Indicateur : Part de l'ambulance dans les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de Transports

1. Contexte

La prescription de transport est un acte médical. Le médecin prescripteur doit s'appuyer sur le référentiel de prescription médicale de transport, publié par arrêté du 23 décembre 2006 – J.O du 30.12.2006 prévu à l'article R 322.10 du code de la sécurité sociale. Celui-ci précise tous les éléments d'incapacité ou de déficience en lien avec l'état de santé du patient orientant sur le mode de transport adéquat.

L'ambulance est indiquée pour les patients nécessitant un transport obligatoirement en position allongée ou demi-assise, avec brancardage ou portage, une surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie. L'appropriation de cette réglementation est essentielle pour convaincre le prescripteur d'exercer la prescription sur la base de bonnes pratiques en limitant le recours à l'ambulance injustifié. En effet, l'ambulance constitue à elle seul un critère de prise en charge et peut conduire à des atypies d'indications pour des patients sans autre critère autorisant le remboursement d'un transport. Pour mémoire, en 2018, le coût moyen d'un trajet en ambulance est de 98€, 53€ pour le taxi, 33€ pour le VSL et 17€[1] pour le véhicule personnel. Proposer la substitution quand elle est possible vers les transports assis professionnalisés (TAP –VSL ou Taxi) aux médecins de l'établissement permet de limiter ainsi les dépenses de transport eu égard au poids des prescriptions hospitalières dans ce domaine (62% en 2018 soit 2,9 Mds d'€ en hausse de 4,2% par an en moyenne depuis 2013 contre 3,3% pour les prescriptions de ville).

Les pathologies justifiant un recours fréquent aux transports en ambulance sont le plus souvent lourdes et sévères (pathologies neurologiques, insuffisance rénale chronique…). Le médecin prescripteur s'appuiera pour apprécier le mode de transport le plus adapté, sur des critères médicaux inscrits dans le dossier patient ou auprès du médecin traitant, tels que troubles cognitifs, périmètre de marche, stade de la dyspnée, besoin d'appareillage, appui humain…etc. Un patient porteur de handicap sévère et bénéficiaire d'un mode de transport adapté doit être conforté dans sa prise en charge. Les patients souffrant d'une affection de longue durée sont à l'origine, en 2015, de 80% des dépenses de transports en particulier les patients atteints de cancer (22% des dépenses de transports), dialysés (17%), de pathologies cardio-vasculaires (13%) ou bien encore psychiatriques (11%).

Le rapport Charges et Produits pour 2014 a mis en avant un mésusage de l'indication médicale de l'ambulance notamment en faisant le constat de disparités territoriales dans le recours aux transports dont on ne connaît cependant pas tous les déterminants (le recours exclusif à l'ambulance varie de 0 à 40% pour les patients dialysés). De plus, le rapport indique que la part des patients hémodialysés transportés au moins une fois en ambulance en 2012 est de 53 % au plan national mais que cette part varie de 22 % pour les Hautes-Alpes à 76 % pour le Val-de-Marne montrant ainsi de fortes disparités de prescription qui se traduisent par une forte disparité sur le coût annuel moyen (2170€ à 16570€ respectivement pour les 2 départements).

Ainsi, ces disparités reposent sur des déterminants qui sont à analyser de manière plus fine auprès des établissements en fonction de leur contexte local, géographique, d'offre de soins (établissements et transporteurs), de l'existence populations précaires et fragiles et de critères sociaux économiques.

[1] Données 2015

2. Objectif

L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement, dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients. Le CAQES constitue une priorité nationale compte tenu des enjeux concernant notamment la maitrise des dépenses et la pertinence des prescriptions de transports hospitalières prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville et a ainsi comme perspective de favoriser la contractualisation avec un nombre plus important d'établissements ciblés au regard du volume ou de la progression de dépenses de transports.

3. Construction de l'indicateur

La création d'un indicateur visant à diminuer la prescription d'ambulance, au bénéfice des transports assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi) se justifie ainsi par la marge de progression possible sur une meilleure indication médicale du transport. La prise en compte du plus grand nombre de déterminants permettra d'avoir une action pédagogique auprès des prescripteurs en établissement. Cela passe par la connaissance des montants prescrits par structure et par mode de transports.
L'indicateur retenu est donc la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire prescrits en ambulance et en TAP (VSL et Taxi) par l'établissement et financés sur l'enveloppe de ville. Il sera calculé à partir des données 2019 (année de référence) du SNDS (DCIR) en date de liquidation pour l'ensemble des régimes. Les transports urgents pré-hospitaliers ne font pas partie du périmètre de l'indicateur ni les transports inter et intra hospitaliers dont le financement a été transféré aux établissements depuis le 1er octobre 2018. Parmi l'ensemble des établissements ciblés, seront retenus initialement pour cet indicateur les établissements présentant le taux de recours le plus important à l'ambulance.
L'indicateur est par conséquent décroissant. L'objectif de l'établissement est d'obtenir le ratio le plus faible possible.

