aux établissements les données leur permettant de suivre l'impact de leur dispositif sur les prescriptions remboursées sur l'enveloppe « Soins de ville ». Par ailleurs, le chiffrage des économies générées par les plateformes, lorsqu'il existe, repose sur des méthodologies différentes, ce qui rend leur comparaison délicate.

1.2.3.1. Un coût de fonctionnement variable

En tout état de cause, le modèle économique des plateformes existantes est difficilement comparable, en raison de différences fortes à la fois dans leurs périmètres (transports à charge de l'établissement¹¹, de l'assurance maladie, brancardage et flux internes) et dans leurs modes de fonctionnements. En effet, il ressort des données transmises à la mission que le coût de fonctionnement varie fortement selon que la commande de transport est ou non informatisée :

¹⁰ A cette date toutefois la totalité des transports effectués du 1^{er} septembre 2015 au 30 novembre 2015 n'ont pas tous été remboursés par la CPAM.

¹¹ Dans le cas des trajets à la charge de l'établissement, coûts liés à l'ordonnancement et au contrôle devraient être distingués en toute rigueur des frais de fonctionnement de la plateforme en tant que telle.

Annexe VII

- ◆ Lorsque la commande est dématérialisée (envoi d'un SMS ou message vocal aux transporteurs), comme en Poitou-Charentes ou en Vendée, le coût de fonctionnement se résume à des frais de maintenance informatique. Il s'agit alors de coûts fixes : le coût marginal est donc quasi-nul. En conséquence, l'augmentation du taux de recours à la plateforme et/ou son élargissement à d'autres établissements membres du Groupement Hospitalier de Territoire est de nature à faire baisser significativement le coût moyen par transport régulé.

Tableau 2 - Frais de fonctionnement des plateformes non dématérialisées : exemples

Type de plateforme		Frais de fonctionnement	Coût moyen par transport régulé
Commande dématérialisée	CHD de La Roche-sur-Yon <i>En cours de déploiement</i>	11 000 € annuels (maintenance informatique).	Non connu.
	CHU de Montpellier 84 000 trajets régulés en 2015	1 300 € (maintenance informatique uniquement)	0,015 €

Source : Mission

- ◆ En revanche, lorsque la plateforme est opérée par des agents via des appels téléphoniques, les frais de fonctionnement sont relativement importants, car il convient d'ajouter aux frais de maintenance informatique le poids de la masse salariale. Dans les exemples étudiés par la mission, ils varient selon les horaires de la plateforme et le volume de transports régulés, de deux équivalents temps plein (Roubaix) à plus d'une vingtaine (AP-HP, Hospices Civils de Lyon).

Annexe VII

Tableau 3- Frais de fonctionnement des plateformes non dématérialisées : quatre exemples

Type de plateforme		Frais de fonctionnement	Coût moyen par transport régulé (masse salariale)
Commande physique	AP-HP 260 000 trajets régulés en 2015	1,2 millions d'€ (20 ETP) hors maintenance informatique	4,6 €
	Roubaix 86 700 trajets régulés en 2015	2 ETP (estimé : 80 000 €) hors maintenance informatique	1 €
	Hospices Civils de Lyon 110 000 trajets régulés en 2015	9 ETP (342 000 €) hors maintenance informatique	3 €
	CH de Dijon 226 618 trajets régulés en 2015	2,4 ETP (soit 90 000 €) + 55 000 € de maintenance informatique (qui inclut l'ordonnancement informatisé).	0,4€

Source : Mission

1.2.3.2. Un rendement certain mais délicat à évaluer et qui nécessite de préciser les modèles économiques sous jacents

L'évaluation du rendement des plateformes se heurte à des difficultés méthodologiques multiples. Un protocole d'évaluation national unique serait de nature à permettre une comparaison de la performance des différents modèles de plateformes et à dégager des données solides sur les économies générées, données indispensables à la réflexion sur le modèle économique.

Le rendement des plateformes : premières évaluations

Au CHD de La-Roche-sur-Yon, la plateforme a été déployée courant 2015. Le profil établissement élaboré par la CPAM fait ressortir une baisse de 6,8% des montants remboursés en 2015 (9 247 000 €) par rapport à 2014 (9 917 918 €). Rapportée au 27 662 patients transportés en 2015¹², on peut estimer que la mise en place de la plateforme a permis une baisse du montant moyen remboursé par patient de 24 €.

Cette donnée est convergente avec les premiers résultats transmis par la CPAM du Vaucluse consécutivement à la mise en place en septembre 2015 de la plateforme au Centre Hospitalier d'Orange. Le montant remboursé sur les trois premiers mois de la plateforme (75 000 €) est en baisse de 17% par rapport au montant remboursé à la même période en 2014 (90 550 €). Rapporté aux 644 trajets prescrits, on peut chiffrer l'économie générée à 24 € par trajet.

La même méthodologie, appliquée au Centre Hospitalier de Roubaix, met toutefois en évidence un gain bien plus faible. La plateforme a été mise en place courant 2013 et n'a pas entraîné de baisse des montants remboursés, en valeur absolue, la première année : on observe en 2014 un taux de croissance de 2%, certes deux fois moins important à celui observé en 2013, qui correspond à une légère hausse du coût moyen par trajet (+ 1€). En 2015 en revanche, la dépense remboursée diminue de 21 000 €, ce qui correspond à une économie de 0,25 € par trajet en moyenne. Ces derniers résultats mettent en évidence la nécessité d'une évaluation de moyen terme (les effets de la plateforme en matière de régulation de la dépense pouvant ne pas être immédiats) chiffrant les gains réalisés par rapport à un tendanciel de croissance plus qu'en valeur absolue.

¹² Il semble plus cohérent de rapporter cette dépense au nombre de prescriptions de l'établissement, même si toutes ne sont pas régulées par la plateforme.

En l'absence de retour d'expérience plus complet, il est extrêmement délicat de chiffrer le gain potentiel d'une généralisation des plateformes. Celui-ci est en effet étroitement dépendant de la performance du mode d'organisation retenu ainsi que du taux de recours. A droit constant et à taux de recours constant, la mission estime que la généralisation des plateformes pourrait permettre une économie de 15 à 30 millions d'Euros. Une généralisation du recours à la régulation centralisée, générée par un transfert aux établissements de l'enveloppe des remboursements (voir Annexe VI) ou encouragée par le déploiement de leviers coercitifs, tels que le conditionnement du tiers payant au recours par le prescripteur à la régulation centralisée, permettrait d'accroître considérablement ce rendement (100 à 150 millions d'Euros).

Recommandation N°1. Proposer un protocole d'évaluation unique et conduire une évaluation systématique des plateformes de centralisation de la commande de transport.

1.2.4. Ces organisations permettent une transparence et une équité accrues vis-à-vis des sociétés de transports pour les transports à la charge de l'assurance maladie

Les transports à la charge de l'assurance maladie ne peuvent pas être régis par un marché public puisque l'organisateur du trajet – établissement de santé en l'occurrence – n'est pas acheteur de la prestation. La prestation est en effet payée par le patient, solvabilisé totalement ou partiellement par le remboursement de l'assurance-maladie.

En l'absence d'organisation par marché public, la centralisation de la demande de transport facilite l'organisation d'un « tour de rôle ».

Le tour de rôle est défini par le référentiel de 2010¹³ comme le mode d'organisation par lequel les entreprises « implantées dans le territoire concerné » et qui « *formulent la demande de participer à la prise en charge des transports prescrits par l'établissement* » se voient sollicitées à tour de rôle suivant une clé de répartition « *définie au niveau de chaque établissement de santé (...) en concertation avec l'ensemble des acteurs* ». Cette clé de répartition « *est fonction de l'implication de chaque entreprise dans le dispositif et du respect de ses engagements* ». Le référentiel propose d'ailleurs un modèle de répartition-type « *en cas d'absence d'accord entre les acteurs* ».

Plusieurs modalités d'organisation du tour de rôle sont envisageables, en fonction des spécificités du territoire, pour garantir la disponibilité des bons moyens pour les établissements et favoriser l'équité de traitement des transporteurs (cf. pièce-jointe, quatre exemples de chartes de tour de rôle). Ainsi, dans un territoire montagneux et rural, le plus adapté semble être un découpage par canton, permettant d'attribuer les transports en priorité aux entreprises dont le lieu d'implantation correspond au lieu de résidence ou de séjour du patient¹⁴. A l'inverse, en territoire urbain dense, certains établissements (Centres hospitaliers de Salon-de-Provence, Martigues et La Ciotat) ont privilégié un tour de rôle organisé à la semaine sur la base de gardes et d'astreintes assurées par des binômes d'entreprises.

¹³ Organisation des transports sanitaires primaires non-urgents, des transferts hospitaliers et du retour à domicile des patients - Référentiel Commun. : ministère de la Santé et des Sports, mai 2010.

¹⁴ Dans le département des Hautes-Pyrénées, l'organisation retenue consiste à attribuer les transports selon le lieu d'implantation de l'entreprise sollicitée en premier recours, qui doit correspondre au lieu de résidence ou séjour du patient. S'il y a plusieurs ambulanciers implantés sur le même canton, un tour de rôle est organisé entre les entrepreneurs du canton. En cas d'indisponibilité des transporteurs du canton, une entreprise d'astreinte est sollicitée, cette dernière étant basée sur l'agglomération d'implantation de l'hôpital.

La mise en place d'un tour de rôle vise à accroître la transparence et l'équité vis-à-vis des sociétés de transport. La mission a observé que les transporteurs adhèrent généralement à la démarche car ils y voient de fait un progrès en matière d'équité de traitement par rapport aux configurations dans lesquelles la commande de transport est laissée à la seule appréciation de chaque patient ou de chaque service prescripteur. Aucun audit approfondi des tours de rôle n'a à ce jour été conduit : il est donc difficile de confirmer cette perception. La qualité de l'algorithme retenu et le degré de contrôle de sa mise en œuvre conditionnent en effet largement le caractère effectivement équitable du dispositif.

Tour de rôle et équité de la répartition des commandes de transport

l'exemple de Roubaix

D'une répartition très inégale des commandes de transport (80% des commandes pour 20% des transporteurs et 50% des commandes pour 7% des transporteurs), le Centre Hospitalier a évolué, consécutivement à la mise en place de la plateforme, vers une répartition plus équilibrée dans laquelle 80% des commandes sont adressées à 57% des transporteurs, et 50% des commandes à 23% des transporteurs.

En l'absence d'indication relative au poids des différents transporteurs, ces données ne renseignent pas sur l'équité de la répartition opérée par la plateforme. Elles indiquent toutefois un mouvement de rééquilibrage et un accès plus ouvert au marché des sorties hospitalières.

La plateforme permet une traçabilité des commandes, qui réduit le risque contentieux.

Cela est d'autant plus le cas lorsque le processus de commande est automatisé, avec une sélection des transporteurs opérée aléatoirement ou suivant un algorithme défini à l'avance.

En effet, en cas de contestation par un transporteur qui s'estimerait insuffisamment sollicité, il est facile de retracer comment et sur quels critères (taille de l'entreprise, secteur d'activité, disponibilité horaire) la décision a été prise. Le sentiment d'équité et l'adhésion des participant est bien sûr d'autant plus fort lorsque les transporteurs ont été associés, en amont, à la définition des règles du jeu.

Ce constat d'une plus grande équité doit toutefois être largement nuancé : plusieurs établissements, tels que l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) ou les Hospices Civils de Lyon, n'organisent le tour de rôle qu'entre sociétés de transports sanitaires, l'inclusion des taxis s'avérant complexe au vu de la fragmentation économique du secteur. Plusieurs solutions peuvent toutefois être mise en œuvre pour pallier cette difficulté : l'inclusion de groupes de taxis dotés de centres de réservation, qu'il est possible d'interfacer avec le logiciel de la plateforme, comme l'envisage l'AP-HP, ou la dématérialisation de la commande par envoi d'un SMS ou d'un message vocal.

1.3. Les démarches de centralisation peuvent en outre constituer le support de stratégies ambitieuses de pilotage et d'optimisation de la demande comme de l'offre

La centralisation de la commande de transport constitue, dans une majorité d'établissements enquêtés, une démarche récente. La mission a le sentiment que les solutions techniques et logicielles qui émergent n'ont pas encore été exploitées à leur plein potentiel. En effet, au-delà des bénéfices automatiquement induits par la mise en place d'un acteur intermédiaire entre prescripteur et transporteur (cf. supra), la plateforme de centralisation peut constituer un outil précieux au service d'une démarche transversale d'optimisation. Elle permet de disposer en temps réel de données exhaustives sur la demande de transport et constitue de ce fait un utile support au déploiement de stratégies de suivi de la prescription et de rationalisation des flux de patients. Par ailleurs en instituant un interlocuteur unique pour les professionnels du transport, elle permet à l'établissement de santé d'orienter l'évolution de l'offre. Ces solutions potentielles constituent autant de gisement d'économies durables, mais nécessitent pour voir le jour un portage fort de la part des équipes de direction des établissements de santé.

1.3.1. Les plateformes comme outil de pilotage de la demande

Les plateformes permettent une traçabilité des demandes de transport. Elles produisent donc en temps réel de données précises sur les caractéristiques de la demande, données qui peuvent être utilisées pour la rationaliser et l'optimiser.

1.3.2. Un préalable : garantir une traçabilité exhaustive des prescriptions de transport

Pour être en mesure de suivre et de piloter la demande de transport, la plateforme de centralisation doit dans l'idéal disposer d'une vision exhaustive des prescriptions de l'établissement. A cette fin, il est souhaitable d'imposer progressivement le recours à la plateforme à l'ensemble des services de l'établissement de santé quel que soit le statut du transport prescrit : à la charge de l'établissement ou de l'assurance maladie (y compris transferts de malades entre deux établissements) et que la sélection du transporteur soit confié à la plateforme ou continue d'être exercé par le patient dans le cadre de son libre choix. A terme, il est également souhaitable d'inclure, grâce à la prescription en ligne, les transports liés à des consultations remboursées par l'assurance maladie.

1.3.3. La sensibilisation des prescripteurs

En premier lieu, l'utilisation d'un outil informatique de suivi des demandes par services prescripteurs et/ou leur plateforme de centralisation¹⁵ permet de disposer de données exhaustives sur les transports et leur réalisation, même en l'absence d'identification du prescripteur par son numéro RPPS. **Ces données permettent d'identifier et de responsabiliser les prescripteurs et de réduire le nombre de prescriptions non pertinentes.**

¹⁵ Certains établissements ont fait le choix de mettre en place un suivi des prescriptions de transport par un logiciel unique commun à tous les services de soins, sans pour autant l'adosser à une commande centralisée (plateforme de régulation).

Est en effet rendu possible le *reporting* et l'analyse de l'activité (indicateurs de suivi tels que l'identité des prescripteurs, les modes de transports, les horaires...). Sous réserve d'une autorisation de la CNIL, les données de prescriptions peuvent en outre être croisées avec les données médicales issues des fichiers hospitaliers afin d'engager un travail fin sur la qualité de la prescription, comme l'envisage le CHRU de Montpellier. Il est par exemple possible d'engager, notamment pour les transports itératifs, une politique de révision régulière des prescriptions médicales pour adapter ces prescriptions à l'état de santé des patients, en partenariat le cas échéant avec le service médical ou le département d'information médicale.

L'établissement peut alors constater des dérives éventuelles dans la prescription et intervenir auprès des services ou praticiens concernés par le biais d'actions d'information ou de sensibilisation ciblées. Il peut également, à partir de ces données, identifier les économies potentielles que génèrerait une réorganisation de l'offre de soins : ainsi le Centre Hospitalier de Cherbourg a-t-il initié la permanence d'un médecin de ville au sein de l'établissement pour réalisation de *dopplers*, afin d'éviter de recourir à des consultations externes coûteuses en frais de transport (13 000 € d'économie).

1.3.4. La rationalisation des flux de patients

En second lieu, la mise en place d'une plateforme peut permettre de rationaliser les flux de patients. Ainsi, le régulateur peut répartir et programmer les transports en prenant en compte :

- ◆ La densité de circulation, dans le but notamment d'éviter les trajets ville - périphérie aux moments les plus encombrés.
- ◆ Les horaires surtaxés (soirée, nuit, petit matin), en évitant les trajets trop longs et trop fréquents lors des périodes de sur-tarifcation.
- ◆ Plus généralement, l'importance des flux de sortie d'hospitalisation, afin de les lisser dans le temps ou au contraire de les concentrer.

La rationalisation des flux : l'exemple du CHU de Nîmes

Le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes s'est ainsi engagé dans une démarche de rationalisation de ses flux en mettant en place une navette accessible aux personnes à mobilité réduite entre le site principal et le site de soins de suite et de réadaptation, un trajet auparavant réalisé essentiellement en ambulances privées. La navette étant à heure fixe, sa mise en place a entraîné une réorganisation des plannings d'examen et de consultations. Ce dispositif a permis de réduire de 40% le nombre de transports externalisés, entraînant un gain de 100 000 € (21%) sur le coût des transports à charge de l'établissement, dans un contexte pourtant marqué par une hausse de son activité.

Une telle démarche, pour être effective, implique de pouvoir anticiper les sorties d'hospitalisation, anticipation facilitée par la standardisation croissante des protocoles de traitement. Elle implique également de pouvoir intervenir sur l'organisation et la programmation horaire des sorties d'hospitalisation.

Dans un contexte où la gestion des lits – et donc des flux – est une préoccupation prégnante pour les établissements de santé, **le transport peut, plus largement, constituer un levier au service de la performance hospitalière.**

La rationalisation des flux de transport devra nécessairement, à terme, dépasser l'approche purement logistique pour s'inscrire dans une démarche plus médico-économique globale de rationalisation des parcours des patients, dans l'optique d'une optimisation des capacités hospitalières (amélioration de l'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour) ¹⁶.

¹⁶ L'indice de performance – durée moyenne de séjour (IP-DMS) basé sur la durée de moyenne des séjours permet d'approcher l'efficacité des établissements de santé en comparant leur durées moyennes de séjours. Il traduit les

Annexe VII

L'exemple le plus emblématique de ce type de démarches transversales est la mise en place de salons d'attente qui servent de zone tampon pour lisser les flux de patients. Les salons d'attente visent à éviter que des patients en attente d'un transport demeurent au sein du service le temps de l'arrivée du transporteur et embolissent ainsi des lits qui pourraient être libérés plus tôt. Ils doivent en outre permettre aux transporteurs de s'orienter directement vers un lieu unique, dans lequel les patients peuvent procéder aux formalités de sortie afin d'être prêts immédiatement. Si cette pratique est extrêmement répandue Outre-Manche et Outre-Atlantique, elle demeure peu pratiquée en France. Aucun des établissements enquêtés n'en a mis en place. Ceux-ci mettent fréquemment en avant les contraintes architecturales de leurs bâtiments. Des solutions de ce type existent toutefois au Centre hospitalier de Martigues ou encore à la clinique Clairval à Marseille.

Ces arguments justifient que la gestion des transports soit fortement portée par la direction de l'établissement et s'accompagner d'une démarche d'accompagnement au changement.

