



**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES**

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

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

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

Le directeur général de l'offre de soins,

Le directeur de la sécurité sociale,

Le directeur général de la caisse nationale de
l'assurance maladie des travailleurs salariés

à

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

Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements
de santé (pour application)

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

**Instruction N°DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2015/25 du 29 janvier 2015 relative à
l'expérimentation prévue par l'article 66 de la LFSS 2012**

Validée par le CNP le 23 janvier 2015 - Visa CNP 2015- 13

NOR : AFSH1502698J

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles

Résumé : Modalités de mise en œuvre des expérimentations des transports sanitaires urgents en application de l'article 66 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2012.

Mots clés : transports sanitaires urgents

Textes de références :

- Code de la santé publique, notamment les articles L.6312-1 et suivants, R.6312-1 et suivants.
- Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.322-5-2 et R.322-10
- Décret n°2014-1584 en date du 23 décembre 2014 relatif aux expérimentations portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012
- Arrêté en date du 23 décembre 2014 portant cahier des charges relatif aux expérimentations d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents
- Arrêté du 30 novembre 2006 modifié *fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements sièges des SAMU mentionnée à l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales.*
- Arrêté du 10 février 2009 fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres
- Arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière
- