

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé



**Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections,
pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :**

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager
dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur
performance,

DIAGNOSTIQUER ET COMPARER leurs performances, afin de bénéficier
d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs
pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques
organisationnelles.



Résumé

Le transport sanitaire est l'une des 10 priorités du plan de gestion du risque d'Assurance maladie. La connaissance et l'anticipation des impacts de réorganisation de l'offre sur le secteur des transports constituent un enjeu organisationnel et financier important pour les établissements de santé mais également pour les Agences régionales de santé (ARS).

L'ANAP a lancé dès 2011 un projet avec 7 établissements de santé, en partenariat avec les ARS Champagne-Ardenne et Île-de-France, pour les aider à optimiser la fonction transports sanitaires non-urgents en menant notamment des réflexions sur la centralisation des demandes de transports et les mécanismes favorisant une meilleure maîtrise de l'évolution des coûts.

Ce document tire les grands enseignements de ce projet afin de permettre à l'ensemble des établissements de santé de s'approprier la démarche, les outils et les retours d'expérience des équipes accompagnées.

L'ensemble des étapes nécessaires à la réussite d'une telle opération est décrit : comment légitimer le projet par une lettre de mission, constituer une équipe projet, concevoir le dispositif et piloter en mode projet, diagnostiquer son processus de transports sanitaires, élaborer et mettre en œuvre des actions, et enfin comment évaluer les résultats ?

Le document répond enfin aux questions les plus fréquemment posées en matière de réglementation.

Mots-clés

Transports sanitaires, gestion de risque, Véhicule sanitaire léger (VSL), ambulance, taxi

Summary

Medical transportation is one of the 10 priorities of the risk management plan of the French state health insurance scheme. It is essential that French health care facilities and Regional Health Agencies (ARS) are aware of and can anticipate the impacts of the service offer reorganisation in the medical transportation sector, as it constitutes a major organisational and financial issue for both the ARSs and French health care facilities alike.

In 2011, the ANAP initiated a project with 7 health care facilities in partnership with the Champagne-Ardenne and Île-de-France ARSs, to help them optimise non-emergency medical transportation services, in particular by leading discussions on centralising transportation requests and mechanisms to promote better cost-control.

This document draws key lessons from this project, and gives all health care facilities the opportunity to acquire this approach, the tools as well as feedback from the teams lent support. The procedure described includes all phases necessary for such a plan to succeed, in particular how to: legitimise the project with a letter of engagement, build a project team, design the system and manage it in project mode, diagnose the medical transportation process, develop and implement actions, and lastly, evaluate performance.

This document also answers the most frequently asked questions about regulations.

Keywords

Transport, Risk management, Patient transport ambulance, Taxi

Contacts :

Jamel MAHCER, ANAP, jamel.mahcer@anap.fr

Aude SCHINDLER, ANAP, aude.schindler@anap.fr

Sommaire

INTRODUCTION	5	4. GLOSSAIRE	48
GRANDS ENSEIGNEMENTS	6	5. ANNEXES	49
1. LES CLÉS DE LECTURE EN MATIÈRE DE TRANSPORT SANITAIRE	9	6. REMERCIEMENTS	57
2. DÉMARCHE OPERATIONNELLE	11		
LÉGITIMER LE PROJET PAR UNE LETTRE DE MISSION	11		
CONSTITUER UNE ÉQUIPE PROJET	11		
CONCEVOIR LE DISPOSITIF DE PILOTAGE ET PILOTER EN « MODE PROJET »	13		
DIAGNOSTIQUER LE PROCESSUS DE « TRANSPORTS SANITAIRES » EN UTILISANT L'OUTIL QUICKEVAL 2.0	15		
ÉLABORER LES PLANS D'ACTION	22		
METTRE EN ŒUVRE LES PLANS D'ACTION	23		
ÉVALUER LES RÉSULTATS	39		
3. QUESTIONS/RÉPONSES EN MATIÈRE DE RÉGLEMENTATION	41		
TRANSPORTS SANITAIRES	41		
PRESCRIRE UN TRANSPORT	43		
PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS PAR L'ASSURANCE MALADIE	45		
OÙ TROUVER L'INFORMATION ?	47		

Introduction

Depuis mi-2010, le transport sanitaire est l'une des 10 priorités du plan de gestion du risque d'Assurance maladie. L'évolution des modes de prise en charge dans les établissements de santé ainsi que le regroupement des plateaux techniques contribuent à renforcer l'attention portée à cette fonction.

Dans les établissements de santé, la thématique « transports sanitaires non-urgents » a longtemps été considérée et traitée comme une fonction logistique classique.

Les démarches visant à l'amélioration des prescriptions et de l'organisation doivent contribuer à faire évoluer cette approche vers une logique médico-économique plus globale.

L'inscription de la thématique Transports sanitaires au programme de travail de l'ANAP en 2011 répondait ainsi à plusieurs enjeux.

...✚ Contribuer à l'amélioration de la réponse aux usagers nécessitant le recours à un transport, et améliorer les conditions de travail des professionnels en établissement de santé. Il s'agit en effet de conduire un projet visant, pour les professionnels des services, à faciliter et améliorer la sortie, le transfert ainsi que le retour à domicile des patients ;

...✚ Participer à une meilleure gestion des dépenses de transports sanitaires au travers d'une approche médico-économique structurée. Les établissements doivent être mieux à même de gérer la dynamique de la dépense dans un contexte d'évolution du besoin et de l'offre de santé en cohérence avec le programme de gestion du risque d'Assurance maladie.

La connaissance et l'anticipation des impacts de réorganisation de l'offre sur le secteur des transports constituent un enjeu organisationnel et financier important pour les établissements de santé mais également pour les ARS.

Dans ce contexte, 3 projets ont été lancés par l'ANAP en 2011.

...✚ Un projet à destination des établissements de santé axé sur l'optimisation de l'organisation de la fonction transports sanitaires non-urgents et la maîtrise de l'évolution des coûts de transports sanitaires.

Il a été conduit avec la collaboration d'un territoire à dominante rurale ou semi-rurale en Champagne-Ardenne (4 établissements) et d'un territoire à dominante urbaine avec l'Île-de-France (3 établissements). Il couvre le transport de personnes, pour l'ensemble des types de transports terrestres non-urgents (véhicule personnel, ambulance, VSL ou taxi) ainsi que les transports sanitaires prescrits par les praticiens de l'établissement, qu'ils soient à la charge de celui-ci (intersite, transferts...) ou à la charge de l'enveloppe de ville de l'Assurance maladie.

...✚ Un projet à destination des ARS axé sur une approche territoriale et contribuant aux réflexions sur la planification et l'organisation de l'offre de transports sanitaires sur les territoires.

...✚ Un projet à vocation nationale, permettant de mettre en avant des propositions d'éléments stratégiques issus des retours d'expérience sur ces 2 volets.

La présente publication porte sur le premier projet permettant ainsi à l'ensemble des établissements de santé de s'approprier la démarche, les outils et les retours d'expérience de 7 établissements de santé aux profils diversifiés.

Grands enseignements

La thématique des transports sanitaires en établissement de santé est assez large et renvoie de manière hétérogène selon les professionnels interrogés à une question d'ordre strictement logistique voire essentiellement financière.

Le fait d'aborder cette question sous l'angle plus large de l'organisation des soins, de la qualité de la prise en charge des patients ne va pas toujours de soi.

Par ailleurs, traiter le transport sanitaire de cette manière ne doit pas avoir pour conséquence de voir se désengager les professionnels traitant des questions logistiques et financières (service interne de transports, services économiques, services des finances).

LA NÉCESSITÉ DE LÉGITIMER LE LANCEMENT D'UN TEL PROJET

L'amélioration de la chaîne du transport du patient dépend de l'implication de tous les métiers. De ce fait, la légitimité du projet doit être impulsée par la Direction de l'établissement via notamment une lettre de mission favorisant ainsi la mobilisation de l'ensemble des acteurs sollicités.

Les établissements pilotes engagés dans le projet conduit par l'ANAP, étaient très différents les uns des autres.

❖ Les objectifs de chacun, les organisations mises en place et les modalités de recours aux sociétés de transports mis en exergue lors du diagnostic ont confirmé la grande hétérogénéité des situations.

❖ L'élaboration d'un diagnostic personnalisé et partagé constitue une première étape incontournable et indispensable à la mise en œuvre de plans d'action d'amélioration.

❖ Les outils et analyses proposés doivent être adaptés au contexte local et à la maturité des acteurs.

Si la démarche opérationnelle proposée ou l'outil de diagnostic peuvent être communs avec des méthodes de conduite de projet, il est toutefois nécessaire que les actions à mettre en place soient adaptées à chaque établissement en fonction des priorités qui sont les siennes.

Cette démarche doit également s'accompagner d'une **importante communication interne**, du ciblage de **services pilotes**, et de la désignation d'un chef de projet et d'un référent transport.

LE BÉNÉFICE DE LA CENTRALISATION DES DEMANDES DE TRANSPORTS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Dès lors que le diagnostic est réalisé et le corpus de règles partagé, chaque établissement est en mesure de mettre en place un plan d'action qui doit permettre d'améliorer l'organisation du transport des patients depuis son arrivée jusqu'à son départ du service.

Il paraît important de privilégier la recherche de centralisation de la gestion des demandes de transports pour qu'un acteur précis soit responsabilisé sur la qualité de ce processus.

Les établissements engagés dans cette expérimentation ont ainsi pu faire divers choix :

- ❖ maintenir une gestion des demandes de transports au niveau de chaque service ;
- ❖ conserver un lien décentralisé avec les sociétés de transports ;
- ❖ centraliser seulement une partie du processus (via le bureau des entrées par exemple), ;
- ❖ confier directement à une société de transport l'organisation des transports mettant ainsi en place une gestion centralisée mais externalisée.

Il ressort de ces travaux que la centralisation de la fonction constitue toutefois une cible ambitieuse qui nécessite dans une étape intermédiaire que l'ensemble des services soient mobilisés pour « bien faire » de manière décentralisée.

L'INTÉRÊT DE LA COLLABORATION ENTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, ARS ET CPAM

Le partage et la mise en œuvre de procédures communes efficaces a constitué un axe d'amélioration pour la plupart des établissements engagés.

Il est important de souligner qu'une des conditions de réussite identifiées réside dans la **qualité du dialogue entre l'établissement et la Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM)**. **L'implication de la caisse primaire est un levier fort** pour avoir une lecture commune des règles, impliquer la communauté médicale et sensibiliser les patients.

Même si chaque établissement peut améliorer son organisation, ses pratiques au bénéfice des patients dans une logique de bonne utilisation des crédits d'Assurance maladie, il reste toutefois dépendant de l'offre de transport disponible sur son territoire, des pratiques des professionnels du transport sanitaire sur lesquelles il ne peut agir. Ainsi, la mobilisation de la caisse primaire d'Assurance maladie et de l'agence régionale de santé permet d'impulser et de responsabiliser l'ensemble des opérateurs impliqués dans la chaîne du transport.

La circulation de l'information, les résultats des indicateurs quantitatifs et qualitatifs produits ainsi que leur communication par l'établissement sont autant d'outils de dialogue pour les financeurs et les régulateurs garants de la qualité de l'offre de santé.

L'accompagnement des établissements sur le terrain par les CPAM a eu un fort impact sur les relations établissement/CPAM mais également sur la mise à disposition d'informations tant réglementaires que pour l'amélioration de la communication auprès des équipes et des patients.

LE MAINTIEN DE LA DYNAMIQUE PAR UNE ÉVALUATION RÉGULIÈRE

Une communication annuelle auprès des équipes qui se seront investies dans la démarche mais également en CME peut permettre une évaluation à intervalles réguliers de l'évolution des coûts et démontrer que leur maîtrise est assurée par l'établissement.

Ceci dans le but de garantir une facilité d'interaction entre les acteurs internes à l'établissement et les référents au sein de l'ARS et de la CPAM, ainsi qu'une adhésion de l'ensemble des acteurs concernés dans la maîtrise des coûts et des actions mises en place à cet effet.

La démarche a permis aux établissements d'avoir une vision objective de l'état de leurs dépenses concernant les transports sanitaires et de pouvoir éventuellement envisager de nouvelles

organisations ou de nouveaux processus pour une maîtrise de l'évolution des coûts des transports.

LE BESOIN D'APPRÉHENDER LA COMPLEXITÉ RÉGLEMENTAIRE

L'un des importants enseignements du projet porte sur la **complexité des règles de droit et la diversité des interprétations locales** de celles-ci tant de la part des établissements, des caisses primaires d'Assurance maladie ou encore des agences régionales de santé.

Ce constat a conduit à s'arrêter sur ces questions pour envisager des actions qui respectent les contraintes de chacun.

Il est en effet indispensable de s'accorder en amont sur les règles de prise en charge sur la ville ou le budget de l'établissement des transports de patients pour bien cibler les actions, informer les patients et les professionnels, éviter les recours ou les contrôles aux conséquences parfois importantes pour les établissements.

Pour exemple, les règles relatives à la prise en charge des transports des patients en HAD, à l'arrivée ou au départ des services d'urgences, ou encore pour les patients se présentant sans ordonnance, sont souvent sources d'incompréhension, de pratiques inadéquates, d'erreurs évitables.

En l'absence de règles claires et partagées, les professionnels de santé se sentent mis en difficulté et contraints à prescrire ou organiser des transports parfois indus.

Enfin les règles n'étant pas identiques pour les établissements privés et les établissements publics, il est également important d'adapter les organisations en fonction des contraintes spécifiques à chacun.

L'IMPORTANCE DE LA TERMINOLOGIE UTILISÉE

De nombreux termes utilisés en matière de transport sanitaire peuvent prêter à ambiguïté quant à leur utilisation.

Une attention toute particulière doit donc être portée à la sémantique lorsque l'on souhaite s'engager dans un tel projet.

❖ La notion de « prescription » est une première clé.

❖ L'utilisation du vocable usuel « bon de transport » par exemple doit être dépassée.

❖ La diversité des modes de transport est également trop peu connue dans la mesure où les supports utilisés sont parfois réducteurs, mentionnant seulement « ambulance », certainement par « raccourci ».



1

LES CLÉS DE LECTURE EN MATIÈRE DE TRANSPORT SANITAIRE

Est considéré comme un transport sanitaire « 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 ».

Ce transport prescrit peut être réalisé en règle générale :

- ... avec son véhicule personnel ;
- ... en transport en commun ;
- ... en ambulance ;
- ... en Véhicule sanitaire léger (VSL) ;
- ... en taxi.

Le coût de ces transports est supporté en tout ou partie par l'établissement de santé ou par l'Assurance maladie sur l'enveloppe « soins de ville ».

Nous utiliserons les acronymes « TAM » (Transport pris en charge par l'Assurance maladie) en cas de prise en charge par l'Assurance maladie et « TES » (Transport pris en charge par l'Établissement de santé) en cas de prise en charge par l'établissement de santé

Les TAM regroupent les transports suivants (sous réserve de prescription médicale) :

- ... les transports liés à une hospitalisation (complète, partielle et ambulatoire) : entrée à l'hôpital, sortie de l'hôpital, transfert définitif vers un autre établissement de santé ;
- ... en rapport avec une Affection de longue durée (ALD) ou des soins continus supérieurs à 6 mois (chimiothérapie, dialyse, radiothérapie) ;
- ... les transports liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- ... les transports en un lieu distant de plus de 150 kilomètres, sous réserve d'une entente préalable ;
- ... les transports en série, lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de 2 mois et pour une distance aller de plus de 50 kilomètres ;
- ... les transferts définitifs interhospitaliers.

Les TES regroupent les transports suivants (sous réserve de prescription médicale) :

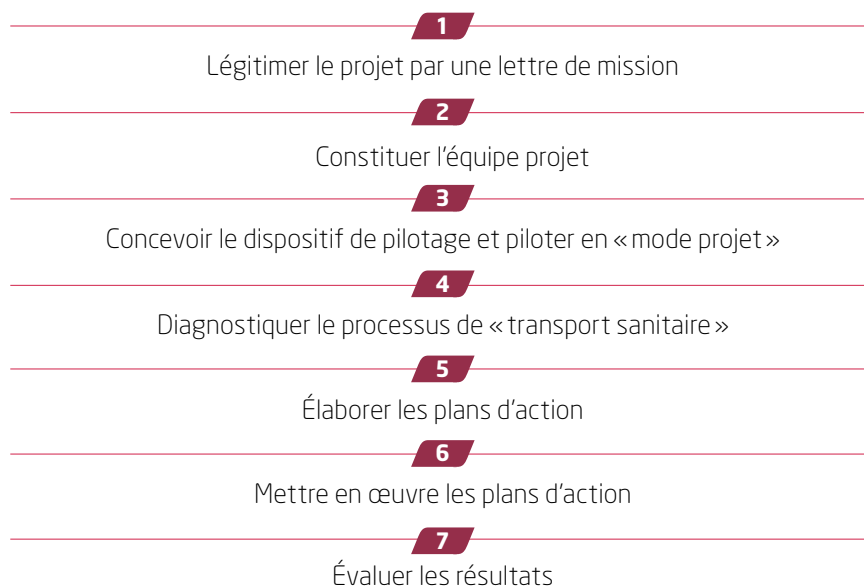
- ❖ dans un établissement plus spécialisé, pour diagnostic ou soins avec un retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures (les transferts provisoires initiés par les établissements privés conventionnés et non-conventionnés – ex OQN - sont à la charge directe de l'Assurance maladie) ;
- ❖ les transferts intrahospitaliers (au sein du même établissement) ;
- ❖ les déplacements médicalisés effectués en SMUR (dans le cadre de l'urgence ou pour le transfert d'un patient non-stabilisé) ;
- ❖ les transports en hélicoptère dans le cadre de l'urgence ;
- ❖ les transports en Véhicule de secours asphyxiés et blessés (VSAB) à la suite d'une carence avérée d'un ambulancier privé.

2

DÉMARCHE OPÉRATIONNELLE

Ce chapitre décrit l'ensemble des phases nécessaires pour mener à bien une telle opération d'amélioration du processus de gestion des transports sanitaires en établissement de santé et de maîtrise d'évolution des coûts associés.

SYNOPTIQUE DE LA DÉMARCHE



LÉGITIMER LE PROJET PAR UNE LETTRE DE MISSION

Le lancement du projet d'amélioration du processus de gestion des transports sanitaires en établissement de santé et de meilleure maîtrise de l'évolution des coûts implique, pour les acteurs en charge de cette mission, de disposer d'une certaine légitimité impulsée par la direction de l'établissement.

En effet, même si l'on considère que le transport sanitaire est un des maillons de la chaîne de soins, il s'avère que cette thématique n'est pas véritablement au centre des préoccupations des différents acteurs de l'établissement de santé.

De ce fait, il est indispensable qu'une lettre de mission soit rédigée et diffusée à l'ensemble des acteurs concernés/impliqués dans le processus.

CONSTITUER UNE ÉQUIPE PROJET

La constitution de l'équipe projet est un élément fondamental favorisant la réussite des actions à mener. Il ne s'agit pas d'impliquer des acteurs non-intéressés, non-disponibles voire réticents à ce type de démarche.

Le rôle et la contribution de chacun des membres du projet devront être formalisés avant le lancement effectif du projet.

SON RÔLE

L'équipe projet aura un rôle majeur dans la réussite du projet, à savoir :

→ contribuer activement à la réalisation du diagnostic et du plan d'action dont la mise en œuvre ne concernera pas d'emblée tous les services de l'établissement ;

→ mobiliser tout au long de la démarche et pour le déploiement au sein de la structure.

En effet, il est préférable d'impliquer quelques services ou pôles en tant que « pilotes » dans l'équipe projet afin dans un premier temps d'impulser la dynamique et de jouer un rôle « d'éclairer ». Cela permettra dans un second temps, la diffusion des outils et actions d'amélioration pour l'ensemble des services de l'établissement.

SA COMPOSITION

Dès le lancement du projet, Il est important qu'un chef de projet soit bien identifié au sein de l'équipe projet et légitimé via une fiche mission transmise par la Direction.

Cette fiche mission précisera les objectifs, le périmètre, la mission, le calendrier et les instances nécessaires à la réussite du projet.

Dès lors, le chef de projet identifie les services pilotes qui participeront activement au diagnostic et au recueil de données et sélectionne 3 ou 4 services selon les critères suivants :

- les plus demandeurs en termes de transports sanitaires ;
- ayant une activité particulière (dialyse, chimiothérapie...).

Ces services seront alors impliqués dans l'équipe projet et participeront à la mise en place des actions.