1.3.5. Les plateformes de centralisation et la géolocalisation contribuent à l'optimisation des transports

1.3.5.1. *L'existence d'une plateforme de centralisation peut permettre l'émergence de démarches d'optimisation des trajets.*

Afin de minimiser les trajets à vide, la plateforme peut en effet veiller à coordonner et faire coïncider deux transports pour lesquels la destination de l'un est le point de départ de l'autre. De même, dès lors qu'elle dispose de données fines sur les horaires de trajets et leurs lieux de destination, elle peut favoriser le transport partagé lorsque les trajets s'y prêtent.

1.3.5.2. *Ces optimisations pourraient être amplifiées par l'usage systématique de la géolocalisation*

Celle-ci est prévue par l'avenant n°7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés, conclu en juillet 2014 sous forme d'option conventionnelle : en échange de l'équipement d'un dispositif de géo-localisation respectant un cahier des charges établi par la CNAMTS, l'assurance maladie accorde ainsi à l'entreprise ayant adhéré à l'option, pour chaque transport partagé, un abattement par rapport au tarif qui aurait été facturé pour un transport individuel, fixé respectivement à 15 % pour deux patients présents dans le même véhicule, quel que soit le parcours réalisé en commun, 33 % pour trois patients présents dans le même véhicule, au cours du transport, quel que soit le parcours.

Le transporteur bénéficie également d'une aide forfaitaire annuelle de 100 € par véhicule.

dysfonctionnements organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, délai de remise en état d'un lit après une sortie, organisation bloc-service etc.). L'IP-DMS MCO rapporte le nombre de journées de court séjour (M, C et O) réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux.

Annexe VII

Les CPAM rencontrées par la mission évoquent un taux de géo-localisation croissant mais encore faible (4 transporteurs équipés sur 36 à Roubaix-Tourcoing). On notera que dans certains territoires (Poitou-Charentes), la géo-localisation a été posée comme une condition de participation au tour de rôle, quel que soit le type de véhicule¹⁷.

Ces démarches permettent aux transporteurs de rationaliser leur flotte et d'améliorer le taux de remplissage de leurs véhicules donc d'accroître leur marge. Toutefois, en l'état actuel de la réglementation, les taxis n'ont pas d'intérêt à l'optimisation des parcours, puisque leur mode de facturation (voir Annexe III : « L'offre de transports sanitaires : cadre juridique, caractéristiques économiques, volumétriques et tarifaires ») leur permet de facturer les temps d'attente et les retours à vide. Ces différences dans les modes de facturation peuvent s'avérer source de conflits entre transporteurs sanitaires et taxis et constituer un frein à la démarche d'optimisation.

1.3.6. La possibilité d'une ouverture des plateformes aux prescripteurs libéraux

L'ouverture de la plateforme aux médecins libéraux pour leurs prescriptions de transport constitue une piste prometteuse, que certains établissements (Centre Hospitalier Départemental de La-Roche-sur-Yon) ont prévu d'expérimenter dans les années à venir.

L'accroissement du volume des demandes à traiter par la plateforme peut en effet se faire à coût quasiment constant dès lors que la commande de transport est dématérialisée et automatisée. Il permet d'augmenter le périmètre des transports régulés, ce qui facilite l'optimisation des trajets. Une telle solution implique toutefois un développement rationnel et coordonné des plateformes de régulation, afin de garantir l'existence d'une plateforme unique sur chaque territoire de santé (à l'échelle du GHT par exemple), ce afin d'éviter que les professionnels de santé ne se voient proposer des dispositifs concurrents par les établissements de leur territoire.

Elle permet aux médecins libéraux d'offrir à leur clientèle un service supplémentaire, la réservation d'un transport, aujourd'hui prise en charge par les patients eux-mêmes. Elle peut donc être perçue positivement par ces derniers à condition de demeurer un outil, ergonomique, qui ne nécessite pas l'installation d'un logiciel supplémentaire. L'élaboration d'interfaces entre les logiciels utilisés par les plateformes de centralisation et l'outil PELI développé par la CNAMTS pour la prescription médicale en ligne, sous réserve d'une amélioration sensible de son ergonomie, est donc indispensable. A terme, des incitations pourront être prévues (voir Annexe IV : « Re-médicaliser la prescription de transport ») pour encourager le recours des prescripteurs libéraux à cet outil de prescription en ligne et donc à la plateforme de régulation de leur territoire.

Recommandation N°2. Expérimenter l'ouverture des plateformes aux professionnels de santé libéraux du territoire et intégrer cet objectif dans le développement du projet de prescription en ligne PELI.

¹⁷ La loi du 1^{er} octobre 2014 relative aux taxis et aux voitures de transport avec chauffeur prévoit la création d'un registre national de disponibilité des taxis, base de donnée qui intègre notamment les données de géo-localisation des taxis, et que ceux-ci pourront choisir de rejoindre sur une base facultative. Ce registre est déjà ouvert dans certaines grandes villes. Par ailleurs, nombre de taxis adhèrent déjà à des plateformes de réservation centralisées, aujourd'hui le plus souvent téléphoniques, bientôt numérisées : la possibilité de transmettre des données via ces plateformes ou d'autres réduira sensiblement les difficultés techniques.

1.3.7. Les plateformes de centralisation comme outil de pilotage de l'offre : garantir une plus grande qualité des prestations de transport

Les plateformes de centralisation constituent une interface entre l'offre et la demande de transports sanitaires. Elles deviennent l'interlocuteur central, voire unique, des professionnels du transport et peuvent, à ce titre, orienter leurs comportements voire l'évolution économique du secteur.

1.3.7.1. En assurant une traçabilité des dysfonctionnements, les plateformes permettent d'assurer une plus grande qualité du transport.

Lorsqu'un tour de rôle est organisé par la plateforme de centralisation, il s'appuie généralement sur une charte de fonctionnement ou un protocole de bonnes pratiques idéalement négocié entre transporteurs et conclu avec leurs représentants.

Dans ce cadre il est généralement convenu que les entreprises adhérentes s'engagent sur le respect des délais de prise en charge et s'impliquent dans des démarches de qualité (disponibilité, géo-localisation...) au-delà du simple respect de leurs obligations réglementaires et conventionnelles. En contrepartie, les établissements de santé peuvent s'engager à respecter les horaires et à tenir prêt le patient à l'heure convenue. Plusieurs dispositifs peuvent faciliter la prise en charge des patients : guichet réservé aux transporteurs au bureau des admissions, emplacements réservés, signalétique, ou encore l'usage d'une messagerie sécurisée permettant l'envoi des courriers du médecin et les bulletins de situation aux SSR, EHPAD et médecins traitants, envisagée à Salon-de-Provence.

Les plateformes permettent de centraliser et d'analyser les éventuels dysfonctionnements avec les transporteurs : elles en garantissent la traçabilité grâce à des fiches signalant les « événements indésirables ». Il est fréquent que la charte prévoit la mise en place d'un comité de suivi paritaire, qui passe en revue régulièrement les taux de refus et les événements indésirables associés à chacune des sociétés adhérentes et puisse décider de sanctions *ad hoc* (révision de la clé de répartition, voire exclusion du tour de rôle).

Si le référentiel de 2010 précise qu'il est « *indispensable que le cahier des charges local prévoit des pénalités financières en cas de non-respect de ses engagements par l'une ou l'autre des parties* », la mission n'a nulle part observé de telles pratiques sur le terrain. De fait, les acteurs rencontrés ont fait part de leurs inquiétudes quant à la solidité juridique des sanctions prononcées dans le cadre du tour de rôle, qui font l'objet d'un contentieux pendant devant le Conseil d'Etat. La suppression du libre choix du patient, préconisée par la mission, risquerait d'ailleurs d'accroître ce risque contentieux.

1.3.7.2. La mise en place d'un tour de rôle incitatif permet de préserver le maillage territorial de l'offre.

Le choix de l'algorithme retenu pour le tour de rôle oriente nécessairement l'évolution de l'offre. Il peut en particulier être utilisé par les acteurs locaux pour préserver la structure artisanale du secteur. Ainsi, le choix d'un découpage en secteurs géographiques ou encore la mise en place d'un créneau réservé (« *10 minutes réservées* ») pendant lequel sont sollicitées en priorité les entreprises situées à proximité géographique du domicile du patient. Il est également possible de prévoir dans l'algorithme un bonus pour les petites entreprises en prévoyant que leur poids dans les propositions de transport soit légèrement supérieur à leur poids dans le parc de véhicules référencé dans le logiciel.

Annexe VII

Certaines plateformes de centralisation ont en outre fait le choix d'intégrer des critères de performance permettant de garantir la qualité de service, notamment la disponibilité effective des véhicules enregistrés pour assurer le transport de patients aux conditions proposées par la plateforme. C'est le cas du nouvel algorithme mis en place à compter d'avril 2016 au CHU de Montpellier, qui prévoira une incitation à réaliser des transports à faible kilométrage (trajets intra agglomération) par un système de bonus-malus kilométrique. De même, l'AP-HP a proposé aux représentants des transporteurs l'évolution vers un algorithme incitatif prenant en compte le taux de refus ainsi le taux de respect des délais.

1.3.7.3. La possibilité d'une pré-facturation des trajets par la plateforme est une piste qu'il convient d'explorer.

Les logiciels utilisés pour le fonctionnement des plateformes de centralisation recueillent généralement des informations relatives à l'heure et au lieu de départ de chaque trajet ainsi qu'à sa destination. Sur cette base, il est possible de calculer un coût prévisionnel pour chaque demande de transport à partir du mode de transport, des tarifs opposables et de la distance à parcourir. Cela permettrait d'identifier *a priori* le mode de transport le moins onéreux, notamment au sein du transport assis. Si cette fonctionnalité logicielle n'existe pas encore, l'éditeur de logiciel rencontré nous a indiqué qu'elle était techniquement réalisable et est d'ores et déjà à l'étude dans certains établissements de santé.

Tarifcation du TAP et mode de transport le moins onéreux

Dans un arrêt de décembre 2015¹⁸ opposant la CPAM du Tarn à une société d'ambulances- taxi, la Cour d'Appel d'Agen apporte un éclairage intéressant sur la notion de « mode de transport le moins onéreux ».

Dans le cas d'espèce, la CPAM avait remboursé sur la base du tarif VSL des trajets réalisés par la société de transports avec des taxis, arguant d'un principe de remboursement « sur la base du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient », découlant de l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale et précisé localement par voie d'avenant conventionnel. La Cour d'Appel juge cette pratique illégale dans la mesure où la société en cause a pu démontrer l'indisponibilité de ses VSL pour les trajets litigieux.

Elle admet toutefois qu'il revient à la société de transport d'établir la preuve de son incapacité à assurer le trajet par celui des modes de transport assis qui serait le moins onéreux. Cela revient à rejeter implicitement le moyen avancé par la société de transport selon lequel une telle pratique de remboursement serait discriminatoire à l'égard des sociétés « bicéphale »s opérant à la fois des taxis et des VSL.

La position adoptée par la Cour d'Appel semble autoriser la détermination a priori, par les plateformes de centralisation de transport, du mode de transport assis le moins onéreux pour chaque trajet. Un tour de rôle organisé par véhicule et non par société de transport serait de nature à sécuriser le fonctionnement de ce mécanisme.

Sur cette base, il serait possible, à droit constant, de mettre en place une pré-facturation des trajets sur la base du coût déterminé *a priori* par la plateforme. Celle-ci serait transmise au transporteur ainsi qu'au comptable public chargé de la liquidation. Tout dépassement de ce tarif, au-delà d'un seuil de tolérance préalablement défini, devrait être dûment justifié par le transporteur. Une telle fonctionnalité, qui induirait une forfaitisation partielle du coût du trajet, permettrait de réduire les comportements de surfacturation kilométrique et accroîtrait fortement l'efficacité des contrôles menés par les CPAM. Elle repose toutefois, sur deux conditions techniques :

¹⁸ Cour d'Appel d'Agen, Arrêt n°15-400, rendu en décembre 2015.

Annexe VII

- ◆ La plateforme doit être en mesure de suivre non seulement la demande de transport mais également sa réalisation¹⁹ (heure de prise en charge effective du patient, notamment). Certains éditeurs de logiciels de plateformes ont entrepris de développer des interfaces informatiques avec les logiciels des sociétés de transport sanitaire, ce qui permettra de garantir un tel suivi.
- ◆ Un échange d'information, idéalement dématérialisé, doit être prévu entre la plateforme et l'assurance-maladie, afin que celle-ci puisse utiliser les données issues de la plateforme à l'appui de ses opérations de liquidation et de contrôle. A défaut toutefois, il serait possible d'exiger que les transporteurs fournissent, parmi les pièces fournies à la CPAM pour justifier leur facturation, la pré-facture (bordereau de prix) établie par la plateforme.

A moyen terme, il pourrait être envisagé la détermination *a priori* du prix de la course (forfaits) dans le cadre des transports régulés par des plateformes. Une telle disposition nécessite une évolution du cadre juridique et devrait notamment être prévue dans la convention nationale du transport sanitaire. Elle soulève toutefois des difficultés d'application dans le cas des taxis, du fait du caractère décentralisé de la négociation tarifaire ainsi que de la possibilité qui leur est offerte de facturer temps d'attente, temps d'approche, marche lente et retours à vide. Les CPAM rencontrées notent toutefois que ces tarifs font d'ores et déjà l'objet d'une tarification forfaitaire dans les faits, puisque les transporteurs facturent quasi-systématiquement le montant maximal (plafond mentionné par la convention locale). Une forfaitisation accrue des tarifs des taxis serait de nature à faciliter cette évolution.

Recommandation N°3. Expérimenter rapidement, sur un ou plusieurs établissements de santé, la possibilité d'une pré-facturation des trajets sur la base du coût calculé *a priori* par la plateforme.

2. Plusieurs modèles de plateformes de centralisation se dégagent selon les échelles et les modalités de mise en œuvre retenues

2.1. Si la mise en place de plateformes s'appuie le plus souvent sur une dynamique partenariale, son échelle territoriale est variable

2.1.1. Une dynamique partenariale commune

On a vu ci-dessus que la mise en place d'un comité associant l'établissement de santé et les transporteurs pour définir les règles de fonctionnement de la plateforme était à privilégier pour asseoir la légitimité de ce type de démarche. La représentation éclatée des professionnels, entre transporteurs sanitaires et taxis qui adoptent parfois des positions divergentes, constitue une difficulté majeure.

¹⁹ Ceci afin de garantir que le transporteur ne soit pas « tenu pour responsable des horaires imposés par les structures de soins » (article 7 de la convention nationale des transports sanitaires).

Le référentiel de 2010 confère un rôle de régulation au sous-comité des transports sanitaires du comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS), censé arrêter un schéma général d'organisation, valider les organisations mises en place (notamment le cahier des charges) et constituer un lieu de recours pour les entreprises s'estiment indûment exclues du dispositif. La mission n'a pas constaté, dans les faits, un rôle structurant de cette instance dans ce domaine. Elle juge pourtant une telle gouvernance pertinente. Dans la mesure où les taxis participent au transport de patients, leur représentation au sein du sous-comité des transports sanitaires semblerait légitime.

Recommandation N°4. Intégrer une représentation des taxis conventionnés au sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS.

Cette implication du sous-comité des transports sanitaires²⁰ permet d'intégrer la l'ARS et de la CPAM aux discussions. Celles-ci peuvent jouer un rôle de garantes d'une certaine équité entre transporteurs et éviter un face-à-face entre l'établissement de santé et les professionnels de transport. Leur implication favorise en outre la cohérence entre l'organisation de la plateforme et les orientations retenues en matière d'offre (régulation du nombre de taxis conventionnés et de transporteurs sanitaires agréés).

2.1.2. Une échelle territoriale variable

On distingue aujourd'hui trois approches quant à l'échelle pertinente pour la mise en place de plateformes de régulation.

◆ **La configuration la plus fréquente est le déploiement d'un outil à l'échelle de l'établissement de santé.**

Une telle option, retenue par exemple à Roubaix ou à Montpellier, permet une démarche plus cohérente et plus fortement portée par l'établissement. Tous les établissements n'ont toutefois pas la taille critique pour rentabiliser une plateforme de centralisation. Le retour d'expérience rédigé par l'ARS Ile de France sur ses premiers mois d'accompagnement des établissements²¹ montre que la centralisation a été jugée peu pertinente dans un certain nombre d'établissements en raison de leur taille ou de leur faible volume de transports, d'autres actions de régulation à moindre rendement ayant alors été privilégiées : formalisation des procédures, communication, rationalisation de la politique d'achats notamment.

◆ **Certains projets se distinguent par leur choix d'une approche territoriale large, visant à déployer un outil unique à l'échelle d'un bassin de vie ou d'une région.**

Ce type d'organisation est courant à l'étranger²². Dans le Comté de Norfolk par exemple, le modèle de transport intégré mis en place dispose d'un *call center* comme point d'entrée unique des demandes de transport. Les modèles de type « *One State, one service* » développés en Australie et au Québec, reposent également sur la réception des demandes de transport par un centre de communication « santé » par territoire.

²⁰ Prévu à l'article R6313-5 du code de la santé publique.

²¹ ARS Ile de France - *Transports sanitaires : mise en place d'une gestion centralisée en établissements de santé*, rapport intermédiaire - février 2016.

²² *Démarche d'aide à l'organisation des transports sanitaires dans le cadre d'une approche territoriale* - Enjeux et perspectives du transport sanitaire. ANAP, janvier 2013.

C'est là l'approche retenue, en particulier, par l'agence régionale de santé de Poitou-Charentes avec son projet *Trajets Solutions Santé*. Cette approche permet d'éviter la multiplication de projets multiples, potentiellement concurrents, sur un même territoire mais nécessite la structuration d'une représentation des professionnels à l'échelle de la région et limite l'appropriation de la démarche par les établissements de santé concernés.

Le projet Trajets Solution Santé en Poitou-Charentes

En Poitou-Charentes, c'est l'ARS qui a développé un outil de centralisation de la commande de transport, proposé ensuite aux soixante-dix établissements de santé du territoire, dont vingt trois ont choisi d'y avoir recours. Le cahier des spécifications fonctionnelles prévoit une gouvernance à deux niveaux : un comité de suivi régional chargé de suivre la mise en œuvre du projet et de veiller au respect du cahier des charges ; des comités de bonnes pratiques dans chacun des établissements de santé participant à l'expérimentation afin de sensibiliser les cadres hospitaliers.

En dépit de cette volonté d'implication des personnels hospitaliers, la configuration retenue limite l'appropriation de l'outil par les établissements de santé. Ceux-ci le conçoivent comme une prestation extérieure qui leur est offerte plutôt que comme un levier d'optimisation de leur performance. On note par exemple que seulement trois des vingt trois établissements utilisateurs ont recours à cet outil pour réguler les transports à leur charge. La grande majorité l'utilisent uniquement pour les transports à la charge de l'assurance maladie et parfois uniquement de façon ciblée sur certains services fortement consommateurs de transports. La plateforme ne leur permet donc pas de disposer d'une vision globale de leurs flux de transports, préalable à toute démarche ambitieuse d'optimisation (cf. supra). Certains établissements n'ont pas prévu d'interfaçage entre le logiciel retenu et leur logiciel de gestion des patients, bien que cela soit techniquement possible d'après l'ARS, preuve supplémentaire de leur faible degré d'appropriation de l'outil.

