

REVUES DE DÉPENSES

2016

Les transports sanitaires



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

### Un champ de compétence large associé à une démarche opérationnelle

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

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

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

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

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

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



Inspection générale  
des finances

Inspection générale  
des affaires sociales

Inspection générale  
de l'administration

N° 2016-M-008

N° 2016-001R

N° 16020-16003-01

## RAPPORT

# REVUE DE DEPENSES RELATIVES AUX TRANSPORTS SANITAIRES

Établi par

THIERRY WAHL  
INSPECTEUR GENERAL  
DES FINANCES

PIERRE LESTEVEN  
CONSEILLER GENERAL  
DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

PAUL-EMMANUEL GRIMONPREZ  
INSPECTEUR  
DE L'ADMINISTRATION

EVE ROBERT  
INSPECTRICE DES AFFAIRES  
SOCIALES

- AVRIL 2016 -

**IGF**  
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

  
Inspection Générale  
des Affaires Sociales





## SYNTHESE

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

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

En dépit d'un ralentissement observé en 2014<sup>1</sup>, la dépense de transport sanitaire a progressé, au cours des dernières années, à un rythme très sensiblement supérieur au rythme de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). C'est pourquoi l'objectif de modérer la progression de cette dépense est inscrit au plan ONDAM dit « triennal santé 2015-2017 », qui vise à maintenir la progression globale de l'ONDAM, à l'horizon 2017, à 1,9% l'an. Pour atteindre cette trajectoire cible, 10 Mds€ d'économies doivent être réalisées sur trois ans. Ce plan se déploie en douze blocs opérationnels dont deux concernent le transport sanitaire : le transport prescrit à l'hôpital, celui prescrit en ville.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

La mission souligne également le déficit de régulation qui caractérise ce poste de dépenses, du fait d'un pilotage éclaté, au plan national comme au plan territorial. Aujourd'hui, aucun acteur ne dispose d'une vision globale du sujet et aucun n'est en mesure d'agir seul sur l'efficacité de la dépense (ni sur les volumes, ni sur les prix). Les responsabilités sont éclatées du fait d'une triple dichotomie :

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

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

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

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

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

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

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

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

Au total, la mission effectue 44 recommandations, dont la liste est jointe à la présente note de synthèse<sup>2</sup>. A ce stade, la mission considère qu'aucune de ces propositions, si elles devaient être suivies, ne saurait être mise en œuvre en 2016. Aussi, elle suggère de faire porter leurs conséquences sur les exercices 2017 et suivants. De façon synthétique les conséquences de ces mesures sur le niveau de dépense sont présentées dans le tableau ci-après. Les mesures proposées conduisent à une économie de près de 150 M€ en 2017, 70 M€ supplémentaires en 2018 et 430 M€ en 2019.

---

<sup>2</sup> Les annexes reprennent ces recommandations et développent parfois des préconisations supplémentaires.



## LISTE DES RECOMMANDATIONS

### La convergence tarifaire

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

### La régulation de l'offre et de ses volumes

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

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

## Le pilotage de la demande

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

## Rapport

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

## Rapport

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

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

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

Récapitulation des économies proposées et de leur phasage

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



## Notice explicative

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

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

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

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

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

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

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

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





# SOMMAIRE

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

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

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



## INTRODUCTION

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

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

En dépit d'un ralentissement observé en 2014<sup>3</sup>, la dépense de transport sanitaire a progressé, au cours des dernières années, à un rythme très sensiblement supérieur au rythme de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). C'est pourquoi l'objectif de modérer la progression de cette dépense est inscrit au plan ONDAM dit « triennal santé 2015-2017 » : il s'agit, globalement, de maintenir la progression de l'ONDAM, à l'horizon 2017, à 1,9% l'an. Pour atteindre cette trajectoire cible, 10 Mds€ d'économies doivent être réalisés sur trois ans. Ce plan se déploie en douze blocs opérationnels, dont deux concernent le transport sanitaire : le transport prescrit à l'hôpital, celui prescrit en ville.

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

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

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

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

- d'une part, sur une évaluation des mesures de régulation déjà engagées, nombreuses, souvent foisonnantes, sous la forme d'expérimentations ou d'initiatives locales, et pour lesquelles il est souvent difficile de tirer des conclusions quantifiées<sup>4</sup> ;
- d'autre part, sur la formulation de propositions permettant « de mieux réguler l'offre de transports sanitaires, en agissant à la fois sur le volume et sur les tarifs applicables et à leurs modalités de fixation » ;

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfin, la mission considère également qu'il convient :

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

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

1.1. Des déterminants socio-médicaux favorables à son augmentation, qui n'expliquent pas complètement la croissance rapide de la dépense<sup>5</sup>

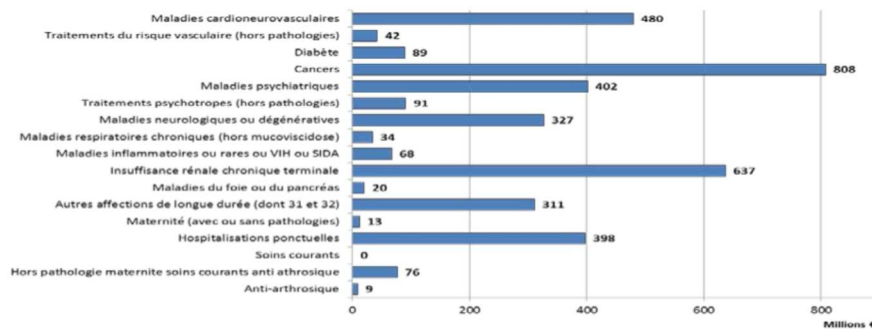
1.1.1. Une dépense en forte croissance, dont la décélération récente n'est encore ni stabilisée ni suffisante pour être compatible avec l'ONDAM

