

--------------------------------------------

**Restitution mission IGAS**

**Le 18 janvier 2019**

**Contexte :**

* Dépense de transport dynamique croissance 2 fois plus rapide que la dépense de santé.
* Les taxis tirent notamment la dépenses.
* Les dépenses sont financées à 94 % par l’AMO.
* Les mécanismes de régulations sont complexes mais ne régulent pas les disparités régionales.
* La réforme est conduite dans un souci de neutralité, pas d’économie.

**Champs de la réforme et sa cohérence**

* Les transferts inter hospitaliers.
* Les principes directeurs sont simples : patients hospitalisés uniquement et le prescripteur est le payeur.
* Dans le détail ces principes ont une déclinaison complexe avec de nombreux cas particuliers : dialyse, HAD, prestation inter activité……
* Le financement de la réforme : forfait en MCO, prix de journée pour les autres spécialités…. complique l’appropriation de la réforme.
* Les patients : principe de libre choix demeure mais réalité différente => question des permissions de sortie.
* La réforme visait à permettre la rencontre de l’offre de transport et les demandes des établissements au plus près des besoins. Cette finalité pas remise en cause par l’IGAS mais la mise en œuvre pose question.

**Engagement des acteurs**

* La réforme nécessite un engagement très fort dans les territoires car elle suppose des changements profonds de pratiques.
* Le contexte « marché » heurte les petits opérateurs de transport qui ont peur de disparaitre.
* Les établissements n’avaient pas conduit une réflexion sur l’activité transport en amont.
* Les acteurs ont pensé que la mise en œuvre n’interviendrait pas.
* Le contexte de la réforme : contrainte tarifaire + GHT n’a pas facilité l’appropriation.
* Les pré requis n’étaient pas remplis au moment du lancement de la réforme => Constat d’impréparation des acteurs et des pouvoirs publics.

**Dysfonctionnement**

* Des territoires de monopole transporteurs augmentant la dépense des établissements, des exemples inverses également existent
* La réforme n’a pas été mise en œuvre de manière à atteindre les objectifs attendus.
* Le cadre normatif a été déterminé par touches successives.
* Le temps d’appropriation a été sous-estimé.

**Focus sur les difficultés**

* Responsabilité : le ministère a été défaillant même si la réforme a été accompagnée techniquement, l’estimation de l’enveloppe économique a été fluctuante et a fragilisé la crédibilité.
* Animation territoriale : Défaillante. Il n’y a pas eu de déclinaison territoriale de l’animation de l’accompagnement de la réforme. Les ARS ont agi de manière tardive et de manière différente d’une région à l’autre.
* Accompagnement par les acteurs a été tardif et a manqué de cohérence :
	+ Il n’y a pas eu de rencontre entre établissements et transporteurs mais un rapport de force.
	+ Il n’y a pas eu de gouvernance organisée et une absence d’intervention positive des corps intermédiaires.

**Impacts et dérives :**

* La mise en œuvre a impacté les petits transporteurs économiquement et en termes d’organisation d’activité.
* Délais de paiement des transporteurs ont été rallongés.
* Problème de couverture de la dépense pour certains établissements.
* Problème de mise en œuvre du SI de la gestion de transport dans les établissements.
* Permission de sortie : certains établissements ont bloqué les permissions de sortie.
* Des effets d’éviction ont été constatés.
* Des groupements constitués de transporteurs ont exigé des remises ou ont fait des demandes de participations aux frais de gestion.
* Risque sur les établissements qui ont les deux métiers : transports et soins.

**Conclusion**

* La réforme a été contestée, elle a conduit à des dérives, il convient de les éradiquer, le dispositif doit se poursuivre mais doit être modifié.

**Propositions de la mission :**

* Adopter une pause dans le déploiement de la réforme pour clarifier le contexte normatif et mettre en œuvre la gouvernance nécessaire => Arrêter les procédures d’achat et de marché public.
* Clarifier le périmètre d’application de la réforme : sortir la dialyse domicile et péritonéale, HAD.
* Permission : droit à permission pour patients en situation d’handicap avec financement à la clé.
* Donner des garanties sur le recours au groupement des transporteurs.
* Encadrer les appels d’offre par rapport au prix conventionnel et les exigences possibles d’imposer aux transporteurs.
* Délai de paiement : recourir aux avances.
* Prévenir les fraudes en donnant des règles connues à tous.
* Rôle central des ARS dans l’accompagnement et dispositif de traitement des signalements.
* Dispositif de soutien aux transporteurs sanitaires pour qu’ils se modernisent.
* Dispositif de soutien aux établissements qui rencontrent des difficultés : financement, choix des solutions techniques, accompagnement à organisation.
* Mettre en place des contrôles pour maitriser les effets d’éviction.
* Préparer des changements à venir : contrôler les calculs d’enveloppes ATIH/CNAMTS et modes de financements des établissements (intégrer la distance).
* Mieux suivre la dépense pour améliorer le pilotage localement.

**Conclusion du cabinet :**

* Comité mixte fédérations/transporteur/ministère sera poursuivi.
* Décision de la ministre interviendra fin du mois.