◆ **Enfin, certains acteurs ont fait le choix de projets mutualisés entre plusieurs établissements de santé.**

Du fait de leur nature fédérative, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et les Hospices Civils de Lyon ont naturellement adopté une telle approche. C'est également l'organisation retenue par Sainte-Anne dont l'activité (psychiatrie) génère peu de transports : l'établissement a donc choisi de s'organiser à l'échelle de la Communauté Hospitalière de Territoire, qui regroupe les établissements psychiatriques de Paris.

La mission estime que les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), créés par la loi de modernisation de notre système de santé²³, constituent l'échelon naturellement pertinent pour déployer une gestion centralisée des transports sanitaires. La loi²⁴ leur donne en effet compétence à la fois pour « *la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent* » et pour « *la fonction achats* ».

A court terme toutefois, confier l'élaboration de tels projets aux GHT se heurte à un double risque. D'une part de possibles lenteurs dans l'affirmation et la montée en charge de ce nouvel échelon pourraient ralentir la mise en place de projets structurés et rendre délicate la conduite du changement. D'autre part, en l'absence d'impulsion politique forte du directeur du GHT, la centralisation du sujet « transports » à l'échelle du GHT risque de conduire à déresponsabiliser les établissements de santé adhérents.

Il pourrait donc être plus avisé, à court terme, de favoriser, en préalable à la conduite d'un projet mutualisé au sein du GHT, la réalisation d'un diagnostic par chaque établissement de santé (diagnostic de ses prescriptions, de son organisation interne), voire la conduite de projets de centralisation distincts mais coordonnés (systèmes d'information communs ou interopérables, convergence vers une même procédure de commande de transport).

²³ Loi du 17 décembre 2015 (article 107),

²⁴ Article L 6132-3 du code de la santé publique

2.2. La nature du gestionnaire de la plateforme est également variable

Au-delà de l'échelle retenue pour la régulation centralisée des transports sanitaires, les plateformes étudiées diffèrent par la nature de leur opérateur.

- ◆ **Le modèle le plus courant est celui d'une gestion en régie par l'établissement de santé lui-même.** Celui-ci peut détacher du personnel hospitalier²⁵ pour gérer les commandes de transport ou en confier la supervision à l'équipe en charge des systèmes d'information, selon qu'elles sont ou non dématérialisées. Il assure la formation et l'accompagnement des services prescripteurs.
- ◆ **Certaines plateformes sont gérées par un organisme public tiers (CPAM, voire ARS), indépendant à la fois de l'établissement de santé et des transporteurs.** C'est notamment la configuration retenue dans les centres hospitaliers de Roubaix ou d'Orange (gestion par la CPAM). Celle-ci présente une double limite : l'opérateur a rarement la légitimité de réguler les transports à charge de l'établissement, ce qui restreint le périmètre de la plateforme ; l'appropriation de l'outil par l'établissement de santé laisse parfois à désirer.
- ◆ **Enfin, il est possible de confier la gestion de la plateforme de centralisation à un prestataire privé rémunéré à cette fin.** Il peut s'agir d'une entreprise spécialisée positionnée comme *pure player* ou d'une structure (association ou GIE) représentant les transporteurs du territoire, solution proche du modèle existant au Québec²⁶. D'importantes entreprises de transports sanitaires se sont récemment positionnées sur ce nouveau champ d'activités, à l'instar de la société A13 qui couvre d'ores et déjà cinquante quatre établissements en régions PACA et Midi-Pyrénées. Toutefois, le choix d'une société de transports sanitaires – ou d'une structure en émanant directement ou indirectement – suscite souvent la méfiance des taxis. La constitution d'une association unique fédérant taxis et transporteurs, dont l'objet serait de gérer la plateforme, est au contraire de nature à favoriser l'acceptation par tous du mode de fonctionnement retenu.

L'implication des professionnels du transport sanitaire dans la gestion de la plateforme

Le CHU de Montpellier a fait le choix d'un modèle de plateforme hybride, dont la conception et le financement relèvent de la responsabilité de l'établissement mais dont la gestion opérationnelle a été confiée aux professionnels du territoire, regroupés en association unique (taxis et transporteurs sanitaires étant parvenus à se fédérer au sein d'une même entité).

Le logiciel choisi a été conçu par un prestataire extérieur dans le cadre d'un marché public passé par le CHU et paramétré en fonction des règles de tour de rôle définies localement avec les transporteurs. Il automatise la sélection du transporteur pour chaque trajet, assure la traçabilité des données de commande et ne permet pas de modification a posteriori de la demande de transport faite par les établissements de santé.

Dans ce cadre, le rôle de l'association de transporteurs consiste essentiellement en la promotion du dispositif auprès des professionnels ainsi qu'au suivi de la qualité des prestations proposées par ces derniers (rappel des engagements inscrits dans le cahier des charges de la plateforme, suivi des événements indésirables), y compris dans sa dimension disciplinaire. Les professionnels sont donc responsabilisés, ce qui accroît la légitimité de la plateforme et réduit le risque contentieux – les décisions disciplinaires étant prises et assumées par la profession elle-même.

²⁵ Il s'agit le plus souvent de redéploiement d'effectifs, puisque la centralisation de la commande de transport décharge les services de soins du travail de recherche de transports pour assurer la prise en charge des patients.

²⁶ Une plateforme commune initiée par un transporteur *leader* sur le territoire centralise les demandes de transport sanitaire et organise la réponse.

Annexe VII

La prestation achetée par l'établissement de santé peut être limitée à la gestion quotidienne du dispositif comme à Montpellier, ou inclure la conception et la configuration du logiciel de suivi des commandes. En tout état de cause, il convient de prévoir des garanties de transparence, tant dans la conception des algorithmes que dans les conditions de leur application (automatisation de la sélection, partage des données).

Certains établissements achètent une prestation globale, dans le cadre d'un abonnement mensuel, voire d'une mise à disposition « gratuite » dans le cadre de leur marché de transports sanitaires. Dans ce cas de figure, ils ne disposent pas véritablement de droit de regard sur la conception et le paramétrage du logiciel retenu, ce qui peut se révéler source de nombreux problèmes. En particulier :

- L'interconnexion avec les systèmes d'information de l'hôpital n'est pas systématiquement assurée et peut se heurter à des enjeux de confidentialité des données de santé. En outre, le risque de dépendance logicielle est fort.
 - Le tour de rôle fonctionne de manière peu transparente, ce qui peut priver l'établissement de santé des moyens de suivre et d'analyser ses prescriptions de transport. Pour pallier cet effet « boîte noire », il est essentiel de prévoir des modalités de *reporting* auprès de l'établissement de santé, voire un accès de ce dernier à l'ensemble des données gérées par la plateforme.
 - Enfin, le déficit de transparence et de contrôle par l'établissement laisse planer des doutes sur l'équité du tour de rôle et peut générer un effet inflationniste. Dans son rapport *Charges et produits* pour l'année 2016, la CNAMTS indique avoir analysé dans une région donnée l'évolution des dépenses de transport de six établissements de santé utilisant un dispositif de gestion de la commande conçu par les transporteurs sanitaires : ceux-ci ont connu une hausse de leurs dépenses de transport et plus spécifiquement des dépenses d'ambulance.
- ◆ **D'autres modèles pourraient émerger.** Dans les territoires ruraux, la mission estime qu'il pourrait être étudié de confier la gestion des sorties hospitalières aux Centre 15, qui disposent d'équipements informatiques (logiciel SCR) et techniques (géolocalisation) idoines. De même, un portage par la communauté professionnelle territoriale de santé pourrait permettre d'intégrer les transports sanitaires des établissements sociaux et médico-sociaux.

Ces différents modèles de plateforme doivent être évalués. S'il convient autant que possible de préserver les organisations existantes - lorsqu'elles délivrent des résultats probants - et d'adapter les solutions retenues aux spécificités de chaque territoire, la mission soutient la démarche de la DGOS et de la CNAMTS, qui s'emploient à promouvoir de préférence dans les projets futurs une gestion directe de la plateforme par les établissements de santé.

3. La généralisation des démarches de centralisation de la commande de transport est nécessaire mais doit être accompagnée

3.1. Si la plupart des projets existants sont nés d'initiatives locales, leur essaimage est aujourd'hui soutenu par les administrations de tutelle

Le recours à une gestion centralisée des commandes de transports s'est développé localement, là où convergeaient un volontarisme fort des acteurs - établissements de santé, ARS et CPAM-, un dialogue de qualité avec la profession et un volume suffisant de trajets, justifiant l'investissement dans une plateforme.

Annexe VII

Elle constitue une démarche relativement lourde qui nécessite la conduite d'un projet sur plusieurs années.

- ◆ L'élaboration d'un diagnostic détaillé, partagé avec les transporteurs et l'assurance maladie, constitue une incontournable première étape ;
- ◆ La démarche requiert également un temps préalable de concertation avec les professionnels : constitution, le cas échéant, d'une association professionnelle unique regroupant taxis et ambulanciers, négociation des règles du tour de rôle (charte ou cahier des charges) ;
- ◆ Elle implique de se doter d'un logiciel, qui doit être configuré pour répondre aux spécificités de l'établissement, ainsi que de former et accompagner les personnels hospitaliers en charge de la prescription et de la demande de transports. La montée en charge peut s'effectuer de manière graduée, service par service ;
- ◆ L'ensemble du projet doit être piloté avec volontarisme. L'ANAP²⁷ recommande notamment la désignation d'un chef de projet et d'un référent transport.

Le développement de projets de plateformes est désormais soutenu par la DGOS et la CNAMTS, en cohérence avec le programme de gestion du risque de l'Assurance Maladie et le plan triennal ONDAM 2015-2015. Les ARS et les CPAM ont récemment été chargées d'encourager les établissements de santé volontaires à s'engager dans cette voie. Un kit de déploiement a été élaboré à cette fin, sur la base des retours d'expérience de l'ARS Ile-de-France. Le transport sanitaire constitue par ailleurs l'une des thématiques proposées aux établissements accompagnés par l'ANAP dans le cadre du plan ONDAM²⁸, thématique retenue par 75% des 250 établissements concernés.

Il convient de souligner l'implication particulièrement volontariste de certaines ARS sur le sujet. Ainsi, l'ARS Ile-de-France a-t-elle lancé en 2014 un programme d'accompagnement à la mise en place d'une gestion centralisée des transports sanitaires dans le cadre du programme EPOD (Efficience des Pratiques, des Organisations et de la Dépense). Quinze établissements aux profils variés ont été retenus suite à un appel à candidature. L'accompagnement proposé s'appuie sur l'outil *Transport Manager*, système d'information développé par l'ARS, qui permet aux établissements de réaliser un audit interne de leurs prescriptions.

3.2. Pour parvenir à généraliser ces démarches, il convient de structurer et de généraliser l'accompagnement proposé

3.2.1. L'objectif de généralisation des démarches de centralisation informatisée doit être affiché avec volontarisme et pourrait s'appuyer sur la nouvelle génération de contrats tripartites.

La mission préconise de s'engager dans une démarche de généralisation des plateformes de centralisation de la commande de transports sanitaires. Cet objectif gagnerait à être affiché publiquement et avec volontarisme par les administrations centrales concernées.

Le nouveau contrat tripartite (CAQES, voir Annexe VI), conclu entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé, pourrait constituer un cadre propice pour inciter et accompagner les établissements dans cette voie. Les établissements devraient s'y engager, selon leur situation :

²⁷ Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissements de santé – ANAP, mai 2013.

²⁸ L'ANAP leur propose de nombreux outils, tels que le Guide méthodologique rédigé en 2013, l'outil de diagnostic QuickEval ou encore des fiches action mises à disposition des *coaches*.

Annexe VII

- ◆ A initier un diagnostic de leurs prescriptions de transport et de la procédure de commande ;
- ◆ A mettre en place une plateforme de centralisation, le cas échéant de façon coordonnée avec les autres établissements du GHT ;
- ◆ A adhérer à une plateforme de centralisation existante ;
- ◆ A mettre en place des actions de sensibilisation et d'information afin d'accroître le taux de recours à la plateforme par leurs prescripteurs ;
- ◆ Ou encore, à moderniser et faire évoluer leur plateforme afin d'exploiter le plein potentiel de cet outil, notamment en matière de développement du transport partagé ou de rationalisation des horaires de consultations.

3.2.2. La définition d'un référentiel national permettrait de fournir des points de référence partagés utiles à l'ensemble des acteurs

Si la diversité des modèles de plateforme existantes sur le territoire doit être préservée, la doctrine nationale qui commence à émerger des divers travaux conduits par la DGOS et la CNAMTS gagnerait à être formalisée rapidement et de façon coordonnée.

La publication d'un référentiel national permettrait de fournir des points de référence utiles à l'ensemble des acteurs pour l'élaboration de ces contrats. Le référentiel de 2010 demeure peu approprié par les acteurs de terrain et mérite d'être à la fois précisé et actualisé au vu des évolutions, notamment technologiques, les plus récentes.

Ce référentiel devra être élaboré par la Direction Générale de l'Offre de Soins après évaluation des plateformes existantes et en concertation avec les représentants des établissements, des transporteurs et l'assurance-maladie. Il pourrait notamment retenir les caractéristiques suivantes :

- ◆ Recours systématique à un même outil informatique de suivi de la demande de transport, qu'il s'agisse des transports à la charge de l'assurance maladie, des transports à la charge de l'établissement de santé et des transports pour lequel le patient a fait valoir son libre-choix ;
- ◆ Mise en place d'une instance de concertation associant les représentants des taxis, des transports sanitaires, l'ARS et la CPAM, pour définir les règles de fonctionnement du tour de rôle et concevoir de façon collégiale et transparente les principes de fonctionnement du logiciel de régulation ;
- ◆ Ouverture de la plateforme aux taxis ;
- ◆ Partage des données issues de l'outil informatique de régulation avec les organismes locaux d'assurance maladie. Le référentiel devra intégrer un schéma cohérent d'organisation de ces flux de données (hors données nominatives de santé) garantissant leur interopérabilité (cf. pièce-jointe à la présente annexe).

Recommandation N°5. **Elaborer un référentiel national pour encadrer la conception et le fonctionnement des plateformes de régulation de la commande de transports.**

Recommandation N°6. **Garantir à chacun des acteurs l'accès aux données relatives au transport sanitaire.**

3.2.3. L'accompagnement financier et méthodologique proposé aux établissements engagés dans des démarches de centralisation devra être structuré et généralisé.

3.2.3.1. Un accompagnement méthodologique à structurer

Dans cette perspective, la démarche d'accompagnement méthodologique mise en œuvre dans le cadre du plan ONDAM devra être à la fois généralisée et mieux structurée. Plusieurs solutions peuvent être mises en œuvre à cette fin, telles que la mise en place d'un projet performance dédié de l'ANAP, ou encore la structuration de réseaux d'échanges de pratiques professionnelles entre cadres de santé mobilisés sur cette question à l'échelle régionale. Les ARS pourraient par exemple financer des missions courtes d'appui aux établissements les moins avancés dans la démarche, réalisées par les cadres hospitaliers des établissements engagés de longue date dans des projets de plateformes.

Recommandation N°7. Offrir un appui méthodologique à chaque établissement s'engageant dans la mise en place de plateformes de centralisation.

3.2.3.2. Un accompagnement financier à étudier

Un accompagnement financier peut en outre s'avérer nécessaire pour faire face aux coûts d'investissement générés par la mise en place de la plateforme. Ceux-ci consistent essentiellement en l'achat, la configuration et l'installation d'un logiciel. Il varie généralement de 30 000 à 50 000 € d'après les établissements interrogés et peut monter jusqu'à 95 000 € pour les solutions logicielles les plus avancées.

Lorsque la plateforme est gérée par un acteur extérieur et sur un territoire vaste, à l'instar du projet Trajets Solution Santé en Poitou-Charentes, des moyens humains peuvent être nécessaires en amorçage pour assurer la promotion de la plateforme auprès des transporteurs et des établissements de santé du territoire.

Ces frais d'amorçage sont aujourd'hui pris en charge soit par l'établissement de santé – lorsque la plateforme vise prioritairement à gérer les transports à sa charge – soit par les agences régionales de santé dans le cadre du Fonds d'Intervention Régional (cas du CHU de Dijon ou du projet Trajets Solution Santé).

La mission recommande (voir Annexe VI) de généraliser ces aides à l'amorçage, pour contribuer au financement des investissements nécessaires dans le cadre des contrats tripartites, conclus avec les établissements de santé, en abondant le FIR à cette fin.

Par ailleurs, un modèle économique pérenne reste à identifier pour assurer le financement des coûts de fonctionnement de la plateforme. En l'absence de transfert d'enveloppe, l'établissement n'est pas directement bénéficiaire des économies réalisées sur l'enveloppe « Soins de ville ». La mise en place de la plateforme peut toutefois lui permettre d'optimiser les transports à sa charge, avec des gains parfois conséquents comme en témoignent les expériences du CH de Salon-en-Provence (gain de 12 000 Euros représentant 24% des dépenses de transports sanitaires secondaires non médicalisés) ou de Nantes (gain de 300 000 € représentant 19% des dépenses de transports à charge)²⁹. Les économies attendues peuvent en outre mettre plusieurs années à se concrétiser et à atteindre le niveau permettant de rentabiliser le fonctionnement de la plateforme.

²⁹ Projet PHARE - ARMEN vague 4 «Transports sanitaires».

La mission préconise de privilégier autant que possible la dématérialisation de la commande de transports qui, comme on l'a vu, permet de limiter fortement le coût de fonctionnement de la gestion centralisée. Lorsqu'une telle solution n'est pas envisageable, plusieurs modèles économiques émergent pour assurer le fonctionnement de la plateforme.

- ◆ **La mise à disposition de personnel des CPAM, à titre gratuit**, est pratiquée au Centre Hospitalier de Roubaix ainsi qu'à celui d'Orange. Cette solution, si elle venait à être généralisée, serait peu soutenable sur le long terme compte tenu des plafonds d'emploi auxquels sont soumis les CPAM. Elle constitue toutefois une piste intéressante pour la période d'amorçage des plateformes par une mise à disposition transitoire, limitée dans le temps comme le pratique la CPAM du Vaucluse. Il convient toutefois dans ce cas de figure d'associer étroitement l'établissement à la conception et à la mise en œuvre de la plateforme et d'en étendre le périmètre aux transports à la charge de l'établissement, afin de favoriser la poursuite du projet par l'établissement sur ses propres ressources à la fin de la période transitoire.
- ◆ **La participation financière des transporteurs.** Dès lors que les professionnels du transport sanitaire sont associés à la conception et à la gestion de la plateforme, il est possible de leur demander une participation financière en échange de leur participation au tour de rôle. En Poitou-Charentes, il leur est demandé une cotisation de 20 € par véhicule et par an, auquel s'ajoute une participation variable calculée en fonction du nombre de mission et de véhicules. Cette solution trouve sans doute son équilibre économique dès lors qu'un nombre suffisant de trajets sont régulés par la plateforme (taux de recours élevé par les établissements et services hospitaliers concernés).