Dans les 6 établissements pilotes, les services choisis étaient les suivants :

Établissement de santé					
1	2	3	4	5	6
Médecine interne	Chirurgie ortho et traumatologie	Centre d'hémodialyse	Dialyse	Radiothérapie	Médecine B
Urgences	Hospitalisation de jour et de semaine de médecine	Unité de dialyse médicalisée	Neurologie hospitalisations	Hospitalisation complète	Pneumologie
Urgences	Hospitalisation de jour et de semaine de médecine	Unité de dialyse médicalisée	Neurologie hospitalisations	Hospitalisation complète	Pneumologie
Psychiatrie	—	—	—	—	—

L'équipe projet peut être constituée :

- d'un représentant de la Direction ;
- du référent transport (correspondant des équipes de l'Assurance maladie s'il est désigné) ;
- d'un représentant de la communauté médicale ;
- de cadres de santé représentant les services (ou pôles) ciblés.

Enfin, pour garantir le bon déroulé du projet, l'équipe ne doit pas être composée de plus d'une dizaine de personnes. Pour exemple, les compositions des équipes projet durant le projet ANAP étaient les suivantes :

Établissement 1	Établissement 2	Établissement 3	Établissement 4	Établissement 5	Établissement 6
- Directeur adjoint - Responsable de la plate-forme logistique 5 cadres de santé (maternité, urgences, pneumologie, chirurgie, psychiatrie) 1 secrétaire médicale 2 agents d'accueil - Référent établissement CPAM	- Directeur - Directeur adjoint - Urgentiste - Contrôleur de gestion - Cadre de cardiologie - Référente établissement CPAM	- Responsable administratif et financier - Médecin DIM - Responsable secrétariats médicaux pôle consultations - Chef de service de radiothérapie - Directeur des affaires médicales - Responsable du bureau des entrées	- Directeur - Directeur chargé des projets - Directeur des soins - Adjoint des cadres chargé du suivi des marchés avec les sociétés de transport - Responsable du service intérieur - Directeur des achats et de la logistique - Référent établissement CPAM - Coordinatrice des secrétaires - Secrétaire référente	- Directeur - Directeur des soins - Directeur financier - Médecin du service de dialyse - Cadre du service de dialyse	- Directeur - Directeur des projets - Directeur des soins - Responsable qualité (référent transports sanitaires) - Médecin DIM - Cadres des services pilotes

Un des établissements, le CH de Chaumont, a par ailleurs mené le projet en association avec un autre établissement très proche géographiquement : la clinique médico-chirurgicale de Chaumont.

Ce travail a permis un dialogue et un échange d'expériences complémentaires entre les 2 structures sur un sujet ne présentant pas un caractère concurrentiel entre les 2 structures.

CONCEVOIR LE DISPOSITIF DE PILOTAGE ET PILOTER EN « MODE PROJET »

NOTION DE PROJET

Une première définition retenue par l'Organisation mondiale de normalisation selon la norme ISO 10006 (version 2003) et reprise par l'AFNOR sous la norme X50-105 est la suivante :

« Le projet est un processus unique qui consiste en un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, incluant des contraintes de délais, de coûts et de ressources. »

Dans cette première définition, le projet se caractérise par l'aspect intentionnel des choses et de l'objectif à atteindre, qui permet ainsi de structurer méthodiquement une réalité à venir.

L'Association francophone de management de projet (AFITEP) propose une autre définition :

« Le projet est un ensemble d'actions à réaliser avec des ressources données, pour satisfaire un objectif défini, dans le cadre d'une mission précise, et pour la réalisation desquelles on a identifié non seulement un début, mais aussi une fin. »

Les travaux menés sur la thématique Transports sanitaires nécessitent un pilotage en mode projet, confié à un chef de projet clairement identifié qui devra être responsabilisé sur les objectifs à atteindre tant en termes quantitatif, qualitatif que calendaire.

Les actions préalables de mobilisation/constitution d'une équipe projet participent à formaliser la feuille de route pour mener à bien ce projet.

Si le mode projet n'est pas mis en œuvre, il est fort à craindre que la mobilisation des acteurs ainsi que les actions à mettre en œuvre ne se diluent dans le temps.

Les éléments présentés dans cette partie ont vocation à faciliter la démarche de l'établissement de santé souhaitant conduire un projet comparable à celui de l'ANAP.

Les conseils méthodologiques sont à adapter au contexte de l'établissement et constituent un socle pour la mise en œuvre du projet.

Il est important que chaque phase soit ponctuée par des réunions de travail et des points d'étapes afin de conserver une dynamique et d'éviter « l'effet tunnel ».

Ci-dessous, un exemple de la fréquence des réunions et de l'objectif de celles-ci :

Phases	Échéance	Responsable
Lancement et communication		
Réunion de début de projet ... Présentation de la méthodologie et de l'objectif du projet ... Présentation de l'équipe et des services pilotes ... Fixer le calendrier de la démarche pour toutes les réunions suivantes	M0 (mois 0)	Équipe projet
Communication en CME ... Présentation de la méthodologie et de l'objectif du projet ... Information quant aux services pilotes	M0 (mois 0)	Chef de projet + CME
Diagnostic et plan d'action		
Réunion de fin de diagnostic ... Présentation des résultats de l'ensemble des étapes du diagnostic ... Présentation des premières pistes d'amélioration	M0 + 1 mois et demi	Équipe projet
Réalisation du plan d'action : n°1 ... Réflexion autour des actions pouvant être mises en place ... Choix des actions (entre 3 et 6)	M0 + 1 mois et demi	Équipe projet
Réalisation du plan d'action : n°2 ... Détail du plan d'action pour chacune des actions (objectifs, démarche, qui, quand, comment)	M0 + 2 mois	Équipe projet
Mise en œuvre		
Rencontres des différents groupes de travail ... Point d'avancement de l'action ... Travail d'approfondissement de certains points ... Les prochaines étapes et objectifs pour la prochaine rencontre	Tous les mois pendant environ 4 à 6 mois	Équipe projet et groupe de travail
Évaluation		
Réunion de bilan du projet ... Présentation de l'évaluation des actions à 6 mois ou 1 an ... Retour d'expérience des services pilotes	M0 + 12 mois	Équipe projet

DIAGNOSTIQUER LE PROCESSUS DE « TRANSPORTS SANITAIRES » EN UTILISANT L'OUTIL QUICKEVAL 2.0

Outil « QuickEval 2.0 »

L'ANAP s'est appuyée sur les travaux de l'ARS Île-de-France. Cette dernière, en partenariat avec les caisses primaires d'Assurance maladie du territoire, a conduit dès 2009-2010 à une démarche d'appui aux établissements de santé franciliens volontaires qui a donné lieu à la publication d'un outil d'autoévaluation de la fonction Transports sanitaires en établissement « QuickEval » et d'un rapport de *benchmark*.

Dans le cadre des travaux menés par l'ANAP avec les établissements pilotes pour les 2 régions Île-de-France et Champagne-Ardenne, cet outil a été fortement enrichi pour donner lieu à l'outil d'autoévaluation « QuickEval 2.0 ».

Le fruit de ce travail partenarial entre l'ANAP et l'ARS Île-de-France est d'ores et déjà disponible sur les sites Internet des 2 agences depuis le mois de juillet 2012.

OBJECTIFS

Cette phase est très importante et a pour principal objectif de permettre à l'établissement de santé de disposer d'un diagnostic global sur :

- ... l'organisation des transports sanitaires depuis la prescription médicale jusqu'au transport du patient ;
- ... les coûts des transport « générés » par l'établissement, qu'ils soient à sa propre charge ou à la charge de l'Assurance maladie (« enveloppe ville »).

Lors de l'accompagnement des établissements pilotes, ce diagnostic partagé a permis de définir un plan d'action et de consolider les outils existants sur la base de l'ensemble des retours d'expérience.

Pour établir un diagnostic partagé, il est nécessaire de réaliser une analyse détaillée des organisations (processus, ressources, besoins, dysfonctionnements) sur la base des données quantitatives et des informations qualitatives issues d'entretiens auprès des acteurs de terrain.

À l'issue des résultats du diagnostic, le plan d'action est élaboré et priorisé avec les acteurs de terrain afin d'obtenir une validation en comité de pilotage.

Les actions sont ensuite déclinées, la mise en œuvre planifiée, les rôles définis et les indicateurs de suivi identifiés.

PRÉ-REQUIS

La communication : un facteur essentiel

Comme indiqué précédemment, la phase de diagnostic doit nécessairement s'accompagner d'une importante communication au sein de l'établissement en se focalisant sur l'amélioration du circuit de la demande de transport sanitaire, de la prescription à la réalisation de la prestation.

Ceci permettra de mobiliser fortement la communauté médicale ainsi que tous les acteurs intervenant au cours du processus, autant au sein des services (médecins, secrétaires, infirmières...) qu'au niveau logistique et du service économique, voire au bureau des entrées.

Les services pilotes qui auront été ciblés avant le début du diagnostic seront également informés et sensibilisés à la question des transports sanitaires pour favoriser leur mobilisation et leur implication dès le début des discussions.

D'autre part, rappelons que chaque caisse d'Assurance maladie établissement de santé possède un **référént transports sanitaires au sein de la CPAM à laquelle il est rattaché**.

Les référents transports des caisses d'Assurance maladie se déplacent périodiquement dans l'établissement pour participer au conseil d'administration ou à la CME et transmettre des informations. Ils sont à même de renseigner sur les points réglementaires, sur la consommation de transports de votre établissement, sur les moyens de communication disponibles, etc.

PRÉSENTATION SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic se déroule en 4 étapes et repose sur l'utilisation de plusieurs outils.

On distingue une partie quantitative et une partie qualitative.

La partie quantitative est basée sur l'exploitation et la mise en regard de données d'activité et de facturation produites par l'établissement lui-même et des données qui lui sont communiquées par sa caisse primaire d'Assurance maladie de rattachement (pour la consommation de transports payés sur l'enveloppe de ville).

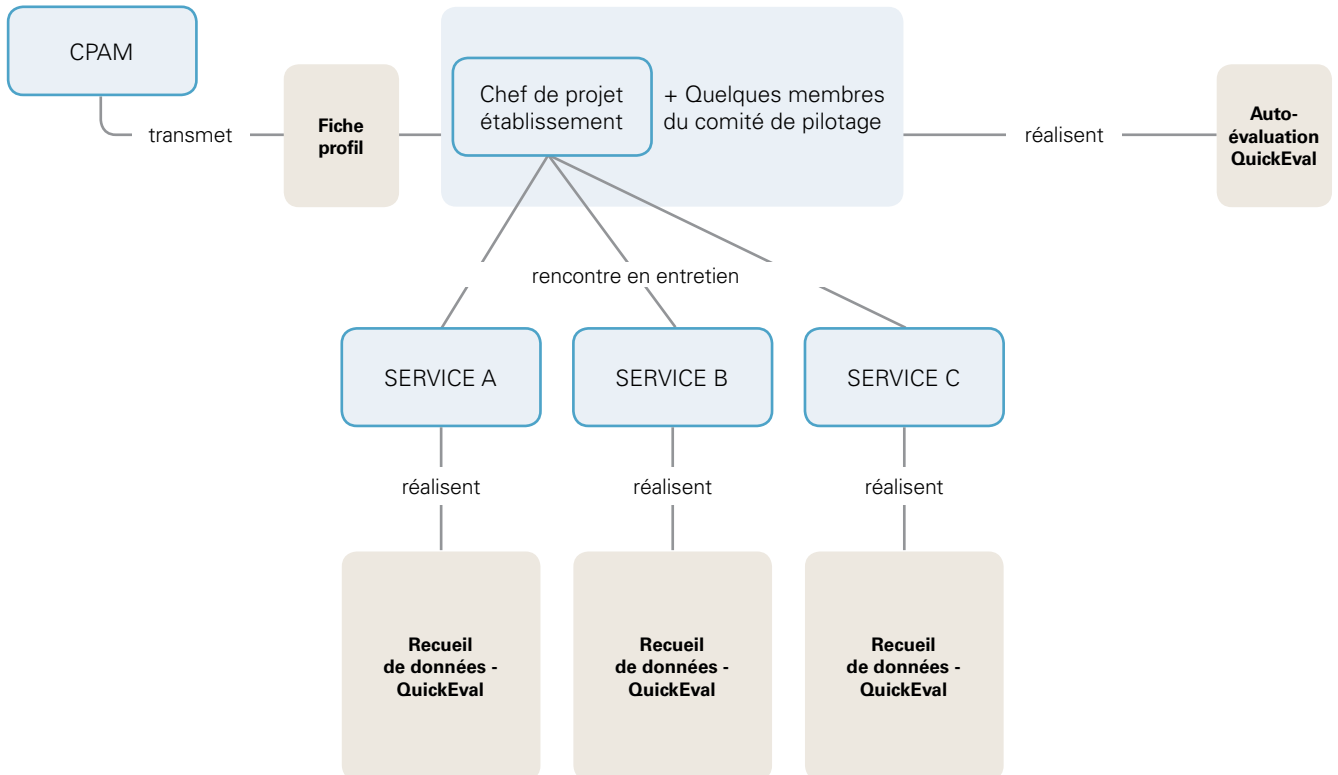
La partie qualitative interroge l'organisation des services mais également la manière dont la problématique du transport est traitée au niveau de l'établissement.

	1	2	3	4
Étapes	❖ Autoévaluation	❖ Diagnostic qualitatif	❖ Diagnostic quantitatif	❖ Diagnostic de l'activité
Outils nécessaires	❖ QuickEval 2.0	❖ Grille d'entretien	❖ Fiche CPAM établissement ❖ Document interne de suivi des TES	❖ Fichier de recueil de données

Diagnostic partagé

À partir de plusieurs sources d'informations, ces 4 étapes permettent d'avoir une vue globale de l'organisation mise en place autour de la fonction Transports sanitaires de l'établissement de santé et de ses impacts en termes de coûts.

Pour établir son diagnostic en interne, il est recommandé de suivre la répartition des tâches suivantes :



Le chef de projet au sein de l'établissement centralise l'ensemble des documents de manière à pouvoir synthétiser le diagnostic et partager en équipe les enseignements tirés de l'exploitation des données et questions.

AUTOÉVALUATION

L'autoévaluation est réalisée à 2 niveaux :

- ...✚ l'établissement ;
- ...✚ les services pilotes.

Leur confrontation permet alors d'objectiver des pratiques et organisations, de localiser d'éventuels problèmes de communication ou de diffusion de l'information, de faire ressurgir les dysfonctionnements voire les méconnaissances en termes de réglementation et d'organisation.

C'est un support d'échange et de dialogue pour la suite.

Au niveau de l'établissement, l'autoévaluation via l'outil **QuickEval 2.0** peut être réalisée pour faire le point :

- ...✚ sur le niveau d'organisation de la fonction globale Transports sanitaires ;

...✚ dans le cadre d'un **sous-groupe de l'équipe-projet**. Il est recommandé que les réponses à l'autoévaluation soient rédigées conjointement entre plusieurs membres du comité de pilotage. En effet, la réponse à certaines questions peut être évidente pour certains et non pour d'autres.

Au niveau du service, l'autoévaluation peut être réalisée de la manière suivante :

...✚ utilisation de l'outil **QuickEval 2.0** – présenté ci-après dans la rubrique « Outils mobilisés ». Cet outil recense un certain nombre de questions qui permettent de faire le point sur le niveau d'organisation de la fonction Transports sanitaires ;

...✚ utilisation dans le cadre d'un groupe : **cadre, médecin, infirmier(ière) et secrétaire** (ou agent d'accueil). Il est recommandé que les réponses à l'autoévaluation soient rédigées conjointement entre plusieurs personnes intervenant dans le circuit de demande des transports sanitaires. En effet, la réponse à certaines questions peut être évidente pour certains et non pour d'autres, chacun n'intervenant pas au même niveau du circuit de demande de transport. Par ailleurs, l'autoévaluation constitue une opportunité pour poser à plat les pratiques du service et échanger sur celles-ci de manière pluriprofessionnelle.

Les axes étudiés via cette autoévaluation sont :

- ...✚ quelques données relatives à l'organisation générale des transports sanitaires ;
- ...✚ le processus (les procédures, les prescriptions, l'appel aux prestataires [transporteurs], la régulation, l'information et la sensibilisation des patients par exemple) ;
- ...✚ le contrôle de la facturation ;
- ...✚ la relation avec les prestataires (transporteurs) choisis par le patient, en contrat ou non avec l'établissement ;
- ...✚ le lien avec la Caisse d'assurance maladie ;
- ...✚ les indicateurs suivis (financiers, d'activités, événements indésirables tels que les retards ou les modifications de type de transport par rapport au type de transport prescrit...) ;
- ...✚ la communication.

DIAGNOSTIC QUALITATIF : ORGANISATION ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Cette étape est réalisée par le chef de projet établissement avec les 3 ou 4 services ou pôles pilotes choisis selon les critères suivants :

- ...✚ les plus demandeurs en termes de transports sanitaires ;
- ...✚ ayant une activité particulière (dialyse, chimiothérapie...) ;

Lors de ses entretiens, il est conseillé qu'il rencontre dans chaque service :

- ...✚ le cadre ;
- ...✚ un(e) infirmier(ière) ;
- ...✚ une secrétaire médicale ou un agent d'accueil ;
- ...✚ un médecin.

En plus de cela, le chef de projet peut rencontrer au sein de l'établissement :

- ...✚ le référent transport ;
- ...✚ les services économiques ;
- ...✚ des transporteurs ;
- ...✚ le bureau des entrées ;
- ...✚ le régulateur, s'il existe ;
- ...✚ la cellule qualité ;
- ...✚ la Direction des soins ;
- ...✚ le responsable de l'équipe interne, s'il y en a une ;
- ...✚ la CPAM du département.

Le chef de projet peut se baser sur les questions de QuickEval pour établir sa grille d'entretien et parcourir chacun des points de l'organisation : de la prescription à la réalisation du transport. La grille du QuickEval permet de mettre en lumière les éventuels dysfonctionnements au niveau du circuit. En complément, pour avoir une vision détaillée de l'organisation concrète dans le service, il peut être nécessaire d'approfondir certains points.

Les questions d'approfondissement posées lors de l'étude ont été les suivantes :

Le processus de demande de transport

Pour chaque type de transport (itératif, retour à domicile, transferts) :

- Qui remplit la prescription médicale de transport ?
- Qui la signe ?
- Qui appelle le transporteur ?
- Qui cette personne appelle-t-elle (existence d'une liste de transporteurs ? Liste pour les transports pris en charge par CPAM et liste pour les transports pris en charge par établissement) ?
- L'anticipation de la sortie du patient est-elle possible ?
- Le transport commandé est-il toujours celui prescrit par le médecin ?

Prise en charge financière des transports sanitaires

- Savez-vous dans quel cas le transport est pris en charge par la CPAM ? par l'établissement ?
- Des indicateurs sont-ils suivis concernant les transports (nombre, coûts, budget, répartition ambulance/VSL/taxi) ?
- Concernant les TES :
 - Quelle est la durée du contrat ?
 - Quels sont les prestataires ?
 - Conditions des prestataires (parc automobile, coûts, réduction proposée sur le tarif de la Sécurité sociale)
 - Créez-vous des statistiques par prestataire (nombre de déplacements, coûts...), et mettez-vous en avant le nombre de transports réalisés hors contrats payés par l'établissement, avec une vue par service ?

Organisation

- Existe-t-il un salon de sorties (lieu où patiente l'ensemble des patients de l'établissement attendant un transport sanitaire) ?
- Lors de la commande des transports, privilégiez-vous les transports partagés ? Si oui, de quelle manière ?
- Existe-t-il une cellule centralisée pour les demandes de transport ? Si oui, la décrire.
- Pour l'appel des transporteurs concernant les TAM :
 - Comment assurez-vous une équité entre chaque transporteur (au prorata du parc automobile, au fil de l'eau, répartition sur la semaine...) ?
 - Sortez-vous du tour de rôle les transporteurs ne jouant pas le jeu (retards, transport envoyé différent du transport prescrit, etc.) ?
- Quels sont les dysfonctionnements principaux ?
- Quelles sont les bonnes pratiques identifiées ?

Équipe dédiée au sein de l'établissement pour les TES (si elle existe)

- Quelle est la composition de l'équipe (véhicule et personnel) ?
- Quel est le coût de l'équipe (ETP* coût d'un ETP à demander à la DRH) ?
- Cette équipe a-t-elle d'autres missions (coursiers, logistiques...) ?
- Malgré cette équipe, l'établissement fait-il tout de même appel à des prestataires extérieurs ? Si oui, comment se fait la répartition entre les courses gérées en interne et les courses gérées par les prestataires ?

DIAGNOSTIC QUANTITATIF : ACTIVITÉS ET COÛTS GÉNÉRÉS

Le diagnostic quantitatif porte sur l'analyse de la consommation de transports sanitaires, qu'ils soient pris en charge par l'établissement ou par l'enveloppe de ville par le biais de la caisse pivot.

