



# Rénovation du modèle économique du transport sanitaire terrestre

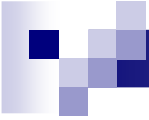
Didier Eyssartier

13<sup>ème</sup> Université du transport  
sanitaire



# Déroulé de mon intervention

- A quelle question ce rapport cherche-t-il à répondre ?
- Mon analyse de l'évolution de la demande de transport de patient
- Constats et propositions
  - Urgence pré-hospitalière
  - Transports non urgents
  - Transport assis professionnalisé et élargissement de l'activité vers le médico-social
- Quelques éléments de conclusion



# Rénovation du modèle économique : de quoi parle-t-on ?

- Une organisation (dont des aspects réglementaires) qui ne permet pas un fonctionnement efficace du secteur
- Des tarifs qui ne donnent pas toujours de bons signaux aux acteurs et n'assurent pas une viabilité du secteur du transport sanitaire
- Des coûts globaux de prise en charge par les pouvoirs publics (3,2 Mds € en 2008) de moins en moins supportables

# Dépenses de transport de patients remboursables

Evolutions (en %)	Total	Ambulances	VSL	Taxi	Autres	VSL + Ambulances	TAP <sup>(1)</sup> : VSL + Taxi
2006	8,7	9,3	1,9	15,2	8,5	6,4	8,1
2007	6,1	5,8	0,7	12,0	5,8	3,8	6,4
2008	4,6	4,4	-2,6	11,0	6,7	1,8	4,6
2009	6,7	7,5	1,9	9,3	5,8	5,5	6,1

Source : Eco santé pour les années 2006 et 2007, tableau des résultats du régime général pour les années 2008 et 2009. La colonne « Autres » comprend les remboursements de frais de transports en commun et individuels et le coût pour l'assurance-maladie des contrats de bonne pratique avec les transporteurs sanitaires.



# Evolution prévisible de l'activité de transport de patients

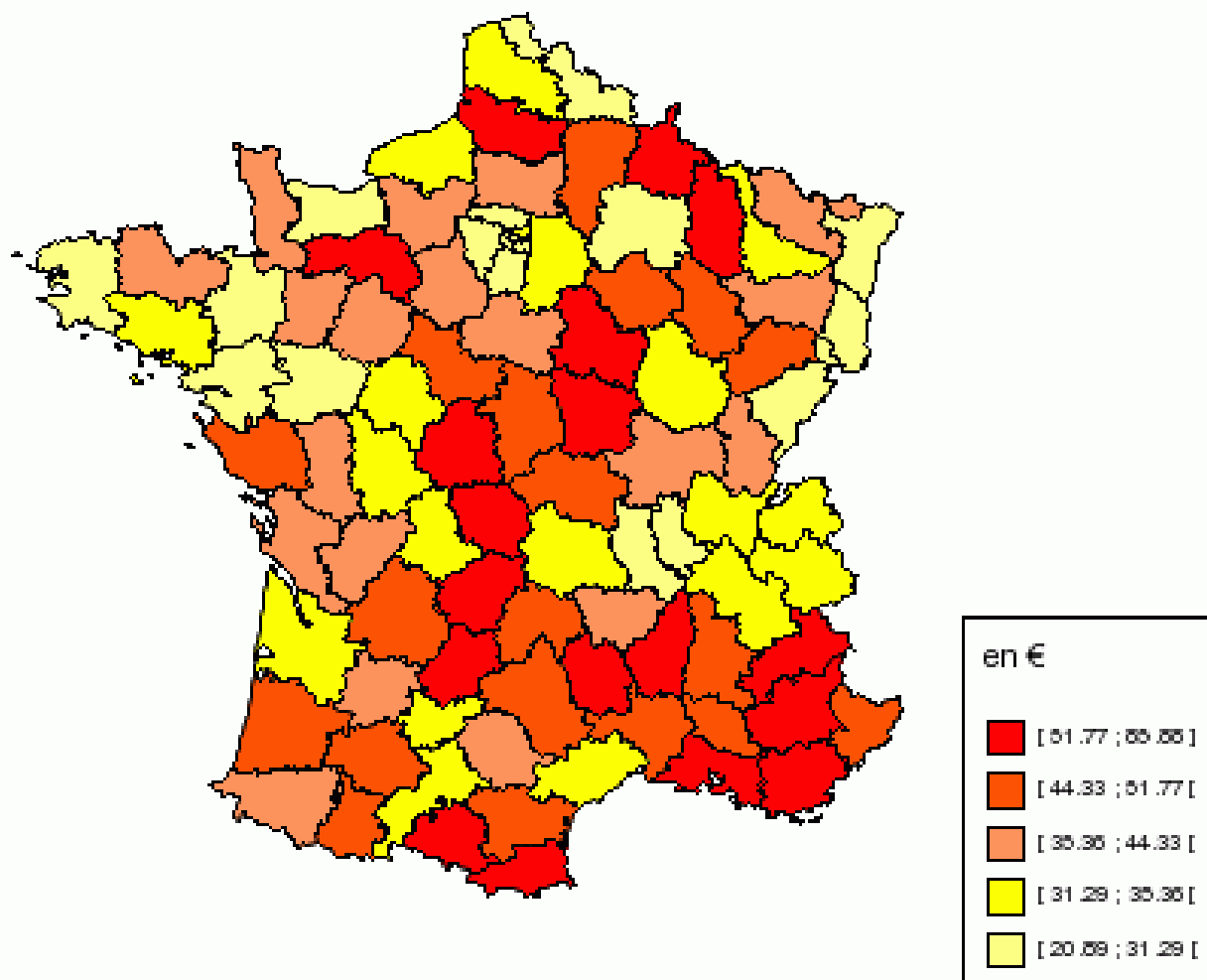
- 7% des assurés sociaux bénéficient d'une prise en charge de certains de leur transports
- Près des deux-tiers sont des patients en ALD
- 82 % des dépenses de transport concernent des patients en ALD
- Sur 2003 – 2007 :
  - dépenses de soins patients ALD : +9,4%
  - Dépenses de soins patients non ALD : +1,9%
  - Cet effet provient pour partie de la progression du nombre de patients en ALD dont ¼ lié au vieillissement de la population
- D'ici 2025, le taux de patients en ALD devrait passer de 14% à plus de 25%