4. Liste des recommandations

<u>Recommandation N°1.</u>	<i>Proposer un protocole d'évaluation unique et conduire une évaluation systématique des plateformes de centralisation de la commande de transport.....</i>	<i>10</i>
<u>Recommandation N°2.</u>	<i>Expérimenter l'ouverture des plateformes aux professionnels de santé libéraux du territoire et intégrer cet objectif dans le développement du projet de prescription en ligne PELI.....</i>	<i>15</i>
<u>Recommandation N°3.</u>	<i>Expérimenter rapidement, sur un ou plusieurs établissements de santé, la possibilité d'une pré-facturation des trajets sur la base du coût calculé a priori par la plateforme.</i>	<i>18</i>
<u>Recommandation N°4.</u>	<i>Intégrer une représentation des taxis conventionnés au sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS.</i>	<i>19</i>
<u>Recommandation N°5.</u>	<i>Elaborer un référentiel national pour encadrer la conception et le fonctionnement des plateformes de régulation de la commande de transports.....</i>	<i>24</i>
<u>Recommandation N°6.</u>	<i>Garantir à chacun des acteurs l'accès aux données relatives au transport sanitaire.</i>	<i>24</i>
<u>Recommandation N°7.</u>	<i>Offrir un appui méthodologique à chaque établissement s'engageant dans la mise en place de plateformes de centralisation.....</i>	<i>25</i>



Centre Hospitalier
Départemental
Vendée



Caisse Primaire
d'Assurance
Maladie
de Vendée



Agence Régionale
de Santé
Pays de la Loire



Le syndicat
représentant les
taxis de Vendée



Les syndicats
représentant les
ambulanciers de
Vendée

PROTOCOLE D'ACCORD

D'ORGANISATION DES SORTIES DE PATIENTS VIA UNE PLATEFORME DE REGULATION INFORMATISEE

Préambule :

Ce Protocole d'Accord d'organisation des sorties de patients via une plateforme de régulation informatisée s'inscrit dans le cadre du Protocole de Bonnes Pratiques portant sur le transport de malades du Centre Hospitalier Départemental Vendée dont les objectifs prévoient :

- 1- D'améliorer la réponse des professionnels du transport de malades pour les transports allongés ou assis
 - en réduisant les indisponibilités,
 - en assurant les prestations de transports adaptées aux besoins du patient dans le cadre du référentiel de prescription en vigueur,
 - en réduisant les délais d'attente des patients, des professionnels du transport et des professionnels de santé du CHD.
- 2- D'inscrire la prescription médicale, la demande et l'exécution des transports sanitaires dans une démarche qualité globale.
- 3- De favoriser, dans l'esprit du référentiel de prescription, le recours au moyen le moins onéreux compatible avec l'état du patient notamment à travers l'utilisation du transport partagé.
- 4- De mieux identifier l'ensemble des transports sanitaires spécifiques pour lesquels les ambulanciers doivent mettre en place des conditions de réalisation particulières, plus contraignantes que le droit commun, pour assurer une prise en charge mieux adaptée à l'état du patient.
- 5- D'assurer le respect de la libre concurrence et l'équité entre entreprises agréées et conventionnées pour le transport de malades.

Ce Protocole est établi entre :

- Le Centre Hospitalier Départemental Vendée, représenté par Monsieur Yvon RICHIR, Directeur ;
- La Chambre Départementale des Services d'Ambulances de Vendée, représentée par son Président, Madame Martine PROTEAU ;
- Le Syndicat des Ambulanciers Privés de Vendée, représenté par son Président, Madame Béatrice BILLY ;
- Le Syndicat Départemental des Ambulanciers Privés de Vendée, représenté par son Président, Monsieur Frédéric PAILLE ;
- La Chambre Syndicale des Artisans Taxis de la Vendée, représentée par son Président, Monsieur Jean-Paul VERNAGEAU ;
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Vendée, représentée par Monsieur Jean-Claude BARBOT, Directeur, agissant pour les organismes locaux d'Assurance Maladie ;
- L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, représentée par son Directeur Général, Madame Marie-Sophie DESAULLE.

Après une période d'expérimentation, ce Protocole est soumis à la validation du Sous-Comité des Transports Sanitaires de Vendée.

ARTICLE 1 – OBJET DU PROTOCOLE

Le présent protocole a pour objet de définir un ensemble de règles destinées à régir le Tour de Rôle des ambulanciers et artisans taxis afin d'offrir aux patients hospitalisés, et après décision médicale, une prestation de transport de qualité et au meilleur coût pour l'Assurance Maladie.

Ces règles concernent toutes les sorties du Centre Hospitalier Départemental de Vendée (CHD)¹, sauf les transports pris en charge par l'établissement.

Ces dispositions s'appliquent dès lors que le patient ou sa famille n'a pas exprimé un choix de transporteur, et que son état de santé nécessite un transport professionnalisé. En effet dans ce cas, la demande exprimée par le patient est simplement relayée par le CHD à son prestataire via la plateforme de régulation informatisée.

¹ Retours à domicile et transferts définitifs vers un autre établissement à la charge de l'Assurance Maladie.

ARTICLE 2 – TOUR DE ROLE

2.1. Définition

En l'absence de l'expression d'un choix exprimé par les patients hospitalisés ou leur famille, la régulation centralisée des transports du CHD, fait appel à tour de Rôle :

- aux entreprises de transports sanitaires privées agréées par l'ARS et conventionnées par l'Assurance Maladie ;
- aux artisans taxis titulaires d'une autorisation de stationner et conventionnés par l'Assurance Maladie ;

et adhérents au Protocole de Bonnes Pratiques portant sur le transport de malades au CHD de Vendée.

Le tour de rôle consiste à établir une liste informatisée des entreprises sollicitant leur inscription et à faire appel à leur service, chacune à leur tour au fur et à mesure de l'enregistrement des demandes de transports émanant des unités de soins du CHD. Avant toute proposition de sociétés de transports de malades, le logiciel gère le tour de Rôle, analyse la demande et tient compte :

- de la commune de résidence du malade ;
- du site de départ du malade ;
- du jour et de l'heure d'appel ;
- du jour et de l'heure du transport ;
- du type de transport demandé : transport assis professionnel (TAP) ou ambulance ;
- du matériel et des conditions de transport spécifiques nécessaires ;
- de la possibilité de faire du transport partagé (sur le même trajet ou dans un rayon de 10 km).

Le tour de rôle a pour objet notamment de développer les transports partagés, dans le respect des règles de sécurité sanitaire évaluées par le prescripteur.

2.2. Inscription – accès au Tour de Rôle

La participation des entreprises au Tour de Rôle est soumise aux modalités suivantes :

- Adhésion formelle au Protocole de Bonnes Pratiques portant sur le transport de malades au CHD Vendée ;
- Conventionnement par l'Assurance Maladie ;
- Remplissage du document d'inscription au Tour de Rôle annexe 1 précisant, par numéro de facturation Assurance Maladie² :

a) La période où l'entreprise pourra être sollicitée selon le découpage suivant :

Pour le transport assis

- jour semaine : *lundi au vendredi de ... à ;*

² Numéro de facturation Assurance Maladie à 9 chiffres commençant, en Vendée, par 8525

- samedi de ... à ... ;
- dimanche, jours fériés : de ... à ;
- nuit : tous les jours de ... à

Pour le transport allongé

- jour semaine : lundi au vendredi de ... à ;
- samedi de ... à ... ;
- dimanche, jours fériés : de ... à ;
- nuit : tous les jours de ... à

b) Le périmètre géographique dans lequel l'entreprise accepte de réaliser des transports :

- Son secteur d'intervention en Vendée
- Son secteur d'intervention dans les départements limitrophes ;
- France entière ;
- Europe.

c) Le type d'équipement complémentaire mis à disposition :

- Equipements particuliers pour des transports spécifiques (patients avec attelles, incubateurs, pousse-seringues...);
- Véhicule TAP équipé pour du transport de personne à mobilité réduite,

Tous les documents ainsi que toute modification en moyens, en conditions d'inscription sont à adresser sans délai à La CPAM de Vendée.

Toute entreprise remplissant les conditions sus mentionnées est libre d'adhérer au Protocole de Bonnes Pratiques et de s'inscrire au Tour de Rôle.

2.3. Fonctionnement du Tour de Rôle

Toute demande de transport de malade, relevant du Tour de Rôle, est saisie informatiquement dans l'unité de soins.

L'unité de soins :

- Rédige une prescription médicale adaptée à l'état de santé du patient à transporter ;
- Etablit une demande de transport conformément à l'annexe 3 du Protocole de Bonnes Pratiques portant sur le transport de malades au CHD ;
- Transmet et fournit les documents nécessaires à la prise en charge financière du transport (demande d'accord préalable > 150 kms, transports en série...).

A partir de ces informations, le logiciel détermine le transporteur auquel il doit être fait appel. Par principe, les commandes de transports par l'établissement sont anticipées.

Dans le cas où la demande serait exceptionnellement réalisée moins d'une heure avant l'horaire de départ de l'établissement, il sera fait appel aux entreprises inscrites au Tour de Rôle situées dans la commune de l'établissement de départ. Sont sélectionnées en priorité les entreprises disposant d'un agrément ARS ou d'une autorisation de stationnement dans cette commune, au prorata du nombre de véhicule autorisé dans la commune.

Pour toutes les autres situations, les règles suivantes s'appliquent :

Cas 1 : sortie vers le domicile du patient :

- Si le domicile est situé dans le département ou dans les départements limitrophes :

En premier lieu, est sélectionnée une entreprise de transport de malade qui répond aux caractéristiques de la demande (véhicule prévu pour réaliser du TAP ou du transport allongé, équipé TPMR, entreprise inscrite comme pouvant être sollicitée pendant la période...);

En second lieu, il est recherché une entreprise ayant déclaré la commune de résidence du patient comme zone d'intervention. Sont sélectionnées en priorité les entreprises disposant d'un agrément ARS ou d'une autorisation de stationnement dans la commune de résidence du patient au prorata du nombre de véhicules autorisés dans la commune.

Si aucune entreprise ciblée n'accepte la mission, ou n'a pas répondu au contact dans un délai de 10 minutes, une entreprise située dans la commune de l'établissement de départ est sollicitée. Sont sélectionnées en priorité les entreprises disposant d'un agrément ARS ou d'une autorisation de stationnement dans cette commune, au prorata du nombre de véhicules autorisés dans la commune.

- Si le domicile est situé hors département et hors départements limitrophes :

Est sélectionnée une entreprise de transport de malade qui répond aux caractéristiques de la demande (véhicule prévu pour réaliser du TAP ou du transport allongé, équipé TPMR, entreprise inscrite comme pouvant être sollicitée pendant la période...);

Sont contactées les entreprises situées dans la commune de l'établissement de départ. Sont sélectionnées en priorité les entreprises disposant d'un agrément ARS ou d'une autorisation de stationnement dans cette commune, au prorata du nombre de véhicule autorisé sur le site.

Cas 2 : transfert définitif à la charge de l'Assurance Maladie vers un autre établissement :

- Si le patient est transféré dans un établissement situé dans le département ou dans les départements limitrophes :

En premier lieu, sélection d'une entreprise de transport de malade qui répond aux caractéristiques de la demande;

En second lieu, recherche d'une entreprise ayant déclaré le site de destination du patient comme zone d'intervention. Est sélectionnée en priorité l'entreprise disposant d'un agrément ARS ou d'une autorisation de stationnement dans la commune de résidence du patient au prorata du nombre de véhicules autorisés dans la commune.

Si aucune entreprise ciblée n'accepte la mission, ou n'a pas répondu au contact dans un délai de 10 minutes, une entreprise située dans la commune de l'établissement de départ est sélectionnée. Sont choisies en priorité les entreprises disposant d'un agrément ARS ou d'une autorisation de stationnement dans cette commune, au prorata du nombre de véhicules autorisés dans la commune.

- Si le patient est transféré dans un établissement situé hors département et hors départements limitrophes :

Une entreprise de transport de malade qui répond aux caractéristiques de la demande est sélectionnée.

Sont contactées les entreprises situées dans la commune de l'établissement de départ. Sont sélectionnées en priorité les entreprises disposant d'un agrément ARS ou d'une autorisation de stationnement dans cette commune, au prorata du nombre de véhicule autorisé sur le site.

Le logiciel met en œuvre le Tour de Rôle selon les modalités suivantes :

- Chaque demande de transport est traitée au fur et à mesure de son arrivée selon le type de transport prescrit ;
- Le CHD par le biais du logiciel contacte l'entreprise de transport inscrite au Tour de Rôle concerné, proposée par le logiciel par SMS, serveur vocal ou interface informatique³;
- Chaque entreprise dispose d'un délai de 10 minutes pour donner sa réponse, faute de quoi, elle est considérée comme ne donnant pas suite;
- En cas de refus du transport proposé, le CHD par le biais du logiciel contacte l'entreprise inscrite au numéro d'ordre suivant.
- Un transport refusé est comptabilisé comme transport proposé;
- Le logiciel signale à la société de transport de malades toute information nécessaire au bon déroulement de la prise en charge du patient;
- Un retour d'information vers l'unité de soins demandeuse du transport est effectué par voie informatique et porte sur l'affectation du transport et l'heure de prise en charge du patient;
- L'unité de soins aura la possibilité de saisir en temps réel toute anomalie liée à la qualité de la prestation effectuée par la société affectée au transport demandé (délais d'attente, matériel, comportement, hygiène...);
- La société de transports de malades pourra par le biais du logiciel signaler toute anomalie affectant le transport à réaliser (patient non prêt, précautions non signalées, mode de transport prescrit non adapté...).

³ Pour les entreprises qui choisissent l'interface informatique, l'accès aux informations est gratuit. Un « raccordement » avec leur logiciel métier reste à leurs frais.

Cas particulier de regroupement d'entreprises autour d'un numéro d'appel unique :

Dans le cas d'entreprises adhérentes au protocole, regroupées autour d'un numéro d'appel unique, l'opérateur du CHD contacte le régulateur du groupement qui affecte directement le transport à l'adhérent concerné le plus proche du lieu de résidence du malade.

Chaque entreprise de transport s'inscrira individuellement et figurera sur la liste du Tour de Rôle du CHD avec son propre numéro (un référencement par numéro de facturation Assurance Maladie).

Le régulateur du groupement confirme à l'opérateur du CHD l'acceptation du transport, le numéro Assurance Maladie de l'entreprise qui effectuera la mission et l'heure de prise en charge.

La commande d'un transport auprès d'un prestataire dans le cadre du libre choix du patient n'est pas comptabilisée comme mission effectuée dans le tour de rôle.

ARTICLE 3 – TRAITEMENT INFORMATISE

Le CHD dispose d'un outil informatique qui permet de mettre en œuvre les règles de fonctionnement du Tour de Rôle en assurant la commande de transport, d'en assurer la traçabilité, et de produire un certain nombre de statistiques :

- Nombre d'appels par nature de transport, par destination ;
- Taux de refus par entreprise ;
- Délais de prise en charge ;
- Nombre de demandes de transports par unité de soins ;
- Nombre de demandes acceptées pour toutes les rubriques de la prescription ;
- Nombre de signalements d'anomalie par entreprise et par service de soins du CHD ;
- ...

Ces statistiques sont notamment portées à la connaissance du Comité de Suivi et sont utilisées pour piloter l'organisation du Tour de Rôle et l'adapter en cas de nécessité.

En cas de contestation sur l'horaire d'appel de l'opérateur pour la commande d'un transport, seule la demande de transport informatique tracée dans le logiciel et comportant l'heure d'affectation fera foi.

Dans le cadre de l'inscription au Tour de Rôle, certaines informations relatives aux sociétés d'ambulances et de taxis font l'objet d'un traitement informatisé, dans le strict respect de la réglementation en vigueur, garantie par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Chaque société de transport de malade dispose d'un droit d'accès et/ou de modification aux informations stockées la concernant en faisant la demande écrite à la CPAM de Vendée.

ARTICLE 4 – COMITE DE SUIVI

Afin de veiller à la bonne organisation de la prise en charge des sorties et des transferts définitifs de l'établissement demandeur, un Comité de Suivi est mis en place.

Il est composé :

- des représentants de la profession des ambulanciers et des artisans taxis (un représentant par syndicat présent dans le département de Vendée et reconnu au plan national) ;
- des représentants du CHD
- d'un représentant de l'ARS
- des représentants de l'Assurance Maladie (CPAM, MSA, RSI).

Il a pour mission de veiller à la bonne organisation des sorties et des transferts définitifs en optimisant leur prise en charge par l'Assurance Maladie. Il est attentif au maintien d'une offre de soins équilibrée sur le territoire de Vendée. A cet effet, il examine régulièrement les statistiques produites par l'application informatique et les dysfonctionnements.

Il établit les règles d'exclusion du Tour de Rôle et est informé de leur application.

Au démarrage du dispositif, le Comité de Suivi est invité à se réunir très régulièrement dans le cadre de la mise en place d'une expérimentation permettant un ajustement rapide des règles du Tour de Rôle. A cette fin, un bilan de l'expérimentation dans une période de 6 mois sera réalisé par le CHD et l'Assurance Maladie et porté à la connaissance du comité de suivi et en tout état de cause dès lors que la régulation sera étendue à d'autres établissements que le CHD.

La CPAM assure le secrétariat du Comité de Suivi et convoque régulièrement ses membres à partir d'un calendrier convenu ou à la demande expresse d'une des parties. Un ordre du jour constitué après consultation des participants.

ARTICLE 5 – EXCLUSION DU TOUR DE ROLE

La non-conformité avec la réglementation en vigueur, le retrait ou la suspension d'agrément ou de conventionnement entraîne, sans mise en demeure préalable et sans avis du Comité de Suivi, l'exclusion du Tour de Rôle.

En outre, sur la base de signalements d'événements indésirables graves ou d'infractions graves commis par les sociétés en cause, l'ARS, la CPAM, le CHD peuvent à tout moment demander la suspension à titre conservatoire du Tour de Rôle. La décision de suspension est signifiée sans délai par l'ARS des Pays de la Loire.

D'autres modalités de suspension seront définies par le Comité de Suivi à l'issue d'une période d'observation de 6 mois de fonctionnement.

La suspension de la participation au Tour de Rôle sera progressive, et définie en fonction de la gravité des manquements et de leurs fréquences (diminution de la fréquence de sollicitation, suspension temporaire de l'inscription au Tour de Rôle, suspension définitive...).

Deux fois par an, le CHD établit une analyse statistique du Tour de Rôle, portant entre autres sur le nombre de sollicitations et le nombre de refus de transports pour chaque entreprise et chaque type de transport. Il procède également pour le Comité de Suivi au recensement des dysfonctionnements par typologie.

ARTICLE 6 – DUREE –DENONCIATION -MODIFICATION

Le présent accord sur le Tour de Rôle est valable pour toute la durée du Protocole de Bonnes Pratiques sur le transport de malade au CHD Vendée.

Il est dénoncé automatiquement, lors de la dénonciation du Protocole.

Toute modification est soumise à l'approbation du Comité de Suivi.

ARTICLE 7 – CONTENTIEUX

Tout différend relatif aux modalités de fonctionnement et d'application du Tour de Rôle est soumis à l'arbitrage du Comité de Suivi.

Fait à La Roche sur Yon, en 7 exemplaires le ...