Transports pris en charge par l'établissement

Concernant les TES, le suivi du volume et des coûts est à la charge de l'établissement. Si ce suivi est fait en routine, il convient de récupérer cette base de données auprès du responsable transports ou des services économiques, et d'analyser plusieurs indicateurs sur l'année de manière globale et par service :

Indicateurs	Pourquoi l'étudier ? Quel apport ?
La proportion entre VSL/taxi/ambulance	→ Un « 100 % ambulances » peut indiquer un dysfonctionnement à creuser. À garder en tête qu'une ambulance coûte environ 4 fois plus cher qu'un taxi ou qu'un VSL.
La proportion, en coûts, des transports réalisés avec la ou les société(s) en contrat avec l'établissement pour les TES par rapport à ceux réalisés avec d'autres entreprises	→ Un établissement peut avoir contractualisé, via un marché public, avec un transporteur lui permettant en général de bénéficier de remises sur le coût des TES par rapport au coût CPAM. Il est donc censé réaliser la grande majorité de ses TES avec ce transporteur-ci. → Ce ratio permet donc de cibler les services ne respectant pas cette procédure et de calculer le gain envisagé par l'établissement.
Les services les plus demandeurs de transports sanitaires	→ Ceci permet de cibler les services auprès desquels les actions mises en place auront un véritable impact en termes organisationnel et financier.

**Exemple de l'un des établissements pilotes :
les plus gros demandeurs et proportion suivant
les sociétés (en contrat ou hors contrat)**

Services	Total 2010	% du total	% réalisé par les 2 sociétés en contrat
Urgences	34 880 €	25 %	70 %
Pneumo	23 555 €	17 %	99 %
Psy	21 116 €	15 %	100 %
Cardio	20 795 €	15 %	90 %
Maternité	18 999 €	14 %	97 %
Diabéto	17 512 €	13 %	100 %
Total	136 856 €	100 %	

Dans cet exemple, on observe nettement que les urgences ne semblent pas connaître l'obligation de passer par la société en contrat ou ont des difficultés à y faire appel. Étant le plus gros consommateur de transports, il est important qu'une action soit envisagée sur ce service.

S'il n'y a pas de suivi annuel, cette étude peut être réalisée grâce au recueil de données présenté dans la partie « Outils mobilisés » en extrayant seulement les transports pris en charge par l'établissement.

Transports pris en charge par l'enveloppe de ville

Les caisses d'Assurance maladie assurent différentes fonctions pour lesquelles des liens réguliers avec les établissements de santé sont institués : suivi de la facturation/liquidation par exemple, ou encore suivi actions de gestion du risque d'Assurance maladie.

Sur la thématique Transports sanitaires, les équipes en charge du pilotage et du suivi de la gestion des risques sont les interlocuteurs privilégiés de l'établissement.

Le plus souvent un « référent » ou un « conseiller-établissement » de la caisse est chargé des relations avec la structure. Il intervient dans des réunions institutionnelles (CME par exemple) mais également dans les services.

Pour accéder aux informations de diagnostic quantitatif de l'ES, la Direction ou le chef de projet peut se rapprocher du « conseiller » ou « référent » qui assurera le lien avec les services internes de la Caisse pour lui adresser une réponse.

La consommation de TAM est suivie par la caisse d'Assurance maladie qui paie directement le transporteur ou rembourse le patient, ces informations sont globalisées au niveau de la CNAMTS.

L'établissement peut donc demander à son conseiller caisse d'Assurance maladie la « fiche profil » (cf. Annexe n°2 – Exemple anonyme) regroupant divers indicateurs, avec une comparaison régionale, comme :

Indicateurs	Pourquoi l'étudier ? Quel apport ?
Le poids des remboursements par mode de transport	Un « 100 % ambulances » peut indiquer un dysfonctionnement à creuser. À garder en tête qu'une ambulance coûte environ 4 fois plus cher qu'un taxi ou qu'un VSL.
L'évolution par rapport à l'année précédente (en nombre et en coût) suivant les modes de transport et au global	Cette information est l'une des premières que met en lumière l'établissement pour mesurer son progrès. Elle est cependant à mettre en regard avec l'évolution de l'activité (fermeture/ouverture de services notamment). Une baisse globale de l'utilisation des transports est positive. Une baisse de l'utilisation des VSL ne l'est pas forcément, surtout si elle est couplée à une hausse des ambulances.
La répartition globale par mode de transport des sorties d'hospitalisation	Ceci permet de cibler les services auprès desquels les actions mises en place auront un véritable impact en termes organisationnel et financier.
La répartition par DMT et par mode de transport (lorsque la vision par DMT est disponible)	De la même manière que pour les TES, ceci permet d'identifier les plus gros demandeurs ainsi que les services ayant des dysfonctionnements au niveau de la répartition des TAM : « 2 % en taxis conventionnés » est une information à creuser.

Dans le cadre du projet de l'ANAP, les premiers diagnostics quantitatifs partagés entre établissements et caisses primaires ont fait l'objet de beaucoup de débats.

La qualité des chiffrages, le manque de visibilité sur les sources des informations ont été critiqués. Par ailleurs, les données transmises le plus couramment aux établissements ne permettent pas de disposer en routine d'une analyse de la consommation de TAM par service ou pôle.

Un travail spécifique a été conduit pour objectiver les difficultés rencontrées et les lever. Disposer d'un consensus sur le diagnostic est en effet une étape indispensable qu'il ne faut pas négliger pour impliquer les professionnels et partager sur des objectifs d'amélioration financiers.

Les établissements impliqués ont disposé d'un chiffrage de la consommation TAM à un niveau infra-établissement par Discipline médico-taritaire (DMT).

Cela a nécessité de partager la méthodologie permettant de produire cette information entre plusieurs CPAM et d'évaluer la pertinence des résultats obtenus.

Des informations plus précises, notamment quant aux limites de la requête, sont indiquées dans le tableau ci-dessous.

Ainsi :

... un exemple permettant de partager la méthodologie entre les CPAM a été réalisé pour assurer la reproduction et l'homogénéité des éléments de diagnostic à transmettre aux établissements de santé (cf. Annexes) ;

... puis un groupe de travail s'est réuni pour évaluer la méthodologie et l'améliorer.

Ci-dessous une synthèse de ces éléments :

Objectifs	Données CNAMTS	Données locales CPAM
Permettre aux ES de disposer d'un ensemble de données à demander à leur caisse pivot pour leur diagnostic et mettre en forme des livrables types.	Les données SNIIRAM sont transmises par la CNAMTS aux équipes responsables GDR en CPAM. Elles comportent : ... Les fiches profils ES qui donnent une image sur l'année n et permettent de se comparer à l'année n-1. ... Les données brutes qui contiennent les éléments suivants pour chaque ES : - Montant des TAM générés par l'ES, - Répartition par mode de transport, - Nombre de personnes transportées, - Comparaison de l'ES par rapport à la région et par rapport aux moyennes nationales par grande catégorie (CHU [APHP – HCL – APHM], CH, HL, CLCC, CHS, autre). Périmètre des données : tous les patients, tous régimes confondus¹, France entière. Suivi de l'évolution : tableau Excel transmis trimestriellement et annuellement. Travail réalisé par la CPAM 51 : ... Stabilisation de la mise en forme des fiches et d'une notice explicative. ... Identification des limites : - Type de données : Les données consolidées sur le n° FINESS juridique ou les données liquidées² sur le n° FINESS géographique, - La requête n'est réalisable pour le moment que pour les ES publics et les ESPIC, - Pour les ES privés, chaque prescripteur reçoit les informations pour lui-même : les informations du niveau établissement ne peuvent être représentatives dans la mesure où l'activité du professionnel libéral au titre de l'établissement ou d'une activité hors établissement ne peut être distinguée. Les prescriptions seront comptabilisées potentiellement 2 fois (au titre du praticien et de l'établissement) ou partiellement.	Les données produites par la CPAM permettent la comparaison de l'ES au niveau départemental. Elles comportent : ... Le montant des TAM générés par l'ES. ... La répartition par mode de transport. ... Le nombre de personnes transportées. ... La répartition par DMT. Périmètre des données : patients du régime général, département concerné seulement. Travail réalisé par le groupe de travail Identification des limites : ... Les données sont globalisées au niveau de l'ES sans entrer dans un niveau plus fin GHS ou DMT. ... Les données transmises par la CNAMTS sont produites grâce à une requête qui va sélectionner les données au niveau des numéros FINESS juridiques de l'ES. Ainsi, les données globalisées regroupent les dépenses liées aux transports générés par les ESMS gérés par la structure. Les règles applicables étant différentes pour le secteur médico-social, il serait nécessaire de les isoler. ... Il n'est pas possible de transmettre aux ES publics et ESPIC des informations fiables à un niveau plus fin que l'établissement (sauf en passant par un suivi de cohorte de personnes avec un partenariat CPAM mais également par une autorisation de la CNIL). ... La qualité des données infra-établissement (niveau service/DMT) dépend fortement de la pratique de chaque ES en matière de valorisation des séjours. Si l'ES valorise 80 % de ses séjours, l'analyse au niveau DMT a du sens. Même si cette analyse ne peut être généralisée en fonction de l'ES, elle peut donner une indication intéressante.

¹ Tous régimes = RG, SLM, RSI, MSA (hors AMEXA), CRPCEN, CAVIMAC, CNMSS

² Les données liquidées ne concernent que les établissements de l'APHP compte tenu du fait qu'il existe un seul FINESS juridique mais une multitude de sites.

Si l'établissement souhaite réaliser une requête ciblée sur une spécialité (ex. : dialyse), un travail spécifique de requête peut être effectué. Pour l'heure, aucune requête nationale n'est mise en place par la CNAMTS. Les CPAM mettent donc en œuvre, à leur initiative, une méthodologie qui peut être reprise par une autre caisse.

Pour exemple à suivre : la requête de la CPAM 95 sur la dialyse. Elle n'est réalisée que pour les établissements de santé privés commerciaux. La requête est effectuée en ciblant les néphrologues prescripteurs.

DIAGNOSTIC DE L'ACTIVITÉ ET DE L'ORGANISATION

Le diagnostic de l'activité et de l'organisation au niveau des services de soins est posé sur la base d'un recueil de l'activité, sur une semaine donnée, auprès des services pilotes identifiés par le chef de projet.

Dans chaque service pilote, le chef de projet :

- ...✦ identifie la (les) personne(s) qui saisiront l'ensemble des allées et venues en transports sanitaires dans le recueil de données : en général, l'agent d'accueil, la secrétaire ou un infirmier/une infirmière ;

- ...✦ transmet le recueil de données à cette (ces) personne(s) de manière à ce qu'elle(s) puisse(nt) saisir les données.

L'activité peut être répartie selon 3 types de transports différents :

- ...✦ transferts ou retours à domicile (TAM et TES) ;

- ...✦ transports itératifs ;

- ...✦ arrivées en consultations externes.

Le chef de projet peut choisir un ou plusieurs de ces transports à étudier suivant notamment les services pilotes choisis : un service de radiothérapie n'étudiera que les transports itératifs alors qu'un service de pneumologie-oncologie peut tous les étudier.

Pour la saisie, 2 possibilités :

- ...✦ sur papier : 3 onglets sont imprimables suivant les types de transports étudiés (cf. ci-dessus) ;

- ...✦ sur informatique : 3 onglets peuvent être renseignés directement, par la personne identifiée (sans passer par l'outil papier) ou permettre la centralisation des documents papier établis.

Pendant la semaine de recueil, les documents sont complétés en y indiquant l'ensemble des données demandées. À la fin de la semaine, le recueil est envoyé au chef de projet.

Cette méthode peut également être utilisée pour suivre l'évolution de l'activité dans le temps. Lorsque les actions d'amélioration sont mises en place et après plusieurs semaines ou quelques mois, le recueil peut être à nouveau réalisé et les résultats comparés.

Ce document est détaillé en annexe dans la partie « Outils mobilisés ».

ÉLABORER LES PLANS D'ACTION

À partir des résultats issus du diagnostic du processus de transports sanitaires, il s'agit d'identifier et de formaliser les actions pouvant être menées dans les services pilotes voire dans l'établissement.

Le plan d'action est construit et priorisé avec les acteurs de terrain et validé en comité de pilotage établissement (les actions seront déclinées, la mise en œuvre planifiée, les rôles définis, des indicateurs de suivi mis en place).

Chaque action à mettre en œuvre est formalisée via une fiche action (cf. exemple ci-dessous) afin de responsabiliser l'ensemble des acteurs à sa mise en œuvre.

FICHE ACTION						
Intitulé de l'action à mettre en œuvre						
Responsable en charge		Composition de l'équipe mobilisée				
Objectifs		Résultats attendus				
Liste des tâches opérationnelles	Responsable	Charge de travail	Date début	Date fin	Etat avancement	



METTRE EN ŒUVRE LES PLANS D'ACTION

Les actions choisies vont devoir être étudiées, approfondies puis mises en place. Pour cela, l'équipe qui aura été mobilisée pour travailler sur chaque action devra se réunir à intervalles réguliers de manière à réaliser des points d'avancement et à fixer les objectifs à atteindre pour la rencontre suivante, selon la démarche qui aura été établie pour l'action.

Dans le cadre de ce projet, plusieurs actions ont été mises en place dans les établissements et ont été classées selon 2 typologies principales :

- ❖ les actions ayant pour objet principal l'organisation et une action sur le volume de transports sanitaires générés ;
- ❖ les actions ayant principalement pour objectif de diminuer le coût des transports sanitaires générés.

Nous récapitulons dans le tableau ci-dessous l'ensemble des thématiques traitées et les actions associées.

	Agir sur le coût	Agir sur le nombre
Gestion du processus de transport sanitaire	❖ Faciliter les démarches administratives pour les véhicules personnels ❖ Mieux mobiliser l'équipe interne de transport lorsqu'elle existe	❖ Formaliser et homogénéiser le circuit de demande ❖ Analyser le processus d'entrée ❖ Organiser le covoiturage ❖ Diminuer les transports à vide ❖ Regrouper les consultations/examens le même jour ❖ Organiser un hébergement sur place pour le patient
Contrôle de la facturation	❖ Améliorer le processus de suivi des TES et mieux facturer	—
Relations avec les prestataires	❖ Contractualiser sur les TES et assurer le suivi des contrats	—
Collaborations avec les caisses d'Assurance maladie	❖ Imaginer un conventionnement CPAM-ES pour agir sur les TAM ❖ Assurer une plus grande visibilité sur les prestataires du département	—
Communication	❖ Sensibiliser sur les obligations des taxis conventionnés ❖ Sensibiliser sur le bon choix entre VSL et taxi	❖ Sensibiliser les acteurs du processus ❖ Sensibiliser les patients

Nous développons ci-après la majorité de ces actions en capitalisant sur les retours des établissements participants.

THÉMATIQUE 1 : GESTION DU PROCESSUS DE TRANSPORT SANITAIRE

Action 1.1 : faciliter et inciter les patients à recourir à un transport particulier moins coûteux pour l'Assurance maladie (transport en commun ou véhicule personnel)

Constat

Les retours des acteurs du terrain des établissements et de la CPAM ont fait ressortir que le « transport particulier » était trop méconnu des professionnels et des patients, et ce pour 2 raisons principales : la méconnaissance des modes de remboursement et les difficultés pour le patient à se faire rembourser rapidement. Or ce mode de transport, remboursé par l'Assurance maladie (si l'état du patient le justifie), est le plus économique. Les nombreuses plaintes de patients auprès des médecins ont eu également comme effet le changement du mode de transport prescrit en Transport assis professionnalisé (TAP), voire en ambulance.

Objectifs

→ Favoriser l'utilisation du mode de transport « véhicule particulier » afin de limiter les coûts de transports sanitaires.

→ Adapter au mieux le mode de transport à la condition de santé du patient.

Démarche

Dans le cadre du projet, 2 champs d'action ont été privilégiés.

→ Améliorer la compréhension de ce mode de transport et des modalités de remboursement pour le patient via :

- la rédaction d'une procédure,
- une intervention sur le site d'un représentant de la CPAM pour expliquer la procédure et recueillir quelques retours d'expérience ;

→ Faciliter les démarches administratives à effectuer par le patient, en :

- fournissant la fiche d'état de frais au patient avec sa prescription,
- y joignant une note explicative très synthétique.

Ces actions sont d'autant plus efficaces si la CPAM permet d'améliorer la rapidité du remboursement du patient. Par exemple, dans le cadre de sa politique de facilitation du recours au transport particulier, la CPAM de la Marne s'est engagée à traiter de manière prioritaire les remboursements des patients utilisant cette possibilité, d'alléger le nombre de justificatifs à fournir avec chaque demande de remboursement.

Exemple de rédaction de procédure

**MODE D'EMPLOI DE LA
PRESCRIPTION MEDICALE DE TRANSPORT EN COMMUN
OU DU VEHICULE PERSONNEL**

Ce que le fais en tant que prescripteur :

Je complète préalablement à l'évolution de celui-ci, la Prescription Médicale de Transport en indiquant :

- le Nom et Prénom du bénéficiaire
- la situation permettant la prise en charge du transport (hospitalisation entrée-sortie, soins liés à une ALD avec déficience ou incapacité, ou transport lié à un AT/MP)
- le trajet effectué par mon patient ex : domicile → lieu de rendez-vous
- s'il s'agit d'un transport aller, un transport retour, un transport aller-retour ou de transports itératifs et en indiquant le nombre
- si le transport est lié à une condition de prise en charge à 100% (AT/MP, ...)
- le mode de transport (transport en commun ou moyen de transport individuel) et précisé si mon patient nécessite la présence d'une personne accompagnante
- les éléments d'ordre médical qui justifient le déplacement
- la date et ma signature

Afin de simplifier les démarches de mon patient, il m'est recommandé de lui remettre un imprimé « ETAT de FRAIS » réf S 3140b.

Ce que fait mon patient :

- il complète les renseignements administratifs sur la prescription médicale de transport, dans la partie prévue à cet effet
- il complète l'état de frais en indiquant :
 - les renseignements administratifs
 - les conditions de réalisations du (des) transport (une ligne par trajet)
 - le montant de la dépense engagée
 - la date, il signe et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements
- il adresse à sa caisse d'assurance maladie :
 - l'original de la prescription médicale de transport (ou une copie en cas de transports multiples)
 - le formulaire « ETAT DE FRAIS »
 - une photocopie de la carte grise du véhicule
 - les justificatifs des dépenses engagées (péage, tickets de bus...)

Ce que fait l'Assurance Maladie :

Elle procède au remboursement en se basant sur :

- le nombre de kilomètres indiqués sur un site « itinéraire conseillé »
- les tarifs kilométriques figurant sur Améli.fr

En prescrivant ce mode de transport le patient est exonéré de la franchise médicale de 2€ déduite sur chaque trajet en Ambulance, taxi et VSL.

Aperçu de la note explicative

ijg
Institut Jean Godin
Centre de Diagnostic et de Soins

Aide au patient du transport particulier

Le transport particulier, c'est :

- Un remboursement dans les meilleurs délais
- Une exonération de la franchise médicale de 2€

1. Compléter les renseignements administratifs sur la Prescription Médicale de Transport

2. Compléter la feuille « ETAT DE FRAIS » :

1. Les renseignements administratifs
2. Le détail de vos trajets

⇒ Dater et signer

3. Envoyer à votre Caisse d'Assurance Maladie :

1. L'original de la prescription
2. L'original du formulaire « ETAT DE FRAIS »
3. Une photocopie de la carte grise
4. Les justificatifs des dépenses (péages, tickets de bus, etc.)

La caisse d'Assurance Maladie vous remboursera en priorité ! Vous serez remboursé prioritairement dans les meilleurs délais.

Action 1.2 : optimiser l'organisation de l'équipe interne de transports

Constat

Un établissement peut disposer d'une équipe interne de transport pour prendre en charge une partie de ses TES.

Il est possible que la présence des agents de cette équipe ne soit pas optimisée, ce qui peut créer des périodes de sous-activité et de suractivité générant notamment des coûts complémentaires car l'établissement est fait appel à un prestataire extérieur alors que l'équipe interne pourrait être mobilisée.

Objectifs

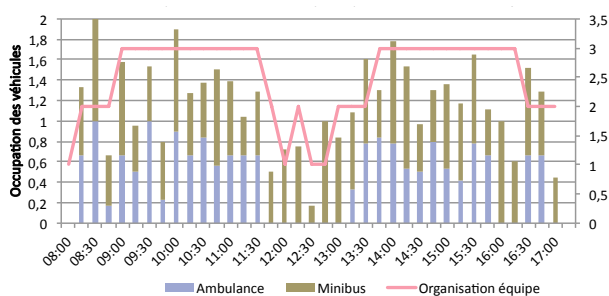
- ❖ Limiter les coûts éventuels induits par l'appel au prestataire extérieur pour des transports à la charge de l'établissement.
- ❖ Optimiser l'utilisation de l'équipe de transport interne.

Démarche

La première étape consiste à étudier l'adéquation ressources/activité entre la présence des agents et les courbes réalisées sur une journée moyenne.