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

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

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

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



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

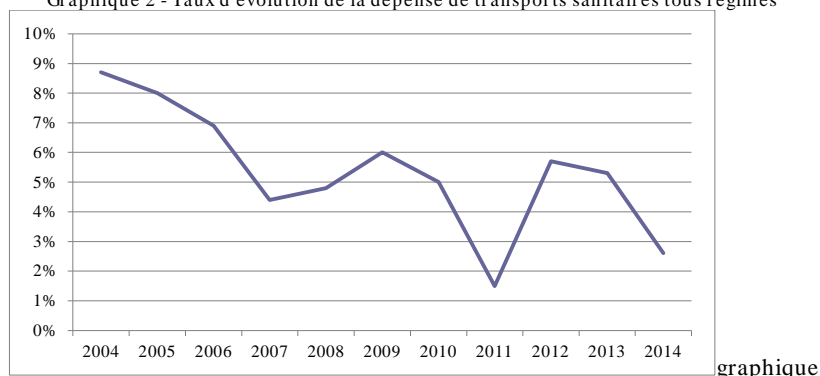
Sur le plan budgétaire, cette dépense est portée par l'enveloppe « ONDAM Soins de ville ». En dépit d'une récente mais irrégulière décélération, elle évolue, en moyenne, à un rythme supérieur à 4% l'an.

Tableau 1 - Dépense de transports sanitaires tous régimes<sup>6</sup>

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

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

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



Source : DREES

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

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

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

Source : DREES

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

- de la correction d'un biais statistique<sup>7</sup> portant sur deux ALD et pesant, semble-t-il, de l'ordre d'un point d'évolution ;
- de la conséquence de mesures de maîtrise de la dépense, qui portent à la fois sur les ALD<sup>8</sup>, et sur les évolutions tarifaires, notamment celles des ambulances et des VSL, relatives à la fois aux taux d'évolution et à l'instauration d'un mécanisme de

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

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

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



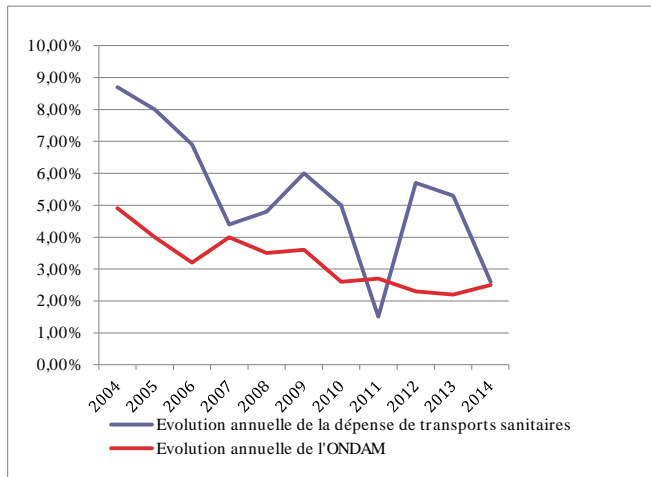
régulation<sup>9</sup>. La revalorisation des tarifs de taxis a également été plus faible en 2010 et 2011.

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

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

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

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



Source : DREES

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1.1.2.2. Un choix de socialisation élevée de la dépense

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

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

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

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

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

Source : DREES, Comptes de la santé.

<sup>10</sup> Article R. 322-1 du code de la sécurité sociale

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

Tableau 4 - Dépense de transports sanitaires tous régimes

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

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

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

Tableau 5 – Structure des remboursements en 2014

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

Source : CNAMTS. RG-SLM, France entière.

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

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

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

L'évolution dynamique de la dépense de transports sanitaires est corrélée à une évolution également dynamique des secteurs économiques des transports de patients <sup>12</sup> :

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

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

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

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

Données financières en M€

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

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

Champ : France entière

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

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

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

Données financières en M€

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

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

Champ : France entière

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

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

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

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

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

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

Source : CNAMTS (dépenses) –INSEE (CA)

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

##### 1.1.4.1. La confirmation du poids croissant du transport par taxi

###### 1.1.4.1.1. Dans la dépense...

La croissance de l'activité et des résultats du secteur des taxis, au moins jusqu'en 2013<sup>15</sup>, est très largement la conséquence de leur poids croissant dans le transport sanitaire :

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

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

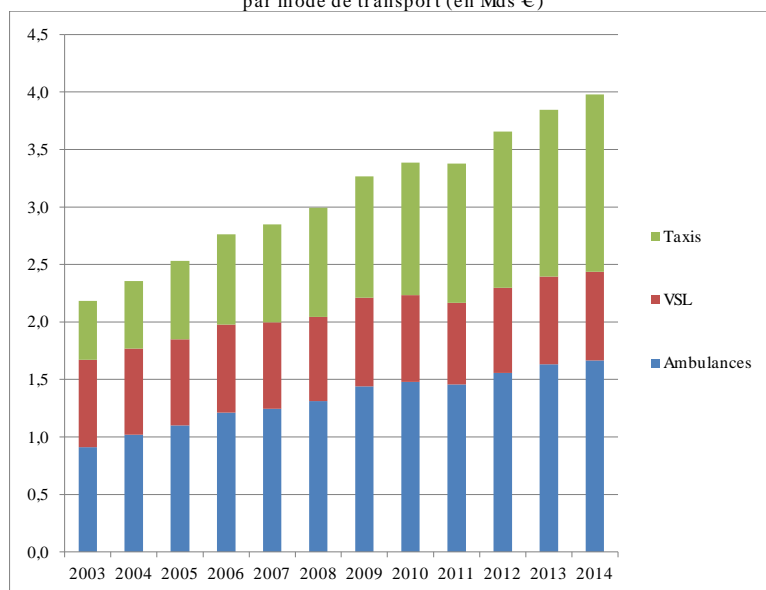
Source CNAMTS

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

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

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

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



Source : CNAMTS

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

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

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

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

Source : FNPS

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

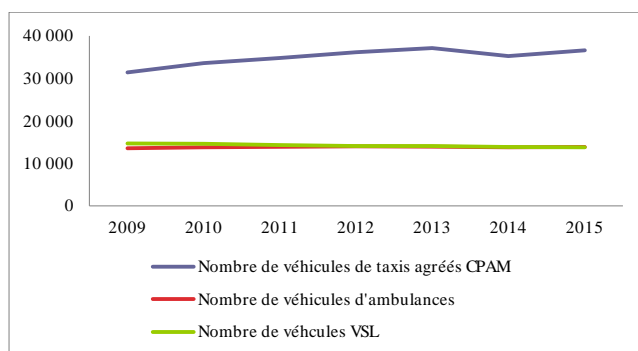
Tableau 11 – Evolution de la répartition par nature de transporteur et par nombre de véhicules