Le Directeur Général du CHD de Vendée

Monsieur Yvon RICHIR

Le Directeur de la CPAM de Vendée

Monsieur Jean-Claude BARBOT

Le Directeur Général de l'ARS

Pays de la Loire

Madame Marie-Sophie DESAULLE

Le Président de la Chambre Syndicale des Artisans
Taxis de la Vendée

Monsieur Jean-Paul VERNAGEAU

Le président de la Chambre Départementale des
Services d'Ambulances

Madame Martine PROTEAU

Le Président du Syndicat des Ambulanciers Privés de
Vendée

Madame Béatrice BILLY

Le président du Syndicat Départemental des
Ambulanciers Privés

Monsieur Frédéric PAILLE

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION
DES ENTREPRISES DE TRANSPORTS DE MALADES CONVENTIONNEES**

	Thème	Question	Éléments à compléter
1	Identification de l'entreprise	Raison Sociale de l'entreprise	<i>A compléter texte libre</i>
2		N° Assurance Maladie	<i>A compléter texte libre</i>
3		Nom du (des) gérant(s)	<i>A compléter texte libre</i>
4	Inscriptions aux Protocoles	Je sollicite l'adhésion au Protocole de Bonnes Pratiques portant sur le transport de malades au Centre Hospitalier Départemental Vendée.	<i>Case à cocher « oui » ou « non »</i>
5		Si oui question 4, je souhaite m'inscrire au « Tour de Rôle » pour les sorties du CHD prises en charge par l'Assurance Maladie (hors libre choix du patients)	<i>Case à cocher « oui » ou « non »</i>
Si oui question 5, toutes les questions suivantes « transports assis » et/ou « transports allongés » selon l'entreprise			

Transports assis			
6	Disponibilité pour des transports assis pour le CHD	En semaine du lundi au vendredi, je suis disponible de ...h... à ...h...	<i>A compléter texte libre</i>
7		Le samedi, je suis disponible de ...h... à ...h...	<i>A compléter texte libre</i>
8		Le dimanche, je suis disponible de ...h... à ...h...	<i>A compléter texte libre</i>
9		La nuit, je suis disponible ...h... à ...h...	<i>A compléter texte libre</i>
10	Périmètre géographique d'intervention	J'accepte les missions :	<i>Cases à cocher : « dans la commune » « dans le département », « dans la région pays de la Loire et départements limitrophes », « sur toute la France Métropolitaine », « en Europe »</i>
11	Equipements mis à disposition	Nombre de véhicules conventionnés	<i>A compléter texte libre</i>
12		Nombre de véhicules équipé pour le transport de personnes à mobilité réduite	<i>A compléter texte libre</i>
13		Équipé d'une nacelle/siège-auto adapté pour chaque catégorie de poids)	<i>Case à cocher « oui » ou « non »</i>

Transports allongés			
14	Disponibilité pour des transports allongés pour le CHD	En semaine du lundi au vendredi, je suis disponible de ...h... à ...h...	<i>Cases à cocher par plage horaire d'une heure</i>
15		Le samedi, je suis disponible de ...h... à ...h...	<i>Cases à cocher par plage horaire d'une heure</i>
16		Le dimanche, je suis disponible de ...h... à ...h...	<i>Cases à cocher par plage horaire d'une heure</i>
17		La nuit, je suis disponible ...h... à ...h...	<i>Cases à cocher par plage horaire d'une heure</i>

18	Périmètre géographique d'intervention	J'accepte les missions :	<i>Cases à cocher :</i> « dans le département », « dans la région pays de la Loire et départements limitrophes », « sur toute la France Métropolitaine », « en Europe »
19		Nombre de véhicules conventionnés	<i>A compléter texte libre</i>
20	Equipements mis à disposition	Je dispose de :	<i>Cases à cocher</i> « un matelas coquille », « un dispositif de maintien pour brancard pour nouveau-né et nourrisson de 3 à 36 kgs », « une couveuse », « sangles de contention », « un défibrillateur », « un aspirateur à mucosités », « un dispositif de traction »
21		Je suis équipé pour transporter :	<i>Cases à cocher</i> « un fauteuil électrique ou coquille », « un fauteuil roulant »

Modes de contact

22	La nuit de ...h à ...h	<input type="checkbox"/> téléphone et confirmation SMS <input type="checkbox"/> application web extranet <input type="checkbox"/> smartphone ¹ <input type="checkbox"/> interface informatique ²
23	Du lundi au vendredi de ...h à ...h	<input type="checkbox"/> téléphone et confirmation SMS <input type="checkbox"/> application web extranet <input type="checkbox"/> smartphone ¹ <input type="checkbox"/> interface informatique ²
24	Le samedi de ...h à ...h	<input type="checkbox"/> téléphone et confirmation SMS <input type="checkbox"/> application web extranet <input type="checkbox"/> smartphone ¹ <input type="checkbox"/> interface informatique ²
25	Le dimanche ou jour férié	<input type="checkbox"/> téléphone et confirmation SMS <input type="checkbox"/> application web extranet <input type="checkbox"/> smartphone ¹ <input type="checkbox"/> interface informatique ²

Entourer le moyen de transmission retenu : il est possible de ne pas préciser de jour/d'horaire en entourant deux modes de contact. L'information sera alors adressée sur les deux canaux

¹ Smartphone : dès que ce moyen technique sera disponible. Il est possible que l'accès à cette application ait un coût.

² Interface informatique : l'accès aux informations est gratuit. Un « raccordement » avec le logiciel métier reste aux frais des entreprises.



CHARTRE DU TOUR DE ROLE DES TRANSPORTS SANITAIRES PRIVES AGREES ET DES TAXIS CONVENTIONNES

entre

Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

et

L'Association Départementale des Transports Sanitaires de l'Hérault (ADTS 34)

- Vu le code de la santé publique, et notamment les articles :
 - L 6312-1 à L 6312-5
 - L 6313-1
 - L 321-1
 - R 6312-1 à R 6312-14
 - R 6312-16 à R 6312-17
- Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles :
 - R 322-5 à R322-5-4
 - R 322-10 à R322-10-7
- Vu la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Vu le décret 2006-1746 du 23 décembre 2006 relatif à la prise en charge des frais de transports exposé par les assurés sociaux et modifiant le code de la sécurité sociale,
- Vu l'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
- Vu le décret 1995-935 du 17 août 1995 portant application de la loi 95-66 du 20 janvier 1995 relative à l'accès à l'activité de conducteur et à la profession d'exploitant de taxi modifié par le décret 2009-1064 du 28 août 2009 relatif à l'exercice de l'activité de taxi,
- Vu l'arrêté du 10 février 2009 modifié fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres,
- Vu l'arrêté du 28 août 2009 modifiant l'arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectées aux transports sanitaires terrestres
- Vu la décision du 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie, JO n°0222 du 23 septembre 2008,
- Vu la circulaire DHOS/SDO/01 n°2003-277 du 10 juin 2003 régissant les relations entre les transporteurs sanitaires privés et les établissements de santé,
- Vu la convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale signée le 26 décembre 2002 publiée au JO n°70 du 23 mars 2003, ses annexes et avenants,
- Vu le guide méthodologique de l'ANAES du 10 novembre 2001, relatif à la préparation de la sortie du patient hospitalisé,
- Vu le Décret no 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée
- Vu le document de cadrage « Orientations Organisationnelles Régionales » de l'ARS Languedoc Roussillon de décembre 2012. »
- Vu la circulaire DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2013/262 du 27 juin 2013 relative à la diffusion du guide de prise en charge des frais de transports de patients.

PROJET

PREAMBULE

Le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, établissement public de santé, est composé de 8 établissements :

- Les hôpitaux Lapeyronie/Arnaud de Villeneuve,
- Les hôpitaux Saint-Eloi/Gui de Chauliac,
- Les hôpitaux La Colombière/Bellevue/Antonin Balmès/Centre d'Enseignement et Recherche en Soins Dentaires.

Lors de leur sortie, certains patients hospitalisés nécessitent un transport, soit pour un retour à domicile, soit pour un transfert vers un autre établissement de santé, de soins de suite ou d'hébergement.

Dans le respect de la prescription médicale, **le patient est libre de choisir son transporteur** et le CHU de Montpellier s'engage à respecter cette pratique.

Si aucun choix n'est exprimé soit par le patient, soit par la personne de confiance désignée, alors le CHU de Montpellier fait appel au tour de rôle des transports sanitaires privés et taxis conventionnés par l'Assurance Maladie administré par l'Association Départementale des Transports Sanitaires 34 (ADTS 34).

Ces transports ne nécessitent pas un encadrement médical.

Les transports pour convenance personnelle ou non remboursables par l'assurance maladie sont en totalité à la charge financière du patient.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CHARTE

La présente charte définit :

- l'organisation du tour de rôle des transports des patients du CHU de Montpellier concernant leur sortie définitive vers le domicile ou leur transfert vers un établissement de santé pour une durée supérieure à 48 heures,
- les obligations et les engagements respectifs de l'ADTS 34 et du CHU de Montpellier,
- l'ensemble de bonnes pratiques garantissant aux patients hospitalisés, une prestation de transport de qualité, lors de leur sortie ou transfert.

ARTICLE 2 – OBJECTIFS DE LA CHARTE

Répondre aux demandes de transport du CHU de Montpellier dans le respect de la réglementation :

- Sur toutes destinations
- 24h / 24h, 7j /7j
- Quel que soit le type de transport (TAP, Ambulance)

Garantir une qualité de prise en charge du patient respectant:

- La gestion des risques (hygiène - sécurité ...)
- Les services attendus (aide au déplacement, manutention ...)
- Les besoins spécifiques (transport fauteuil roulant, matériel spécifique ...)
- Le respect des horaires de rendez vous
- Le confort et la dignité

Maitriser les dépenses de transport en développant :

- Le transport partagé
- L'optimisation des trajets.

ARTICLE 3 – ORGANISATION DU TOUR DE RÔLE

3.1 – Définition

En l'absence d'un choix exprimé par le patient hospitalisé ou la personne de confiance désignée, le CHU de Montpellier transmet à la plateforme, par voie informatique, les demandes de transport précisant le mode de transport prescrit par le médecin : Ambulance ou Transport Assis Professionnalisé (VSL – Taxis conventionnés).

L'ADTS 34 définit les règles d'attribution des transports sanitaires ou taxis de manière équitable avec l'aide d'un logiciel gérant le tour de rôle qui analyse et traite la demande en tenant compte :

- de la destination (kilomètres à parcourir)
- de la tranche horaire
- du type de transport demandé : TAP (VSL - Taxi) ou Ambulance
- du matériel ou besoins spécifiques et des précautions à observer durant le transport
- du nombre d'entreprises inscrites et du nombre de véhicules mis à disposition
- du nombre de propositions de transport transmises

3.2 – Inscription – Accès au tour de rôle

Pour être intégrées dans l'organisation du tour de rôle, les entreprises de transport **adhérent à l'ADTS 34**.

Adhésion

Elle est ouverte à toute **entreprise implantée dans le département**, agréée en tant que transporteur sanitaire par l'ARS, ou conventionnée par l'Assurance Maladie pour les taxis.

L'ADTS 34 transmet au comité de suivi la liste des entreprises inscrites et l'informe de toute nouvelle adhésion ou retrait.

Règlement intérieur

Le règlement intérieur rédigé par l'ADTS 34, relatif aux différentes modalités d'organisation et de fonctionnement du Tour de Rôle, est annexé à la présente charte.

Toute modification du règlement intérieur sera présentée au comité de suivi pour avis.

3.3 – Fonctionnement du tour de rôle

Demandes de transports

- La demande de transport d'un patient pour sa sortie définitive de l'établissement, est saisie par l'unité de soins du CHU à l'aide du logiciel de gestion des transports du CHU de Montpellier.
- Le mode de transport, TAP (VSL ou Taxi) ou Ambulance, fait l'objet d'une prescription médicale adaptée à l'état de santé du patient à transporter conformément au référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.
- La demande comporte toute information nécessaire au bon déroulement de la prise en charge du patient : nom, prénom, date de naissance, adresse, service d'origine, jour de sortie, heure de sortie, moyen de transport prescrit, destination, possibilité ou pas de transport partagé, numéro de téléphone du référent, précautions et particularités concernant le patient...

Attribution des transports par la plateforme « tour de rôle »

- La répartition par la plateforme de l'activité entre les entreprises est établie en fonction de l'engagement de chaque entreprise dans le dispositif et du respect de ses engagements.
- Le délai maximum d'acquiescement du transport par l'entreprise à qui est affecté le transport est fixé à **cinq minutes maximum**.
- Au delà de ce temps, le transport est proposé à une autre entreprise de transport.
- Un retour d'information en temps réel vers l'unité de soins ayant prescrit le transport est effectué par informatique. Les informations transmises sont consultables sur le logiciel de gestion des transports du CHU de Montpellier. Elles concernent le nom et les coordonnées de l'entreprise mandatée ainsi que l'heure du rendez vous de prise en charge du patient.

Traçabilité des transports

Le CHU de Montpellier dispose d'un logiciel informatique qui permet d'assurer la traçabilité des transports demandés :

- suivi horodaté de l'heure de saisie de la demande à l'heure de prise en charge du patient dans l'unité de soins
- saisie horodatée des événements indésirables liée à la qualité de la prestation effectuée par l'entreprise affectée au transport demandé avec leur nature (écart à l'horaire de prise en charge, insuffisance de matériel, comportement des agents, déficit en hygiène, défaut de sécurité...)

L'ADTS 34 dispose d'un logiciel informatique permettant une traçabilité complète de l'activité des véhicules régulés :

- suivi horodaté des affectations et prises en charges des patients dans les unités de soins
- saisie en temps réel des événements indésirables horodatés rencontrés lors de la prise en charge du patient avec leur qualification

Sous peine d'exclusion, les entreprises participant au tour de rôle **ne peuvent en aucun cas** sous-traiter une demande de transport émanant de la plateforme.

Statistique d'activité des transports

Le CHU de Montpellier produit mensuellement un certain nombre des statistiques dont :

- le nombre de transports demandés par le CHU, par modes de transport, destination et tranche horaire.
- le nombre d'événements indésirables et avec leur qualification
- les délais d'attente imputables aux entreprises ou aux unités du CHU de Montpellier
- le nombre de transports spécifiques

L'ADTS 34 produit mensuellement les statistiques de l'activité des véhicules régulés dont :

- la disponibilité des véhicules du tour de rôle,
- la répartition détaillée des transports par entreprise, par modes de transport et transports partagés
- le nombre de refus par entreprise
- le délai d'affectation des transports
- le respect des horaires et les délais d'attente,
- les événements indésirables et leur qualification

Semaine - Nuit - Week-end et Jours fériés

L'ADTS 34 met à disposition 24h/24 et 7j/7, un nombre d'entreprises et de véhicules conforme au besoin de transports du CHU de Montpellier, permettant de maintenir le mode opératoire général les week-ends, nuits, et jours fériés.

ARTICLE 4 – OBLIGATION DES PARTIES

4.1 – Le CHU de Montpellier

Le **CHU de Montpellier** s'engage à :

- désigner un coordonnateur des transports dans l'établissement
- respecter les obligations légales et réglementaires en vigueur,
- organiser une gestion des flux de malades compatible avec l'exercice de sa mission de service public,
- mettre en œuvre, une programmation anticipée des sorties d'hospitalisation chaque fois que cela est possible, afin d'échelonner les départs sur la journée et d'assurer une meilleure prise en charge des patients par les transporteurs
- inviter les patients à préciser leurs modalités de sortie au terme de leur hospitalisation. Le CHU proposera de recueillir le choix du patient sur l'entreprise qui serait susceptible de réaliser son transport dans le cas où le médecin justifie la prescription d'un transport professionnalisé

- transmettre toutes les demandes de transports, à la plateforme du tour de rôle, pour les patients n'ayant pas exprimé le choix d'un transporteur **Aucun appel direct ne doit émaner d'une unité de soins vers une entreprise de transports.**
- sensibiliser les médecins du CHU de Montpellier à la bonne prescription des transports conformément aux référentiels en vigueur (action conjointe avec l'Assurance maladie)
- créer des salons de sortie pour les patients valides ne demandant pas de surveillance particulière,
- élaborer et à diffuser dans les unités de soins, pour mise en œuvre, un protocole portant sur les modalités du transport : prescription de transport, heure et lieu de prise en charge, couverture sociale du patient, nécessité d'entente préalable, programmation des sorties ...
- signaler les annulations de transport au plus tard **60mn** avant l'heure prévue de prise en charge du patient,
- préparer les patients et avoir réalisé les formalités administratives avant l'arrivée de l'entreprise de transport (bulletin et prescription de sortie, paiement du reste à charge ...)
- prévenir le patient qu'il peut lui être demandé une avance des frais en cas de justificatifs ou de droits insuffisants.
- permettre l'accès et le stationnement à proximité des bâtiments le temps de la prise en charge du patient.

4.2 – L'ADTS 34

L'ADTS 34 s'engage à :

- désigner un coordonnateur des transports,
- respecter les obligations légales et réglementaires en vigueur,
- répondre positivement à toutes les demandes de transport pour lesquelles elle est sollicitée,, quelle qu'en soit le mode (VSL, Taxi ou Ambulance),
- répondre non que possible et dans **un délai maximal d'une heure** à toute demande de transport non programmée
- produire des statistiques mensuelles sur l'activité réalisée pour le CHU de Montpellier (appel reçu du serveur informatique du CHU, missions validées, nombre de transports réalisés,...)
- tenir à jour la liste nominative des entreprises adhérentes au tour de rôle ainsi que les numéros de téléphone permettant de les contacter.
- répondre aux éventuelles doléances (plaintes) des patients ou de l'établissement relatives aux conditions d'exécution de la prestation de transport et à prendre les mesures correctives adaptées.

L'ADTS 34 s'engage à ce que ses adhérents :

- respectent l'horaire de prise en charge des patients contractualisé lors de la transmission de la demande,
- respectent la règle d'intangibilité de la prescription médicale ainsi que les éventuelles conditions particulières mentionnées par le médecin.
- prennent en charge le patient couché dans le service de soins et le patient assis et valide ne demandant pas de surveillance particulière au salon d'attente lorsqu'il est organisé
- préviennent le service de soins du CHU de tout retard excédant un délai de **20 minutes**
- ne procèdent à aucune discrimination envers les patients à transporter,
- déposent le patient à son domicile ou tout autre endroit mentionné clairement sur la prescription.
- disposent d'un matériel adapté, régulièrement contrôlé et en conformité avec la réglementation en vigueur (drap, couverture, brancard, oxygène),
- respectent la déontologie de la profession ainsi que les règles de bonnes pratiques en terme d'hygiène, d'identification et de comportement envers les soignants et les hospitalisés,
- ne sous traitent aucun transport à une autre société
- ne demandent aucune avance des frais de transport pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux assurés sociaux fournissant une attestation de leurs droits, une prescription de transport et l'accord préalable de l'organisme d'affiliation lorsqu'il est prévu par la réglementation en vigueur. Suivant le type de mutuelle, la part complémentaire pourra être exigée (35%).

ARTICLE 5 – COMITE DE SUIVI

5.1 – Mission

Il est créé un Comité de Suivi chargé de

- veiller à la bonne exécution et à l'application de la présente charte
- proposer des adaptations de son contenu,

Ce comité a pour mission de faciliter la communication entre les professionnels du CHU de Montpellier et les entreprises de transports sanitaires et de taxis.

