



**Ministère des affaires sociales, de la santé
et des droits des femmes
Ministère des finances et des comptes publics**

**Union Nationale des Caisses
d'Assurance Maladie**

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé et des établissements
médico-sociaux
Marion SCHNITZLER
Tél.01.40.56.68.94
Marion.schnitzler@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau du premier recours (R2)
Ingrid BOINET
Tél. 01.40.56.40.17
Ingrid.boinet@sante.gouv.fr

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs
Salariés
Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Direction de l'offre de soins
Département des professions de santé
Claire MARTRAY
Tél.01.72.60.20.98
Claire.martray@cnamts.fr

La Ministre des affaires sociales, de la santé et des
droits des femmes

Le Ministre des finances et des comptes publics

Le Directeur Général de l'Union Nationale
des Caisses d'Assurance Maladie

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de santé (pour application),

Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses
primaires d'assurance maladie (pour application)

Instruction N°DSS/1A/DGOS/R2/2015/124 du 10 avril 2015 relative à la campagne de contractualisation pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour le transport de patients 2015

Date d'application : immédiate
NOR : AFSS1509554J
Classement thématique :

Validée par le CNP le 10 avril 2015 - Visa CNP 2015 - 67

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Résumé : Modalités de mise en œuvre en application de l'article 39 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014 dans le cadre de la campagne de contractualisation pour l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour le transport de patients 2015

Mots clés : transports sanitaires, CAQOS, GDR

Textes de références :

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1435-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-5-5 et R. 322-11 et suivants Arrêté du 22 décembre 2014 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville pour la période allant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015
- Décret n°2015-207 du 24 février 2015 modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux dépenses de transports remboursées par l'assurance maladie Arrêté du 7 avril 2015 fixant le montant de dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville

Annexes :

- 1. Bilan de la contractualisation 2013-2014**
- 2. Cartographie dialyse – source Charges et Produits CNAMTS**
- 3. Méthodologie du calcul de la cible régionalisée de dépenses de transports
Cibles régionales dépenses de transports**
- 4. Calendrier des transmissions des données transports**
- 5. Données complémentaires sur l'activité de dialyse par établissement**

Le plan d'économies ONDAM 2015-2017 intègre un objectif d'économies de 225 Millions d'euros sur 3 ans sur le champ du transport de patients.

En effet, les dépenses de transports représentent environ 4 Md€ en 2014 et affichent un taux de progression supérieur à celui de l'ONDAM sur les dernières années. En conséquence, il apparaît indispensable de poursuivre les actions permettant d'agir sur l'ensemble des acteurs du transport, et au premier rang sur les prescripteurs afin de réaffirmer que le transport médicalisé doit répondre à un besoin médicalement justifié par l'état de santé, de déficience ou d'incapacité du patient.

Pour rappel, les 2/3 des prescriptions de transports sont réalisés dans les établissements de santé et 1/3 par les prescripteurs libéraux. Les actions des réseaux assurance maladie et ARS doivent donc être mises en synergie pour permettre que soient réalisés chaque année sur la durée du plan triennal, 50 millions d'euros d'économies sur le champ des prescriptions hospitalières, et 25 millions sur le champ des prescriptions libérales.

Sur le champ des prescriptions hospitalières de transports, la prise en compte de la tendance de la progression du volume de transports (3,8%), de l'effet prix attendu pour 2015 (1,1%) et du montant d'économie à réaliser (50 M€) ont conduit à établir un taux d'évolution national des dépenses de transports prescrites en établissements de santé publics et privés de 3%¹. Ce taux national a ensuite été décliné par région et exprimé en pourcentage et en montant de dépenses de transports prescrites par les établissements de santé.

Enfin, en 2015, les taux CPOM et les taux CPG sur la partie prescriptions des établissements sont alignés. En effet, la CNAMTS a acté la déclinaison de l'indicateur CPG transport pour 2015 en indicateurs composites comprenant l'indicateur CPG habituel par caisse d'affiliation sur l'ensemble des dépenses de transport et l'indicateur régional par région de rattachement des établissements prescripteurs de transports (qui correspond à l'indicateur des CPOM des ARS).

Dans la continuité des efforts entrepris depuis 2011 dans le cadre des 10 priorités de GDR conduites par les ARS en lien avec l'assurance maladie, et afin d'en renforcer la portée, les actions de maîtrise des dépenses de transports devront se poursuivre en 2015 en s'appuyant sur le dispositif de contractualisation (CAQOS) consolidé.