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

Source : FNPS

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

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



Source : FNPS

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

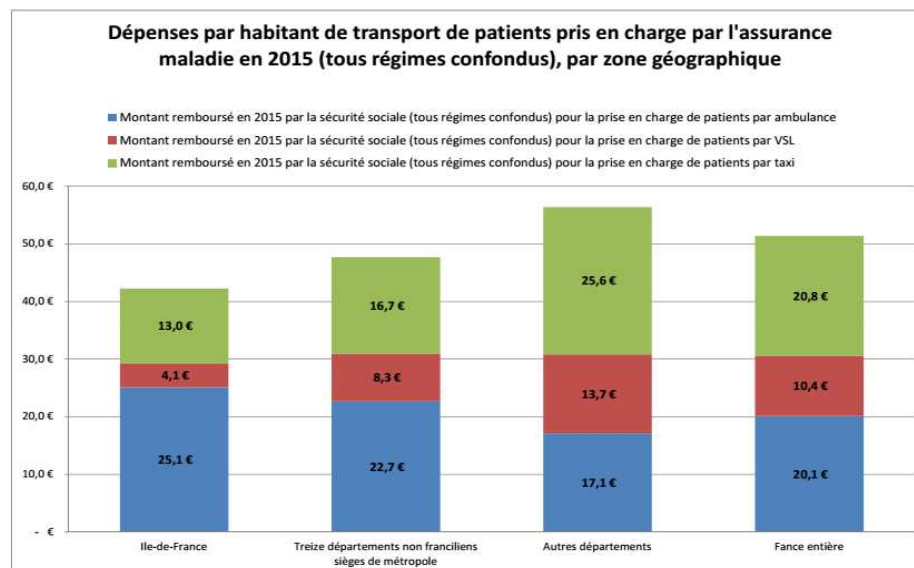
#### 1.1.4.2. ...Des spécificités et dynamiques territoriales très différentes

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

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

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

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



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

Sources : données de consommation inter régimes

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

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

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

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

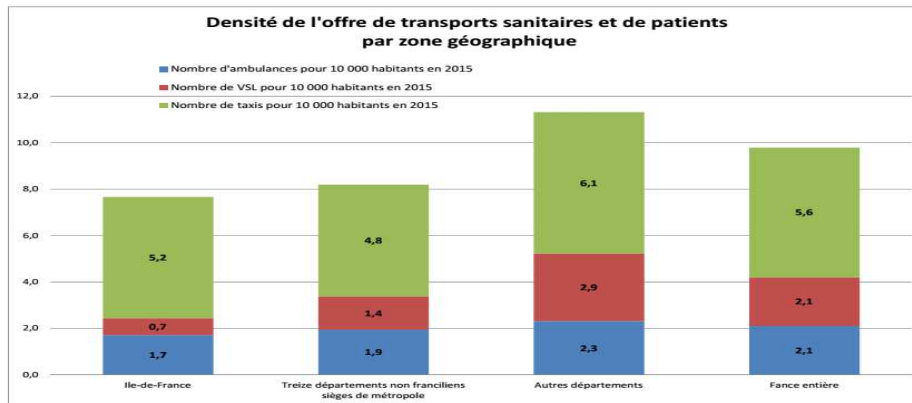
La densité de transport est également très variable selon les territoires. Si la densité moyenne nationale est de 9,8 véhicules (ambulances, VSL, taxis) pour 10 000 habitants, l'écart-type



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

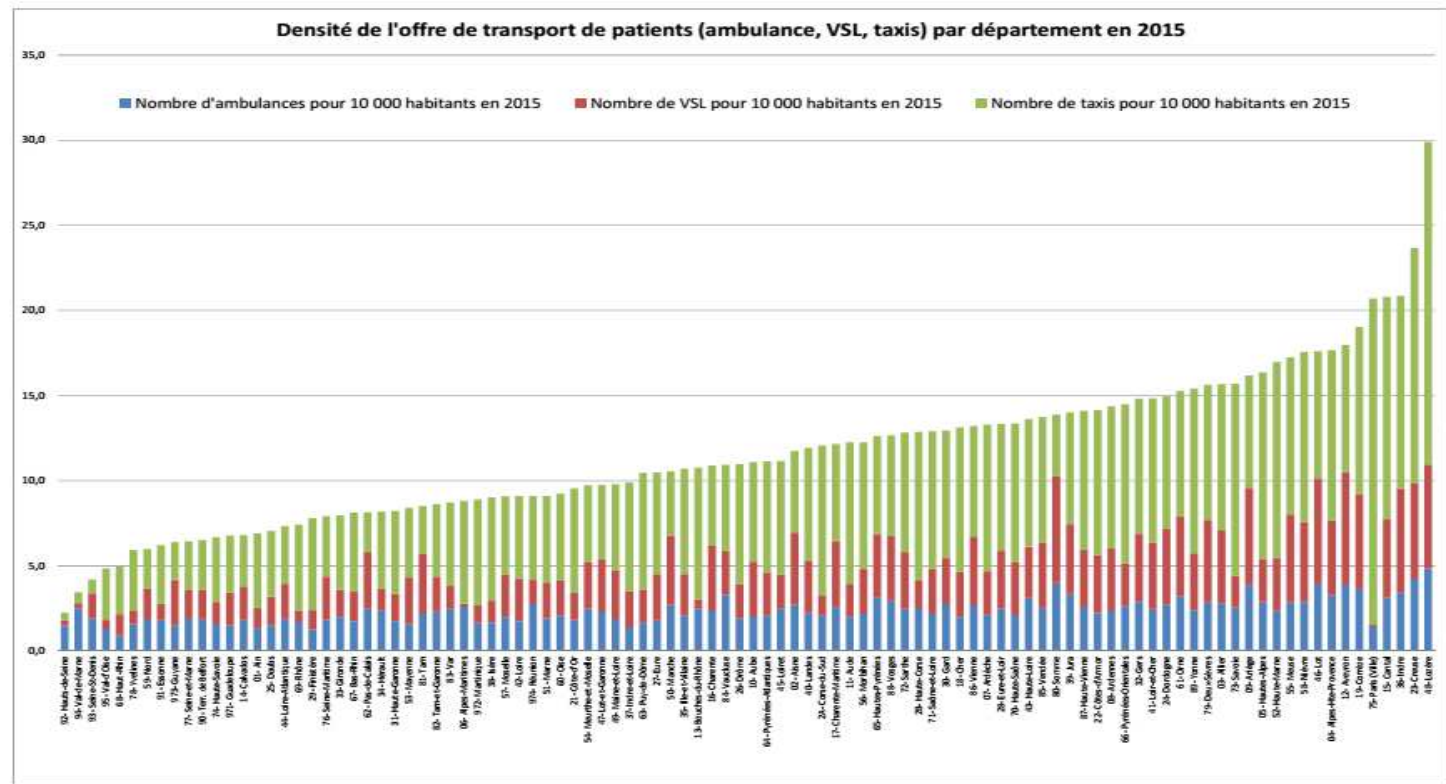
La structure de l'offre est également variable selon les territoires. La densité des VSL est significativement plus faible dans les départements urbains que dans les autres. Alors que l'offre de VSL est quasi inexistante en Ile-de-France (avec une densité de 0,7 pour 10 000 habitants) et faible dans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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ s'agissant des ambulances et VSL, qui, seuls, répondent à la définition du transport sanitaire telle qu'elle ressort du code de la santé publique<sup>16</sup>, le nombre d'exploitants comme le nombre de véhicules est arrêté par les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS), qui s'inscrit dans un cadrage réglementaire général<sup>17</sup> ; les conditions tarifaires sont arrêtées dans un cadre fixé par le code de la sécurité sociale<sup>18</sup> et déclinées par voie conventionnelle entre l'assurance-maladie et les représentants des transporteurs privés.