Il a également pour attribution de :

- veiller à l'application de la réglementation et des normes en vigueur,
- analyser les dysfonctionnements signalés et proposer des plans d'actions
- examiner les manquements à la charte et infractions à la réglementation et prendre les décisions qui en découlent.

5.2 – Composition

Le Comité est composé de :

- **9 représentants du CHU de Montpellier : (liste nominative annexée à la charte)**
 - le directeur de l'offre de soins, président du Comité de Suivi,
 - le cadre supérieur, responsable de la fonction transport, suppléant du président
 - le directeur des affaires juridiques ou son suppléant
 - un médecin ou son suppléant désignés par le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME),
 - un cadre de santé ou son suppléant désignés par le Service d'Accueil des Urgences
 - un cadre de santé ou son suppléant désignés par la Direction Coordination Générale des Soins,
 - le cadre de la régulation centralisée des transports de patients ou son suppléant
 - le responsable du bureau des admissions ou son suppléant
 - le directeur des services aux patients ou son suppléant
- **8 représentants de l'ADTS 34**
 - 4 représentants des fédérations et syndicats des entreprises de transports sanitaires participant au tour de rôle ou leurs suppléants désignés par l'ADTS34 et dont la liste est annexée à la charte,
 - 4 représentants des fédérations des entreprises de taxis participant au tour de rôle, ou leurs suppléants désignés par l'ADTS34 et dont la liste est annexée à la charte.
- **1 représentant de l'Assurance Maladie, ou son suppléant**
- **1 représentant de l'Agence Régionale de Santé ou son suppléant**
- **1 représentant des usagers ou son suppléant**

La liste nominative des membres et de leurs suppléants est annexée à la présente charte. Toute modification de la liste nominative fera l'objet d'une validation par le comité de suivi

5.3 – Fonctionnement

Le Comité se réunit 3 fois par an sur convocation de son président qui arrête l'ordre du jour.

Il peut se réunir exceptionnellement à la demande d'au moins la moitié de ses membres.

Il siège si le quorum de 50 % est atteint.

ARTICLE 6 – MESURES APPLICABLES POUR MANQUEMENT AUX DISPOSITIONS DE LA CHARTE

6-1 Le CHU de Montpellier

En cas de manquement récurrent à un ou plusieurs des engagements, prévus à l'article 4.1 de la charte (conformité des prescriptions, respect des rendez-vous ...), par un Pôle hospitalo-universitaire d'activités médicales, le coordonnateur désigné par le CHU de Montpellier contacte le Pôle pour mise en œuvre d'actions correctives avec un calendrier et des indicateurs qui seront présentés au comité de suivi.

6-2 L'ADTS 34

En cas de manquement récurrent à un ou plusieurs des engagements, prévus à l'article 4.2 de la charte (qualité, respect des rendez-vous ...), par un transporteur sanitaire ou un taxi, le coordonnateur désigné par l'ADTS 34 invite, selon la procédure prévue à son règlement intérieur, l'entreprise à mettre des actions correctives en place avec un calendrier et des indicateurs qui seront présentés au comité de suivi.

Le retrait d'une entreprise du dispositif doit être porté à la connaissance du comité de suivi.

L'entreprise ayant fait l'objet d'un retrait d'agrément de l'ARS ou d'un déconventionnement par l'Assurance Maladie est exclue de fait du tour de rôle du CHU de Montpellier.

ARTICLE 7 – DUREE – MODIFICATION – RESILIATION

La durée de validité de la charte est de 2 ans.

Elle est reconductible tacitement.

L'adhésion à la charte vaut engagement d'en respecter ses dispositions.

La charte est modifiable à tout moment par les 2 signataires sur proposition du Comité de Suivi

Un avenant de modification ou de complément à la charte est établi et soumis à l'acceptation du Comité de Suivi.

La charte peut être résiliée à la demande de l'une des parties avec préavis de trois mois

Fait à Montpellier le :

**Le Président
de l'ADTS 34**

**Le Directeur Général
du CHU de Montpellier**



CHARTRE DU TOUR DE ROLE DES TRANSPORTS SANITAIRES PRIVES

- Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L6311-1 à L6314-1,
- Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles :
 - R322-10 à R322-10-6,
 - R322-11 à R322-11-3
- Vu la Convention Nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les Caisses d'Assurance Maladie, JO n°70 du 23 mars 2003,
- Vu le décret n°96-176 du 4 mars 1996 modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres,
- Vu la circulaire n°49 du 15 janvier 1983 relative à l'application aux entreprises privées de transports sanitaires et aux établissements publics hospitaliers des dispositions des articles L1311-5 et suivants,
- Vu la circulaire n°95-17 du 28 février 1995 relative au décret n°94-1208 du 29 décembre 1987 modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987, relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres,
- Vu la circulaire n°277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé et transporteurs sanitaires privés
- Vu le guide méthodologique de la HAS du 10 novembre 2001, relatif à la préparation de la sortie du patient hospitalisé
- Vu le référentiel commun du 27 mai 2010

PREAMBULE

Lors de leur sortie, certains patients hospitalisés nécessitent un transport sanitaire soit pour un retour à domicile soit pour un transfert vers un autre établissement de santé, un établissement de soins de suite ou un centre d'hébergement.

Le CH de Salon de Provence respecte la pratique du libre choix pour le patient de son transporteur privé. Ce n'est que dans la mesure où le patient ou sa famille n'expriment pas de choix auprès du personnel soignant, qu'il est fait appel à tour de rôle à des transports sanitaires privés.

Les dispositions de la présente charte sont prises conformément aux articles du référentiel commun du 27 mai 2010 concernant l'organisation des transports sanitaires primaires non urgents, des transferts inter-hospitaliers et du retour à domicile des patients.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CHARTE

La présente charte a pour objet de définir un ensemble de bonnes pratiques destinées à régir le tour de rôle des transports sanitaires afin d'offrir aux patients hospitalisés, lors de leur sortie, une prestation de qualité, conformément au référentiel commun.

ARTICLE 2 – CONTENU DE LA CHARTE

La charte définit les conditions d'accès des entreprises de transport sanitaire au tour de rôle, ainsi que les modalités de fonctionnement du tour. Elle précise les obligations et engagements respectifs des entreprises adhérentes et du CH de Salon de Provence. Elle établit également les sanctions susceptibles d'être prononcées par le CH à l'encontre des prestataires qui ne respectent pas leurs engagements.

ARTICLE 3 – TOUR DE ROLE

3.1 – Définition

En l'absence de l'expression d'un choix exprimé par les patients hospitalisés ou leur famille, le Centre Hospitalier fait appel selon un système de « tour de rôle » aux entreprises de transports du secteur de la réponse à l'urgence sanitaire pour le CH de Salon de Provence défini par l'ARS et adhérentes à la présente charte.

Le tour de rôle consiste en une liste des entreprises destinées à assurer un tour de garde et d'astreinte, sans tenir compte du nombre de véhicules qu'elles possèdent.

3.2 – Inscription – Accès au tour de rôle

La participation des entreprises de transport au tour de rôle est soumise aux modalités suivantes :

- Courrier de demande d'inscription au tour de rôle précisant :
 - La tranche horaire où l'entreprise pourra être sollicitée selon le découpage suivant :
 - Journées (y compris les fériés) : du lundi au dimanche de 8h à 20h

- Nuits: du lundi au dimanche de 20h à 8h

Le tour de rôle implique l'engagement d'assurer les transports sanitaires aussi bien en ambulance qu'en VSL.

Il est mis en place un tour de rôle à la semaine.

Des équipements particuliers dont disposent les sociétés pour des transports spécifiques (matériel immobilisateur, siège auto pour enfant, ...).

- Signature de la charte faisant preuve de l'engagement de respecter les dispositions et les modalités de fonctionnement décrites dans celle-ci (notamment 4.2).

Tous ces documents ainsi que toute modification en moyens ou en effectifs sont à adresser à :

Centre Hospitalier de Salon de Provence
Direction des Achats et des Travaux
207 avenue Julien Fabre
13658 SALON DE PROVENCE CEDEX

Les modifications seront prises en compte 2 fois par an en janvier et en juillet suivant la réception du document écrit signalant tout changement (moyens, effectifs,...).

3.3- Fonctionnement du tour de rôle

Toute demande de transport sanitaire, relative à une sortie définitive, relève du tour de rôle, à l'exception du libre choix du patient. Celle-ci est adressée, après saisie informatique dans l'unité de soins à la plateforme de régulation.

Le mode de transport sanitaire : transport assis prescrit ou ambulance, fait l'objet d'une prescription médicale adaptée à l'état de santé du patient à transporter.

Le régulateur et lui seul met en œuvre le tour de rôle selon les modalités suivantes :

- Chaque demande de transport est traitée au fur et à mesure de son arrivée selon le type de transport prescrit.
- La régulation appelle l'entreprise de transport inscrite au tour de rôle concerné, conformément à l'article 3.1.
- En cas de refus du transport proposé, le régulateur saisit sur informatique le refus et contacte l'entreprise inscrite au tableau d'astreinte.
- Le régulateur signale à la société toute information nécessaire au bon déroulement de la prise en charge du patient.
- L'unité de soins aura la possibilité de saisir en temps réel toute modification (décalage du départ,...) ou toute anomalie liée à la qualité de la prestation effectuée par la société affectée au transport demandé dans le logiciel de demande de transport,
- La société de transports sanitaires pourra signaler au régulateur toute anomalie affectant le transport sur la plateforme...

ARTICLE 4 – OBLIGATION DES PARTIES

4.1 – Le CH de Salon de Provence

Le CH de Salon de Provence s'engage:

- A respecter les obligations légales et réglementaires en vigueur,
- A centraliser sur la plateforme de régulation toutes les demandes de transports sanitaires **y compris celle relevant du libre choix du patient. Aucun appel direct ne doit émaner de l'unité de soins vers une entreprise de transports.**
- A transmettre dans les meilleurs délais la demande de transport à la plateforme de régularisation pour que l'entreprise respecte au mieux l'horaire de prise en charge demandé
- A s'efforcer de programmer les sorties le plus en amont possible,
- A informer les patients des conditions de transport à la sortie de l'hospitalisation (libre choix, transport partagé,...) et des modalités de prise en charge financière de ces transports

4.2 – Les entreprises de transports sanitaires

Les entreprises de transports sanitaires adhérentes à la charte s'engagent :

- A respecter les horaires convenus avec l'établissement de santé. Les délais de réponse sont définis au moment de l'expression de la demande
- A respecter les obligations légales et réglementaires en vigueur,
- A répondre positivement aux demandes de transport, qu'elle qu'en soit la nature (ambulance ou VSL), pour lesquelles elles sont sollicitées dans le cadre de leur inscription au tour de rôle, à condition que le véhicule soit disponible,
- A ne pas procéder à une sélection des transports proposés par le CH ni à aucune discrimination envers le patient à transporter,
- A informer le service de soins d'un retard éventuel de plus de 30 minutes en indiquant la cause,
- A répondre aux éventuelles fiches d'incidents indésirables des patients qui sont formulées auprès de l'établissement
- A ne pas avoir de contact privilégié avec un ou plusieurs services de soins,
- A ne pas avoir recours à la sous-traitance,

- A respecter la déontologie de la profession ainsi que les règles de bonne pratique en termes d'hygiène, d'identification et de comportement envers les soignants et les hospitalisés,
- A respecter les contraintes d'interdiction de fumer dans les locaux du CH de Salon de Provence,
- A respecter les articles 4 et 5 de la Convention nationale,

ARTICLE 5 – TRAITEMENT INFORMATIQUE

Le CH fera appel à une plateforme de régulation permettant de respecter les règles de fonctionnement du tour de rôle, d'en assurer la traçabilité, et de produire un certain nombre de statistiques :

- Nombre d'appels par nature de transport, par destination,
- Taux de refus par entreprise,
- Nombre de demandes de transport par unité de soins...

A la demande du comité de suivi, les items des statistiques peuvent évoluer.

Ces statistiques sont effectuées une fois par trimestre par la plateforme de régulation.

Ces statistiques sont notamment portées à la connaissance du comité de suivi et sont utilisées pour l'application de l'article 7 de la charte (mesures d'exclusion).

Dans le cadre de l'inscription au tour de rôle, certaines informations relatives aux sociétés de transport sanitaire font donc l'objet d'un traitement informatisé, dans le strict respect de la réglementation en vigueur, garantie par la Commission nationale informatique et libertés.

Chaque société de transport sanitaire dispose d'un droit d'accès et/ou de modification aux informations stockées la concernant en en faisant la demande écrite à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier de Salon de Provence
Direction des Achats et des Travaux
207 avenue Julien Fabre
13658 SALON DE PROVENCE CEDEX

ARTICLE 6 – COMITE DE SUIVI

6.1 – Mission

Il est créé un comité de suivi de l'exécution de la charte. Ce comité a pour mission de faciliter la communication entre les professionnels du CH de Salon de Provence et les entreprises de transport sanitaire.

Il a également pour rôle de veiller à l'application de la présente charte ou de proposer des adaptations de son contenu.

Le comité de suivi est également consulté sur toute situation pouvant conduire à suspension ou exclusion du tour de rôle, sauf urgence ou caractère exceptionnellement grave des faits constatés.

6.2 – Composition

Le comité est composé de :

- **4 représentants du CH de Salon de Provence :**
 - **Le Directeur ou son représentant, président du comité de suivi,**
 - **Deux cadres de santé désignés par le CH**
 - **Un cadre administratif du bureau des admissions**
- **Le gestionnaire de la plateforme de régulation**
- **2 représentants des organisations professionnelles**
- **2 représentants des entreprises participants au tour de rôle.**

Les représentants sont désignés pour une durée de 3 ans.

A la demande du comité, des intervenants extérieurs peuvent être invités.

6.3 – Fonctionnement

Le comité se réunit au moins une fois par an sur convocation de son président qui arrête l'ordre du jour.

Il peut également se réunir sur demande de la moitié de ses membres.

ARTICLE 7 – EXCLUSION DU TOUR DE ROLE

La non-conformité avec la réglementation en vigueur, le retrait ou la suspension de l'agrément ou de la convention, entraînent automatiquement l'exclusion du tour de rôle pour la durée de la sanction.

En cas de non-respect des engagements prévus à l'article 4.2 de la charte, l'entreprise de transport défaillante sera destinataire d'un courrier lui demandant de se mettre en conformité avec ses obligations.

A défaut de réponse ou de mesures correctives, satisfaisantes, la direction du CH prononcera après avis du comité de suivi, une exclusion temporaire ou permanente du tour de rôle de l'entreprise concernée.

ARTICLE 8 – DUREE – DENONCIATION – MODIFICATION

La durée de validité de la charte est de un an reconductible tacitement. L'adhésion à la charte vaut engagement d'en respecter ses dispositions.

Toute entreprise ayant adhéree à la charte peut la dénoncer à tout moment par lettre recommandée adressée à la Direction des Achats et des Travaux. Cette dénonciation sera effective après respect d'un préavis de 1 mois à compter de la réception du courrier.

La charte est modifiable à tout moment, sur proposition du comité de suivi, par le Directeur du CH. Une nouvelle charte ou un avenant de modification ou de complément à la charte est établi et soumis à l'acceptation des entreprises de transport adhérentes.

Le rejet de l'avenant ou de la nouvelle charte entraîne automatiquement la dénonciation de celle-ci et l'exclusion de l'entreprise de transport du tour de rôle.

ARTICLE 9 – VOIES DE PROGRES

Le CH pourra prévoir un guichet aux admissions réservé aux ambulanciers afin de réduire leur temps d'attente.

La mise en place d'une messagerie sécurisée entre le CH de Salon de Provence et les autres établissements de santé pourra être envisagée.

Les entreprises s'efforceront de développer des transports partagés lorsque plusieurs patients nécessiteront un transport VSL pour une destination commune ou proche.

ARTICLE 10 – CONTENTIEUX

Tout différend relatif aux modalités de fonctionnement et d'application de la charte que les parties signataires se sont engagées à respecter, est soumis à l'arbitrage du Directeur du CH.

Vu pour acceptation,
l'entreprise de transports sanitaires
(Signature et cachet)

Salon de Provence, le ...

Le Directeur

CHARTRE DU TOUR DE ROLE DES TRANSPORTS SANITAIRES PRIVES

- Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L6311-1 à L6314-1,
- Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles :
 - R322-10 à R322-10-6,
 - R322-11 à R322-11-3
- Vu la Convention Nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les Caisses d'Assurance Maladie, JO n°70 du 23 mars 2003,
- Vu le décret n° 96-176 du 4 mars 1996 modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres,
- Vu la circulaire n° 49 du 15 janvier 1983 relative à l'application aux entreprises privées de transports sanitaires et aux établissements publics hospitaliers des dispositions des articles L1311-5 et suivants,
- Vu la circulaire n° 95-17 du 28 février 1995 relative au décret n° 94-1208 du 29 décembre 1987 modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987, relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres,
- Vu la circulaire n° 277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé et transporteurs sanitaires privés
- Vu le guide méthodologique de la HAS du 10 novembre 2001, relatif à la préparation de la sortie du patient hospitalisé



PREAMBULE

Le CHU de Bordeaux, établissement public de santé, est composé de 3 établissements :

- Le groupe hospitalier Pellegrin
- Le groupe hospitalier Saint-André
- Le groupe hospitalier Sud (Hôpital Haut-Lévêque, Xavier-Arnoz et EHPAD de Lormont)

Le service de régulation des appels est centralisé, il dépend du service des transports sanitaires lui-même rattaché au

Département des ressources matérielles

12 rue Dubernat

33404 TALENCE cedex,

(Département ayant en charge l'activité de transport de patients).

Lors de leur sortie, certains patients hospitalisés nécessitent un transport sanitaire soit pour un retour à domicile soit pour un transfert vers un autre établissement de santé, un établissement de soins de suite ou un centre d'hébergement.

Le CHU de Bordeaux respecte la pratique du libre choix pour le patient de son transporteur privé. Ce n'est que dans la mesure où le patient ou sa famille n'expriment pas de choix auprès du personnel soignant, qu'il est fait appel à tour de rôle à des transports sanitaires privés.

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CHARTE

La présente charte a pour objet de définir un ensemble de bonnes pratiques destinées à régir le tour de rôle des transports sanitaires afin d'offrir aux patients hospitalisés, lors de leur sortie, une prestation de qualité. Les sorties en transport assis non prescrit sont exclues de la charte.

ARTICLE 2 – CONTENU DE LA CHARTE

La charte définit les conditions d'accès des entreprises de transport sanitaire et autres entreprises de transport de personnes concernées au tour de rôle, ainsi que les modalités de fonctionnement du tour. Elle précise les obligations et engagements respectifs des entreprises adhérentes et du CHU de Bordeaux. Elle établit également les sanctions susceptibles d'être prononcées par le CHU à l'encontre des prestataires qui ne respectent pas leurs engagements.