¹ Arrêté du 22 décembre 2014

Ce dispositif, fort de vos remarques et de votre expérience, a été sécurisé juridiquement (article 39 LFSS pour 2014 et décret du 24 février 2015) et reposera sur un contrat largement simplifié. Il est étendu car il peut désormais être mobilisé pour des établissements qui ne dépassent pas le taux d'évolution des dépenses de transport fixé chaque année mais qui présente un montant annuel de dépenses de transports dépassant 500 000 € (montant fixé par arrêté en cours de publication).

Les priorités de contractualisation 2015 sont également enrichies d'une action thématique obligatoire sur les transports itératifs pour des séances de dialyse qui s'appuie sur les travaux de l'assurance maladie qui font le constat d'une extrême hétérogénéité territoriale de la répartition des modes de transport entre ambulance et transport assis professionnalisé pour ces patients.

La présente instruction vous précise donc les supports de la campagne de contractualisation 2015 (I) ainsi que les outils relatifs à l'action thématique sur les transports liés à l'insuffisance rénale chronique (II).

I- Les outils de contractualisation 2015 : une simplification pour plus d'opérationnalité

Les améliorations du dispositif de contractualisation introduites par la LFSS 2014 et son décret d'application d'une part, et leur traduction dans le contrat type d'autre part, marquent la volonté de favoriser la sécurité et l'attractivité de ces contrats, et d'inciter à l'utilisation de cet outil pour porter les actions de maîtrise des dépenses de transports prescrites par les établissements de santé.

A- Un ciblage élargi qui peut désormais aller au-delà des établissements présentant un taux d'évolution des dépenses supérieur au taux national

Les modifications apportées par la LFSS 2014 visent principalement à donner aux ARS la possibilité d'étendre le dispositif de contractualisation aux établissements qui ne présentent pas d'augmentation des dépenses de transports importante, mais génèrent néanmoins un montant de dépenses de transports significatif, c'est-à-dire excédant 500 000 € (montant seuil à fixé par arrêté). L'objectif recherché est ainsi de recentrer les contrats autour du dialogue sur les pratiques de prescriptions et d'organisation de la commande de transports et ce, pour un plus grand nombre d'établissements.

Elles permettent également de sécuriser juridiquement le dispositif notamment en supprimant dans les critères de ciblage la notion de pratiques de prescriptions non conformes (par nature difficile à mettre en évidence et donc fragile en cas de contentieux) pour le repositionner comme l'élément central du dialogue qualitatif entre l'ARS, l'organisme d'assurance maladie et l'établissement.

Désormais, deux critères non-cumulatifs permettent donc de cibler des établissements pour les faire entrer dans le périmètre du dispositif de contractualisation CAQOS :

- un taux d'évolution des dépenses de transports prescrites à l'hôpital supérieur au taux d'évolution national,
ou
- un montant de dépenses de transports issues des prescriptions des praticiens de l'établissement et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville supérieur au montant désormais prévu par l'article R. 322-11-1 du code de la sécurité sociale²

Les ARS et les organismes d'assurance maladie (DCGDR et, pour la signature des contrats, organisme local) veilleront donc à prendre en compte cette nouvelle possibilité pour définir les établissements ciblés et les intégrer dans le plan d'actions 2015 sur le champ du transport de patients.

Par ailleurs, il est rappelé que **le dispositif de contractualisation concerne tous les établissements de santé, quel que soit leur statut juridique.**

² Pour rappel, le taux d'évolution national a été fixé en 2015 à 3%, et le montant seuil pris par arrêté en cours de signature a été fixé à 500 000 €

B- Un contrat type simplifié et plus opérationnel grâce à un plan d'actions annexé au contrat

a. Le nouveau contrat type

Afin de rendre le support de contractualisation plus opérationnel dans le dialogue avec les établissements de santé, le contrat a été substantiellement simplifié et la date butoir de signature a été repoussée au 30 novembre de l'année de ciblage. Ce dernier point est un élément important pour vous permettre de respecter la procédure contradictoire et sécuriser juridiquement le contrat.

Le contrat repose toujours sur des objectifs chiffrés de maîtrise de la dépense, et sur des objectifs qualitatifs permettant notamment d'atteindre les objectifs chiffrés.