Cette étape peut être réalisée par l'intermédiaire d'un recueil sur une période d'une semaine et d'un traitement adéquat sous tableur.

Occupation du service par quart d'heure de la journée



Cette étude peut faire ressortir des périodes de suractivité (pouvant donner lieu à de la sous-traitance) ou de sous-activité.

Il convient de réunir : le service de transport interne et les secrétaires des services, concernés pour identifier les actions à mettre en œuvre.

À titre d'exemple, 2 pistes peuvent être expertisées.

- ❖ Le partage des plannings et agenda des transports internes avec les secrétaires prenant les rendez-vous de patients. Ce partage peut par exemple être réalisé via Outlook®. Il permet aux secrétaires d'avoir une visibilité sur la disponibilité des équipes à lire au regard des besoins des patients et planning des consultations médicales.

- ❖ L'organisation des transports de manière centralisée : le service convient avec le patient d'une plage horaire, le régulateur organise les différentes courses de manière optimisée, fixe l'heure exacte du transport, informe le service qui fait le lien avec le patient.

Par ailleurs, une modification des horaires des agents de l'équipe interne pourrait être réalisée pour coller au plus près à la réalité de l'activité.

Action 1.3 : formaliser et homogénéiser le circuit de demande

Constat

Au sein de la plupart des établissements impliqués dans le projet de l'ANAP, l'hétérogénéité des pratiques organisationnelles entre services est un constat fort. Formaliser le circuit de la demande de transport et l'homogénéiser doit permettre d'assurer une meilleure cohérence de la réponse aux patients, des relations plus encadrées et plus équilibrées avec les prestataires (transporteurs). Pour les établissements souhaitant s'engager dans la centralisation de la gestion des transports, c'est également une étape indispensable pour faire évoluer l'organisation. Au sein des établissements pilotes impliqués, 2 avaient d'ores et déjà mis en œuvre la centralisation en tout ou partie de l'organisation des transports.

- ❖ Un établissement a mis en place un circuit des demandes de transport qui place au centre du dispositif le « service aux patients » (ou bureau des entrées) qui reçoit les demandes des services et traite chaque demande en assurant le lien avec les transporteurs.

- ❖ Un établissement a mis en place une organisation du transport centralisée et gérée directement par le prestataire extérieur qui assure ce service en plus de la réalisation classique du déplacement.

Objectifs

- ❖ Formaliser les règles du circuit et les partager avec l'ensemble des acteurs.

Démarche

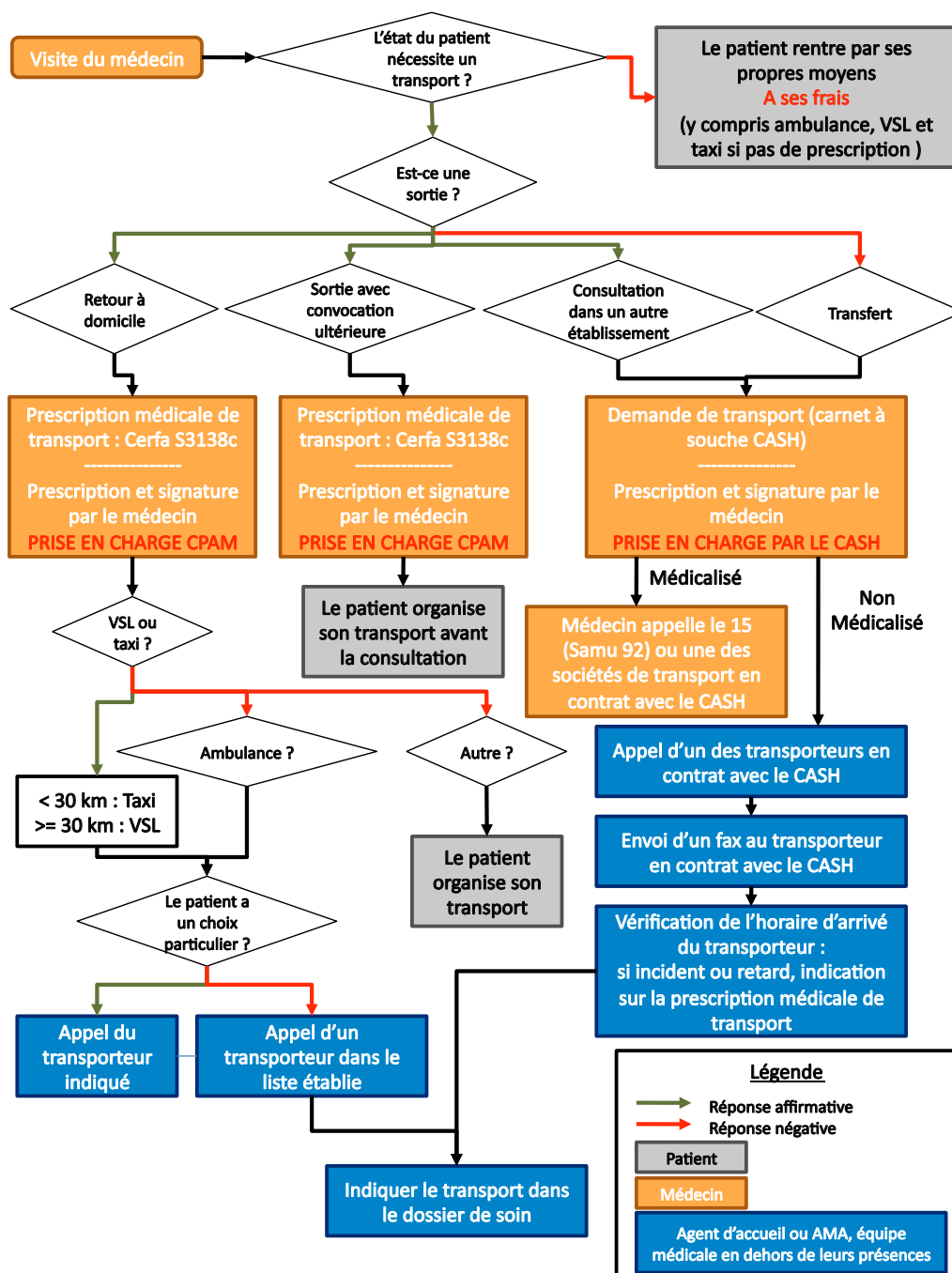
Les principaux constats tirés de l'expérience des établissements pilotes sont les suivants.

- ❖ Les procédures existent souvent mais elles ne sont pas ou peu connues au niveau des services.
- ❖ Un audit des pratiques permet de se rendre compte rapidement de la situation en terme de connaissance et d'application des règles (notamment par l'intermédiaire du QuickEval).
- ❖ La procédure doit donc être formalisée ou mise à jour et surtout diffusée pour que l'impact soit effectif. C'est une condition pour s'engager collectivement dans une action d'amélioration.
- ❖ La règle dite « du tour de rôle » qui s'applique aux établissements est peu connue et son application pose des difficultés.

La procédure peut être rédigée sous la forme d'un logigramme pour en faciliter sa compréhension et permettre aux acteurs de la demande du transport de l'afficher dans le bureau de manière

à y avoir accès rapidement. Les exemples ci-après ne sont que des illustrations de ce qui a pu être réalisé lors du chantier et ne préfigurent en rien d'une organisation optimale.

Exemple de logigramme d'une organisation sans centralisation des demandes

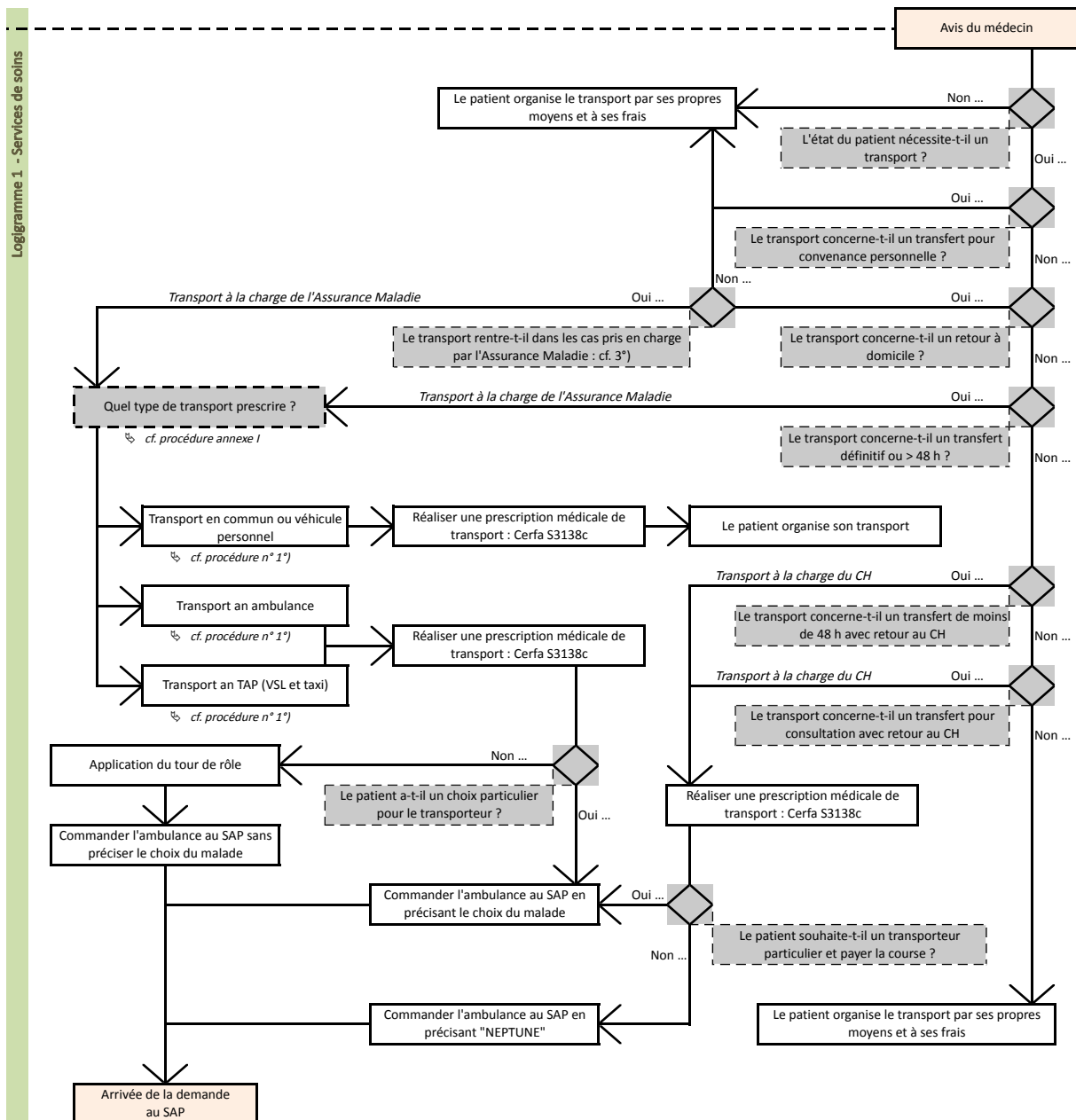


Exemple de logigramme d'une organisation avec centralisation des demandes

Logigramme 1 - Services de soins

```
graph TD; Start([Transport à la charge de l'Assurance Maladie]) --> Decision{Quel type de transport prescrire ?}; Decision --> Option1[Transport en commun ou véhicule personnel]; Decision --> Option2[Transport an ambulance]; Decision --> Option3[Transport an TAP (VSL et taxi)]; Option1 --> Réf1[Réf. cf. procédure n° 1°]; Option2 --> Réf2[Réf. cf. procédure n° 1°]; Option3 --> Réf3[Réf. cf. procédure n° 1°]; Réf1 --> Role[Application du tour de rôle]; Réf2 --> Role; Réf3 --> Role; Role --> Command[Commander l'ambulance au SAP sans préciser le choix du malade]; Command --> Arrival[Arrivée de la demande au SAP];
```

The flowchart illustrates the process for prescribing transport services. It begins with a decision point: "Quel type de transport prescrire ?" (Which type of transport to prescribe?). This decision leads to three options: "Transport en commun ou véhicule personnel" (Public transport or personal vehicle), "Transport an ambulance" (Ambulance transport), and "Transport an TAP (VSL et taxi)" (TAP transport, VSL and taxi). Each option is linked to a reference: "cf. procédure n° 1°". These references lead to the "Application du tour de rôle" (Application of the turn of role) step. From there, the process moves to "Commander l'ambulance au SAP sans préciser le choix du malade" (Order the ambulance from the SAP without specifying the patient's choice). Finally, the process ends at "Arrivée de la demande au SAP" (Arrival of the request at the SAP).



La règle du « tour de rôle »

Pour les transports à la charge de l'établissement, celui-ci a le plus souvent contractualisé avec un ou plusieurs prestataires. Sauf si le patient exprime un choix différent, le recours aux prestataires avec lesquels l'établissement a passé contrat est recherché en priorité. Pour les transports à la charge de l'Assurance maladie, typiquement un retour à domicile, l'établissement n'est pas engagé dans un contrat. Les règles qui s'appliquent alors sont d'une part celle du libre choix du patient, d'autre part, si le patient n'indique pas à quel prestataire il souhaite recourir, celle du « tour de rôle ». Dans ce cas, l'établissement va alors faire appel aux prestataires de manière à garantir une équité entre les sociétés de transport.

Cette notion n'est pas ou est peu connue des services et établissements ; par ailleurs les modalités de mise en œuvre peuvent s'avérer complexes lorsque la gestion des demandes n'est pas centralisée.

Dans le cadre du projet, les éléments de synthèse communiqués aux établissements pour appliquer la règle du tour de rôle ont été les suivants :

1. Le référentiel¹ publié par le ministère de la Santé et des Sports en mai 2010 (3) rappelle les modalités de répartition de l'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 santé concerné et qui formulent la demande de participer à la prise en charge de ces transports prescrit 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. [...] 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). »

Pour l'appel au prestataire, le service centralisé se basera donc sur la liste des entreprises volontaires et selon la clé de répartition établie.

Ce référentiel propose une modalité de mise en œuvre de la répartition assez stricte. Toutefois, l'établissement peut remplir son obligation par une mise en concurrence plus souple.

2. Remplir son obligation de respect de l'équité entre les sociétés de transport

Dans le cas d'une absence de centralisation des demandes, une action peut être menée dans l'établissement pour rendre la répartition plus équitable. En effet, mettre à disposition de l'ensemble des services une liste complète des sociétés (ambulances, VSL et taxis), avec leur lieu d'implantation et leur parc automobile permet de :

- varier les sociétés appelées ;
- limiter le temps passé à chercher une société avec un VSL disponible, par exemple ;
- éventuellement faire correspondre le lieu d'implantation de la société avec la destination du transport (le cas se présente beaucoup par exemple en zone rurale avec les taxis).

Par ailleurs, l'établissement peut rendre publique l'expression de son besoin en matière de transport de patients pris en charge par l'Assurance maladie. Les exigences ne sont en effet pas moindres pour la qualité de prise en charge du patient quand son transport n'est pas payé par l'établissement. Ainsi, par la voie de la publicité des conditions de mise en œuvre de cette prestation, l'établissement va informer les sociétés susceptibles de se porter volontaires pour participer au tour de rôle. Les sociétés peuvent être invitées à faire connaître leur souhait de participation à l'établissement dans un délai encadré ou au fil de l'eau. L'établissement ajustera en fonction les supports d'informations qu'il met à disposition de chaque service de soins et des patients. Enfin, il peut suivre un certain nombre d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour faire un point régulier avec les sociétés concernées, la caisse primaire d'Assurance maladie ou encore l'ARS.

¹ Organisation des transports sanitaires primaires non-urgents, des transferts hospitaliers et du retour à domicile des patients - Référentiel Commun. s.l. : ministère de la Santé et des Sports, mai 2010.

Action 1.4 : analyser le processus d'entrée du patient

Constat

Dans le cadre des diagnostics et dans la majorité des établissements a été notée l'existence de patients entrant dans l'établissement en transport sanitaire et sans prescription médicale préalable. Ces patients demandent souvent par la suite que soit réalisée une prescription « rétroactive » de transport et ce sans forcément que le transport sanitaire ait été légitime.

Ces transports peuvent représenter une marge de manœuvre pour l'établissement, surtout si ceux-ci sont réalisés en ambulance comme cela a pu être constaté sur le terrain. C'est pourquoi une analyse particulière sur ce processus d'entrée est indispensable pour quantifier l'éventuelle économie potentielle.

Objectifs

... Définir si l'entrée des patients en transport sanitaire constitue un potentiel de réduction.

Démarche

Une analyse complémentaire a été réalisée dans plusieurs établissements participants, ciblant certains services particuliers (le plus souvent les consultations externes) en chiffrant sur une période d'environ une semaine le nombre de patients arrivés en transports sanitaires sans prescription de transport et la répartition en terme de mode de transport (ambulance, TAP). Pour chacun de ces patients il a été déterminé par ailleurs si la prescription de transport a été réalisée *a posteriori* à la demande du patient et si celui-ci était légitime ou non.

Cette analyse complémentaire peut être réalisée avec l'outil QuickEval.

Les résultats sont variables d'un établissement à un autre, en termes de poids et de coût. Les établissements ayant constaté que cette thématique pouvait constituer une marge de manœuvre ont lancé des actions de sensibilisation auprès des patients et auprès des prescripteurs.

La CPAM peut avoir un rôle primordial dans l'accompagnement des prescripteurs et des patients mais également des transporteurs :

... Un certain nombre de documents (affiches, prospectus...) peuvent être mis à disposition par la CPAM ;

... des contrôles sur site peuvent être effectués envers les transporteurs amenant les patients sans prescription médicale de transport ;

... et des informations concrètes concernant la réglementation des régularisations de prescriptions peuvent être apportées aux prescripteurs lors de visites de la CPAM dans l'établissement. (cf. 9. Questions/Réponses – Prescrire un transport – Entrées)

Action 1.5 : organiser le covoiturage

Constat

Aucun établissement pilote sur ce projet n'avait mis en place le covoiturage. Pourtant il peut représenter une source importante d'économies car ce mécanisme permet de réduire le nombre de transports réalisés autant pour les TES que pour les TAM. Une action en ce sens a donc été engagée avec un des établissements du projet volontaire pour tester cette action avec l'implication de la CPAM.

Objectifs

... Définir le potentiel de patients « covoiturables » et l'économie envisagée.

... Définir les organisations propres à ce mécanisme.

Démarche

Pour le mettre en place, il s'agit tout d'abord de chiffrer le potentiel de patients pouvant être covoiturés (transport en TAP, même zone géographique, même horaire) puis de convaincre à la fois les patients et le transporteur de l'intérêt de cette démarche.

L'exemple de carte ci-dessous permet de déterminer ces patients :



Dans le cadre de notre projet, ce dispositif a été testé avec succès auprès d'un service de dialyse (nombre de transports important, régulier dans le temps) d'un établissement privé.

Les facteurs clés de succès qui ont été utilisés sont les suivants :

- la volonté de l'établissement de réduire son nombre de transports dans le cadre de sa politique de développement durable ;
- le nombre important de patients pouvant être covoiturés (transport en VSL, sur le même jour, le même créneau horaire et la même zone géographique) ;
- l'implication forte de la CPAM ayant rencontré de manière individuelle chacun des patients ;
- un sentiment de responsabilisation des patients sélectionnés qui se sont sentis parties prenantes d'un projet à vocation collectif ;
- une très bonne connaissance des patients par les cadres et l'équipe ;
- une relation fondée sur des convictions partagées avec le prestataire.

6 patients ont été sélectionnés dans un premier temps pour cette expérimentation conduite avec succès qui sera étendue dès la rentrée à un plus grand nombre de patients.

La CPAM a par ailleurs chiffré un gain de 10 à 13€ par patient et par jour.

Action 1.6 : regrouper les consultations et examens le même jour

Constat

Une coordination du parcours de soins non-optimisée peut être génératrice de coûts importants en termes de transport sanitaire. En effet, de nombreux déplacements peuvent être réalisés alors que des rendez-vous auraient pu être groupés. Ces déplacements itératifs peuvent être source de fatigue pour le patient et générateur de coûts évitables pour l'Assurance maladie.