# Autres facteurs influençant la demande de transports de patients

- A la hausse :
  - Restructurations hospitalières (concentration des actes techniques)
  - Progression de l'hospitalisation de jour
    - D'ici 2025 la part des séjours en ambulatoire pourrait passer de 35% à plus de 55% (étude DREES)
- A la hausse ou à la baisse :
  - homogénéisation des taux de recours au transport de patients sur le territoire
- A la baisse :
  - Meilleur respect du référentiel de prescription
  - Rapprochement des lieux des soins vers les lieux de vie (SSR)

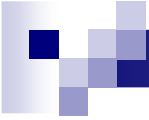
## Dépenses remboursées de transports sanitaires par habitant





# Constats et propositions

- Une meilleure organisation collective des transporteurs privés engagés dans un service public
- Une responsabilisation accrue des acteurs (y compris financière)
- Une plus forte traçabilité des actes de transports demandés et effectués
- Des tarification à faire évoluer
- Une réflexion nécessaire sur l'application de référentiel de prescription et si besoin le retoucher (proposition n°7)
- Une réorganisation des pouvoirs publics à poursuivre :
  - L'ARS : un échelon régional nouveau pour le pilotage de la politique de transport de patients
  - Des collaborations à l'échelon national à renforcer
  - Des systèmes d'informations à construire et partager



# Urgences pré-hospitalières

- Revoir le mode de financement pour permettre une bonne application des référentiels publiés en 2009
  - Revoir les modalités d'indemnisation des périodes de garde pour mieux couvrir les coûts et mieux ajuster la rémunération des transporteurs à l'activité réalisée. Les niveaux d'indemnisation pourraient être fixés localement après un cadrage national ;
  - Les secteurs et heures de garde pourraient être globalement revus sous le pilotage de chaque ARS,
  - Les transporteurs doivent être pénalisés en cas de non réponse de leur fait à des demandes du SAMU-centre 15 ;
  - La mise en place d'une traçabilité de l'activité comme prévue par le référentiel devrait permettre de rémunérer les « sorties blanches » demandées par le centre de régulation ;
  - Regrouper les enveloppes dédiées au financement des gardes ambulancières, des carences ambulancières, voire le financement des transports d'urgence au sein d'une enveloppe unique fermée de la responsabilité de l'ARS ;
  - Dès à présent intéresser financièrement les régions et établissements de santé à la réduction des carences (ce qui revient à avoir un mécanisme sur les MIG plus incitatif).