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

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

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

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

☒ la convention doit respecter une convention type arrêtée, en 2008, par le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) ;

☒ les dispositions tarifaires de la convention, qui s'inscrivent dans le cadre général de l'article L 322-5 du code de la sécurité sociale<sup>19</sup>, « ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur », c'est-à-dire les tarifs arrêtés par les Préfets dans chaque département, en application des dispositions réglementaires nationales relatives aux courses de taxis, quel que soit leur objet<sup>20</sup>.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

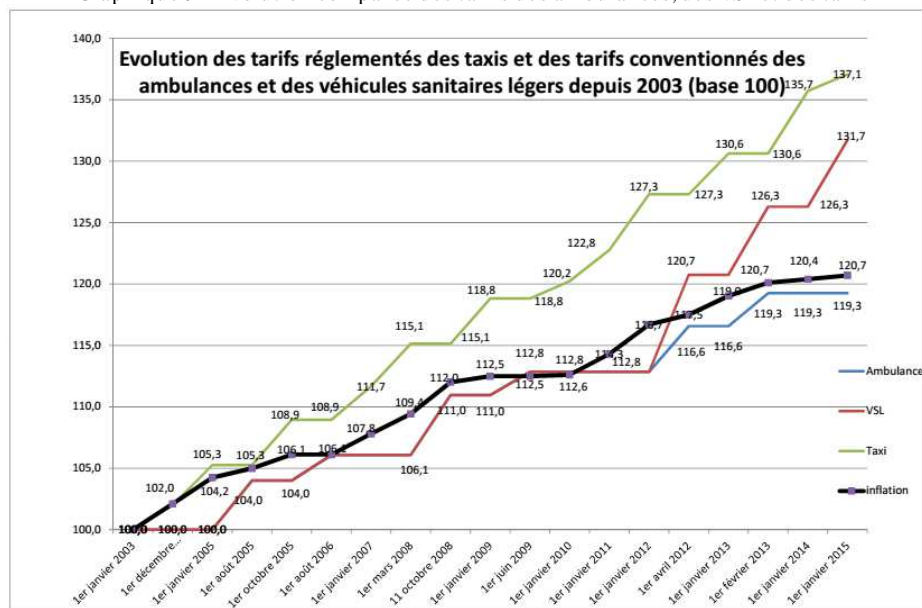
#### 1.1.5.2. Les tarifs des différents acteurs du transport sanitaire et du transport de patients ont évolué de façon divergente au cours des dernières années

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

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

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

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



Source : mission sur données CNAMTS

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

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

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

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

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

Source : CNAMTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

L'article R 6312-30 du code de la santé publique prévoit que l'offre de transport sanitaire (ambulances et VSL) est soumise à un quota ou plafond départemental arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) concernée. Ce quota, selon les dispositions du même article, est obtenu par l'application à la population du département des indices prévus à l'article R. 6312-29<sup>22</sup>. Le plafond départemental ainsi arrêté peut ensuite être éventuellement majoré ou minoré pour prendre en compte des caractéristiques démographiques ou économiques départementales. L'article R 6312-32 prévoit que ces indices, ainsi que le quota départemental, sont révisés au moins tous les cinq ans, notamment pour prendre en compte les résultats des recensements de la population.

Faisant à l'époque le constat que les quotas départementaux introduits en 1995 étaient rarement respectés<sup>23</sup> et, qu'au sein de ces plafonds, l'offre de VSL diminuait souvent au détriment des ambulances, le ministère de la santé a engagé une modification de certaines dispositions relatives aux agréments des entreprises de transport sanitaire et aux autorisations de mise en service des véhicules. Le décret n°2012-1007 du 29 août 2012, qui a résulté de cette démarche, a ainsi visé à :

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

---

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

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



Faciliter le retour des parcs de véhicules au niveau des quotas départementaux théoriques. Dans cette perspective, le décret du 29 août 2012 a modifié l'article R.6312-37, pour ajouter deux motifs nouveaux de refus de demandes d'autorisation, directement destinés à limiter l'offre globale : le « respect des quotas départementaux » et la « maîtrise des dépenses de patients »<sup>24</sup>. La circulaire d'application, en date du 27 mai 2013<sup>25</sup>, a insisté sur le fait que ces nouveaux pouvoirs de régulation devaient conduire les ARS à analyser précisément « les situations départementales du parc de véhicules sanitaires afin d'en déduire les priorités d'équipement, en termes de catégories de véhicule et de lieu d'implantation. ». En outre, le sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS<sup>26</sup> devait être consulté à cette fin et les arrêtés départementaux fixant les quotas éventuellement modifiés.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sanitaires. En région Nord-Pas-de-Calais, par exemple, l'analyse des besoins en transport sanitaire est fondée, notamment, sur une évaluation des densités de l'offre de transport, sur le territoire de chacune des CPAM de cette Région, au regard de la population « pondérée » qui la compose<sup>27</sup>. Construite de manière partenariale entre l'ARS et les CPAM, cette analyse sociodémographique est de nature à permettre l'application effective des critères de refus d'autorisations nouvelles ou de transferts prévus par le décret du 29 août 2012. Un tel dispositif pourrait être généralisé sur l'ensemble du territoire. La méthode développée est d'autant plus utile qu'elle peut également être appliquée à l'offre de taxi (cf. Annexe III) .

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

La régulation de l'offre de taxis concourant au transport de patient fait actuellement défaut et rend possible la forte dynamique constatée de ce secteur (cf. 1.1.4.1). Elle repose en effet d'abord sur la délivrance d'une autorisation de stationnement (ADS), telle qu'elle est prévue par le code des transports et qui n'est pas liée à l'activité de transport de patients. Tout taxi disposant d'une ADS délivrée, selon le cas, par sa commune de rattachement ou par la préfecture compétente, peut effectuer du transport assis professionnalisé, dès lors qu'il a conclu une convention à cet effet avec l'assurance-maladie dans les conditions prévues par la décision du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) du 8 septembre 2008<sup>28</sup>. Cette décision prévoit, pour l'essentiel, un délai de deux ans d'exploitation effective et continue du taxi avant la date de signature de la convention. De toute évidence, cette disposition, n'a jusqu'à présent constitué qu'un frein limité à l'entrée sur le « marché du transport de patients pris en charge par l'assurance maladie » de nouvelles sociétés de taxis.

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

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

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

---

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

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

Un référentiel de prescription a été adopté en 2006<sup>29</sup> pour préciser les déficiences ou incapacités des patients susceptibles de justifier une prescription de transport prise en charge par l'assurance maladie. Il précise les cas de recours à une ambulance ou à un TAP. Ce référentiel est contraignant et opposable. Il peut fonder une vérification de conformité des prescriptions par les CPAM.

Les conditions d'exonération du ticket modérateur ont parallèlement été redéfinies : un décret de 2011<sup>30</sup> a ainsi précisé que cette exonération n'était accordée au patient ou ayant droit atteints d'une affection longue durée (ALD) qu'à la condition que le transport réalisé soit en lien avec cette ALD et qu'il présente une incapacité ou une déficience ne lui permettant pas de se déplacer par ses propres moyens.

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

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

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

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

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

Le CAQOS a été instauré par la LFSS pour 2009<sup>32</sup> et a vu ses modalités redéfinies par la LFSS pour 2014. Il s'agit d'un contrat proposé à certains établissements de santé, ciblés en raison du niveau ou de la dynamique de leurs dépenses de transport, pour les encourager à mieux organiser leurs flux de transport et limiter leurs dépenses afférentes. Conclu pour trois ans entre l'ARS, la CPAM et les établissements de santé, sur la base d'un contrat type<sup>33</sup>, il est annexé au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement. Il s'inscrit dans un double objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement et d'amélioration des pratiques de prescription.

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

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

<sup>30</sup> Décret n°2011-258 du 10 mars 2011

<sup>31</sup> Article L162-1-15 du code de la sécurité sociale.

<sup>32</sup> Article L322-5-5 du code de la sécurité sociale

<sup>33</sup> Décision du 19 juin 2015 publiée au J.O.R.F. du 7 juillet 2015

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

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

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

#### L'outil CACTUS

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

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

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

#### 1.2.2.1. Un pilotage diffus au plan national

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

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

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

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

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

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

Ainsi :

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

#### 1.2.2.2. Un pilotage éclaté au plan local

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

Le pilotage de la politique est éclaté entre deux régulateurs :

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

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

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

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

#### 2.1.1. Préparer la convergence tarifaire entre taxis et VSL

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

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

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

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

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

Une modification législative, celle de l'article L 322-5 du code la sécurité sociale<sup>34</sup>, et des modifications réglementaires (notamment celle du décret du 7 octobre 2015 relatif aux tarifs des taxis<sup>35</sup> et celle de la décision du 8 septembre 2008 du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) relative à l'établissement d'une convention-type à destination des entreprises de taxi et des organismes locaux d'assurance maladie), sont nécessaires sur le plan juridique (cf. Annexe III).

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Document de travail – diffusion restreinte  
 Source : DSS

8

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

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

#### 2.3.2.1. Les scénarios de convergence tarifaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le cadre réglementaire en vigueur distingue les transports sanitaires pris en charge par l'assurance maladie (remboursés sur l'enveloppe « Soins de ville ») et ceux pris en charge par les établissements de soins eux-mêmes sur leur propre budget. Cette dernière catégorie regroupe les transports intra-hospitaliers, c'est-à-dire les trajets effectués entre établissements de santé d'une même entité juridique, dans la même agglomération, et les transports secondaires provisoires (moins de 2 nuitées dans l'établissement d'accueil) dans la plupart des cas<sup>36</sup>.