- ⇒ Il est rappelé que les objectifs fixés sur 3 ans ont pour socle le montant de dépenses de l'année de ciblage. Les objectifs définis pour chaque année du contrat ne sont pas rebasés chaque année de l'exécution de l'année en cours, afin de constater les efforts de l'établissement sur la période du contrat (3 ans) et de ne pas amoindrir les efforts demandés. Il a en effet été constaté que les résultats d'un même établissement pouvaient être très fluctuants d'une année sur l'autre sans pouvoir véritablement le justifier.
- ⇒ Concernant les établissements ciblés sur le fondement du montant de dépenses et non du taux d'évolution, il faut souligner que ce dernier n'est pas la cible à atteindre. En effet, en fonction du dialogue ARS/AM/ES, l'objectif peut être de ralentir l'évolution constatée voire de diminuer le montant s'il était constaté que ce dernier pourrait être réduit du fait de la diffusion de bonnes pratiques de prescription. Il convient donc dans ces cas-là de fixer un taux d'évolution en concertation avec l'établissement pouvant de fait être inférieur au taux national, pour permettre de contenir le montant des dépenses de transports des établissements concernés.
- ⇒ Par ailleurs, les modalités de calcul du reversement par l'établissement en cas de non atteinte des résultats ont été simplifiées. L'objectif est de définir un plafond unique fixé à 70% du dépassement du montant cible pour le reversement, et 30% des économies réalisées pour l'intéressement, mais de laisser l'appréciation au DGARS sur le niveau final afin de nourrir le dialogue avec l'établissement sur le caractère proportionné du reversement ou de l'intéressement en fonction du résultat et des moyens mis en œuvre par l'établissement.

b. Le plan d'actions annexé au contrat

Le contrat sera désormais assorti d'un plan d'actions. C'est une avancée permettant de donner tout à la fois plus d'opérationnalité au dispositif contractuel et de renforcer le contenu qualitatif des objectifs assignés.

Il comprend les actions que doivent mettre en œuvre les signataires (les CPAM et ARS s'engagent également sur un certain nombre de points) et un calendrier afin de permettre le suivi et l'évaluation des moyens mis en œuvre par l'établissement pour maîtriser ses dépenses de transports.

La liste des actions proposées est indicative et non exhaustive, et les signataires peuvent convenir ensemble de la compléter ou de la modifier pour tenir compte du contexte et de la situation de l'établissement.

Parmi les actions, il est recommandé d'insister auprès des établissements sur le renseignement des numéros RPPS et FINESS, indispensable au bon suivi des prescriptions des praticiens de l'établissement. Un des principaux obstacles à cette modalité provenait de l'inadéquation du formulaire de prescription médicale de transport. L'arrêté du 17 février 2015 fixant les nouveaux modèles de formulaires «Prescription médicale de transport» et «Demande d'accord préalable» a été publié au Journal officiel du 4 mars 2015: ces documents intègrent désormais le n°RPPS.

Ce plan d'actions est également le support qui permettra aux établissements volontaires de décrire leurs objectifs pour mieux organiser la commande de transports en leur sein, en s'appuyant notamment sur les travaux et l'accompagnement de l'ANAP :

- l'outil ANAP QuickEval 2.0 pour l'auto-évaluation de l'organisation et la gestion des transports sanitaires d'un établissement ;
- le guide ANAP « Améliorer la gestion des transports sanitaires en établissement de santé » publié en mai 2013 pour accompagner les établissements dans l'amélioration de la réponse aux usagers nécessitant le recours à un transport, des conditions de travail des professionnels en établissement de santé, pour une meilleure maîtrise de l'évolution des coûts de transports sanitaires.

Ce plan d'actions peut être l'occasion de sensibiliser les prescripteurs au respect du principe réglementaire subordonnant la prise en charge de tout transport sanitaire, en dehors des cas d'urgence, à une prescription médicale établie avant la réalisation du transport. La réaffirmation de ce principe a conduit à la suppression de la dérogation permettant précédemment aux praticiens des établissements de soins, d'établir une prescription médicale, le jour du transport, en mentionnant la notion de « convocation par nos soins ». Le dialogue contractuel devra permettre au travers du plan d'actions d'établir un état de la pratique actuelle.