Objectifs

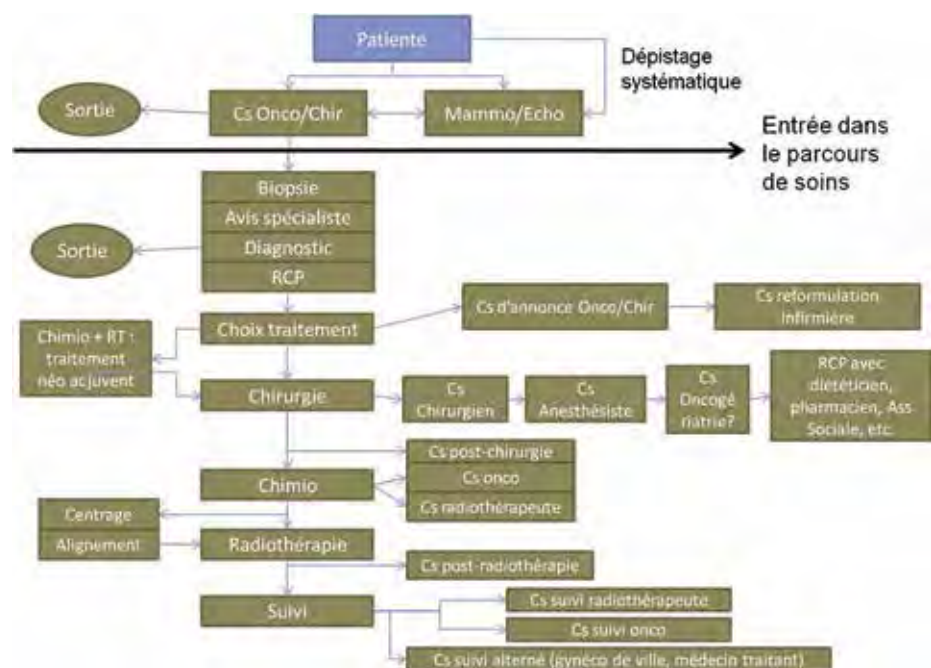
- Limiter le nombre de transports réalisés.
- Améliorer la prise en charge du patient en lui évitant de se déplacer plusieurs fois.

Démarche

Dans un premier temps il convient de suivre la méthodologie suivante.

- Identifier un parcours de soins, potentiellement générateur de nombreux transports (exemple ci-dessous pour des femmes atteintes de cancer du sein).

- Formaliser le parcours du patient sous forme de logigramme en réunion pluridisciplinaire. Cela peut être l'occasion d'identifier des problématiques particulières ou de proposer des leviers (exemple : rassembler tel ou tel rendez-vous le même jour).



... Identifier les étapes du parcours pouvant être groupées en prenant en compte plusieurs critères tels que les délais d'obtention des résultats, la fatigue du patient, etc.

... Identifier le coût des transports non-réalisés par cette action via éventuellement un transfert d'information entre la CPAM et l'établissement (sous contrôle de la CNIL).

... Si le gain économique est particulièrement intéressant, mettre en place une meilleure coordination du parcours de soins, via par exemple :

- une sensibilisation auprès des acteurs,
- l'identification d'un coordonnateur du parcours des soins,
- l'acquisition d'un logiciel de rendez-vous qui optimise au mieux la gestion des rendez-vous du patient.

Cas particulier d'une expérience d'organisation d'hébergement sur place

Constat

Dans le cas de prise en charge itérative telle que la radiothérapie, l'état de fatigue du patient et la perspective d'un nouveau déplacement à échéance rapprochée a conduit un établissement à trouver des solutions innovantes et accessibles pour assurer un hébergement au patient en dehors et à proximité de l'hôpital.

L'objectif est de diminuer le nombre de transports en proposant un hébergement sur place afin de limiter des transports fatigants pour le patient, d'assurer une surveillance en proximité tout en évitant de prolonger une hospitalisation inadéquate. Cette solution permet également de diminuer les coûts de transport.

Démarche

Cette action a été réalisée en collaboration avec une maison d'accueil des familles, gérée par une association loi 1901. Le principe est de proposer l'hébergement au patient en limitant au maximum son reste à charge.

La démarche adoptée pour cette action a été la suivante.

... Prise de contact avec les représentants de la maison d'accueil des familles (association loi 1901) afin de présenter la démarche et de connaître les modalités d'hébergement actuelles de l'établissement.

... Choix de la cible du projet (ex. : patients en séance de radiothérapie).

... Étude financière comparative réalisée par la CPAM :

- estimation des coûts relatifs au transport de patients de radiothérapie sur 1 an,
- estimation des coûts relatifs à la prise en charge de 20 % des patients par la maison d'accueil des familles (coût d'une nuit entre 15 et 40 €),
- formalisation du cadre du projet et de la convention à passer entre la CPAM, l'établissement et la maison d'accueil des familles, notamment pour le financement des hébergements réalisés,
- évaluation.

Cette démarche doit être lancée avec un minimum de protagonistes : l'établissement, la maison d'accueil des familles, mais également la CPAM et l'ARS.

Il est tout à fait intéressant d'avoir le soutien des institutions sur un tel projet car c'est la condition *sine qua non* d'une offre de gratuité au patient (ou d'un reste à charge accessible pour que le modèle soit duplicable et présente un intérêt objectif pour le patient couvert à 100 % s'il utilise un transport).

En effet, les flux financiers doivent être gérés par la CPAM, directement avec la maison des familles et l'établissement.

La proximité de la maison d'accueil des familles avec l'établissement peut également représenter un facteur de réussite. Dans le cas de l'institut Godinot à Reims, cet établissement se situe en face.

Enfin, si un tel partenariat est conclu entre la maison d'accueil des familles et l'établissement, un minimum de chambres doit être disponible et ceci, sans réservation.

Cependant, il ne s'agit pas non plus de dédier des chambres. À ce jour, le partenariat est en cours d'essai et sera évalué après quelques mois, avec la CPAM.

THÉMATIQUE 2 : CONTRÔLE DE LA FACTURATION

Action 2.1 : mettre en place un processus de suivi des transports pris en charge par l'établissement de santé

Constat

Une partie des transports sanitaires est à la charge des établissements de santé (les TES).

Il a été constaté dans plusieurs établissements une insuffisance de maîtrise de leurs coûts alors que ceux-ci peuvent représenter un budget important. La complexité du circuit, la multiplicité des services concernés, une centralisation embryonnaire sont sources d'erreur et de difficulté à appréhender simplement la chaîne de facturation. Les diagnostics ont pu mettre en exergue des doublons de facturation mais aussi des délais de paiement du prestataire qui génèrent des conflits entre établissements et sociétés au détriment de la qualité de la prise en charge des patients.

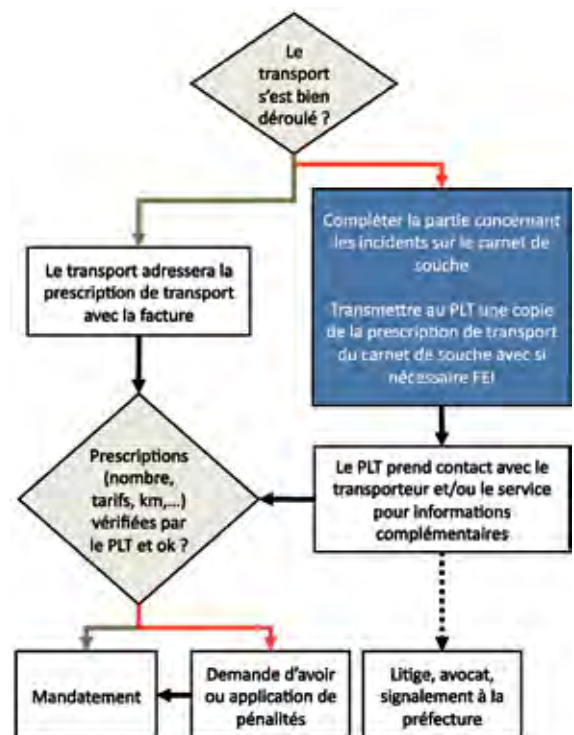
Objectifs

- ... Organiser et assurer un suivi du coût des TES afin de mieux maîtriser les dépenses.
- ... Repérer le volume de prestations réalisées par des entreprises hors contrat qui pourraient ainsi utilement entrer dans un cadre contractuel plus adapté.
- ... Améliorer les délais de paiement.
- ... Éviter les doublons de facturation.

Démarche

Décrire la chaîne de facturation qui peut être différente d'un établissement à un autre :

Exemple de formalisation de chaîne de facturation



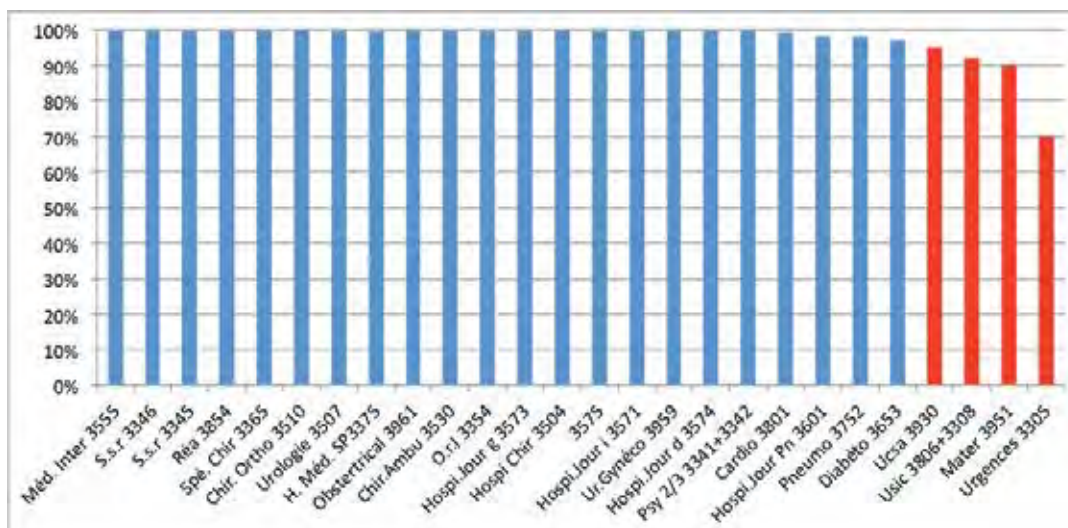
L'opération a consisté à mettre en place une remontée d'indicateurs mensuel ou trimestriel au niveau du contrôle de gestion de l'établissement :

- ... le coût global ;
- ... la répartition par mode de transport ;
- ... la répartition du coût par prestataire.

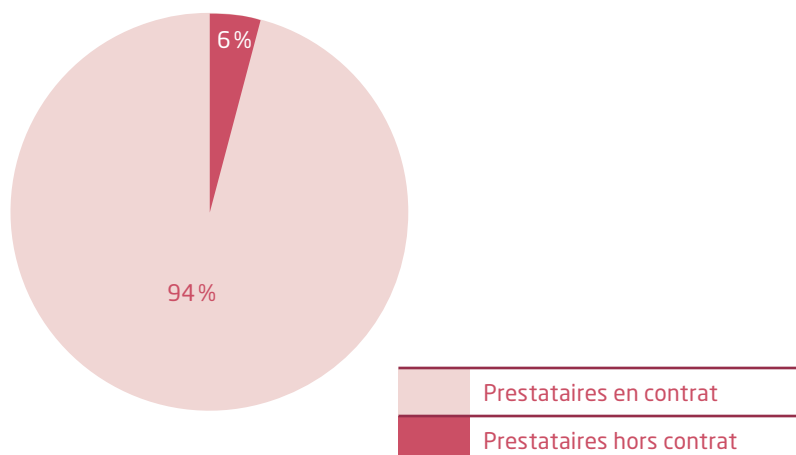
Ces 3 indicateurs peuvent être calculés au global ou avec une segmentation par service afin de cibler certains services.

Les indicateurs de suivi pour s'assurer que l'action d'amélioration produit les effets escomptés peuvent être par exemple :

Par service, pourcentage de TES réalisés par les sociétés en contrat avec l'établissement (en rouge, les services faisant appel à d'autres prestataires)



Taux de transports avec les prestataires en contrat



THÉMATIQUE 3 : RELATIONS AVEC LES PRESTATAIRES

Action 3.1 : contractualiser sur les transports pris en charge par l'établissement de santé

Constat

Les établissements peuvent disposer d'une maîtrise sur les coûts des TES en contractualisant avec certains prestataires, dans le but de limiter le recours à la prestation de transports à la charge de l'établissement aux sociétés qui s'engagent sur un cahier des charges précis, de mettre en place une véritable relation client-fournisseur et de renforcer le dialogue pour plus de qualité dans la prise en charge des patients, de garantir aux prestataires un certain volume d'activité en contrepartie de remises sur les tarifs.

Objectifs

...✚ Garantir la prise en charge des TES dans les meilleures conditions et au meilleur coût pour l'Assurance maladie.

Démarche

La première étape consiste à formaliser les contraintes ou les attentes propres à l'établissement (nécessité de VSL, transport la nuit, transport le week-end, obligation de résultat, exclusivité, tour de rôle...) afin de réaliser un cahier des charges.

Il pourra être intéressant de disposer de chiffres sur les TES (nombre, budget, répartition par jour...) afin de pouvoir mettre à la disposition des sociétés qui répondent à l'appel d'offre un maximum d'informations leur permettant d'adapter leur proposition.

Il convient ensuite de procéder à une consultation dans le cadre des marchés publics (pour les établissements privés, l'établissement peut rencontrer directement les prestataires pour contractualiser).

Il est ensuite important de s'assurer que l'ensemble des acteurs de l'établissement soient au courant de cette contractualisation pour que les demandes de transports soient bien orientées par les services vers les partenaires (dans le respect du libre choix du patient).

THÉMATIQUE 4 : COLLABORATIONS AVEC LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Action 4.1 : intégrer les transports pris en charge par l'établissement de santé dans le champ des contrats et conventions liant les établissements de santé et les prestataires

Cette action nécessite un temps de réflexion au niveau décisionnel de l'établissement, de l'ARS et de la CPAM compte tenu des aspects juridiques à traiter.

Constat

Du fait du double régime de prise en charge, l'organisation et les modalités de mise en œuvre des transports sont différentes.

Alors que les établissements sont responsabilisés sur le volume et le coût des dépenses de transports à la charge de l'Assurance maladie, ils n'ont pas à ce jour la possibilité d'aligner les pratiques et conditions de prise en charge pour organiser et gérer l'ensemble des prestations concernées.

La contractualisation possible sur les TES permet par ailleurs de conduire une politique de suivi qualitatif des prestations et de maîtrise des coûts car les tarifs sont négociés. Dans ce cadre, dans la mesure où l'établissement « garantit » un certain volume de prestations à la société de transports, il bénéficie de rabais plus ou moins importants. Ces clauses contractuelles pourraient être élargies aux TAM dans le cadre d'une convention ES-CPAM permettant la mise en œuvre de cette action sous forme expérimentale.

Objectifs

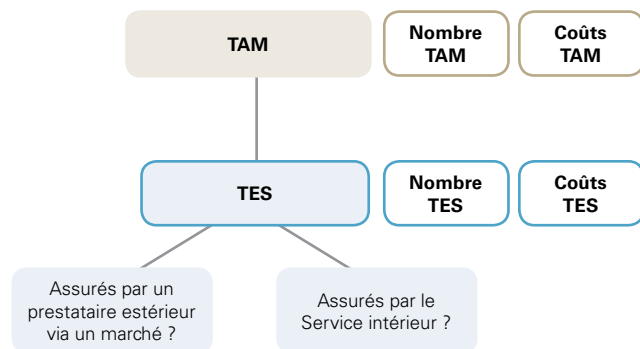
...✚ Homogénéiser les conditions de prise en charge et les pratiques quelle que soit l'enveloppe concernée : « ville » ou « hôpital ».

...✚ Donner aux établissements une plus grande marge de manœuvre sur l'évolution du coût du TAM en leur donnant la responsabilité.

...✚ Faire bénéficier l'Assurance maladie (sur l'enveloppe de ville) des gains d'efficacité que peuvent dégager les ES par une meilleure organisation et gestion des prestations.

Démarche

Le principe de cette action est le suivant : si on n'agit pas sur la diminution du nombre de transports, peut-on agir sur les coûts unitaires de transports ? L'idée était de « transformer des TAM en TES ».



Dans le cadre de cette action, la démarche suivante a été menée.

... Créer un groupe de travail avec des représentants de l'établissement et des représentants de la CPAM.

... Identifier un service cible.

... Étudier l'opportunité financière pour la CPAM et pour l'établissement via des scénarios (ex. : assurer les transports couchés TAM par l'équipe de transport interne, assurer les transports assis TAM par un transporteur privé via un marché et des remises sur les coûts de transports, etc.).

Moyens de transport utilisé	Nombre de séances	TES assurés par le service intérieur	TES assurés par un prestataire extérieur
... Ambulance	27	Transports par ambulance	... Remise
... Taxi	78	Transports groupés via le minibus	... Remise ... Transports partagés
... Voiture particulière	6	–	–
... VSL	72	Transports groupés via le minibus	... Remise ... Transports partagés

... Pour chaque scénario, identifier les avantages/inconvénients.

... Étudier la faisabilité financière et juridique d'une telle solution :

- Quels sont les flux financiers ?
- Qui paie ?
- Quid du libre choix du patient ?
- Quelle répartition de l'intéressement, s'il y en a ?

... Monter un projet : le faire valider par l'établissement, la CPAM et l'ARS.

Le frein principal de ce projet est l'évaluation quantitative des gains étant donné qu'à l'heure actuelle la CPAM n'est pas en mesure de fournir à l'établissement les dépenses de transports par service.

Action 4.2 : disposer d'une visibilité sur les transports pris en charge par l'Assurance maladie

Constat

Les établissements ne disposent pas d'une visibilité complète sur leurs transports sanitaires car la plus grande partie (les TAM) est gérée en direct par les CPAM. Dans le cadre de la mise en œuvre de son programme de gestion du risque, la CNAMTS met à disposition des caisses primaires une première série de données permettant à l'établissement de se situer notamment au regard de son éligibilité au dispositif CAQOS. Par ailleurs, les CPAM impliquées dans le projet ont travaillé sur des fiches pédagogiques plus complètes et sur la mise à disposition des établissements de données affinées en fonction des diagnostics majeurs tarifaires renseignés par l'établissement.

Objectifs

... Disposer d'éléments concrets permettant de s'évaluer et de mettre en place des actions ciblées si nécessaire.

... Disposer d'outils de suivi pour animer et conduire une politique d'amélioration et de maîtrise des coûts de transports à la charge de l'Assurance maladie.

Démarche

Ce point a déjà été abordé dans la partie « Diagnostic », rubrique « Diagnostic quantitatif ».

Nous rappelons simplement que les chiffres sont disponibles au niveau des CPAM par l'intermédiaire du « conseiller » ou « référent » qui assurera le lien avec les services internes de la caisse pour adresser une réponse.

THÉMATIQUE 5 : COMMUNICATION

Action 5.1 : sensibiliser sur les obligations des taxis conventionnés

Constat

Lors des entretiens et des groupes de travail dans les établissements pilotes, il est apparu de manière répétitive que les équipes ne connaissaient pas les obligations des taxis conventionnés : « Nous prescrivons des ambulances car les chauffeurs de taxis n'accompagnent pas le patient jusqu'au pied de chez lui ».

Objectifs

→ Limiter les prescriptions abusives d'ambulances et donc le coût des TAM et TES.

Démarche



Il est essentiel que les prescripteurs connaissent les obligations des transporteurs dans le cadre de leur convention avec les CPAM, de manière à prescrire le meilleur transport par rapport à l'état du patient.

Pour cela, lors des visites dans les services, il est nécessaire que le conseiller CPAM rappelle à l'ensemble des acteurs du circuit

de demande de transport ces obligations et notamment que « [la prestation] comprend une aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule, une transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante, le respect rigoureux des règles d'hygiène et la prévention du risque infectieux. » De plus, certaines CPAM ont mis en place des tracts pour les médecins et les patients rappelant ces informations. Ceux-ci peuvent être distribués dans les services lors de la visite du conseiller de la CPAM puis mis à disposition dans les salles d'attente.

La convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'Assurance maladie est disponible sur www.legifrance.gouv.fr : JORF n°0222 du 23 septembre 2008 page 14711, texte n°21.

Il est également important de faire systématiquement remonter aux CPAM tout manquement dans l'observation de ces obligations par les taxis conventionnés afin qu'elles puissent jouer leur rôle dans le respect des contraintes.

Exemple de convention entre CPAM et entreprise de taxi

CONVENTION TYPE ENTRE LES ENTREPRISES DE TAXIS ET LES ORGANISMES LOCAUX D'ASSURANCE MALADIE	
Entre :	
	La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Allier 9 et 11, rue Achille Roche 03010 Moulins cedex
Et	
L'entreprise de taxi :	
raison sociale :	
adresse :	
Numéro Siret :	
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 8 septembre 2008 relative à l'établissement d'une convention type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie publiée au Journal officiel du 23 septembre 2008 :	
Les soussignés conviennent des dispositions suivantes, qui ont pour objet de fixer les tarifs de responsabilité des courses de taxis réalisées par l'entreprise et les conditions particulières de dispense d'avance des frais 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 professionnalisé 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 2006 et par l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription de transport. A ce titre, elle comprend une aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule, une transmission des informations nécessaires à 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 composition minimale est précisée à l'annexe 6.	