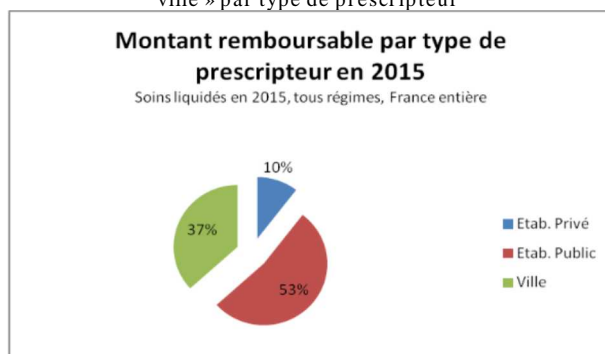
Les dépenses à la charge des établissements de santé sont évaluées à 250 M€. Elles ne représentent que 10% environ des dépenses totales prescrites par ces établissements. L'essentiel des dépenses prescrites par les établissements de santé sont prises en charge par l'enveloppe « Soins de ville ». Ces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

---

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

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

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



Source : CNAMTS

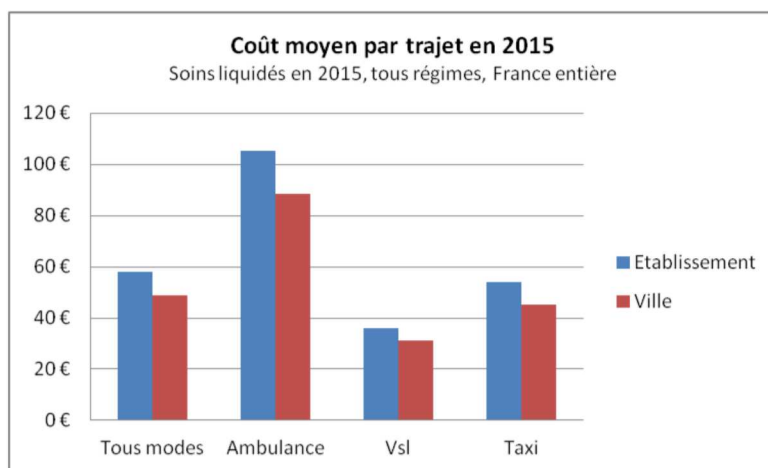
Il convient de relativiser le faible poids de la dépense de transports prescrite par les établissements privés dans la mesure où les prescriptions de transport des médecins libéraux exerçant en leur sein sont généralement comptabilisées comme des prescriptions faites en ville<sup>37</sup>.

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

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

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

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



Source : CNAMTS

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

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

- ☐ C'est le cas des plateformes de centralisation de la commande de transport (voir Annexe VII – « Les plateformes de centralisation de la demande de transport »), une solution promue par le ministère de la santé<sup>38</sup> et mise en place par un nombre croissant d'établissements<sup>39</sup>. La centralisation des commandes consiste à mettre en place un processus de collecte de l'ensemble des demandes de transport émises par les services de soins pour leurs patients au sein d'une cellule centralisée de gestion qui se charge de la commande de transport et devient ainsi l'interlocuteur unique des transporteurs.
- ☐ C'est également le cas du recours à la mise en concurrence via des appels d'offre, qui permet aux établissements de disposer de tarifs inférieurs aux tarifs conventionnés (10 à 15% de remise dans les marchés conclus par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris ou par le centre hospitalier régional universitaire de Montpellier). A l'opposé, certains établissements ont fait le choix d'une gestion en régie des transports à leur charge, qui est parfois source de gains conséquents : ainsi la ré-internalisation des transports de nuit par l'optimisation de moyens au CHU de Grenoble a généré 75 000€ d'économie.
- ☐ Enfin, certains établissements se sont engagés dans des démarches de rationalisation de leurs plannings de consultation, voire de leur offre de soins, dans l'optique de réduire les coûts de transports induits par leurs activités. A titre d'exemple, le centre hospitalier de Cherbourg a mis en place la permanence d'un médecin de ville au sein de l'établissement pour garantir la réalisation de dopplers, et donc d'éviter de recourir à des consultations externes qui induisaient des coûts de transports importants. Cette mesure a permis une économie d'environ 13 000 € annuels.

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

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



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

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

Un exemple emblématique de ce phénomène est la plateforme de centralisation des demandes de transport mise en place au centre hospitalier de Roubaix par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing, et gérée directement par cette dernière. Cette expérimentation, couplée à une démarche d'accompagnement des prescripteurs, a permis de passer d'un taux de transport assis de 9 à 35% et de réaliser en conséquence une économie annuelle moyenne de 75 000 €, qui tendrait à croître (90 000 € estimés en 2015). Le coût de fonctionnement actuel de la plateforme<sup>40</sup> étant de deux équivalents temps plein (ETP), celle-ci est donc a priori auto-finançable par les gains générés sur les dépenses d'assurance maladie<sup>41</sup>. Toutefois, les gains sont générés sur l'enveloppe Soins de ville et non sur le budget de l'établissement. En conséquence, l'annonce par la CPAM du retrait du personnel à la fin du 1er trimestre 2016 risque de signer la fin du projet, le centre hospitalier n'ayant pas intérêt à consacrer deux ETP à un projet qui ne lui rapporte pas directement, dans un contexte de tension sur sa masse salariale.

Lorsque les établissements s'engagent malgré tout dans des démarches de rationalisation des dépenses de transport à charge de l'assurance maladie, ils disposent de moins de leviers d'action que pour agir sur les transports à leur charge. Par exemple, il leur est difficile d'imposer le recours systématique à une plateforme de centralisation en l'absence de levier coercitif<sup>42</sup>. De ce fait, le taux de recours pour ces transports est généralement faible (15% à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, 16% aux Hospices Civils de Lyon) et n'augmente que lentement.

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

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

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

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

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

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

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

En conséquence, le CAQOS apparaît comme un dispositif lourd et relativement coûteux (coût net de 1,7 M€ en 2014) au regard de son efficacité incertaine : d'après les données de bilan fournies par la DSS et la CNAMTS pour les années 2012 et 2013, près de la moitié des établissements qui ont conclu un CAQOS n'ont pas atteint leurs objectifs<sup>43</sup>.

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

Dans ce contexte, la mission, à l'instar de la CNAMTS<sup>44</sup> et des rapports précédents, plaide pour l'intégration des dépenses de transports sanitaires dans le budget des établissements de santé, qui deviendraient alors pleinement responsables de la qualité de leur gestion. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et pour 2013 prévoyaient notamment d'expérimenter une délégation d'enveloppe aux établissements de santé mais n'ont pas été suivies d'application.