II- En 2015, une action thématique obligatoire : les transports itératifs dans le cadre de séances de dialyse

A- La contractualisation sur les transports relatifs aux séances de dialyse

En 2012, environ 84 000 patients³ souffrent d'insuffisance rénale chronique terminale dont 45 000 patients dialysés. Malgré le nombre limité de patients, l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie liées à l'IRCT représentent un coût important de l'ordre de 3,5 Md€ en 2012. Sur ce total, les soins de ville représentent une dépense de près de 1,1 Md € (31%) **dont 600 M€ pour les transports** (55% des dépenses de soins de ville soit environ 18% des dépenses totales)

Une analyse plus approfondie des modes de transport mobilisés démontre une extrême hétérogénéité territoriale de la répartition entre ambulance, VSL et taxi pour effectuer les transports itératifs liés aux séances de dialyse. Ainsi, selon les départements, la proportion de patients transportés uniquement en ambulance varie de 0% à 40% et ces variations géographiques relatives au mode de transport prescrit ne correspondent pas à une réalité médicale.

Ces constats amènent à définir pour l'année 2015 une action thématique obligatoire pour toutes les régions dans le cadre de la contractualisation CAQOS.

Pour nourrir vos échanges avec les établissements de santé sur ce thème, les données relatives aux dépenses de transports relatives à la dialyse (dépenses et séjours 2013) vous seront communiquées par la CNAMTS au plus tard mi-avril. Une actualisation sur la base du PMSI 2014 sera disponible fin octobre 2015.

Ces données concerneront uniquement les centres lourds de dialyse (les unités de dialyse médicalisée et centres d'autodialyses sont exclus du champ). Concernant les établissements publics, les données transmises porteront uniquement sur les prescriptions effectuées par l'établissement lui-même. Concernant les établissements privés, seront distinguées les prescriptions de l'établissement lui-même et les prescriptions des néphrologues libéraux. Toutes les dépenses de transports pour les patients qui ont effectué leurs soins au sein de l'établissement, par type de véhicule (ambulance, VSL ou taxi) seront fournies en excluant les patients ayant été dialysés dans plusieurs établissements dans l'année.

Les actions à mener s'appuieront sur la comparaison du recours aux différents modes de transport prescrits pour la dialyse. Il est recommandé d'en faire un item spécifique de la contractualisation pour les établissements présentant un recours à l'ambulance important (ce peut être par le biais de la comparaison nationale) et de leur fixer dans le cadre du contrat des objectifs spécifiques de diminution du recours à

³ Extrapolation à partir des données RG pour l'ensemble de la population

l'ambulance. A cet effet, un nombre de transports par ambulance « standardisé » sera mis à disposition afin de le comparer au nombre brut observé pour l'établissement.

Les données ne sont pas limitées aux seuls prescripteurs hospitaliers afin de vous permettre d'engager un dialogue constructif sur ce thème avec les établissements privés lucratifs et donc de leur proposer le cas échéant un contrat, en particulier pour les centres de dialyse. Cette action se fait dans la continuité des visites menées par l'Assurance Maladie auprès des néphrologues libéraux qui ont été conduites en 2013-2014.

Le détail des données fournies figure en annexe 5.

B – Deux expérimentations menées par l'assurance maladie permettent de renforcer l'action sur les transports itératifs et peuvent nourrir les plans d'actions avec les centres de dialyse

a. La carte de transports assis

Une expérimentation de la délivrance d'une carte de transports assis aux patients dialysés est en cours au sein de 21 sites pilotes depuis la fin de l'année 2014. Elle s'adresse, dans le cadre d'un protocole signé par l'établissement, aux prescripteurs exerçant dans des centres de dialyse qui utilisent un formulaire simplifié de prescription d'un transport assis professionnalisé pour une durée d'au moins un an, sauf modification de l'état de santé du patient justifiant la prescription d'une ambulance.

b. La simplification du formulaire de prise en charge des transports en véhicule personnel ou transport en commun

La prise en charge des transports de patients en véhicule personnel ou en transports en commun s'appuie sur un formulaire (S 3140) dont l'utilisation peut s'avérer complexe pour les assurés. Il a donc été décidé, dans la circonscription de 18 CPAM, de proposer aux néphrologues libéraux ou hospitaliers de promouvoir auprès des patients l'utilisation d'un formulaire expérimental simplifié qui supprime l'obligation pour l'assuré de mentionner le détail du calcul des frais de transports dus au titre des transports prescrits.

Le plan d'actions du nouveau CAQOS peut intégrer au titre des objectifs qualitatifs ce type d'action pour les établissements situés dans le ressort des caisses primaires conduisant ces expérimentations.

