

## **10.1. Les dépenses de transports sanitaires : caractéristiques et évolution**

---

En 2011, les dépenses au titre des remboursements de transports de malades dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 3,6 Md€ (dont 3,0 Md€ pour le seul régime général). La dépense globale a fortement augmenté de 1994 à 2011, avec d'importants contrastes entre modes de transport au sein de cette évolution globale (cf. graphique 1). Comme l'indique le rapport de la Cour des comptes<sup>46</sup>, « ce poste, important en termes d'accès aux soins, augmente systématiquement à un rythme plus soutenu que les autres dépenses de soins et équivaut désormais à lui seul à la moitié des remboursements des consultations des médecins généralistes ». Aussi, l'identification des facteurs d'évolution des dépenses de transport est-elle déterminante pour la compréhension des tendances à l'œuvre en matière de remboursements de prestations par l'assurance maladie.

### **La structure des dépenses selon les différents moyens de transports s'est modifiée vers les modes de transports les plus coûteux**

Ce poste de dépenses a représenté en 2011 près de 4,6% du sous-objectif « soins de ville » pour le régime général<sup>47</sup> (contre 3,4% en 1994). 41,8% de la dépense globale relève des transports en ambulance, 20,3% des transports en véhicules sanitaires légers (VSL) et 34,5% des transports en taxi (cf. tableau 2). Le reste de la dépense (3,4%) est relatif aux autres moyens de transport (notamment véhicules personnels et train).

Les dépenses de transports sur la période étudiée sont caractérisées par une modification des parts de marchés (effet structure)<sup>48</sup>. Entre 1994 et 2004, celle des ambulances est passée de 31,2% à 41,6%, tandis que celle des VSL passait de 46,0% à 30,4%. Depuis 2005, la part du transport en VSL diminue au profit des taxis tandis que la part de marché des ambulances se stabilise. Les dépenses de transports bénéficient d'un taux moyen de remboursement très élevé et relativement stable sur la période considérée (96,2% en 1994, 93,3% en 2011). En effet, près de 90% des dépenses de transport sont prises en charge à 100%, dont près des trois quarts correspondent à des frais remboursés à des assurés en affection de longue durée (ALD)<sup>49</sup>.

### **Une croissance des dépenses supérieure à celles des soins de ville**

Après une période de croissance modérée (+1,7% par an en moyenne) mais très volatile entre 1994 et 1997 (par exemple, -1,9% en 1996 après +5,1% en 1995), les dépenses remboursées de transports de malades ont vu leur croissance s'accroître pour devenir un des postes les plus dynamiques des soins de ville. Entre 1998 et 2006, ces dépenses ont augmenté de 8,7% en moyenne annuelle contre 5,8 % par an pour l'ensemble des soins de ville. Cette forte croissance a été portée par la progression des dépenses d'ambulances (11,7%) et de transports en taxis (14,4%) alors que les dépenses de VSL ont augmenté modérément (3%). La progression des dépenses de transport s'est infléchie en 2007 (5,1%) et en 2008 (3,2 %).

---

<sup>46</sup> Chapitre 11 du rapport 2012 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.

<sup>47</sup> La dépense considérée ici et dans le reste de la fiche est celle du régime général en France métropolitaine et en date de soins sur la période 1994 à 2011.

<sup>48</sup> L'effet structure est une modification des parts de marché entre les acteurs. Lorsqu'est observée une augmentation de la part des ambulances au détriment de la part des VSL, l'effet de structure est positif et correspond à une hausse de la dépense à volume global inchangé compte tenu du fait qu'un transport en ambulance coûte trois fois plus cher qu'un transport en VSL. De même, une augmentation de la part des taxis au détriment de la part des VSL constitue un effet de structure positif, le coût moyen des taxis étant supérieur de plus de 50% à celui des VSL.

<sup>49</sup> D'autres assurés bénéficient d'une prise en charge à 100% : femmes enceintes (sous conditions), assurés titulaires d'une pension militaire ou d'invalidité, enfants hébergés en établissement d'éducation spécialisée...

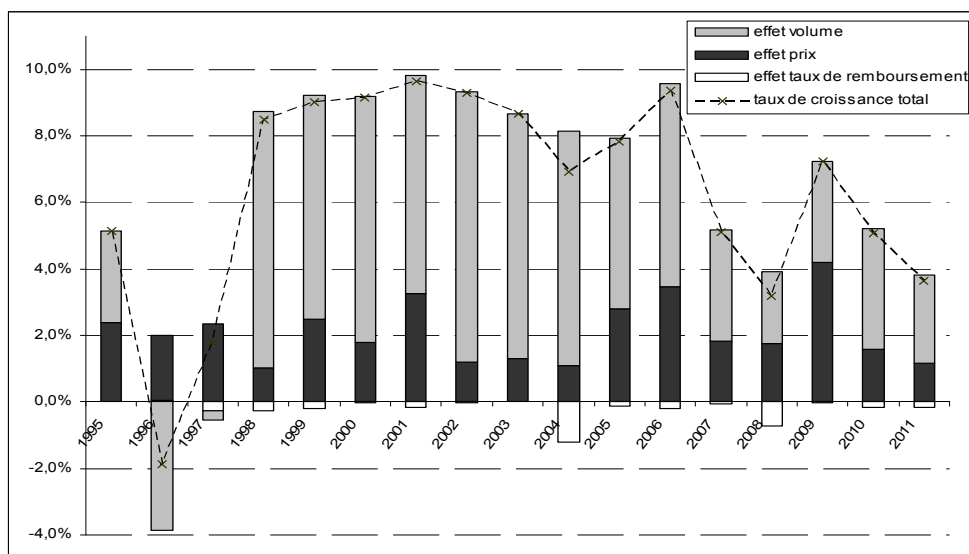
Graphique 1. Décomposition de la croissance des dépenses remboursées<sup>50</sup>