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

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

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

<sup>44</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés - Rapport Charges et produits pour 2016.

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

Cette option permet des économies rapides par le recours à des appels d'offre pour l'achat de prestations de transport, estimées à 10% (320 Millions €) par an environ<sup>45</sup> pour chacune des deux premières années de mise en œuvre.

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

Le transfert d'enveloppe garantit en outre un meilleur respect des objectifs de dépenses de l'assurance maladie et responsabilise l'ensemble des établissements de santé de façon directe, puissante et structurelle : tout gain d'efficacité réalisé par l'établissement dans la gestion de ses transports sanitaires lui permettrait de dégager une marge sur l'enveloppe transférée. Inversement, toute dérive dans les prescriptions de transport grèverait son compte de résultat. Dans un contexte où les règles de répartition des dépenses entre assurance maladie et établissements de santé sont unanimement jugées trop complexes et génèrent des stratégies d'optimisation de la part des établissements de santé comme de l'assurance maladie<sup>46</sup>, le transfert d'enveloppe permettrait une rationalisation autour d'un principe simple : ce qui est prescrit à l'hôpital est à la charge de l'hôpital.

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

<sup>45</sup> Effet évalué a minima de la mise en concurrence.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Centre Hospitalier de Roubaix

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

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

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

#### Centre Hospitalier d'Orange

Le Centre Hospitalier a mis en place une plateforme de régulation en septembre 2015. Un bilan des prescriptions de transports, réalisé en janvier 2016<sup>48</sup>, fait apparaître une baisse de 11 % des transports réalisés en ambulances (- 14 696 euros), de 6,7 % des transports réalisés en taxis et de 4% des transports réalisés en VSL par rapport aux transports prescrits par le CH Orange pour les mêmes périodes en 2014.

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

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

#### Le rendement des plateformes : premières évaluations

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lorsque la commande de transport est automatisée et dématérialisée (sélection opérée automatiquement par le logiciel en application de la clé de répartition définie en amont), cette transparence est mieux garantie, puisque la traçabilité des décisions est totale. Cela contribue à réduire le risque contentieux<sup>50</sup>.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Référentiel national des plateformes de centralisation de la commande de transport  
Un tel référentiel pourrait notamment retenir les caractéristiques suivantes, identifiées par la mission

comme des gages de succès de la démarche :

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

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

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

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

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

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

Pour les inciter à conclure un CAQES, la mission plaide pour une application effective par les ARS du dispositif de sanctions prévu pour les établissements ciblés qui refusent de contracter<sup>51</sup>. A défaut ou en complément, il pourrait être envisagé un mécanisme de pénalisation automatique des établissements lorsque leurs prescriptions de transport dépassent un taux de croissance ou un volume déterminé par voie réglementaire, et dont la signature d'un CAQES permettrait de les exonérer. Ce mécanisme pourrait prendre plusieurs formes : pénalité financière équivalente à l'ampleur du dépassement constaté, mise sous accord préalable des praticiens de l'établissement pour leurs prescriptions de transport.

---

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

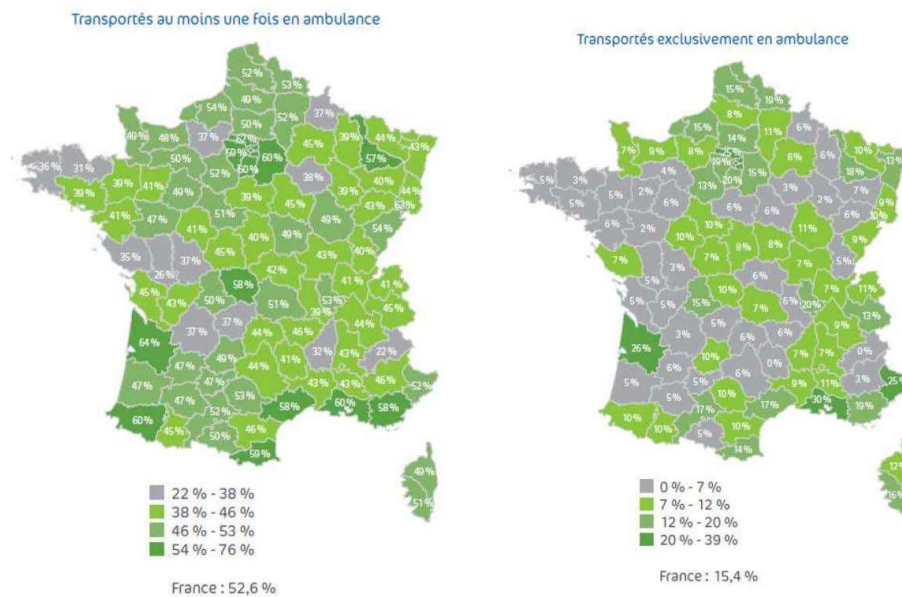
Ce chef de projet pourrait s'appuyer sur une instance de suivi qui permette la formalisation de retours d'expérience chiffrés et partagés et ajuste le dispositif en conséquence. Des présentations régulières du projet en conseil national de pilotage permettraient de s'assurer de sa bonne appropriation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

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

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

La « dérive » qui aurait progressivement banalisé la prescription médicale de transport de patients<sup>52</sup> et transformée cette dernière en « bon de transport » est régulièrement évoquée dans les rapports sur le sujet et systématiquement relevée par les divers professionnels rencontrés par la mission. Concrètement, cette banalisation a des effets sur la structure des coûts de transports sanitaires. Dans le cas de la dialyse, par exemple, les données fournies par la CNAMTS tendent à montrer que le recours à l'ambulance comme mode de transport privilégié pour une pathologie donnée (ici exemple de la dialyse) est lié à la structure du parc (forte corrélation avec la part de l'ambulance dans le parc) bien davantage qu'à des critères médicaux.