ARTICLE 3 – TOUR DE RÔLE

3.1 – Définition

En l'absence de l'expression d'un choix exprimé par les patients hospitalisés ou leur famille, le service de soins, via le logiciel de demande de transport, sollicite le service de régulation centralisée des transports du CHU ou le standard, qui fait appel selon un système de « tour de rôle » aux entreprises de transport sanitaire et autres entreprises de transport de personnes concernées agréées par l'ARS de la Gironde et adhérentes à la présente charte.

Le tour de rôle consiste à établir une liste informatisée des entreprises sollicitant leur inscription et à faire appel à leur service, chacune à son tour au fur et à mesure de l'enregistrement des demandes de transport émanant des unités de soins du CHU. Avant toute proposition de société de transports sanitaires, le logiciel gérant le tour de rôle analyse la demande de transport et tient compte :

- de la tranche horaire de transport,
- du type de transport demandé : transport assis professionnalisé ou ambulance,
- du secteur de destination.

3.2 – Inscription – Accès au tour de rôle

La participation des entreprises de transport au tour de rôle est soumise aux modalités suivantes :

➤ Imprimé de demande d'inscription au tour de rôle précisant :

1. les secteurs géographiques souhaités selon le découpage suivant :
 - Le département de la Gironde obligatoirement,
 - Les 6 départements de la région Aquitaine ou limitrophes de la Gironde,
 - Le reste de la France métropolitaine.

2. la tranche horaire où l'entreprise pourra être sollicitée selon le découpage suivant :

- Journées de semaine :	du lundi au vendredi de 8h à 20h
- Journées de fin de semaine	du samedi, du dimanche
	ou de jour férié : de 8h à 20h
- Nuits de semaine (du lundi au vendredi):	de 20h à 8h
- Nuits du samedi, du dimanche ou jour férié :	de 20h à 8h

3. le type de véhicule mis à disposition :
 - Ambulances,
 - Véhicules sanitaires légers (VSL) ou Transports assis professionnalisés (TAP),
 - Taxis conventionnés.

Sont précisés les équipements particuliers dont disposent les sociétés pour des transports assis (matériel immobilisateur, sièges auto pour enfants, ..).

Les transports sanitaires pédiatriques en ambulance, accompagnés ou non font partie de la charte pédiatrique.

- Signature de la charte faisant preuve de l'engagement de respecter les dispositions et les modalités de fonctionnement décrites dans celle-ci (notamment l'article 4.2). Un exemplaire signé par le directeur du département des ressources matérielles du CHU de Bordeaux sera adressé aux sociétés inscrites sur la liste par le département des ressources matérielles, 12 rue Dubernat 33404 TALENCE cedex.

Tous ces documents ainsi que toute modification en moyens ou en effectifs sont à adresser à :

Service des transports sanitaires
Hôpital Xavier Arnoz
Avenue du Haut Lévêque
33604 PESSAC cedex.

Ou à l'adresse de messagerie suivante : transports.sanitaires@chu-bordeaux.fr

Les modifications et inscriptions seront prises en compte 2 fois par an en janvier et en juillet suivant la réception du document écrit signalant tout changement (moyens, effectifs,...).

3.3 – Fonctionnement du tour de rôle

Toute demande de transport sanitaire, relative à une sortie définitive, relève du tour de rôle, à l'exception du libre choix du patient. Celle-ci est adressée, après saisie informatique dans l'unité de soins, au service de régulation centralisée des transports du CHU ou au standard.

Le mode de transport sanitaire : transport assis prescrit ou ambulance, fait l'objet d'une prescription médicale adaptée à l'état de santé du patient à transporter.

Le régulateur et lui seul met en œuvre le tour de rôle selon les modalités suivantes :

- Chaque demande de transport est traitée au fur et à mesure de son arrivée selon le type de transport prescrit.
- La régulation ou le standard appelle l'entreprise de transport inscrite au tour de rôle concerné, proposée de manière équitable par le logiciel, selon les modalités définies à l'article 3.1.
- En cas de refus du transport proposé, le régulateur saisit sur informatique le motif du refus et contacte l'entreprise inscrite au n° d'ordre suivant.
- Le type de transport (ambulance, transport assis prescrit) ainsi que la destination font l'objet d'une attribution équitable pour l'ensemble des sociétés inscrites sur un secteur donné. Toutefois un transport refusé est comptabilisé dans le tour de rôle.
- Le régulateur signale à la société toute information nécessaire au bon déroulement de la prise en charge du patient.
- *A la demande de la société, la demande de transport peut être faxée ou adressée par mel.*

- Un retour d'information par le régulateur vers l'unité de soins demandeuse du transport est effectué par informatique et porte sur l'affectation du transport et l'heure de prise en charge du patient,
- L'unité de soins et/ou le régulateur aura la possibilité de saisir en temps réel toute modification (décalage du départ, ...) ou toute anomalie liée à la qualité de la prestation effectuée par la société affectée au transport demandé,
- La société de transports sanitaires pourra signaler au régulateur toute anomalie affectant le transport à réaliser à l'adresse mel suivante :
transports-sanitaires@chu-bordeaux.fr

ARTICLE 4 – OBLIGATION DES PARTIES

4.1 – Le CHU de Bordeaux

Le **CHU de Bordeaux** s'engage à :

- respecter les obligations légales et réglementaires en vigueur,
- centraliser au service de régulation des transports du CHU toutes les demandes de transports sanitaires relevant du tour de rôle. Aucune demande de transport, hors libre de choix du patient, ne doit émaner d'une unité de soins vers une entreprise de transports. Le service de la régulation du CHU fonctionne les jours ouvrables de 7h à 19h30 mais la permanence des appels est assurée par le standard du CHU de Bordeaux 24h sur 24h (nuits, jours fériés et week-end),
- une gestion des flux de patients compatible avec l'exercice de sa mission de service public,
- mettre en œuvre une programmation de sorties permettant, dès que possible, une prévision et un étalement des transports sur la journée,
- mettre en place, dans les meilleurs délais, la transmission de la demande de transport par écrit (courriel, fax),
- Le CHU s'engage à réception d'une demande d'un transport nécessitant un dossier administratif particulier (exemple entente préalable pour un trajet de plus de 150 km) de vérifier par appel téléphonique au demandeur, par un agent du BAA ou du standard, la complétude des documents administratifs nécessaires.
- élaborer et à diffuser dans les unités de soins, pour mise en œuvre, un protocole portant sur les modalités du transport : prescription médicale de transport, heure et lieu de prise en charge, couverture sociale du patient, entente préalable, programmation des sorties, ...

4.2 – Les entreprises de transports sanitaires

Les entreprises de transports sanitaires adhérentes à la charte s'engagent à :

- respecter les obligations légales et réglementaires en vigueur,

- répondre positivement aux demandes de transport, qu'elle qu'en soit la nature (ambulance, VSL ou taxi), pour lesquelles elles sont sollicitées dans le cadre de leur inscription au tour de rôle,
- ne pas procéder à une sélection des transports proposés par la régulation du CHU ni à aucune discrimination envers les patients à transporter,
- respecter l'horaire de prise en charge des patients précisé lors de la demande de transport,
- informer le service de soins d'un retard éventuel de plus de 30 minutes en indiquant la cause,
- répondre aux éventuelles doléances des patients ou de l'établissement public de santé relativement aux conditions d'exécution de la prestation de transport et à prendre les mesures correctives adaptées,
- ne pas téléphoner au service de régulation pour signaler ses disponibilités ou indisponibilités,
- prévenir le service de régulation par mel de ses indisponibilités de plus de 2 semaines,
- ne pas avoir de contact privilégié avec le service de régulation ni avec un ou plusieurs services de soins,

s'engage à ce que ses employés et délégataires (dans le cadre d'une sous-traitance) procèdent à la vérification de la présence de l'ensemble des documents administratifs nécessaires à la prise en charge du transport par l'assurance maladie ou tout autre organisme. Il est établi qu'aucune action contentieuse à l'encontre du CHU de Bordeaux, ne pourra être admise, s'il apparaît à l'issue du transport qu'un document était manquant ou erroné.

- respecter la clause en cas de sous-traitance : la société contactée initialement reste responsable de la prestation,
- respecter la déontologie de la profession ainsi que les règles de bonne pratique en termes d'hygiène, d'identification et de comportement envers les soignants, les hospitalisés, le service de régulation et le standard,
- respecter les contraintes d'interdiction de fumer dans les locaux du CHU de Bordeaux,
- respecter les articles 4 et 5 de la Convention nationale,
- respecter les règles de stationnement sur les sites du CHU de Bordeaux
- mettre à disposition du CHU de Bordeaux un numéro de téléphone sur lequel le prestataire peut être joint.

Si lors d'un appel sur ce numéro, aucun correspondant ne peut être joint (renvoi sur messagerie par exemple), le tour de rôle sera proposé à un autre prestataire. Ne pas faire de renvoi systématique sur messagerie. Le cas échéant, un bilan en sera fait et présenté au comité de suivi.

ARTICLE 5 – TRAITEMENT INFORMATIQUE

Le CHU dispose d'un logiciel informatique qui permet de mettre en œuvre les règles de fonctionnement du tour de rôle, d'en assurer la traçabilité, et de produire un certain nombre de statistiques :

- Nombre d'appels par nature de transport, par destination,

- Taux de refus par entreprise,
- ...

A la demande du comité de suivi, les items des statistiques peuvent évoluer.
Ces statistiques sont effectuées mensuellement et compilées par semestre.

Ces statistiques sont notamment portées à la connaissance du comité de suivi et sont utilisées pour l'application de l'article 7 de la charte (mesures d'exclusion).

Dans le cadre de l'inscription au tour de rôle, certaines informations relatives aux sociétés de transport sanitaire font donc l'objet d'un traitement informatisé, dans le strict respect de la réglementation en vigueur, garantie par la Commission nationale informatique et libertés.

Chaque société de transport sanitaire dispose d'un droit d'accès et/ou de modification aux informations stockées la concernant en en faisant la demande écrite à l'adresse suivante :

Service des transports sanitaires
Hôpital Xavier Arnoz
Avenue du Haut Lévêque
33604 PESSAC cedex.

Ou à l'adresse de messagerie suivante : transports.sanitaires@chu-bordeaux.fr

ARTICLE 6 – COMITE DE SUIVI

6.1 – Mission

Il est créé un comité de suivi de l'exécution de la charte.

Ce comité a pour mission de créer la communication entre les professionnels du CHU de Bordeaux et les représentants des entreprises de transport sanitaire.

Il a également pour rôle de veiller à l'application de la présente charte ou de proposer des adaptations de son contenu.

Le comité de suivi est également consulté sur toute situation pouvant conduire à suspension ou exclusion du tour de rôle, sauf urgence ou caractère exceptionnellement grave des faits constatés.

6.2 – Composition

Le comité est composé de :

- 6 représentants du CHU de Bordeaux :
 - le directeur adjoint clientèle, président du comité de suivi,
 - un cadre de santé désigné par le coordinateur général des activités de soins représentant les unités de soins,
 - le responsable des transports sanitaires ou son représentant,

- un agent de la régulation centralisée,
 - le responsable du standard ou son représentant,
 - l'ingénieur qualité du département des ressources matérielles.
- 6 représentants des entreprises de transport médicalement prescrits participant au tour de rôle désignés par les organisations syndicales représentatives de la profession. La liste des représentants sera fournie à l'adresse suivante :

Service des transports sanitaires
Hôpital Xavier Arnoz
Avenue du Haut Lévêque
33604 PESSAC cedex.

Ou à l'adresse de messagerie suivante : transports.sanitaires@chu-bordeaux.fr

A la demande du comité, des intervenants extérieurs peuvent être invités.

6.3 – Fonctionnement

Le comité se réunit au moins une fois par semestre sur convocation de son président qui arrête l'ordre du jour.

Il peut également se réunir sur demande de la moitié de ses membres.

ARTICLE 7 – EXCLUSION DU TOUR DE RÔLE

La non-conformité avec la réglementation en vigueur, le retrait ou la suspension de l'agrément ou de la convention, entraînent automatiquement l'exclusion du tour de rôle pour la durée de la sanction.

En cas de non-respect des engagements prévus à l'article 4.2 de la charte, l'entreprise de transport défaillante sera destinataire d'un courrier lui demandant de se mettre en conformité avec ses obligations, dans un délai fixé par le comité.

A défaut de réponse ou de mesures correctives satisfaisantes, la direction du CHU prononcera sur avis du comité de suivi, une exclusion temporaire ou permanente du tour de rôle de l'entreprise concernée.

Des mesures de suspension ou d'exclusion, sur un, plusieurs ou la totalité des secteurs, pourront être appliquées après étude des dossiers. Les modalités de suspension ou d'exclusion liées au nombre de refus sont définies par le comité de suivi.

Pour tout taux d'acceptation sur une période définie par le comité de suivi, celui-ci est amené à envoyer un courrier d'avertissement à la société signalée :

- Pour les transports couchés, taux inférieur à 25% des transports proposés pour les critères obligatoires de la charte (zone géographique Gironde et tranche horaire du lundi au vendredi de 8h à 20h).

- Pour les transports assis, taux inférieur à 20% des transports proposés pour les critères obligatoires de la charte (zone géographique Gironde et tranche horaire du lundi au vendredi de 8h à 20h).

Pour tout taux d'acceptation sur une période définie par le comité de suivi, celui-ci est amené à envoyer un courrier de suspension à la société signalée :

Pour les transports couchés, taux inférieur à 10% des transports proposés pour les critères obligatoires de la charte (zone géographique Gironde et tranche horaire du lundi au vendredi de 8h à 20h).

- Pour les transports assis, taux inférieur à 5% des transports proposés pour les critères obligatoires de la charte (zone géographique Gironde et tranche horaire du lundi au vendredi de 8h à 20h).

Les motifs d'exclusion ou de suspension seront clairement précisés dans le CR du comité de suivi.

ARTICLE 8 – DUREE – DENONCIATION – MODIFICATION

- La durée de validité de la charte est de 1 an reconductible tacitement, sous réserve d'évolution du comité de suivi. L'adhésion à la charte vaut engagement d'en respecter ses dispositions.

Toute entreprise ayant adhéré à la charte peut la dénoncer à tout moment par mel, par lettre recommandée adressée au département des ressources matérielles. Cette dénonciation sera effective après respect d'un préavis de 1 mois à compter de la réception du courrier.

- La charte est modifiable à tout moment, sur proposition du comité de suivi, par le directeur du département des ressources matérielles du CHU. Une nouvelle charte ou un avenant de modification ou de complément à la charte est établi et soumis à l'acceptation des entreprises de transport adhérentes. Le rejet de l'avenant ou de la nouvelle charte entraîne automatiquement la dénonciation de celle-ci et l'exclusion de l'entreprise de transport du tour de rôle.

ARTICLE 9 – CONTENTIEUX

Tout différend relatif aux modalités de fonctionnement et d'application de la charte que les parties signataires se sont engagées à respecter, est soumis à l'arbitrage du directeur du département des ressources matérielles du CHU.

BORDEAUX, le juin 2015

**Vu pour acceptation,
l'entreprise de transports
sanitaires**
(Signature et Cachet)

**Le directeur du département des ressources
matérielles**


Helios Llanas

ANNEXE VIII

Support de présentation



Revue de dépenses sur les transports sanitaires

Avril 2016

Inspection générale des Finances • Inspection générale des Affaires Sociales •
Inspection générale de l' Administration

Le contexte

La régulation de l'offre

La régulation de la demande

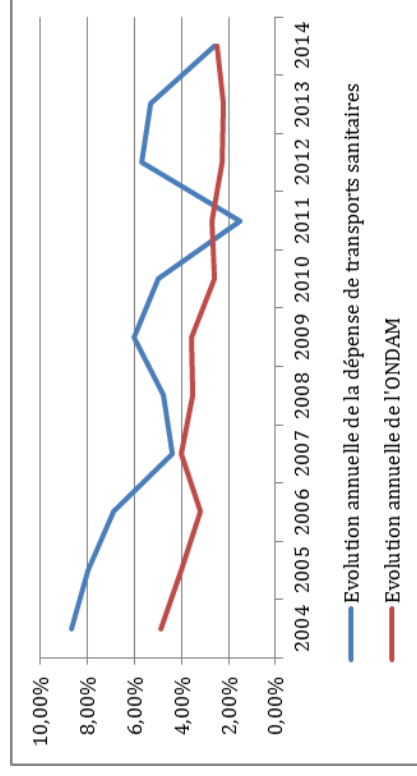
Mieux contrôler et lutter contre la fraude

Liste des recommandations

Récapitulatif des économies de dépense proposées

- Lettre de mission du 17 décembre 2015
- S'inscrit dans la revue de dépenses prévue à l'annexe du PLF 2016
- Et dans le plan ONDAM dit « triennal 2015-2017 »
- Une dépense de transport sanitaire passée de 2,3 Mds € à plus de 4 Mds€ en dix ans, et qui évolue à un rythme supérieur au rythme d'évolution de l'ONDAM

Evolution comparée de l'évolution des dépenses de transports sanitaires et de l'ONDAM

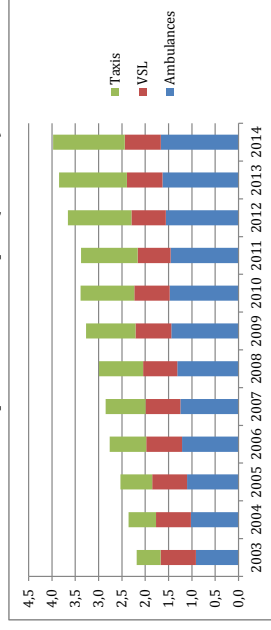


Source : DREES

La régulation de l'offre (1) : une régulation aujourd'hui déficiente

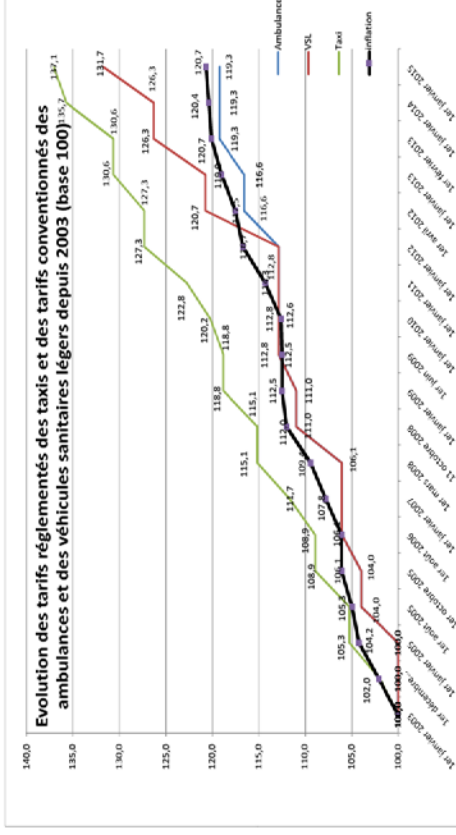
- Une évolution de l'offre marquée par le poids croissant du transport par taxi

Graphique 3 - Evolution de la répartition des dépenses de transports sanitaires remboursés par mode de transport (en Mds €)



Source : CNAMTS

- Et des évolutions tarifaires contrastées entre ambulances, VSL et taxis



La régulation de l'offre (2) : assurer la convergence tarifaire, rendre plus efficient son pilotage

- **Un prérequis : préparer la convergence tarifaire entre taxis et VSL**
- **D'ores et déjà désindexer les tarifs des taxis, lorsqu'ils effectuent du TAP, des tarifs des courses de taxis fixés par le ministre de l'économie, puis les préfets**
- **Amélioration de la connaissance des prix :**
 - ❖ Par la mise en place de dispositifs de traçabilité et de transmission dématérialisée des données relatives aux trajets
 - ❖ Par l'imposition, sans tarder, de l'usage du distancier

La régulation de l'offre (2) : assurer la convergence tarifaire, rendre plus efficient son pilotage

Harmoniser le pilotage de l'offre et les dispositions réglementaires relatives aux ambulances, aux VSL et aux taxis

- Rendre plus efficient le pilotage de l'offre, au niveau national comme au niveau territorial
- S'agissant des règles de contingentement de l'offre ;
- S'agissant des règles de durée des agréments ou conventionnements ;
- S'agissant des règles relatives à la cessibilité des autorisations

La régulation de la demande (1) : transférer l'enveloppe de l'assurance maladie aux établissements de santé

IGF - IGAS - IGA

- Les établissements de santé sont de **forts prescripteurs de transports sanitaires** (63% des dépenses de transport de l'enveloppe soins de ville soit 2,7 Mds €) mais ne sont **payeurs que d'une faible part de la dépense** (250 M€ : transports intra-hospitaliers et transports secondaires provisoires).
- Emergence d'outils de régulation performants pour maîtriser les dépenses de transport à leur charge, mais **un intérêt à agir limité et des leviers moins puissants** pour les dépenses à charge de l'assurance maladie.
- La responsabilisation des établissements de santé par le biais de la **contractualisation** tripartite (CAQOS) présente **un bilan contrasté** : un champ limité et qui tend à se réduire du fait des réticences des ES ; un indicateur de suivi (la dépense de transports sanitaires) erratique et partiellement exogène ; un mécanisme d'intéressement / sanctions mal calibré et peu incitatif.
- **Le transfert du budget transport en enveloppe fermée**, déjà envisagé par le passé, **apparaît dès lors incontournable** dans une triple perspective de **responsabilisation**, de **simplification** et de **rationalisation de la politique d'achats** (gains de 320 M€ /an) : une perspective mobilisatrice à annoncer et à préparer.