Action 5.2 : Sensibiliser sur le bon choix entre VSL et taxi**Constat**

Dans le document Cerfa S3138c, le médecin prescrit un Transport assis personnalisé (TAP) sans avoir la possibilité de choisir un VSL ou un taxi précisément :

Extrait du document Cerfa S3138c

* Quel mode de transport prescrivez-vous, en vous reportant au référentiel médical détaillé dans la notice ?

Ambulance ☒

Transport assis personnalisé (VSL, taxi) ☒

Transport en commun (bus, train...) ☐ *à compléter : la ligne ci-dessous*

Dans ce cas, l'état de santé du patient nécessite-t-il une personne accompagnante ? ☐ oui ☐ non

Moyen de transport individuel ☐

Le choix entre les 2 modes de transport revient donc aux autres acteurs du circuit de demande de transport (infirmière, secrétaire ou agent d'accueil). Lors des entretiens dans les établissements pilotes, il n'est pas apparu de stratégie claire pour ce point.

En étudiant les coûts de ces transports suivant les scénarios, un des modes est en général plus avantageux que l'autre.

Objectifs

...✚ Faciliter la prise de décision de manière à prescrire au mieux le mode de transport en fonction de l'état du patient, tout en limitant le coût des TAM et TES.

Démarche

Dans un premier temps, il a fallu éclaircir la différence entre les 2 modes de transport. Il est apparu que ce n'était pas évident pour les professionnels de terrain. Or, en se plongeant dans les textes 2 éléments essentiels ont pu être mis en évidence.

...✚ VSL et taxis ont exactement les mêmes obligations en termes de prise en charge du patient. Il est important de rappeler cela aux équipes intervenant dans le circuit de demande de transport.

...✚ Le coût des taxis varie d'une région à l'autre, celui des VSL peut varier via le « forfait agglomération » et le « forfait départemental ». Les coûts sont disponibles sur le site de l'Assurance maladie (2). Cependant, après plusieurs analyses, il se distingue certaines tendances :

Type de trajet	Mode de transport à privilégier
Aller simple de jour – très courte distance (< 10 km)	Taxi
Aller simple de jour	VSL
Aller-retour avec attente < 1h30	Taxi
Aller-retour avec attente > 1h30	VSL

Ces éléments peuvent être affinés par l'établissement puis inscrits dans la procédure de manière à guider les personnes qui auront à faire le choix entre VSL et taxi.

Il est à noter que la première action au sein d'un établissement est d'identifier si le bon choix « ambulance ou TAP ? » est fait. L'action présentée ci-dessus intervient dans un second temps.

Action 5.3 : sensibiliser les acteurs du processus**Constat**

Dans certains établissements, les hétérogénéités à différents stades du processus sont nombreuses en termes de connaissances de la réglementation voire de pratiques organisationnelles et d'interlocuteurs. Il existe également une méconnaissance des contrats passés pour les TES, et le coût des transports sanitaires. Tout ceci peut conduire à des dérives, comme une surconsommation des ambulances, pouvant mener dans les cas les plus importants à un pointage de l'établissement par l'ARS pour entrer dans une démarche de CAQOS.

Objectifs

...✚ Homogénéiser les pratiques au sein de l'établissement.

...✚ Limiter le coût des TAM et TES.

Démarche

La sensibilisation se fait notamment grâce à l'aide de la CPAM et des conseillers identifiés pour chaque établissement de santé. Le principal but est de rappeler la réglementation aux différents acteurs du processus et de les guider sur certaines questions qui nécessitent une expertise dans le domaine pour notamment identifier le type de prise en charge – établissement ou Assurance maladie – et les cas de prise en charge ou non du transport par la CPAM.

La sensibilisation peut passer par :

...✚ des visites des conseillers dans les services avec une rencontre des différents acteurs (rappel de la réglementation et coût des transports sanitaires) ;

...✚ la distribution de documents d'aide à la décision pour les prescripteurs (ex. : Annexe 5 – Tableau synoptique sur les conditions et modalités de la prise en charge) et d'aide au remplissage des formulaires (Annexe 6 – Mode d'emploi concernant la Prescription médicale de transport Cerfa S3138c).

Estimation, en 2010, de la CPAM 92 du coût moyen d'un transport sur la base d'un trajet de 10 km

Votre patient peut se déplacer seul et sans assistance particulière	Véhicule personnel ou transport en commun	3,5€
Votre patient : ❖ nécessite une aide au déplacement ❖ nécessite l'aide d'une tierce personne pour les formalités administratives ❖ nécessite le respect rigoureux des règles d'hygiène ❖ présente des risques d'effets secondaires pendant le transport	VSL	25€
	Taxi conventionné	28€
Votre patient : ❖ doit être allongé ou en position demi-assise ❖ nécessite un brancardage ou un portage ❖ doit être surveillé par une personne qualifiée ou nécessite l'administration d'oxygène ❖ doit voyager dans des conditions d'asepsie	Ambulance	89€

NB : Les tarifs évoluent d'année en année, ce tableau est une indication des différences notables pouvant exister d'un mode de transport à un autre.

Action 5.4 : sensibiliser les patients

Constat

Les établissements pilotes ont fait part d'une méconnaissance des patients par rapport à la réglementation des transports sanitaires, qui peut impliquer de fortes incompréhensions par rapport au refus d'un médecin de réaliser une prescription de transport. Parfois, face à l'insistance du patient, le médecin peut être amené à réaliser cette prescription sans que celle-ci soit légitime.

Objectif

❖ Donner l'information au patient avant son transport.

Démarche

De nouveau, la sensibilisation se fait grâce à l'aide de la CPAM et des conseillers identifiés pour chaque établissement de santé. Ceux-ci peuvent fournir aux établissements des documents (tracts et affiches) à destination des patients.

Les établissements pilotes ayant choisi d'approfondir ce thème-là durant le chantier ont notamment :

- ❖ inclus des tracts dans les livrets d'accueil ;
- ❖ déposé des tracts dans les salles d'attente ;
- ❖ placardé des affiches dans les couloirs et salles d'attente.

Affiche de sensibilisation pour les patients (CPAM Centre)



Tract d'information au patient (CPAM Haute-Marne)

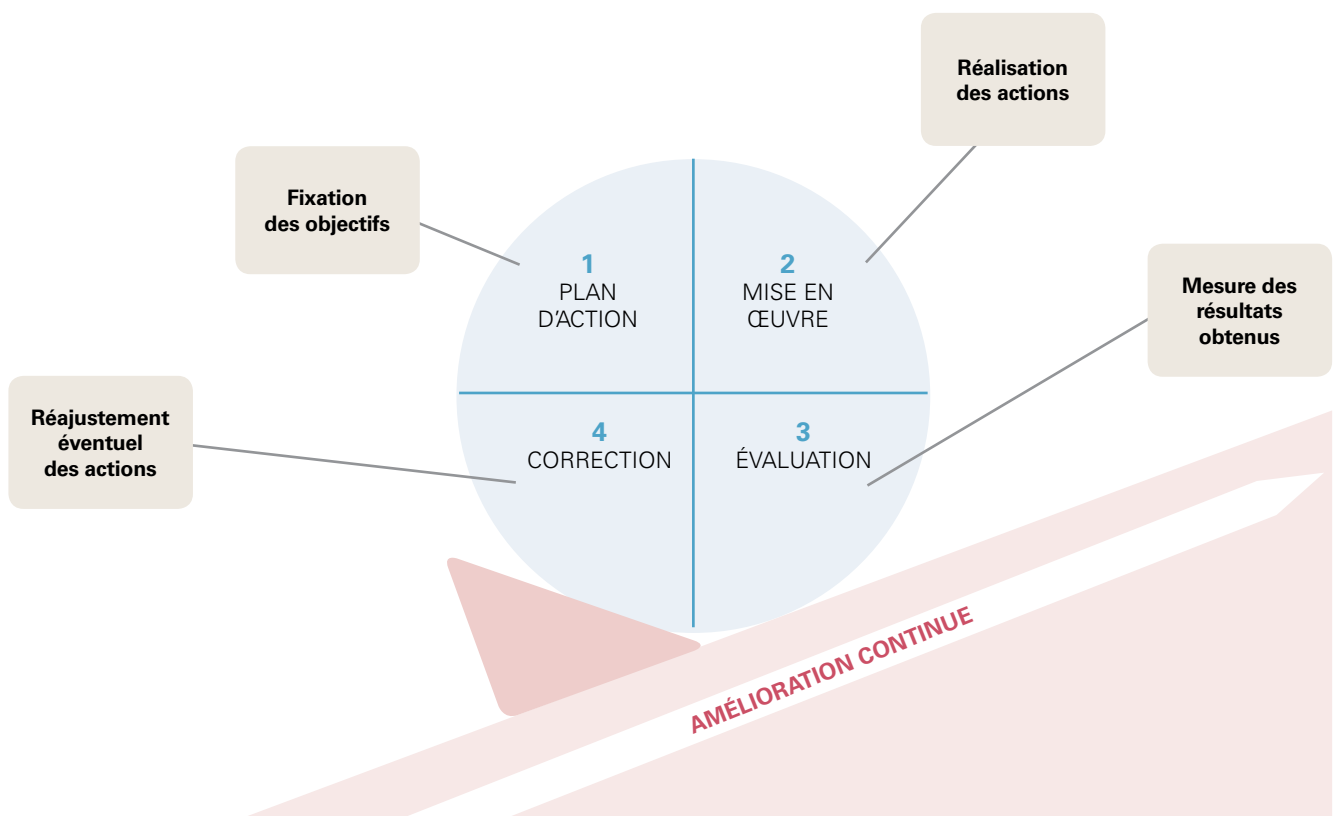


ÉVALUER LES RÉSULTATS

Suivant les actions menées, une évaluation de 6 mois à 1 an peut être nécessaire pour apprécier les améliorations dans le circuit global de prescription/demande/facturation de transports sanitaires que ce soit au niveau organisationnel ou financier.

Il est donc impératif de formaliser la « photo » initiale pour être en mesure de constater les résultats obtenus en regard des objectifs et d'être en mesure d'apporter d'éventuelles actions correctrices.

Pour ce faire, on s'appuiera sur l'ensemble des outils mis à disposition dans une optique d'amélioration continue.





3

QUESTIONS/RÉPONSES EN MATIÈRE DE RÉGLEMENTATION

TRANSPORTS SANITAIRES

GÉNÉRALITÉS

Que faire lorsque le transporteur ne respecte pas la prescription du médecin ?

En cas de non-respect de la prescription, le prescripteur ou le patient doit signaler l'anomalie à l'organisme d'Assurance maladie afin que cette irrégularité ne se reproduise plus.

En tout état de cause, le remboursement est effectué conformément à la prescription du médecin.

VÉHICULES SANITAIRES LÉGERS (VSL)

Que faire si le patient ne trouve pas de VSL ?

La prescription concerne un « transport assis professionnalisé », celui-ci peut être réalisé en VSL ou en taxi conventionné. Dans ce cas le patient peut faire appel à un taxi conventionné. La prescription initiale ne doit pas être modifiée.

Les VSL peuvent-ils rouler la nuit ?

Oui, un tarif de nuit est prévu :

Entre 20h et 8h : majoration de 50 % du tarif de jour.

Pour les dimanches et jours fériés, entre 8h et 20h : majoration de 25 % du tarif de jour. Le tarif du dimanche s'applique à compter du samedi midi.

Que dit la réglementation sur les transports simultanés d'assurés, en ambulance ou en VSL ?

En la matière il faut différencier le cas des ambulances et des VSL :

✚ Les ambulances n'ont pas vocation à transporter plusieurs patients en même temps, les personnes transportées devant pouvoir bénéficier de l'assistance du personnel ambulancier (2 personnes par véhicule).

✚ Pour les VSL, le transport simultané d'assurés est en revanche prévu par la convention (3 patients maximum par véhicule).

En cas de transports simultanés, des abattements de 25 % du tarif pour la 2^e personne transportée et de 40 % pour la 3^e personne doivent être pratiqués.

TAXIS CONVENTIONNÉS

Quelles sont les obligations des taxis conventionnés ?

Les taxis conventionnés ont les mêmes obligations par rapport au patient que les VSL. Notamment en ce qui concerne l'aide au déplacement.



À l'article 2 de l'annexe à 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, il est stipulé : « Cette prestation doit être conforme aux dispositions prévues par le décret n° 2006-1746 du 23 décembre 2006 et par l'arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription de transport. A ce titre, elle comprend une aide au déplacement et à l'installation du patient dans le véhicule, une transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante, le respect rigoureux des règles d'hygiène et la prévention du risque infectieux. »

Tous les taxis pratiquent-ils la dispense d'avance des frais ?

Seuls les taxis conventionnés sont fondés à assurer du Transport assis professionnalisé pris en charge par l'Assurance maladie. Les taxis conventionnés pratiquent la dispense d'avance de frais à 65 % ou 100 %, en fonction des droits de l'assuré (CMU, AME...) et de la prescription médicale de transport (ALD, hospitalisation...).

Afin de bénéficier de la dispense d'avance de frais, l'assuré (le patient) doit présenter au chauffeur lors du transport :

- son attestation de droit datée de moins d'un an (et sa carte vitale) ;
- sa prescription de transport dûment remplie.

Est-il possible de réserver un taxi conventionné à l'avance ?

Oui, auprès de certains centraux radio ou chauffeurs de taxi indépendants.

Dans tous les cas, il faut penser à préciser à l'interlocuteur que l'on souhaite réserver un taxi conventionné avec l'Assurance maladie.

Certains centraux radios sont susceptibles de facturer des frais de réservation qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie.

J'appelle un central radio et demande un taxi conventionné. Un taxi non-conventionné se présente. Que se passe-t-il ?

Seuls les trajets réalisés avec un taxi conventionné peuvent donner lieu à une prise en charge par l'Assurance maladie.

En tout état de cause, seuls les centraux radio travaillant avec des chauffeur(s) de taxi conventionnés avec l'Assurance maladie peuvent adresser un taxi conventionné.

Il appartient aux centraux radio qui proposent ce service d'apporter à leurs clients pleine satisfaction. Vous pouvez signaler ces anomalies à la CPAM, en prenant soin de noter le nom du central radio, la date et l'heure du trajet réservé.

Les chauffeurs de taxi refusent de faire des courses qu'ils jugent trop courtes. Que faire ?

Lorsque le chauffeur de taxi prend en charge un assuré, il est tenu de le conduire à destination quels que soient la distance et le montant induit de la course. Le montant minimum de course facturable (fixé par la préfecture de police) est de 6,20 €.

Les chauffeurs de taxi conventionnés porteront-ils les bagages des patients ?

Un chauffeur de taxi doit faire preuve de courtoisie mais n'est pas obligé de s'occuper des bagages.

Un supplément de 1 € peut être facturé à compter du 2^e bagage de plus de 5 kg déposés dans le coffre.

Les chauffeurs de taxi accepteront-ils de laisser le patient s'asseoir à l'avant s'il a des difficultés à plier les jambes ?

Le chauffeur de taxi conventionné peut faire monter un client à l'avant de son véhicule. Par conséquent, rien n'interdit à ce qu'un patient ayant des difficultés à plier les jambes prenne place à l'avant si cela lui apporte un meilleur confort.

Un taxi conventionné peut-il transporter un mineur seul ou ce dernier doit-il être accompagné ?

Il n'y a pas d'interdiction au transport d'un mineur non-accompagné. Cependant le passager mineur se trouvant sous l'entière responsabilité du chauffeur de taxi, celui-ci peut refuser de le prendre en charge.

Les taxis conventionnés acceptent-ils de prendre dans leur véhicule le fauteuil roulant d'un patient ?

Les chauffeurs de taxi ne peuvent refuser de transporter les personnes handicapées ou à mobilité réduite même lorsqu'il est nécessaire de les aider à s'installer à l'intérieur du taxi. Aucun supplément ne peut être perçu pour le transport du fauteuil.

Un taxi conventionné pourra-t-il prendre en charge d'autres personnes que l'assuré ?

Oui s'il s'agit d'une personne accompagnant l'assuré à son lieu de traitement.

Non, s'il s'agit d'un proche mais n'accompagnant pas l'assuré à son lieu de traitement.

Non, s'il s'agit d'une tierce personne « imposée » par le chauffeur.

Toutefois, avec l'accord des passagers, un taxi peut transporter simultanément plusieurs assurés sociaux. Dans ce cas, le montant de la facture correspondant à l'intégralité du trajet est réparti entre l'ensemble des assurés transportés.

Les taxis ont-ils à disposition des sièges enfants ?

La préfecture ne fait pas obligation aux chauffeurs de taxi de posséder un siège enfant. En revanche, il est permis de penser que si les parents amènent le siège de leur enfant, il sera possible de l'installer dans le taxi.

TRANSPORTS EN COMMUN

Est-il possible de prescrire des transports en commun ?

Oui, puisque la prescription de tel ou tel mode de transport est uniquement justifiée par l'état de santé du patient et de son degré d'autonomie.

Comment les transports en commun sont-ils pris en charge par l'Assurance maladie (montant, démarches et justificatifs) ?

Les frais de transport en commun sont remboursés sur la base du transport le plus économique.

Pour bénéficier du remboursement des frais de transport en commun, l'assuré devra présenter à la caisse primaire :

- ... sa prescription de transport (avec entente préalable pour les transports de plus de 150 km ou les transports dits en série¹) ;
- ... ses justificatifs de transport ;
- ... le formulaire S3140b dûment complété.

Le remboursement aura lieu *a posteriori*, l'assuré devra donc avancer les frais.

VÉHICULE PERSONNEL

Dans quel cas une personne accompagnante peut-elle bénéficier de la prise en charge des frais de transport ?

Quand le patient n'a pas besoin d'assistance particulière et qu'il peut se déplacer seul ou accompagné par une personne de son entourage, le transport peut alors s'effectuer dans son véhicule personnel ou celui d'un membre de son entourage.

Sur la prescription médicale de transport, il convient de cocher la case « moyen de transport individuel ». L'état du patient (enfant de moins de 16 ans, personne âgée etc.), peut nécessiter l'assistance d'une autre personne. Dans ce cas, il y a lieu de le préciser sur la prescription médicale en cochant la case correspondante.

Comment le patient sera-t-il remboursé ?

L'assuré sera remboursé sur présentation de sa prescription médicale et du formulaire S3140b, en fonction de la distance parcourue et des caractéristiques du véhicule (chevaux fiscaux).

PRESCRIRE UN TRANSPORT

GÉNÉRALITÉS

Qui réalise la prescription de transport ?

Seul le médecin est habilité à réaliser une prescription médicale de transport.

Qui engage sa responsabilité lorsque le mode de transports prescrit n'est pas conforme au degré d'autonomie du patient ?

Comme pour toute prescription médicale, le médecin est responsable de sa décision.

Que faire lorsque le patient demande une ambulance alors que son état ne le justifie pas ?

Le médecin est seul habilité à déterminer le mode de transport adapté à l'état de santé et au degré d'autonomie de l'assuré.

La consultation du référentiel de prescription de transport (décret du 23/12/2006) peut aider à choisir le mode de transport le mieux adapté. Le patient ne peut imposer un mode de transport particulier.

Il est possible d'attirer l'attention du patient sur le fait que l'Assurance maladie invite le médecin à respecter les règles de prescription telles que définies dans le décret.

Les patients considèrent comme un droit le fait de recourir dans tous les cas de figure à un mode de transport sanitaire (ambulance ou VSL). Que faire ?

La prescription de tel ou tel mode de transport est uniquement justifiée par l'état de santé du patient et son degré d'autonomie. Le médecin peut s'inspirer du référentiel transport pour prescrire le mode de transport le mieux adapté.

Le mémo transports peut aider à expliquer le choix du médecin.

Pour établir une prescription de transport, quel est le formulaire à utiliser ?

2 cas de figure se présentent :

... La prescription du transport ne nécessite pas d'entente préalable auprès du service médical de la caisse : le formulaire à compléter est le Cerfa S3138c (cette mention figure dans le coin inférieur droit du formulaire).

... La prescription du transport nécessite une entente préalable : le formulaire à compléter est le Cerfa S3139c.

Voir ci-après les types de transports nécessitant une demande d'entente préalable.

Quelle est la différence entre transports itératifs et transports en série ?

Un transport en série est identifié comme tel lorsque le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement est au moins égal à 4 au cours d'une période de 2 mois et que chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km.

Un transport itératif est un transport répété au titre d'un même traitement ne répondant pas à la définition du transport en série.

¹ c'est-à-dire au moins 4 trajets prescrits pour un même traitement, sur une période de 2 mois et comptant chacun au moins 50 km.

ENTENTE PRÉALABLE

Dans quels cas doit-on faire une demande d'entente préalable ?