Pour les ministres et par délégation,

Le Directeur de la Sécurité Sociale
Thomas FATOME

Signé

Le Directeur général de l'Offre de Soins
Jean DEBEAUPUIS

Signé

Le Directeur général de l'Union Nationale
des caisses d'assurance maladie
Nicolas REVEL

Signé

Le secrétaire général des ministères chargés
des affaires sociales
Pierre RICORDEAU

Signé

ANNEXE 1 BILAN DE LA CONTRACTUALISATION 2013-2014

1/ ATTEINTE DES OBJECTIFS 2013 DES SIGNATAIRES 2011, 2012 ET 2013

En 2013, les 213 établissements signataires étaient composés de 80 signataires de 2011, 91 signataires de 2012 et 42 nouveaux signataires de 2013.

Au titre de 2013 :

- 108 établissements ont atteint leurs objectifs (52% des établissements)
- 99 établissements n'ont pas atteint leurs objectifs
- 6 établissements dont l'état de l'objectif n'est pas connu

Parmi les 154 établissements pour lesquels les ARS ont pris une décision d'intéressement/reversement : 90 établissements ont perçu un intéressement au titre de l'atteinte de l'objectif de 47 750 € en moyenne, 13 établissements ont payé un reversement au titre de la non-atteinte de l'objectif de 53 380 € en moyenne et 51 établissements n'ont eu de reversement à payer pour objectif non atteint.

2/ CAQOS TRANSPORT : NOUVEAUX SIGNATAIRES 2014 ET SIGNATAIRES 2012-2013

587 établissements ont été ciblés par la CNAMTS en 2014 (évolution 2013/2012 > 2,5% et dépenses de transport prescrits > 50 000 €).

75 établissements ont été ciblés par les ARS dont 70 ciblés par la CNAMTS.

Au final, 39 nouveaux contrats ont été signés en 2014 (dont 8 anciens signataires 2011).

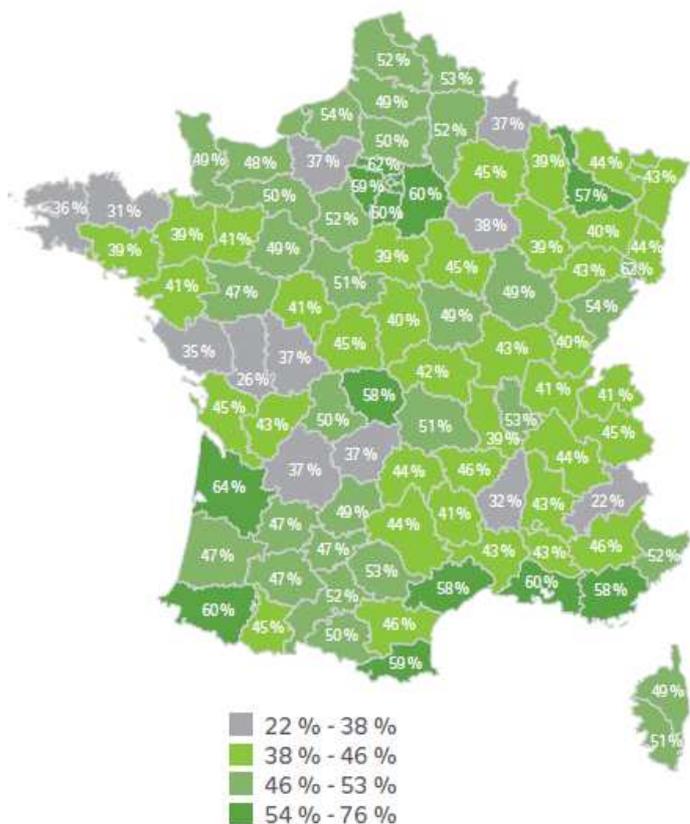
Parmi les 133 signataires de 2012 et de 2013, 42 établissements ont signé un avenant à leur contrat.

En 2014, 172 établissements ont eu un contrat CAQOS en cours.