La régulation de la demande (2) : centraliser, dans les établissements, la demande de transport et la disponibilité de l'offre

IGF - IGAS - IGA

- **Les plateformes de centralisation** fiabilisent la procédure de commande de transport, notamment par la mise en place d'un acteur intermédiaire entre prescripteur et transporteur → baisse du taux de recours à l'ambulance, source d'économies (encore difficiles à évaluer).
- Selon leur périmètre et la performance de leur mode d'organisation, elles peuvent également permettre :
 - De suivre et de rationaliser les prescriptions hospitalières (sensibilisation ciblée des prescripteurs, lisser les flux de patients) ;
 - D'accroître l'équité et la transparence dans le choix des transporteurs, particulièrement lorsque la commande est dématérialisée et automatisée.
- **Une généralisation de cette solution est souhaitable :**
 - Echelle des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)
 - Expérimenter l'ouverture aux médecins libéraux
 - Un cahier des charges national serait utile : points de référence partagés en matière de gouvernance, de partage des données, de périmètre.

La régulation de la demande (3) : mobiliser et accompagner les établissements dans la perspective d'un transfert d'enveloppe

IGF - IGAS - IGA

- Dans le contexte de la création d'un contrat unique avec les établissements de santé (CAQES) : **de nouvelles modalités contractuelles** à mettre en place pour accompagner les ES dans la perspective d'un transfert :
 - Universalisation du dispositif (fin du ciblage), grâce à une pénalisation automatique des ES non signataires lorsque leurs prescriptions sont atypiques ;
 - Contenu réorienté vers le suivi de projets d'optimisation de la dépense (notamment plateformes de centralisation) : obligations de moyens, adossées à des sanctions ;
 - Aides fléchées sur l'amorçage de ces projets.
- **Le transfert d'enveloppe soulève de nombreuses questions techniques** (modalités de dimensionnement et d'indexation, SI...) et nécessite la bonne coordination des administrations centrales concernées → nomination d'un chef de projet national.

La régulation de la demande (4) : remédicaliser la prescription

- **Une tendance à la banalisation de la prescription** (« bon de transport »), face à laquelle il est proposé :
 - Une actualisation du référentiel et du formulaire de prescription.
 - Une application systématique des principes d'antériorité de la prescription par rapport au transport et d'identification individuelle du prescripteur (RPPS).
 - La fin du principe de « libre choix du transporteur ». Le choix du mode de transport est un acte médical mais pas le choix, par le patient, entre plusieurs entreprises concurrentes.

- **Le recours au transport partagé** : un potentiel de développement important pour les transports itératifs, source d'économies pour l'assurance maladie, et qui pourrait être favorisé par des évolutions tarifaires.

- **La sensibilisation des acteurs** produit parfois des résultats remarquables → la mutualisation des outils et la conduite de campagnes locales coordonnées par les CPAM est à encourager.

La régulation de la demande (4) : remédicaliser la prescription

IGF - IGAS - IGA

- **Les outils de contrôle médical de la prescription** sont à rénover :
 - La mise sous objectif / sous accord préalable des gros prescripteurs : une procédure contraignante et rigide mais qui semble efficace → assouplir ses conditions de mise en œuvre
 - Le principe d'entente préalable des trajets les plus onéreux souffre d'une faible effectivité du contrôle médical
 - Refonte des critères permettant un meilleur ciblage
 - Mise en place d'outils d'aide à la décision pour permettre une application systématique du principe de l'établissement adapté le plus proche.

- A terme, **la prescription en ligne**, expérimentée par la CNAMTS, facilitera le respect des règles de prescription → à encourager via une ROSP ciblée ?

Mieux contrôler et lutter contre la fraude : passer d'une logique de contrôle *a posteriori* à une logique de contrôle *a priori* et en temps réel

IGF - IGAS - IGA

- **Des outils de ciblage du contrôle *a priori*** existent et doivent être mobilisés plus systématiquement par les CPAM. A moyens constants, une généralisation de l'ordonnancement global explicite pourrait permettre un contrôle approfondi des factures ciblées.
- **Le contrôle *a priori*** pourrait reposer sur des outils plus performants
 - Amélioration des normes de télétransmission des factures et interconnexion avec le RNT.
 - Achat d'un distancier national afin d'automatiser le contrôle des distances facturées
 - A terme, dématérialisation des pièces justificatives (SEFI), de la prescription (PELI) et développement de la géo-localisation permettront un contrôle en temps réel.
- **Le contrôle contentieux pourrait voir son rendement accru**
 - Par l'amélioration des outils de ciblage (généralisation de l'application CACTUS)
 - Par des ajustements du cadre réglementaire destinés à renforcer l'efficacité des suites contentieuses.

Liste des recommandations de la mission

La convergence tarifaire

Recommandation N°1. Assurer, à terme, la convergence tarifaire entre taxis et VSL.

Recommandation N°2. Mettre en place des dispositifs de traçabilité et de transmission dématérialisée et numérisée des données relatives aux trajets et à la facturation, notamment les points et horaires de départ du véhicule et de déclenchement du compteur, ceux de la prise en charge du patient, de sa dépose, de l'arrêt du compteur, et incluant les distances, la durée, la facturation et l'identité des véhicules et des conducteurs.

Recommandation N°3. Etablir, pour les VSL et les taxis, des tarifications au forfait communes pour les transports à l'intérieur des agglomérations et étudier les conditions d'extension de ce principe à d'autres situations (par exemple : ville-centre au centre hospitalier de rattachement ou de soin, lorsque ce dernier est situé en-dehors de l'agglomération de résidence du patient).

La régulation de l'offre et de ses volumes

Recommandation N°4. Unifier les définitions du transport sanitaire ou du transport de patients dans le code de la santé publique et dans celui de la sécurité sociale.

Recommandation N°5. Modifier l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports pour distinguer les cas de recours au VSL ou au taxi selon l'état du patient et mettre en conformité des formulaires administratifs concernés (prescription médicale, formulaire des transporteurs...).

Recommandation N°6. Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transportera, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie.

Recommandation N°7. Rappeler aux directeurs généraux d'ARS de s'assurer du plein respect des dispositions de l'article 7 du décret du 27 mai 2013, à l'occasion des demandes de cession d'autorisations de mise en service qui leurs sont soumises pour accord.

Liste des recommandations de la mission

La régulation de l'offre et de ses volumes

Recommandation N°8. Fixer une durée aux agréments et aux autorisations de mise en service des véhicules de transports sanitaires. A l'instar des conventions conclues avec les taxis, la durée des agréments pourrait être limitée à cinq ans et celle des autorisations administratives ne pourrait avoir, comme date-butoir, une date qui excéderait la date d'expiration de l'agrément auquel elle est adossée

Recommandation N°9. Examiner la possibilité d'assurer l'incessibilité des agréments et autorisations de mise en service

Recommandation N°10. S'assurer de la révision effective, tous les cinq ans, des arrêtés fixant ou révisant les quotas départementaux de véhicules de transports sanitaires.

Recommandation N°11. Assurer dans un délai de cinq ans, le respect, par chacune des ARS, des quotas de véhicules de transports sanitaires fixés.

Recommandation N°12. Revisiter les rôles respectifs des ARS et des CPAM, en confiant aux premières des fonctions stratégiques et de garants et en confiant aux secondes les instruments de pilotage opérationnel (plafonds, agréments, autorisations).

Recommandation N°13. Assurer, dans les mêmes conditions que pour les ambulances et les VSL, une régulation de l'offre de taxis conventionnés, aux fins d'assurer une cohérence globale dans la régulation de l'offre de véhicules de transports sanitaires et de transports assis professionnalisés.

Recommandation N°14. Prendre, dans les meilleurs délais, le décret d'application de l'article 65 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 afin d'autoriser les directeurs des ARS à continger le nombre de taxis conventionnés sur la base d'un examen global du besoin du territoire concerné en matière de transport sanitaire et de TAP

Recommandation N°15. Attacher le conventionnement à l'exploitant du taxi et non à l'autorisation de stationnement (ADS), afin d'assurer la non-cessibilité du conventionnement

Liste des recommandations de la mission

Le pilotage de la demande

Recommandation N°16. Annoncer que les dépenses prescrites par les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe Soins de ville de l'assurance maladie leur seront transférées sous forme d'enveloppe fermée au 1er janvier 2019.

Recommandation N°17. Dimensionner l'enveloppe transférée sur la base de montants de dépenses de transport sanitaire par type de pathologie, définis forfaitairement au niveau national, et appliqués en tenant compte de l'activité de chacun des établissements.

Recommandation N°18. Expérimenter l'ouverture des plateformes aux professionnels de santé libéraux du territoire et intégrer cet objectif dans le développement du projet de prescription en ligne PELI.

Recommandation N°19. Elaborer un référentiel national pour la conception et le fonctionnement des plateformes de régulation de la commande de transports.

Recommandation N°20. Proposer un CAQES doté d'un volet « Transports » à l'ensemble des établissements de santé.

Recommandation N°21. Inciter plus fortement les établissements à conclure un contrat tripartite, par exemple, via un mécanisme de pénalisation automatique des établissements non signataires lorsque leurs prescriptions de transport sont excessives ou trop dynamiques.

Recommandation N°22. Intégrer dans le CPOM des établissements de santé un indicateur relatif au montant de ses prescriptions de transports.

Recommandation N°23. Centrer le contenu des CAQES sur la réalisation d'un plan d'action, qui contiendrait obligatoirement le déploiement, l'amélioration ou le recours à une plateforme de centralisation de la commande de transports.

Recommandation N°24. Abonder le Fonds d'Intervention Régional pour permettre le versement d'aides fléchées dédiées (1,6 Millions d'Euros par an).

Recommandation N°25. Prévoir explicitement une échelle de sanctions adossée à des indicateurs de réalisation au sein du plan d'action du CAQES.

Liste des recommandations de la mission

Recommandation N°26. Nommer au sein de la DGOS un chef de projet national responsable de coordonner la mise en œuvre des CAQES et de préparer le transfert d'enveloppe aux établissements de santé.

Recommandation N°27. Conformément à la loi, imposer l'usage de l'identification du prescripteur

Recommandation N°28. Actualiser le référentiel de prescription en fonction des spécificités de la situation médicale du patient et en distinguant taxi et VSL et refondre, en veillant à son ergonomie, le formulaire CERFA associé, en proposant en premier lieu les modes de transport les moins coûteux.

Recommandation N°29. Refuser systématiquement la prise en charge des trajets antérieurs à la prescription médicale correspondante, sauf urgence.

Recommandation N°30. Mettre fin au principe du libre choix, par le patient, de l'entreprise qui le transporte, dès lors qu'il y a prescription médicale préalable et prise en charge par l'assurance maladie

Recommandation N°31. Promouvoir les transports partagés auprès des patients, prescripteurs, transporteurs sanitaires et exploitants de taxis et valoriser, à hauteur de 5 à 10%, le tarif applicable aux taxis dès lors qu'ils transportent simultanément plusieurs patients et que le véhicule peut être géo-localisé.

Recommandation N°31. Evaluer les effets de la carte de transports assis sur la structure des prescriptions.

Recommandation N°32. Evaluer les impacts des démarches de promotion du véhicule personnel et des transports en commun avant une éventuelle promotion et généralisation.

Recommandation N°33. Organiser la capitalisation des outils et des retours d'expérience sur les pratiques de sensibilisation mises en place par les organismes locaux d'assurance maladie et généraliser la conduite par les CPAM de campagnes coordonnées de sensibilisation à destination des prescripteurs, des transporteurs et des assurés

Recommandation N°34. Assouplir les conditions de mise en œuvre de la procédure MSO/ MSAP afin de faciliter sa mise en œuvre et laisser les CPAM décider, dans le respect du cadre législatif et réglementaire, de l'opportunité du recours à cet outil ainsi que de ses critères de ciblage.

Liste des recommandations de la mission

Recommandation N°35. Réviser les critères de l'entente préalable notamment pour assurer un contrôle *a priori* des prescriptions générant les dépenses les plus lourdes.

Recommandation N°36. Mettre en place des référentiels locaux identifiant les modalités d'application du principe de l'établissement adapté le plus proche.

Recommandation N°37. Accélérer le déploiement de la prescription en ligne, si possible intégrée aux logiciels métier des médecins, permettre son interconnexion avec les logiciels des plateformes de centralisation et développer en son sein un module d'aide à la prescription de transports sanitaires, élaboré sur la base du référentiel de 2006 révisé.

Recommandation N°38. Mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires

L'amélioration des contrôles et de la lutte contre la fraude

Recommandation N° 39. Engager la généralisation progressive de l'ordonnancement global explicite pour dégager les moyens d'un contrôle des factures approfondi et ciblé sur la base de critères définis par les CPAM.

Recommandation N°40. Mettre à jour rapidement la norme de télétransmission applicable à la facturation des taxis.

Recommandation N°41. Garantir l'interconnexion entre les données de facturation télétransmises et le registre national des transporteurs (RNT).

Recommandation N°42. Procéder à l'achat d'un distancier national et à son intégration à l'application IRIS.

Liste des recommandations de la mission

Recommandation N°43. Augmenter progressivement le nombre de factures à contrôler par les CPAM dans le cadre des contrôles contentieux et laisser les CPAM une plus grande marge de manœuvre pour cibler elles-mêmes les sociétés à contrôler.

Recommandation N°44. Généraliser l'application CACTUS à l'ensemble des CPAM.

Recommandation N°45. Mettre en place une procédure d'immobilisation des véhicules en cas de dé-conventionnement par l'assurance maladie.

Recommandation N°46. Systématiser l'échange d'information entre instances paritaires chargées de la discipline sur un même territoire.

Tableau récapitulatif des économies de dépenses proposées

Récapitulation des économies proposées et de leur phasage

Economies proposées	2016		2017		2018		2019		Total	Total hors mesures non recommandées	Cumul années ultérieures
	Mesure sur l'exercice	Cumul de la mesure sur la base	Mesure sur l'exercice	Cumul de la mesure sur la base	Mesure sur l'exercice	Cumul de la mesure sur la base	Mesure sur l'exercice	Cumul de la mesure sur la base			
Convergence tarifaire	Mesure sur l'exercice		30	30	30	30	30	30	90	90	210
	Cumul de la mesure sur la base		30	30	60	60	90	90	180	180	840
Régulation du pilotage de l'offre et de ses volumes	Mesure sur l'exercice		40	40	0	40	0	40	40	40	0
	Cumul de la mesure sur la base		40	40	40	40	40	40	120	120	0
Re-médicaliser la prescription dont responsabilisation médecine de ville	Mesure sur l'exercice		60	60	25	25	25	25	110	110	0
	Cumul de la mesure sur la base		60	60	85	85	110	110	255	255	0
	Mesure sur l'exercice		25	25	0	25	0	25	25	25	0
	Cumul de la mesure sur la base		25	25	25	25	25	25	75	75	0
Centraliser la commande dans les établissements de soins	Mesure sur l'exercice		20	20	10	10	50	80	80	80	0
	Cumul de la mesure sur la base		20	20	30	30	80	130	130	130	0
Responsabilisation des établissements de soins - plus grande efficacité contractuelle	Mesure sur l'exercice		5	5	5	5	5	15	15	15	0
	Cumul de la mesure sur la base		5	5	10	10	15	30	30	30	0
Responsabilisation des établissements de soins - transfert d'enveloppe	Mesure sur l'exercice						320	320	320	320	320
	Cumul de la mesure sur la base						320	320	320	320	640
Taux de prise en charge - Hausse du ticket modérateur	Mesure sur l'exercice		27	27	0	27	0	27	27	27	0
	Cumul de la mesure sur la base		27	27	27	27	27	81	81	81	0
Taux de prise en charge - Hausse de la franchise	Mesure sur l'exercice		20	20	0	20	0	20	20	20	0
	Cumul de la mesure sur la base		20	20	20	20	20	60	60	60	0
Renforcer les outils de la lutte contre la fraude	Mesure sur l'exercice		1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	4,5	4,5	4,5	30
	Cumul de la mesure sur la base		1,5	1,5	3	3	4,5	9	9	9	30
Total	Mesures de l'exercice		204	157	72	72	432	707	660	660	560
	Mesures de l'exercice hors mesures non recommandées			157	72	72	432	660	660	660	560
	Cumul des mesures sur la base		204	204	275	275	707	1185	1044	1044	870
	Cumul des mesures sur la base hors mesures non recommandées		157	157	228	228	660	1044	1044	1044	870

Liste des participants



photo

Thierry WAHL,
Inspecteur général des finances



photo

Pierre LESTEVEN,
Conseiller général des
établissements de santé

photo

Paul-Emmanuel GRIMONPREZ,
Inspecteur de l'administration



photo

Eve ROBERT,
Inspectrice des affaires sociales

Contacts

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

thierry.wahl@igf.finances.gouv.fr



pierre.lesteven@igas.gouv.fr, eve.robert@igas.gouv.fr



paul-emmanuel.grimonprez@iga.interieur.gouv.fr

L'ensemble des revues de dépenses est disponible sur :
www.performance-publique.budget.gouv.fr/