- Si la distance du transport est supérieure à 150 km aller ;
- S'il s'agit d'une série d'au moins 4 transports de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour le même traitement.

Si le patient ne reçoit pas de réponse dans les 15 jours suivant la demande, il y a lieu de considérer que la demande est acceptée. Si le délai entre la demande et la réalisation du transport devait être inférieur à 15 jours, le patient peut contacter le service médical pour avis.

En cas d'urgence certifiée par le médecin sur la prescription médicale de transport, l'accord préalable de la caisse n'est pas nécessaire.

Dois-je faire une entente préalable pour les transports en série concernant une radiothérapie, une chimiothérapie ou une dialyse ?

L'entente préalable n'est plus requise pour ces actes (on parle alors de transports itératifs) sauf dans les cas énumérés ci-dessus.

L'Assurance maladie peut-elle prendre en charge les frais de transport prescrits de plus de 150 km à défaut de demande d'entente préalable établie par le prescripteur ?

La prescription médicale et la demande d'entente préalable sont 2 formalités indispensables (articles R.322-10-2 et R.322-10-4 du code de la sécurité sociale) pour la prise en charge des frais de transport d'une distance de plus de 150 km.

Un imprimé spécifique qui fait office de prescription et de demande d'entente préalable est réservé à cet usage (S3139C). En l'absence de demande d'entente préalable, les frais de transport d'une distance de plus de 150 km ne peuvent donner lieu à une prise en charge.

Dans quels cas prescrire un transport de plus de 150 km ?

Dans tous les cas, le prescripteur doit indiquer l'établissement approprié le plus proche. L'offre de soins en région parisienne est estimée suffisante pour traiter la quasi-totalité des pathologies. Une prescription de transport pour effectuer des soins ou subir des examens à plus de 150 km ne saurait se justifier que par des situations exceptionnelles (urgence, quelques établissements spécialisés).

ENTRÉES

Que faire lors d'une demande de régularisation de prescription d'un transport déjà réalisée (quel que soit le type de transport) dans le cadre d'une entrée à l'hôpital ?

La prescription de transport doit être préalable, sauf en cas d'urgence attestée par le médecin, en conséquence le patient n'est pas tenu d'établir une prescription pour régularisation.

Il peut être remis à l'assuré la plaquette mise à disposition par l'Assurance maladie pour expliciter la décision.

Le patient est arrivé à l'hôpital dans le cadre d'une urgence mais son état ne nécessitait pas une hospitalisation. Quid de la prescription de transport ?

S'agissant de l'aller :

Si aucune prescription d'hospitalisation n'avait été faite *a priori*, le prescripteur seul peut apprécier la régularisation du transport aller, sachant que seuls pourront être pris en charge par l'Assurance maladie les transports prescrits :

- en rapport avec une ALD (lorsque le patient ne peut se déplacer par ses propres moyens) ou un AT/MP ;
- pour lesquels l'état de santé du patient nécessitait un transport en ambulance (allongé, en position semi-assise, brancardage ou portage, surveillance par une personne qualifiée, oxygénothérapie ou aseptie).

La prescription éventuelle d'un transport retour obéit aux mêmes règles.

SORTIES/RETOUR À DOMICILE

Que prescrire pour un retour à domicile après 21 heures ou le dimanche ?

Tous les modes de transport sont possibles dès lors qu'ils sont adaptés à l'état de santé et au degré d'autonomie du patient : voiture particulière, transports en commun, taxi conventionné, VSL ou ambulance.

CONSULTATIONS

Le prescripteur avait fixé un rendez-vous à son patient dans le cadre de son suivi médical. Il vient en VSL ou en taxi et demande une prescription *a posteriori* pour l'aller et une prescription pour le retour. Que doit faire le prescripteur ?

Concernant l'aller : la prescription médicale doit avoir été établie avant le transport. La seule exception prévue concerne les cas d'urgence ; *a priori* on ne se situe pas dans ce cas de figure.

Concernant le retour : il appartient au prescripteur d'apprécier la nécessité de prescrire le transport, sachant que les règles de prise en charge concernant les consultations sont les suivantes : seuls pourront être pris en charge les transports prescrits pour se rendre à une consultation :

- en rapport avec une ALD (lorsque le patient ne peut se déplacer par ses propres moyens) ;
- en rapport avec un accident de travail ou une maladie professionnelle ;
- pour lesquels l'état de santé du patient justifie un transport en ambulance ;
- pour lesquels une entente préalable est intervenue : transports de plus de 150 km ou transports en série (plus de 4 trajets > à 50 km aller, réalisables sur une période de 2 mois et pour un même traitement).

CAS PARTICULIERS

Quel mode de transport prescrire si le patient est en radiothérapie ou chimiothérapie ?

La consultation du référentiel de prescription des transports (décret du 23 décembre 2006 ou du mémo transports aidera le prescripteur à déterminer le mode de transport le plus adapté à l'état du patient.

PRISE EN CHARGE DES TRANSPORTS PAR L'ASSURANCE MALADIE

GÉNÉRALITÉS

Quels sont les cas de prise en charge à 100 % ?

La prise en charge peut être effectuée à 100 % dans les cas suivants :

- ...✚ transport pour soins en relation avec une ALD (lorsque le patient ne peut se déplacer par ses propres moyens) ;
- ...✚ transport pour soins en relation avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ;
- ...✚ entrée d'urgence pour une intervention d'un coefficient K $\geq$ à 50 ou d'un tarif sécurité sociale $\geq$ à 91 € ;
- ...✚ transport de la femme enceinte à partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse jusqu'à 12 jours après la date réelle de l'accouchement ;
- ...✚ transport du nouveau-né durant ses 30 premiers jours ;
- ...✚ transport d'un enfant handicapé de moins de 20 ans et hébergé dans un établissement d'éducation spécialisée ;
- ...✚ transport d'une personne hospitalisée dont l'état de santé nécessite un transfert vers un autre établissement en vue d'un traitement mieux adapté à cet état ;
- ...✚ transport lié à une seconde hospitalisation¹, le transport entre 2 établissements ou entre l'établissement et le domicile (HAD) ;
- ...✚ transport d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire ou de l'AME.

Les frais de transport exposés par des femmes enceintes suivies en consultation et échographie dans le cadre d'une grossesse pathologique sont-ils pris en charge par l'Assurance maladie ?

La prise en charge des frais de transport des femmes enceintes, qui sont suivies en consultation et échographie dans le cadre d'une grossesse pathologique, ne peut intervenir que lorsque le transport est effectué en ambulance en application de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale et du référentiel fixé par arrêté du 23 décembre 2006.

Quels sont les transports non pris en charge par la CPAM ?

Ne sont pas considérés comme des transports liés à une hospitalisation et ne sont donc pas pris en charge à ce titre :

- ...✚ Le transport effectué en vue d'une consultation au cabinet d'un médecin dont l'intervention a évité l'hospitalisation.

...✚ Les transports pour soins postopératoires :

- Le déplacement effectué en vue d'une consultation relative à une hospitalisation antérieure,
- Le déplacement entrepris en vue de subir un examen en relation avec une intervention chirurgicale réalisée à l'occasion d'une hospitalisation antérieure,
- Le déplacement entrepris pour recevoir des soins en relation avec une intervention chirurgicale subie à l'occasion d'une hospitalisation antérieure ;
- ...✚ Les déplacements entrepris dans le but de préparer une hospitalisation :
 - Le déplacement effectué en vue d'une consultation pré-anesthésique préalable à une intervention chirurgicale,
 - Le déplacement effectué en vue d'un ou plusieurs examens destinés à préparer une hospitalisation,
 - Le déplacement effectué en vue de recevoir des soins postopératoires,
 - Le déplacement effectué en vue d'une consultation destinée à préparer une hospitalisation,
 - Le déplacement entrepris en vue d'une consultation ayant pour objet de fixer le principe et la date d'une intervention chirurgicale ultérieure.

NB : Dans ces derniers cas, les frais de transport de l'assuré ne sont pas pris en charge, à moins qu'ils ne correspondent à une autre situation de prise en charge (par exemple s'ils correspondent au transport d'une personne atteinte d'une ALD).

TRANSFERTS INTERÉTABLISSEMENTS

Le patient est pris en charge par un hôpital de l'AP-HP (des HCL ou de l'AP-HM) puis est transféré vers un autre hôpital de l'AP-HP (respectivement, des HCL ou de l'AP-HM). Qui prend en charge le transport ?

Les hôpitaux de l'AP-HP (des HCL ou de l'AP-HM) étant considérés comme appartenant à une seule et même entité juridique, les transferts provisoires ou définitifs entre différents établissements de l'AP-HP (respectivement, des HCL ou de l'AP-HM) sont à la charge de l'hôpital qui a initialement accueilli le patient.

Le patient est pris en charge par un hôpital de l'AP-HP (des HCL ou de l'AP-HM) puis est transféré vers un autre hôpital ne faisant pas partie de l'AP-HP (respectivement, des HCL ou de l'AP-HM). Qui prend en charge le transport ?

Cela dépend du type de transfert :

- ...✚ s'il s'agit d'un transfert définitif (nouveau séjour d'au moins 48h dans un autre établissement), le coût du transport sera pris en charge par l'Assurance maladie.
- ...✚ s'il s'agit d'un transfert provisoire (retour du malade dans l'établissement d'origine avant 48h), le transport est à la charge de l'hôpital où séjourne en premier le malade.

¹ Conditions : l'hospitalisation doit être consécutive à la 1^{re}, être en lien direct avec celle-ci. La 1^{re} hospitalisation doit avoir donné lieu à l'exonération du ticket modérateur. Le transport ne s'effectue pas vers un établissement de soins de suite et de réadaptation (attention voir situation particulière de l'AP-HP ci-dessous).

Lorsqu'un rendez-vous est fixé à l'avance à un patient résidant en SSR dans le cadre de séances de radiothérapie, sans que l'établissement pratiquant les soins ne demande préalablement un transport, à qui incombe la prise en charge du transport ?

Dans le cas d'une consultation hors du SSR avec retour le jour même (ce qui correspond à un transfert secondaire provisoire) : selon la réglementation, les transports sont financés par l'établissement d'origine lorsqu'il s'agit d'établissements issus d'une entité juridique différente. Cette position s'attache à la situation géographique des patients hospitalisés dans un établissement, et appelés à être transférés de manière ponctuelle sur un autre site pour des consultations ou analyses.

Si le patient arrive en ambulance à cette séance sans que l'établissement pratiquant les soins n'ait préalablement demandé un transport, il n'y a pas lieu de régulariser cette course *a posteriori*. Cette régularisation engage alors la responsabilité de l'établissement et le place en situation de non-conformité avec la réglementation en cas de contrôle.

Lorsqu'un patient hospitalisé au sein d'un établissement va recevoir des soins de dialyse dans une autre structure, qui prend en charge les frais du transport ?

Dans ce cas, les frais du transport sont à la charge de l'établissement où réside le patient. Les séances sont bien prises en charge par l'Assurance maladie.

Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, lorsqu'un patient rejoint un établissement pour y subir des soins, s'agit-il d'un transfert ou d'un départ du domicile ?

Depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009, l'HAD est une modalité d'hospitalisation. Les règles de facturation applicables à l'HAD sont donc identiques à celles afférentes à l'hospitalisation : c'est le prescripteur des soins qui paie le transport. Si la prescription d'un transport sanitaire est faite par le service d'HAD ou s'il est prévu au protocole de soins, l'établissement d'HAD prend en charge les frais de transport et ceux-ci sont couverts par le tarif du GHT.



En effet, l'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations l'hospitalisation à domicile et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, définit les règles de facturation des GHT aux caisses d'Assurance maladie. Le II de l'article 5 précise notamment : « *Un forfait "groupe homogène de tarifs" est facturé pour chaque journée où le patient est hospitalisé à son domicile. Lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée, un forfait est facturé* ». Lorsque, pendant son séjour en HAD, un patient bénéficie de soins réalisés par un établissement de santé en hospitalisation de jour (par exemple en chimiothérapie, dialyse ou radiothérapie), la règle suivante s'applique :

- L'établissement prestataire des soins réalisés en hôpital de jour est rémunéré directement par le paiement d'un forfait GHS ;
- L'établissement d'HAD est rémunéré, pour cette même journée, par un forfait GHT.

Dans le cadre d'un transfert d'une hospitalisation complète vers un hôpital de jour, les transports sont-ils pris en charge ?

Les transports sont pris en charge par l'Assurance maladie, comme dans tous les cas d'hospitalisation : totale ou partielle, de jour ou de nuit.

PERMISSIONS

Mon patient a une permission de sortie, le transport sera-t-il pris en charge ?

Oui, si le séjour est inférieur à 48h, s'il a un caractère thérapeutique et s'il est en rapport avec une ALD (article L.324.1 du code de la sécurité sociale).

Tout type de transport compatible avec l'état de santé du patient et son degré d'autonomie peut être prescrit : voiture particulière, transport en commun, taxi conventionné, VSL ou encore ambulance.

Cette règle ne vaut pas pour les établissements médico-sociaux qui disposent d'une dotation budgétaire spécifique.

Une femme est hospitalisée en service maternité et l'enfant est transféré dans un autre établissement. Le transport de la mère pour aller voir son enfant dans l'autre établissement peut-il être pris en charge par l'Assurance maladie ?

Dans la mesure où il ne s'agit pas d'un transport pour motif médical et que par ailleurs il s'agit d'un transport secondaire provisoire (c'est-à-dire inférieur à 48h), l'Assurance maladie ne peut prendre en charge ce transport. Celui-ci peut éventuellement être pris en charge par l'hôpital dans lequel séjourne la patiente.

OÙ TROUVER L'INFORMATION ?

INFORMATIONS SUR LES TRANSPORTS

Où trouver des informations générales sur le thème « transports » ?

Sur le site Internet www.ameli.fr en tapant « transport » dans le moteur de recherche en haut de la page d'accueil ; ou en vous rendant sur le site Internet :

- ... Dans la rubrique « Soins et remboursements »
- ... Puis dans le paragraphe « Combien serez-vous remboursé ? »
- ... Et en cliquant sur le lien « Frais de transport ».

Où trouver le mémo transport ?

Rendez vous sur le site www.ameli.fr !

- ... Cliquez sur l'onglet « Vous êtes un professionnel de santé » puis sur le lien « Médecin ».
- ... Dans le paragraphe « Exercer au quotidien » cliquez sur le lien « Prescriptions ».
- ... Dans le paragraphe « transports », cliquez sur le lien « Prescription du mode de transport ». Le document téléchargeable « mémo transport » se trouve en bas de page.

4 GLOSSAIRE

AM : Assurance maladie

ARSIF : Agence régionale de santé d'Île-de-France

CAQOS : Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins

CME : Commission médicale d'établissement

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

DMT : Discipline médico-tarifaire

ES : Établissement de santé

ESMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

ESPIC : Établissements de santé privés d'intérêt collectif

FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

GDR : Gestion des risques

GHS : Groupe homogène de séjours

HAD : Hospitalisation à domicile

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SNIIRAM : Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie

TAM : Transports à la charge de l'Assurance maladie

TAP : Transport assis professionnalisé

TES : Transport à la charge de l'établissement de santé

TS : Transports sanitaires

VSAB : Véhicule de secours aux asphyxiés et blessés

5 ANNEXES

ANNEXE 1

Fiche profil nationale

ANNEXE 2

Fiche profil régionale

ANNEXE 3

Suivi trimestriel des transports prescrits en établissement

ANNEXE 4

Typologies de données fournies par les CPAM aux établissements de santé

ANNEXE 5

Conditions et modalités de la prise en charge

ANNEXE 6

Mode d'emploi concernant la prescription médicale

Annexe 1

Fiche profil nationale (CNAM)

Établissement de santé

- Période du 01 janvier 2012 au 31 mars 2012 - Tous régimes - France Entière

n° finess juridique: 00000000000

n° finess géographique: 000000000

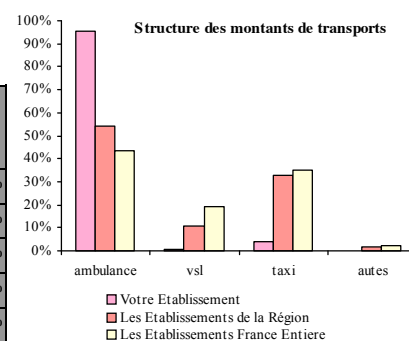
CHA

Synthèse des Montants Remboursés de Transports

	Votre Etablissement				Les Etablissements de la Région				Les Etablissements France Entière			
	Montant N-1	Montant N	Evolution	Structure	Montant N-1	Montant N	Evolution	Structure	Montant N-1	Montant N	Evolution	Structure
Ambulance	121 211	105 470	-13,0%	95,3%	15 967 672	16 523 578	3,5%	54,5%	80 322 123	83 370 312	3,8%	43,5%
VSL	2 845	893	-68,6%	0,8%	3 475 815	3 232 156	-7,0%	10,7%	38 510 931	36 698 609	-4,7%	19,2%
Taxis	2 971	4 260	43,4%	3,8%	8 385 411	9 982 814	19,0%	32,9%	60 338 349	66 930 426	10,9%	34,9%
Autres	71	97	37,6%	0,1%	622 613	592 346	-4,9%	2,0%	5 055 784	4 605 595	-8,9%	2,4%
Total	127 097	110 721	-12,9%	100,0%	28 451 511	30 330 894	6,6%	100,0%	184 227 187	191 604 942	4,0%	100,0%

Données détaillées sur votre établissement

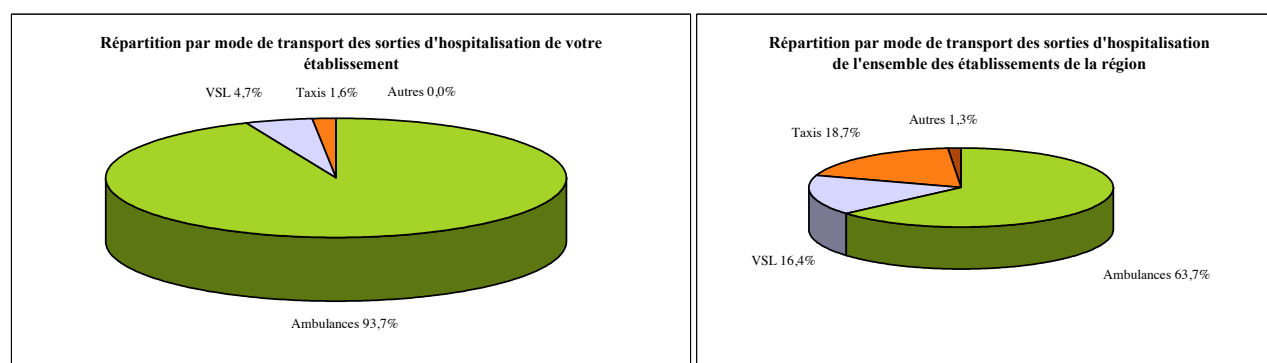
	Nombre de patients transportés N-1	Nombre de patients transportés N	Evolution	Montant moyen par patient transporté N-1	Montant moyen par patient transporté N	Evolution
Ambulance	747	664	-11,1%	162 €	159 €	-2,1%
VSL	36	21	-41,7%	79 €	43 €	-46,2%
Taxis	38	57	50,0%	78 €	75 €	-4,4%
Autres	4	2	-50,0%	18 €	49 €	175,3%
Total	809	738	-8,8%	157 €	150 €	-4,5%



Annexe 2

Fiche profil régionale (CPAM)

SEJOURS SUIVIS D'UN TRANSPORT - Année 2010 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ Assurés du Régime Général d'Ile-de-France



13,2% des séjours réalisés dans votre établissement ont été suivis d'un transport au cours de l'année 2010 : 93,7% en ambulances, 4,7% en véhicules sanitaires légers et 1,6% en taxis. Sur l'ensemble des établissements implantés dans le département, 16,9% des séjours ont été suivis d'un transport.

Type de séjours en fonction de la discipline médico-tariffaire	Nombre de séjours	Poids	Part des séjours suivis d'un transport	dont ambulances	dont VSL	dont taxis	dont autres transports
Médecine interne	3 377	28,2%	16,5%	87,8%	9,5%	2,7%	0,0%
Chirurgie générale	2 784	23,3%	9,2%	94,6%	2,7%	2,7%	0,0%
Psychiatrie générale	1 454	12,2%	1,0%	92,9%	7,1%	0,0%	0,0%
Obstétrique	1 362	11,4%	1,8%	91,7%	0,0%	8,3%	0,0%
Urgence indifférenciée (service de porte)	803	6,7%	21,7%	97,7%	2,3%	0,0%	0,0%
Pneumologie indifférenciée	637	5,3%	32,3%	98,1%	1,9%	0,0%	0,0%
O.R.L.	421	3,5%	7,1%	90,0%	10,0%	0,0%	0,0%
Réanimation en cardiologie	368	3,1%	31,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gynécologie	206	1,7%	4,4%	88,9%	11,1%	0,0%	0,0%
Rééducation fonctionnelle et réadaptation polyvalente	145	1,2%	44,8%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Convalescence	141	1,2%	54,6%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Réanimation polyvalente	137	1,1%	19,7%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Ophthalmologie	111	0,9%	18,9%	90,5%	4,8%	4,8%	0,0%
Stomatologie	17	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	11 963	100,0%	13,2%	93,7%	4,7%	1,6%	0,0%

Annexe 3

Exemple de mise en forme d'un suivi trimestriel des transports prescrits en établissement

Les résultats de prescription de transport par l'établissement sont répartis selon l'ensemble des patients, ceux en ALD et ceux ayant plus de 70 ans.