Tableau 1. Taux de croissance des dépenses remboursées en volume et en valeur

|                     | 1998 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Evolution en valeur | 8,5% | 7,8% | 9,4% | 5,1% | 3,2% | 7,2% | 5,1% | 3,6% |
| Evolution en volume | 7,5% | 5,0% | 5,9% | 3,3% | 1,3% | 3,0% | 3,4% | 2,5% |

Tableau 2. Répartition des dépenses du régime général en transport de malades

|           | 1995 | 1998 | 2004 | 2011 |
|-----------|------|------|------|------|
| Ambulance | 31%  | 33%  | 42%  | 41%  |
| VSL       | 46%  | 43%  | 30%  | 20%  |
| Taxis     | 15%  | 17%  | 24%  | 34%  |
| Autres    | 8%   | 6%   | 5%   | 4%   |

Tableau 3. Taux de croissance des dépenses par type de transport

|           | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | TCAM |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| Ambulance | 5%   | 4%   | 8%   | 4%   | 2%   | 5%   |
| VSL       | 0%   | -3%  | 3%   | -1%  | -2%  | -1%  |
| Taxis     | 11%  | 9%   | 10%  | 11%  | 10%  | 10%  |

Source : données mensuelles en date de soins de la CNAMTS

<sup>50</sup> L'effet volume renvoie à l'évolution du nombre d'actes et de prescriptions. L'effet prix correspond à l'évolution des tarifs entre les années n-1 et n. Enfin, l'effet taux de remboursement traduit la part de la dépense effectivement remboursée aux assurés au sein des dépenses remboursables (i.e. y compris ticket modérateur). Cf. point méthodologique de la fiche 9.3 (encadré 1) du rapport à la CCSS de juillet 2012.

Après ces deux années de croissance contenue, les dépenses de transport de malades ont retrouvé un rythme d'évolution élevé en 2009 (+7,2% en valeur) qui s'est infléchi à nouveau ensuite (+5,1% en 2010 et +3,6% en 2011).

### **L'augmentation des dépenses en début de période s'explique surtout par une augmentation des volumes**

De 1999 à 2006, plus des trois quarts de l'augmentation moyenne des dépenses s'explique par une hausse des volumes (cf. graphique 1 et tableau 1). L'écart entre les deux taux d'évolution, en valeur et en volume, traduit principalement un effet prix et pour le reste, l'effet du taux de remboursement. De 1999 à 2004, cet effet prix a diminué compte tenu de l'absence de revalorisation sur la fin de la période pour les ambulances et les VSL. A l'inverse, en 2005 et 2006, l'effet prix a augmenté du fait des revalorisations tarifaires importantes accordées aux professionnels du secteur ces années-là (4,0 % en 2005 et 2,0% en 2006 pour les VSL et les ambulances).

### **Malgré le ralentissement lié aux efforts de maîtrise des dépenses depuis 2007, le rythme des dépenses demeure soutenu**

L'inflexion de la dépense globale constatée depuis 2007 tient essentiellement au ralentissement de la croissance des volumes (+2,7% en moyenne annuelle sur la période 2007-2011 après +6,6% sur 1999-2006). Néanmoins, de 2007 à 2011, les évolutions annuelles sont contrastées.

**En 2007 et 2008**, le ralentissement observé s'explique principalement par celui des prescriptions. En effet, la mise en place d'un nouveau référentiel médical de prescription permettant de déterminer le mode de transport le moins onéreux par patient a permis de ralentir la forte croissance de ce poste de dépenses. Depuis 2007, mais surtout en 2008, des accords d'initiatives locales ont été mis en place, dans le cadre de la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (cf. encadré 1). Ces incitations ont contribué au fort ralentissement de l'évolution en volume (+1,3% en 2008 après +3,3% en 2007). La mise en place d'une franchise médicale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 (2 € par trajet) explique également la modération de la croissance constatée en 2008 (cf. graphique 1).