# Transports non urgents

- Au niveau des établissements de santé et des transporteurs sanitaires (application du référentiel concernant les transports post-hospitaliers) :
  - Mieux organiser les demandes de transport au sein des établissements de santé par la mise en place de plates-formes de gestion des demandes de transports,
  - Tracer les demandes de transport au sein des établissements et les réponses apportées par les transporteurs,
  - Développer des démarches qualités entre les établissements et les transporteurs sanitaires pour améliorer la réponse apporter aux patients et réduire les temps d'attente des transporteurs,
  - Mettre en place des organisations pour permettre le développement à grand échelle du transport partagé ;



# Transports non urgents

- Au niveau régional :
  - Appuyer les établissements de santé pour développer les organisations à mettre en place
  - Contractualiser avec ceux dont les prescriptions de transports apparaissent très importantes ou très dynamiques ou dont les organisations sont les plus défailtantes (temps d'attentes importants, pas d'anticipation des demandes...). La contractualisation devrait également porter sur le développement du transport partagé,
  - Mettre en place avec les transporteurs sanitaires l'équivalent des contrats de bonne pratique précédemment passés avec les CPAM : contractualisation dans le cadre de l'article L.1435-4 du code de la santé publique ;



# Transports non urgents

- Au niveau national :
  - Publication rapide du projet de référentiel concernant l'organisation des transports sanitaires post-hospitaliers, avec un suivi dans le temps de sa mise en œuvre,
  - Diffuser auprès des ARS et des établissements de santé les bonnes pratiques en matière d'organisation (plates-formes de demandes, gestion des lits et transport des patients, transports partagés...),
  - Mettre à disposition des ARS les données utiles à la gestion de ce plan (valeurs de références en matière de transport partagé, de temps d'attentes, d'anticipation des demandes, de prescription de transports en ambulance ou de TAP..., données concernant les transports de patients des établissements de santé des régions et comparaisons inter-régions, inter-départements et inter-établissements...),
  - Contractualiser avec chaque région sur la maîtrise des dépenses de transport de patients, la recherche d'efficience et le développement du transport partagé,
  - Lancer rapidement les expérimentations prévues par la LFSS 2010,
  - Proposer aux ARS une contractualisation type (dans le cadre de l'article L.1435-4 du CSP) avec les transporteurs sanitaires (incitation au transport partagé, géolocalisation...),
  - Permettre le développement du transport partagé y compris à partir des taxis.



# Autres propositions associées

- Rééquilibrer les tarifications entre VSL et ambulances
- Développer des tarifications adaptées pour les transports spécifiques.
- Réfléchir à moyen terme sur les transports qui doivent être pris en charge directement par les établissements de santé (de manière homogène entre établissements publics et privés).
- Des expérimentations de responsabilisation financière complète des établissements pourraient dès à présent être menées sur des secteurs bien ciblés comme par exemple les centres de dialyse.



# Transport assis professionnalisé

- Redéfinir la ou les prestations de transport assis professionnalisé et les conditions de réalisation, en particulier les véhicules (transport sanitaire, taxi, TPMR...) aptes à les réaliser.
- Pour les transports assis réalisés à la fois par les taxis et les VSL, harmoniser complètement les conditions de réalisation et les conditions tarifaires.
- Pour ces transports, les véhicules utilisés dans le cadre du transport de personnes à mobilité réduite (TPMR) devraient pouvoir également intervenir.
- A l'inverse, les VSL devraient être autorisés à développer une partie de leur activité en dehors du secteur sanitaire (en particulier pour le transport de personnes prises en charge dans le secteur médico-social ou dépendantes).



# Quelques mots de conclusion

- Une certaine urgence à agir désormais
  - Evolution des coûts salariaux
  - Evolution du prix des carburants
  - Déséquilibre entre taxis et VSL...
- Des évolutions à faire dans le cadre d'une large concertation ouverte
- Les pouvoirs publics doivent d'organiser en conséquence