La première partie permet de disposer des résultats portant sur l'ensemble des patients ayant bénéficié d'une prescription de transport par l'établissement :

❖ En termes de montants remboursés :

Montant remboursé des transports prescrits par les établissements, pour l'année en cours et la précédente, comparatif par rapport aux établissements de même catégorie (pour la région de l'établissement et France), comparatif par rapport à l'ensemble des établissements (pour la région de l'établissement et France).

❖ En termes de nombre de patients :

Nombre de patients ayant eu au moins une prescription de transport (prescrit par l'établissement) pour l'année en cours et la précédente.

❖ En termes de montant moyen par patient :

Montant moyen remboursé par patient pour l'année en cours et la précédente (prescrit par l'établissement).

Chaque résultat est décliné par mode de transport et assure le suivi de l'évolution d'une année sur l'autre.

Le périmètre de données porte sur tous les régimes pour les assurés de la France entière et les données sont consolidées sur le numéro finess juridique.

Statistiques pour l'ensemble des patients

Evolution des montants remboursés par mode de transport entre 2010 et 2011

Ce tableau résume les montants de transports remboursés pour les années 2010 et 2011 prescrits par l'établissement. Il permet également de comparer avec les résultats des établissements de même catégorie de la région et de France entière.

Source : OCIR, Agapations de 2010 et 2011, tous régimes (RS + SLR + RS) + RSA (hors amexa) + CRPCEN + CAVIMAC + CNRPS).

	Montants remboursés		Evolution	Evolution des établissements de même catégorie		Evolution de l'ensemble des catégories d'établissements	
	2010	2011	2010/2011	Région	France	Région	France
Rembourse	5 323 929 €	5 301 247 €	-0,4%	-0,4%	-0,2%	+0,0%	+0,0%
ALD	4 593 717 €	4 594 816 €	+0,0%	+0,0%	+0,0%	+0,0%	+0,0%
Plus de 70 ans	6 778 654 €	6 683 427 €	-1,5%	-1,5%	-1,5%	-1,5%	-1,5%
Autres modes	201 462 €	222 004 €	+10,2%	+10,2%	+10,2%	+10,2%	+10,2%
Total	12 898 045 €	12 901 494 €	+0,0%	+0,0%	+0,0%	+0,0%	+0,0%

Evolution du nombre de patients et du montant moyen par patient

Ce tableau résume le nombre de patients transportés et le montant moyen par patient.

A noter qu'un patient peut avoir eu plusieurs modes de transport : par conséquent le nombre total de patients est inférieur de la somme des patients de chaque mode de transport.

Source : OCIR, Agapations de 2010 et 2011, tous régimes (RS + SLR + RS) + RSA (hors amexa) + CRPCEN + CAVIMAC + CNRPS).

	Nombre de patients transportés			Evolution	Montant moyen par patient			Evolution
	2010	2011	2010/2011		2010	2011	2010/2011	
Rembourse	57 433	57 300	-0,2%		92,7 €	92,5 €	-0,2%	
ALD	47 583	47 524	-0,1%		96,7 €	96,6 €	-0,1%	
Plus de 70 ans	15 729	15 729	+0,0%		428,4 €	424,9 €	-0,8%	
Autres modes	3 921	3 921	+0,0%		51,4 €	51,4 €	+0,0%	
Total	77 092	77 000	-0,1%		120,4 €	119,9 €	-0,4%	

La 2^e partie porte sur les patients en ALD ayant eu recours au transport (que ce dernier soit en rapport ou non avec l'ALD).

Les différents indicateurs sont repris (montants remboursés, nombre de patients transportés et montants moyens par patient) et complétés par :

❖ la part des patients en ALD (rapport entre le nombre de patients transportés en ALD et le nombre de patients total transportés) ;

❖ la part des montants de transport remboursés pour les patients en ALD (rapport entre le montant de transport remboursé pour les patients en ALD et le montant total de transport remboursé pour l'ensemble des patients).

Statistiques pour les patients ALD

Évolution des montants remboursés par mode de transport entre 2010 et 2011

Ce tableau retranscrit les montants de transports remboursés pour les années 2010 et 2011 prescrits par l'établissement. Il permet également de comparer avec les résultats des établissements de même catégorie de la région et de France entière.

Source : DCIR, Liquidations de 2010 et 2011, Tous régimes (RG + SLM + RSI + MSA (hors amexa) + CRPCEN + CAVIMAC + CNMSS).

	Montants remboursés			Évolution des établissements de même catégorie		Évolution de l'ensemble des catégories d'établissements	
	2010	2011	2010/2011	Région	France	Région	France
Ambulance	3 556 613 €	3 515 819 €	- 1,1%	- 1,1%	+ 5,1%	+ 1,2%	+ 4,4%
VSL	3 700 304 €	3 521 991 €	- 4,8%	+ 4,8%	- 1,2%	- 1,1%	- 0,8%
Taxis	5 286 555 €	5 540 353 €	+ 4,8%	+ 4,8%	+ 11,2%	+ 5,2%	+ 11,2%
Autres modes	560 601 €	497 978 €	- 12,1%	- 12,1%	+ 3,2%	- 9,4%	+ 2,4%
Total	13 104 073 €	13 072 042 €	- 0,2%	- 0,2%	+ 5,8%	+ 2,0%	+ 5,7%

Évolution du nombre de patients et du montant moyen par patient

Ce tableau retranscrit le nombre de patients transportés et le montant moyen par patient.

À noter qu'un patient peut avoir recours à plusieurs modes de transport : par conséquent le nombre total de patients est différent de la somme des patients de chaque mode de transport.

Source : DCIR, Liquidations de 2010 et 2011, Tous régimes (RG + SLM + RSI + MSA (hors amexa) + CRPCEN + CAVIMAC + CNMSS).

	Nombre de patients transportés			Montant moyen par patient			Part des patients en ALD	
	2010	2011	2010/2011	2010	2011	2010/2011	2010	2011
Ambulance	9 227	9 466	+ 2,6%	385	371	- 3,6%	63,5%	63,0%
VSL	8 687	8 767	- 3,7%	426	421	- 1,1%		
Taxis	8 265	8 785	+ 6,3%	640	631	- 1,4%		
Autres modes	4 142	3 628	- 12,4%	135	126	- 0,4%		
Total	25 515	25 459	- 0,2%	514	513	- 0,0%	77,6%	77,3%

La troisième partie concerne les patients de plus de 70 ans.

Outre les indicateurs cités précédemment, s'y trouvent :

... la part de patients ayant plus de 70 ans (rapport entre le nombre de patients transportés ayant plus de 70 ans et le nombre de patients total transportés) ;

... la part des montants remboursés pour les patients ayant plus de 70 ans (rapport entre le montant de transport remboursé pour les patients ayant plus de 70 ans et le montant total de transport remboursé pour l'ensemble des patients).

Statistiques pour les patients de plus de 70 ans

Évolution des montants remboursés par mode de transport entre 2010 et 2011

Ce tableau retranscrit les montants de transports remboursés pour les années 2010 et 2011 prescrits par l'établissement. Il permet également de comparer avec les résultats des établissements de même catégorie de la région et de France entière.

Source : DCIR, Liquidations de 2010 et 2011, Tous régimes (RG + SLM + RSI + MSA (hors amexa) + CRPCEN + CAVIMAC + CNMSS).

	Montants remboursés			Évolution des établissements de même catégorie		Évolution de l'ensemble des catégories d'établissements	
	2010	2011	2010/2011	Région	France	Région	France
Ambulance	2 593 010 €	2 443 386 €	- 5,8%	- 5,8%	+ 3,4%	- 1,3%	+ 4,5%
VSL	1 246 116 €	1 238 697 €	- 0,6%	- 0,6%	- 1,8%	+ 0,6%	- 0,5%
Taxis	1 728 828 €	1 813 077 €	+ 4,9%	+ 4,9%	+ 10,5%	+ 4,4%	+ 10,4%
Autres modes	73 139 €	74 974 €	+ 2,5%	+ 2,5%	+ 3,3%	- 0,7%	+ 1,2%
Total	5 641 099 €	5 569 934 €	- 1,3%	- 1,3%	+ 4,2%	+ 0,7%	+ 5,0%

Évolution du nombre de patients et du montant moyen par patient

Ce tableau retranscrit le nombre de patients transportés et le montant moyen par patient.

À noter qu'un patient peut avoir recours à plusieurs modes de transport : par conséquent le nombre total de patients est différent de la somme des patients de chaque mode de transport.

Source : DCIR, Liquidations de 2010 et 2011, Tous régimes (RG + SLM + RSI + MSA (hors amexa) + CRPCEN + CAVIMAC + CNMSS).

	Nombre de patients transportés			Montant moyen par patient			Part des patients ayant plus de 70 ans	
	2010	2011	2010/2011	2010	2011	2010/2011	2010	2011
Ambulance	8 018	8 431	+ 5,2%	323	290	- 10,4%	35,3%	36,0%
VSL	4 059	3 850	- 5,0%	307	321	+ 4,6%		
Taxis	3 499	3 715	+ 6,2%	494	488	- 1,2%		
Autres modes	702	618	- 12,0%	104	121	+ 16,4%		
Total	14 196	14 537	+ 2,4%	397	383	- 3,6%	32,4%	32,9%

La fréquence de mise à jour de ces données est trimestrielle.

Annexe 4

Typologie de données fournies par les caisses primaires d'Assurance maladie aux établissements de santé

Les caisses primaires d'Assurance maladie peuvent fournir 2 types de données aux établissements de santé afin de leur permettre de mieux connaître et suivre les dépenses liées à leurs prescriptions de transport :

... Des données interrégimes consolidées par la caisse nationale d'Assurance maladie. Un profil annuel est établi et complété de données trimestrielles. Les principales données fournies sont les montants remboursés, l'identification des modes de transport prescrits, le nombre de patients ayant bénéficié d'un remboursement de transport et le montant moyen remboursé. Elles permettent une analyse de l'évolution annuelle et une comparaison avec les autres établissements.

... Des données issues des bases locales de remboursement. Elles permettent ponctuellement de compléter l'approche interrégimes en affinant les analyses par exemple sur la consommation de transport liée à une discipline médico-tarifaire.

Annexe 5

Tableau synoptique sur les conditions et modalités de la prise en charge



Tableau d'aide à la gestion des transports inter-établissement pour les transferts inférieurs à 48 heures

Règle générale :

Les actes ou prestations effectués à l'extérieur de l'établissement où est hospitalisé le malade doivent être facturés à l'établissement demandeur (le prescripteur).

DÉPART Établissement de séjour demandeur	ARRIVÉE Établissement prestataire	FACTURATION À LA CPAM
Clinique conventionnée	Clinique conventionnée	OUI
Hôpital public	Hôpital public	NON
Clinique conventionnée	Hôpital public	OUI
Hôpital public	Clinique conventionnée	NON

CAS SPÉCIFIQUES

DÉPART	ARRIVÉE	MOTIF TRANSPORT	FACTURATION À LA CPAM	OBSERVATIONS
Établissement de Soins de Suite et de Réadaptation public	Hôpital public	Convocation par SSR	NON	Prestations + Transports financés par le budget de fonctionnement du SSR
Établissement SSR public ou privé lucratif	Hôpital public	Convocation par hôpital	NON	Prestations + Transports financés par le budget de fonctionnement de l'hôpital
Établissement SSR privé lucratif	Établissement privé	Soins itératifs	OUI	
Établissement SSR public	Établissement public	Soins itératifs	NON	
Clinique conventionnée	Établissement public	Soins itératifs	OUI	

Annexe 6

Mode d'emploi concernant la Prescription médicale de transport Cerfa S3138c



N° 50742#03

Prescription médicale de transport – Notice

(articles L. 163-4-1-2°, L. 321-1-2°, L. 322-5, L. 322-1 et R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale)

Tous les éléments indiqués dans cette notice sont opposables

Les modalités de prise en charge des frais de transport engagés par les assurés sont définies par les articles R. 322-10 et suivants du Code de la sécurité sociale qui précisent que la prise en charge des frais de transports est subordonnée à la présentation par l'assuré de la prescription médicale de transport et d'un justificatif de transport ou d'une facture du transporteur. Les articles L. 162-4-1-2° et R. 322-10-1 du Code de la sécurité sociale font obligation au médecin de mentionner sur la prescription les éléments médicaux justifiant le déplacement et le mode de transport prescrit dans le respect du référentiel de prescription fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006 (J.O. du 30 décembre 2006).

Dans quelle situation permettant la prise en charge du transport se trouve votre patient ?

Pour être remboursé, le transport doit répondre à l'une des situations suivantes (conformément à l'article R. 322-10-1 du Code de la sécurité sociale) :

- hospitalisation (complète, partielle, ambulatoire) de votre patient,
- votre patient souffre d'une affection de longue durée (ALD) et le transport est **en lien** avec cette ALD (conformément à l'article L. 324-1 du Code de la sécurité sociale),
- votre patient a été victime d'un accident du travail ou souffre d'une maladie professionnelle (AT/MP) et le transport est **en lien** avec cet AT/MP,
- votre patient doit être impérativement allongé ou sous surveillance constante.

Dans certains cas, les frais de transport peuvent être pris en charge à 100%, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale :

- les transports en rapport avec une affection de longue durée exonérante (sur liste ou hors liste) ou avec polypathologie invalidante
- les transports dans le cadre d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle,
- les transports dans le cadre d'une grossesse de plus de six mois,
- les transports liés à l'hospitalisation d'un nouveau-né de moins de 30 jours,
- les transports liés aux investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et son traitement (articles L. 324-1 et R. 322-3-12° du Code de la sécurité sociale),
- les transports des assurés titulaires d'une pension militaire, d'une pension d'invalidité, d'une pension vieillesse substituée à une pension d'invalidité, d'une pension de veuf ou de veuve d'invalidité, d'une rente AT/MP supérieure à 66,66% (100% pour l'assuré et ses ayants droits),
- les transports des assurés relevant du régime particulier d'Alsace-Moselle,
- les transports d'urgence en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte coûteux prévu au I-1 de l'article R. 322-8 du Code de la sécurité sociale,
- les transports entre 2 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 prévu au I-1 de l'article R. 322-8 du Code de la sécurité sociale.

Transport itératif : si vous devez prescrire un transport répété ne répondant pas à la définition du transport en série (*), cochez la case "transport itératif" en précisant le nombre de déplacements prévus.

Quel mode de transport prescrivez-vous, au regard de l'état de santé et d'autonomie du patient ?

Seul est pris en charge le transport le moins onéreux compatible avec l'état du malade, apprécié au regard des critères médicaux et de dépendance suivants (fixés par l'arrêté du 23 décembre 2006 - J.O. du 30 décembre 2006) :

- Si votre patient est dans l'une des situations suivantes, il convient de lui prescrire une **ambulance** :
 - il présente une déficience ou une incapacité nécessitant un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise,
 - il présente une déficience ou une incapacité nécessitant un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène,
 - il présente une déficience ou une incapacité nécessitant un transport avec brancardage ou portage ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.
- Si votre patient est dans l'une des situations suivantes, il convient de lui prescrire un transport assis professionnalisé (VSL ou taxi) :
 - il présente une déficience ou incapacité physique invalidante nécessitant une aide au déplacement, technique ou humaine, mais ne nécessitant ni brancardage ni portage,
 - il présente une déficience ou une 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,
 - il présente une déficience nécessitant le respect rigoureux des règles d'hygiène,
 - il présente une déficience nécessitant la prévention du risque infectieux par la désinfection rigoureuse du véhicule,
 - il suit un traitement ou est atteint d'une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport.
- Si votre patient peut se déplacer seul, sans assistance particulière, il convient de lui prescrire l'utilisation d'un **moyen de transport individuel** (son véhicule personnel, par exemple) ou les **transports en commun**.
Si l'état de santé du patient nécessite l'assistance d'un tiers, ou si le patient a moins de 16 ans, les frais de transport en commun de la personne accompagnante peuvent être pris en charge.
- Conditions particulières :
 - à l'exclusion des pathologies infectieuses bénignes, si le patient présente une pathologie infectieuse avérée ou soupçonnée nécessitant la prévention du risque infectieux pour le personnel et/ou la désinfection rigoureuse du véhicule et/ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie, le médecin prescripteur doit en aviser le transporteur en cochant la case "nécessité d'une aseptie rigoureuse",
 - Appel du centre 15 : la prescription est remplie a posteriori par un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient s'est rendu.

Éléments d'ordre médical (Volex 1)

Dans cette rubrique, vous détaillez à l'attention du médecin conseil les motifs médicaux à l'origine de la prescription de transport (nature de l'examen ou des soins justifiant le déplacement). C'est dans cette rubrique que vous motivez l'orientation dans un centre de référence dédié dans le cas d'une maladie rare.

ATTENTION : la prise en charge de certains transports nécessite l'accord préalable du contrôle médical des caisses : les transports vers un lieu distant de plus de 150 km, les transports en série (*) - le nombre de transports prescrit pour un même traitement est au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et chaque transport est effectué vers un lieu distant de plus de 50 km -, les transports en avion ou bateau de ligne (vous utilisez alors le formulaire « Demande d'accord préalable/Prescription médicale de transport » S3139). S3138c

6

BIBLIOGRAPHIE

1. Art. L6312-2. Code de la santé publique.
2. CIRCULAIRE DHOS/SDO/01/2003/N°277 du 10 juin 2003 relative aux relations entre établissements de santé, publics et privés et transporteurs sanitaires privés.
3. Organisation des transports sanitaires primaires non-urgents, des transferts hospitaliers et du retour à domicile des patients - Référentiel Commun. s.l. : ministère de la Santé et des Sports, mai 2010.
4. 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. 2008. Vol. Journal officiel du 23 septembre 2008.
5. Ameli. [En ligne] <http://www.ameli.fr>.
6. Article L.321-1. Code de la sécurité sociale.
7. Circulaire CNAMTS CABDIR n°17/96 du 26 novembre 1996.
8. CPAM Île-de-France. La prescription de transport en milieu hospitalier, 2011.
9. CNAM. Le transport des assurés sociaux, 2011.
10. Didier EYSSARTIER. Rénovation du modèle économique pour le transport sanitaire terrestre. Ministère de la Santé et des Sports, 2010.

7 REMERCIEMENTS

Ce guide a été coordonné par Virginie HOAREAU.

Il a été élaboré sur la base des expériences d'amélioration du circuit de prescription/demande/facturation des transports sanitaires menées par l'ANAP dans les 7 établissements en 2012.

Nous remercions vivement pour leur participation :

✦ Tous les directeurs et toutes les équipes projet internes aux établissements :

- *CASH DE NANTERRE*
- *INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANNIQUE DE LEVALLOIS-PERRET*
- *HÔPITAL PRIVÉ NORD PARISIEN DE SARCELLES*
- *CH DE CHAUMONT*
- *CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE CHAUMONT*
- *CH DE TROYES*
- *CENTRE JEAN-GODINOT DE REIMS*

✦ Les institutions qui ont participé activement aux groupes de travail :

- *CPAM DES HAUTS-DE-SEINE*
- *CPAM DU VAL-D'OISE*
- *CPAM DE LA MARNE*
- *CPAM DE LA HAUTE-MARNE*
- *CPAM DE L'AUBE*
- *ARS ÎLE-DE-FRANCE*
- *ARS CHAMPAGNE-ARDENNE*

✦ Jonathan KRIEF, Lucie GAILLARDOT et Laurence HERIN du cabinet Adopale qui ont également contribué à ce travail de capitalisation.



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé © ANAP 2013 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : www.pixelis.fr - mai 2013

Secrétaire de rédaction : Fanny LENTZ

Crédit photos : ANAP

Imprimé par CARACTÈRE, imprimerie certifiée Iso 14001, sur du papier PEFC.

La connaissance et
l'anticipation des impacts
de la réorganisation
de l'offre sanitaire sur les
transports constituent
un enjeu important pour
les établissements de santé
et les ARS.

L'ANAP a accompagné 7 établissements de santé
pour les aider à optimiser la fonction transports
sanitaires non-urgents. Ce document présente les
grands enseignements de ce projet.