**En 2009**, les dépenses de transport ont été plus dynamiques. Leur progression s'est élevée à +7,2% en valeur, soit deux fois plus que l'année précédente. Cette accélération est à rapprocher des revalorisations tarifaires dont ont bénéficié les professionnels du secteur. Les tarifs de transport en ambulance et en VSL ont été augmentés de 4,6% en octobre 2008, puis de 1,7% en juin 2009. L'inflexion des volumes, observée depuis 2007, s'est quant à elle interrompue. Leur augmentation a été de 3,0% en 2009, ce qui est certes une accélération par rapport à 2008, mais reste nettement en dessous de la croissance annuelle de 6,6% observée en moyenne sur la période 1999-2006.

**En 2010**, le rythme de croissance de la dépense de transports a diminué de deux points pour s'établir à 5,1% (contre +7,2% en 2009). Cette inflexion de la dépense globale tient notamment au fait qu'aucune revalorisation tarifaire des ambulances et taxis n'a été opérée cette année là, comme en témoigne la diminution de l'effet prix (cf. graphique 1). A l'inverse, l'augmentation des volumes s'est poursuivie (+3,4%, après +3,0% en 2009).

**En 2011**, la dépense de transports sanitaires a augmenté de 3,6%. Cette inflexion tient à de moindres effets prix et volume. La fin de la prise en charge automatique à 100% des ALD instaurée par la LFSS pour 2011<sup>51</sup> a pu contribuer à ce ralentissement de la dépense.

Par ailleurs, la fixation d'un taux national d'évolution des frais de transport prescrits par les établissements de santé et remboursés sur les soins de ville, prévue par la LFSS pour 2010

<sup>51</sup> A compter du 1<sup>er</sup> 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 2011-258).

et mise en œuvre à compter d'avril 2011<sup>52</sup>, a également pu contribuer à contenir la croissance de la dépense en 2011.

Sur la période 2007-2011, les dépenses de taxis restent très dynamiques (cf. tableau 3) contrairement aux autres types de transports, en lien notamment avec les revalorisations accordées<sup>53</sup>. En 2011, les dépenses de taxis contribuent pour plus de 85% à la croissance globale des dépenses de transport.

#### Encadré 1. La maîtrise des dépenses de transport

Les actions de maîtrise des dépenses de transport, mises en œuvre dans le cadre des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, portent sur les comportements de prescription des médecins. La publication de textes réglementaires en décembre 2006, instituant un nouveau référentiel médical de prescription des transports, a amorcé cette stratégie. Ce nouveau référentiel, opposable aux prescripteurs, définit des critères médicaux et de dépendance pour la prescription d'un mode de transport donné. Le remboursement se fait sur la base du trajet et du mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du patient. Par conséquent, le bénéfice d'une ALD n'ouvre pas droit automatiquement à une prescription de transport en ambulance, en VSL ou en taxi prise en charge à 100%.

Ces nouvelles règles se sont accompagnées d'un plan d'action de l'assurance maladie à mi-2007. Il a consisté dans un premier temps en une campagne de communication avec envoi à tous les médecins prescripteurs des nouveaux référentiels. Puis, dans un deuxième temps, il s'est traduit par un contrôle des médecins « surprescripteurs » pouvant éventuellement entraîner des sanctions.

Par ailleurs, des accords d'initiative locale (AIL) de maîtrise médicalisée des dépenses de transport sont mis en place entre missions régionales de santé (MRS) et établissements hospitaliers. Les AIL incitent les médecins à limiter leurs prescriptions de transport en échange d'un intéressement de leur hôpital aux économies réalisées.

En 2008, une nouvelle convention nationale type entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis a été instaurée, permettant aux CPAM de négocier des remises sur les tarifs fixés par l'Etat.

A compter de 2011, de nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins peuvent être signés entre les ARS, les CPAM et les établissements de santé. Ces contrats visent à infléchir les dépenses de transports (et de médicaments) résultant de prescriptions par les établissements de santé mais exécutés en ville. Ce mécanisme de régulation est fondé sur la fixation annuelle, par arrêté, d'un taux d'évolution national de ces dépenses. Les ARS sont chargées de suivre, pour chaque établissement de santé, l'évolution des dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville soumises à ce taux. Après un bilan annuel et en cas de dépassement du taux fixé, l'ARS propose à l'établissement de conclure, pour une durée de trois ans, un contrat comportant un objectif de convergence de l'évolution des dépenses vers le taux national ainsi qu'un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières.

Les établissements peuvent être pénalisés en cas de refus de contractualisation ou de non atteinte des objectifs du contrat (sanctions financières à verser à la CPAM). A l'inverse, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, si des économies sont réalisées en sus de l'objectif fixé, la caisse locale devra verser de l'intéressement aux établissements concernés.

Ce dispositif vise ainsi à infléchir, sur la base du bilan des dépenses de transport d'une année, l'évolution des dépenses des trois années suivantes.

<sup>52</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.

<sup>53</sup> Les revalorisations des taxis sont décidées par le ministère de l'économie et ne font pas l'objet de négociations conventionnelles avec l'assurance maladie. Les tarifs des taxis ont été revalorisés de 2,5% en 2007, 3,1% en 2008, de 3,2% en 2009, de 1,2% en 2010 et 2,1% en 2011