ANNEXE 2 CARTOGRAPHIE DIALYSE

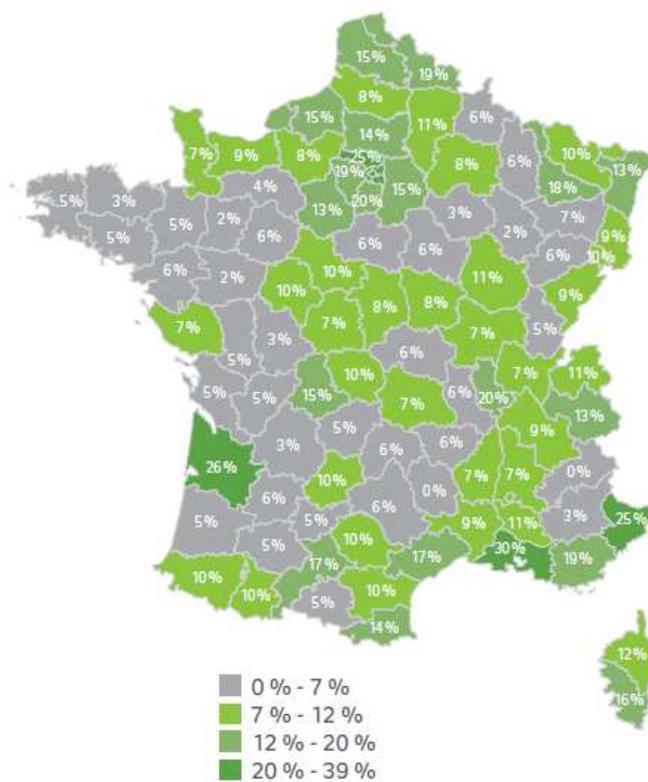
En 2012

Transportés au moins une fois en ambulance



France : 52,6 %

Transportés exclusivement en ambulance



France : 15,4 %

Champ : patients hémodialysés en centre UDM, autodialysés et transportés en 2012 (date de soins), régime général hors SLM - France entière
Source : Cnamts (Sniiram, PMSI)

Source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015, CNAMTS

ANNEXE 3

METHODOLOGIE DE CALCUL ET OBJECTIFS REGIONAUX 2015

1. METHODE DE CALCUL DE L'OBJECTIF :

Entre 2014 et 2015, la tendance nationale sans maîtrise médicalisée sur le champ CAQOS est de 5,3% et l'objectif avec maîtrise médicalisée national est de 3%.

Le taux d'évolution régional (tendance sans maîtrise médicalisée et objectif avec maîtrise médicalisée) pour 2015 est calculé par une régression linéaire avec comme variable explicative le niveau de dépenses moyen par habitant en 2014. Cette évolution est corrigée de l'évolution relative de la population INSEE de la région entre 2013 et 2014.

Les paramètres de la régression sont ajustés de façon à obtenir les évolutions nationales.

Pour chaque région, le montant attendu de maîtrise médicalisée correspond à la différence entre les dépenses issues du taux tendanciel (sans maîtrise médicalisée) et les dépenses issues du taux objectif (avec maîtrise médicalisée). Le total des économies attendues pour 2015 est de 50M€ d'économie pour les prescriptions des établissements en transport.

2. PRECISIONS RELATIVES AU CALCUL DES OBJECTIFS REGIONAUX CPOM TRANSPORTS POUR L'ANNEE 2015

Source des données :	DCIR, liquidations de janvier à décembre 2014
Champ concerné :	Tous régimes, France entière, Région de rattachement de l'établissement prescripteur
Base des établissements prescripteurs utilisée :	BERF mise à jour au 05/03/2015
Périmètre des montants remboursés :	Pour l'année 2015, le calcul du taux national d'évolution des dépenses relatives aux transports prescrits par les établissements publics et privés présents en 2014 (champ CAQOS)