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



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

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

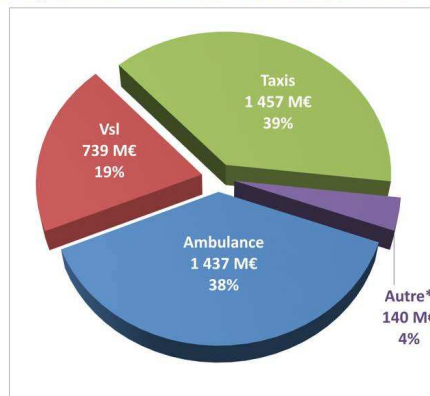
De façon générale, les médecins sont souvent peu sensibilisés sur les coûts induits par leurs prescriptions de transports.

<sup>52</sup> Formulaire CERFA n° 50742-54

Graphique 13 – Montants remboursés par mode de transport

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La prescription de transport constituant un acte médical, elle ne saurait être réalisée a posteriori, sauf en cas d'urgence. Si, à moyen terme, le développement de la prescription en ligne permettra de l'horodater, la mission note que les CPAM disposent d'ores et déjà des moyens d'identifier les prescriptions datées du même jour qu'un aller-retour, donc réalisées postérieurement au premier trajet. Pourtant, celles-ci ne notifient que rarement un refus de prise en charge pour le trajet « aller ». L'article R 322-10-2 du code de la sécurité sociale pourrait être reformulé pour conditionner explicitement la prise en charge du transport à l'antériorité de la prescription médicale<sup>53</sup>.

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Le retour d'expérience de l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) PACA-Corse<sup>55</sup> montre que, dans certains établissements de santé, la mise en place d'une gestion centralisée des demandes de transport, adossée à une rationalisation des flux (programmation des sorties et des entrées à heures fixes), peut permettre une augmentation très significative du transport partagé : parmi les transports assis régulés par la plateforme centralisée, 64 à 86% (selon les établissements) sont effectués avec plusieurs patients dans le même véhicule, dont une part significative (43% à l'Hôpital Européen de Valmante, 57% au CHM de Vallauris) avec trois patients. Le potentiel de développement du transport partagé varie cependant selon le profil du territoire et les pathologies concernées : il est bien entendu plus élevé pour les services de taille importante, prescrivant des transports itératifs (centres de dialyse, centres de lutte contre le cancer..) et desservant des zones urbaines ou périurbaines denses.

---

<sup>54</sup> Article L 162-16-7 du code de la sécurité sociale.

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

## Rapport

Les économies générées sont substantielles : l'UGECAM PACA Corse estime que l'assurance maladie effectue 31% d'économie sur chaque TAP régulé par la plateforme, soit 9 € par transport<sup>56</sup>, un ordre de grandeur confirmé par l'ANAP<sup>57</sup>, qui évoque un gain de 10 à 13 € par jour et par patient concerné observé au service de dialyse de l'hôpital privé nord parisien de Sarcelles.

### Retour d'expérience de l'UGECAM – PACA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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



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

En 2014, 1,9% des dépenses de transport remboursées concernaient le recours au véhicule personnel, pour un coût moyen de 17 euros selon la CNAMTS<sup>59</sup>.

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☒ les résultats analysés par la cour des comptes sur la campagne de MSAP conduite en 2008 suggèrent un changement durable des pratiques de prescription, au-delà de la seule période de mise sous accord préalable ;
- ☒ les données produites par la CNAMTS sur la campagne menée en 2013 et 2014 montrent que sur les 37 médecins ciblés à l'origine, seuls 3 (8%) ont fait l'objet d'un abandon lors de la phase contradictoire. Sur les 34 qui se sont vu proposer une MSO, 33 (97%) l'ont acceptée. Ces données amènent à relativiser le constat, généralement avancé, d'une faible acceptabilité politique et d'un risque contentieux élevé de ce type de procédure ;
- ☒ sur cette dernière campagne, les économies réalisées se chiffrent à 9 000 € environ par généraliste et 30 000 € par spécialiste sur une période de 4 mois. Cependant, la CNAMTS observe dans un certain nombre de cas un effet report, c'est-à-dire un transfert de la prescription de transport vers un autre praticien<sup>61</sup>. De ce fait, elle évalue l'économie « nette » pour l'assurance maladie à 5 473€ par praticien généraliste et 25 723€ par spécialiste.

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.6.3. Une refonte du régime des ententes préalables est souhaitable

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En miroir des éventuels soutiens prévus dans les contrats passés avec les établissements, un équivalent pourrait être proposé aux médecins exerçant à titre libéral. A cet effet, il est recommandé de mettre en place une rémunération sur objectif de santé publique<sup>62</sup> (ROSP) basée sur l'atteinte d'un taux cible de prescription en ligne des transports sanitaires, pour une enveloppe plafonnée à 10 Millions d'Euros l'an, éventuellement être ciblée sur les spécialistes les plus forts prescripteurs de transports sanitaires (néphrologues, oncologues, psychiatres).

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

#### Le programme de contrôle des surfacturations kilométriques 2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Bilan 2013 de la lutte contre la fraude**

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

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

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

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

Les instances disciplinaires sont différentes selon les segments du transport de patients<sup>63</sup>. Ces instances disciplinaires sont particulièrement dispersées s'agissant des taxis : une commission paritaire préfectorale gère le contentieux du code des transports tandis que le contentieux de la sécurité sociale relève d'une autre commission, également paritaire, animée par la CPAM. Des échanges systématiques d'information entre ces instances (signalements reçus, sanctions prononcées) seraient de nature à faciliter le repérage des professionnels au comportement problématique et à ajuster en conséquence les sanctions prononcées par chacune d'entre elles. Les CPAM pourraient en outre être invitées à siéger en tant que clientes au sein des commissions préfectorales lorsqu'est en cause un trajet pris en charge par l'assurance maladie.

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

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

---

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

## CONCLUSION

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

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

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

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

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

A Paris, le 2 mai 2016

L'inspecteur général  
des finances



Thierry WAHL

Le conseiller général  
des établissements  
de santé



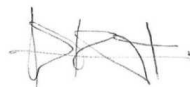
Pierre LESTEVEN

L'inspecteur  
de l'administration



Paul-Emmanuel  
GRIMONPREZ

L'inspectrice des  
affaires sociales



Eve ROBERT