Il convient de retenir les codes prestations suivants :
- Pour l'ambulance : code 42122
- Pour le TAP (Taxis et VSL) :
    - o taxis (codes 4210, 4214, 4217, 4218, 4220, 4229)
    - o VSL (code 4213)

Pour information ce ratio, pour les prescripteurs hospitaliers, s'élève en 2018 à 37% au plan national mais cache d'importantes disparités puisque ce résultat varie de 13% en Lozère à 87% dans le Val de Marne.

4. Intéressement

La réalisation d'économies entre les années N-1 et N sur les prescriptions de transports en ambulance exécutées en ville par un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20% des économies générées (dépenses évitées de transport en ambulance à 98€ en moyenne le trajet versus 45€ en moyenne pour un trajet TAP).

Données année N-1
M1 = Montants remboursés totaux en année N -1 (Ambulance + TAP)
Mamb1 = Montants remboursés ambulance année N -1
R1 = Ratio ambulance année N-1 = Mamb1/M1
Données année N
M2 = Montants remboursés totaux en année N (Ambulance + TAP)
Mamb2 = Montants remboursés ambulance année N
R2 = Ratio ambulance année N = Mamb2/M2

Nous avons distingué 2 cas de figures :
Cas 1 : Si le ratio R2 en année N est inférieur au ratio R1 en année N-1 alors :
Rémunération année N = 0,20 * (R1-R2)*M2*(98-45)/45

Cas 2 : Si le ratio R2 en année n est supérieur ou égal au ratio R1 en année n-1 alors :

Rémunération année n = 0

Exemple :
Cas 1 : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport augmentent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	78 400	83 300		
tap (VSL et taxis)	45 000	56 250		
total	**123 400**	**139 550**	63,5%	59,7%

Pour l'année n, et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :
83 300 / 139 550=59,7%
Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 3,8 point (63,5% à 59,7%), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 249€.
Ce montant est obtenu par la formule suivante :
Rémunération année n = 20% X (63,5%-59,7%)*139 550*(98-45)/45 = 1 249€

Cas 2 : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport diminuent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	98 000	88 200		
tap (VSL et taxis)	36 000	40 500		
total	**134 000**	**128 700**	**73,1%**	**68,5%**

Pour l'année n, et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :
88 200/ 128 700 = 68,5%
Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 4,6 points (73,1% à 68,5%), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 395€.
Ce montant est obtenu par la formule suivante :
Rémunération année n = 20% X (73,1%-68,5%)*128 700*(98-45)/45 = 1 395 €

Cas 3 : Cas d'un établissement dont la part d'ambulance augmente

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt remboursés ambulance + mt remboursés TAP))	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	80 500	84 000		
tap (VSL et taxis)	105 000	106 000		
total	**185 500**	**190 000**	**43,4%**	**44,2%**

Pour l'année n, le résultat de l'indicateur pour cet établissement fictif, est obtenu par la formule suivante :
84 000/ 190 000=44,2%
Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a augmenté de 0,8 point (43,4% à 44,2%), l'établissement n'est donc pas éligible à la rémunération.
Au niveau national, l'amélioration de ce ratio revêt des enjeux économiques particulièrement forts puisque la substitution de 1% des trajets actuellement réalisés par des ambulances en TAP se traduirait par une économie de 10

M€ en année pleine pour l'Assurance maladie3. Pour mémoire, les économies envisagées pour l'année 2020 sur le poste transports s'élèvent à 160 M€ dont 50M€ sur la substitution vers le TAP.

5. Ciblage des établissements

Les établissements ciblés sont les établissements (Finess géographiques) prescrivant beaucoup de transport en ambulance, à la fois en montants remboursés (plus de 200 000 euros en remboursé ambulance - tous régimes - sur le 1er semestre 2019) et en part d'ambulance dans le total transport (part de l'ambulance dans le total (ambulance + Taxi + VSL) supérieure ou égale à 20%).

Au total 350 établissements sont ciblés qui représentent sur le premier semestre 2019, 262 millions d'€ de dépenses en ambulance, soit 74,5% du montant total d'ambulance prescrit pas mes établissements.