OBJECTIFS REGIONAUX CPOM ET CPG version du 15/04/15	Population INSEE			Transports prescrits par les établissements publics et privés			Tendance sans maîtrise médicalisée		Objectif avec maîtrise médicalisée déduite		Montant d'économie attendue (en M€)
	Région de rattachement de l'établissement	Population au 1er janvier 2014 (1)	Evolution 2013/2014 (2)	Evolution 2013/2014 relative par rapport à l'évolution nationale (région-national)	Montants remboursés 2014 (en M€) (3)	évolution 2013/2014 (4)	Niveau montant 2014 en € / Pop INSEE	Montants 2015 attendus (en M€)	évolution attendue 2015 sans action de maîtrise médicalisée	Montants 2015 attendus (en M€)	
GUADELOUPE *	448 972	0,0%	-0,4%	14,7	8,5%	32,7	15,4	4,9%	15,1	2,7%	0,33
MARTINIQUE	381 326	-1,0%	-1,4%	16,8	8,9%	43,9	17,4	3,7%	17,0	1,4%	0,38
GUYANE	250 377	2,2%	1,7%	7,2	-4,1%	28,7	7,7	7,1%	7,5	4,9%	0,16
REUNION	844 994	0,6%	0,2%	29,2	6,9%	34,5	30,8	5,5%	30,1	3,2%	0,66
ILE DE FRANCE	12 005 077	0,4%	0,0%	376,5	1,9%	31,4	396,7	5,4%	388,2	3,1%	8,51
CHAMPAGNE ARDENNE	1 338 122	0,0%	-0,5%	51,3	5,1%	38,3	53,7	4,7%	52,6	2,4%	1,17
PICARDIE	1 927 387	0,1%	-0,3%	66,7	5,5%	34,6	70,1	5,0%	68,5	2,7%	1,51
HAUTE NORMANDIE	1 851 909	0,1%	-0,3%	51,8	-0,7%	28,0	54,4	5,1%	53,3	2,9%	1,17
CENTRE	2 577 474	0,2%	-0,2%	83,7	2,0%	32,5	88,0	5,1%	86,1	2,9%	1,89
BASSE NORMANDIE	1 478 211	0,0%	-0,4%	59,3	3,5%	40,1	62,1	4,7%	60,8	2,5%	1,35
BOURGOGNE	1 638 492	-0,1%	-0,5%	68,6	5,5%	41,9	71,8	4,6%	70,2	2,3%	1,56
NORD PAS DE CALAIS	4 058 332	0,1%	-0,3%	94,0	4,1%	23,2	98,9	5,2%	96,8	2,9%	2,11
LORRAINE	2 346 292	-0,1%	-0,5%	100,4	10,2%	42,8	105,0	4,6%	102,7	2,3%	2,29
ALSACE	1 868 773	0,2%	-0,2%	73,1	3,4%	39,1	76,7	5,0%	75,1	2,7%	1,66
FRANCHE COMTE	1 178 937	0,1%	-0,3%	45,5	4,4%	38,6	47,8	4,9%	46,7	2,6%	1,03
PAYS DE LA LOIRE	3 689 465	0,8%	0,3%	120,8	-0,2%	32,7	127,6	5,7%	124,9	3,4%	2,73
BRETAGNE	3 273 343	0,5%	0,1%	107,6	3,3%	32,9	113,5	5,4%	111,1	3,2%	2,44
POITOU CHARENTES	1 796 434	0,3%	-0,1%	46,7	2,3%	26,0	49,2	5,4%	48,1	3,1%	1,05
AQUITAINE	3 335 134	0,7%	0,3%	112,4	1,9%	33,7	118,7	5,6%	116,1	3,4%	2,54
MIDI PYRENEES	2 967 153	0,7%	0,3%	92,0	4,7%	31,0	97,1	5,6%	95,0	3,3%	2,08
LIMOUSIN	735 880	-0,2%	-0,6%	41,1	2,8%	55,8	42,8	4,2%	41,8	1,9%	0,94
RHONE ALPES	6 448 921	0,8%	0,4%	209,5	3,7%	32,5	221,5	5,7%	216,8	3,5%	4,74
AUVERGNE	1 359 402	0,2%	-0,2%	58,7	3,2%	43,2	61,6	4,9%	60,2	2,6%	1,34
LANGUEDOC ROUSSILLON	2 757 558	1,1%	0,6%	92,2	2,9%	33,4	97,7	5,9%	95,6	3,7%	2,09
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	4 964 859	0,3%	-0,1%	176,9	2,5%	35,6	186,0	5,1%	182,0	2,9%	4,01
CORSE	323 092	1,0%	0,6%	10,3	8,3%	32,0	10,9	5,9%	10,7	3,7%	0,23
France ENTIERE	65 845 916	0,4%	0,0%	2 207,0	3,3%	33,5	2 323,2	5,3%	2 273,2	3,0%	50,00

(1) Population 2014 au 1er janvier 2014

(2) Evolution 2013/2014 de la population

(3) Montants remboursés 2014 tous régimes sur le champ des CAQOS (établissements présents en 2014)

(4) Evolution 2013/2014 sur le champ des CAQOS

La population de la Guadeloupe CGSS correspond à la population municipale de la Guadeloupe, de Saint Barthélemy et Saint Martin. La population de la Guadeloupe est estimée avec la même méthode que les autres régions. Les populations de Saint Barthélemy et Saint Martin sont issues de la population municipale au 1er janvier 2011 (selon décret du 27 décembre 2013) augmentée de la même évolution que la Guadeloupe pour estimer 2014.

Source : DCIR, liquidations de 2013 et de 2014, Fichiers fournis dans le cadre du suivi du CAQOS par établissement présents en 2014

ANNEXE 4

CALENDRIER DE TRANSMISSIONS DES DONNEES TRANSPORT

DATE	AUTEURS	DESCRIPTIONS DES DONNEES
22 Décembre 2014	DSS (Arrêté)	Taux prévisionnel d'évolution des dépenses de résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville pour la période du 1 ^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2015
10 Mars 2015	SG / CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des objectifs CPOM et CPG définitifs pour 2015
Mars 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des données régionales de ciblage pour 2015 : bilan des prescriptions de transports des établissements publics et privés occasionnant des dépenses remboursées sur l'enveloppe de soins de ville
20 Avril 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des données spécifiques sur l'IRC (données transports dans le cadre de la dialyse : dépenses et séjours 2013)
Mai 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des données régionales 1 ^{er} trimestre 2015 des prescriptions de transports des établissements publics et privés occasionnant des dépenses remboursées sur l'enveloppe de soins de ville
1 ^{er} juin 2015 (au plus tard)	ARS	Transmission à chaque établissement du bilan 2014 des prescriptions de transports occasionnant des dépenses remboursées sur l'enveloppe de soins de ville = Données transmises en mars 2015
Septembre 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des données régionales 1 ^{er} semestre 2015 des prescriptions de transports des établissements publics et privés occasionnant des dépenses remboursées sur l'enveloppe de soins de ville
Décembre 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des données régionales 9 premiers mois de l'année N des prescriptions de transports des établissements publics et privés occasionnant des dépenses remboursées sur l'enveloppe de soins de ville

ANNEXE 5

DONNEES COMPLEMENTAIRES SUR L'ACTIVITE DE DIALYSE PAR ETABLISSEMENT.

1. CHAMP

Les données concernent le transport des patients dialysés (tous régimes ou régime général suivant le type de données).

Pour affecter les dépenses de transport le plus précisément possible à l'établissement où se réalisent les séances de dialyse, il a été décidé de restreindre le champ aux patients qui ne fréquentent qu'un seul centre de dialyse sur la période concernée (« patients monosite »). D'autre part, les données ne concernent que les centres lourds de dialyse (les unités de dialyse médicalisée et centres d'autodialyse sont exclus du champ) qui concentrent la majeure partie des dépenses de transport. Enfin, concernant les établissements publics, les données transmises portent uniquement sur les prescriptions effectuées par l'établissement lui-même. Concernant les établissements privés, seront distinguées les prescriptions de l'établissement lui-même et les prescriptions des néphrologues libéraux.

2. DESCRIPTION DES DONNEES FOURNIES PAR ETABLISSEMENT

Afin de mieux cerner le recours au transport, des données de cadrage par établissement sont mises à disposition : il s'agit du nombre de transports total (ambulance, VSL, Taxi) et du nombre de transports en ambulance par séance de dialyse.

D'autre part, concernant le recours à l'ambulance, il a été calculé par établissement un nombre de transports en ambulance « standardisé » sur l'âge. Pour chaque établissement considéré, il est ainsi possible de comparer le nombre de transports en ambulance réalisés et celui standardisé « théorique » calculé si l'établissement avait le même taux de recours à l'ambulance que celui observé par tranche d'âge pour la France entière. Ceci permet de mieux cibler les établissements qui ont un taux de recours à l'ambulance élevé, supérieur à la moyenne nationale (c.à.d. les établissements qui ont un nombre de transports en ambulance réellement constaté supérieur à celui standardisé). Cela permet en outre de fixer des objectifs de convergence vers le nombre de transports standardisé quand il est inférieur au nombre observé.

Les données sur le nombre de transports ne sont disponibles que sur le champ du régime général (y compris Sections locales Mutualistes).

Par région, deux fichiers sont mis à disposition : le premier concerne les établissements publics, et le second concerne les établissements privés. Dans chacun des fichiers, figurent dans des onglets différents, les données tous régimes et les données Régime Général (pour lesquelles sont disponibles les données relatives au nombre de transports).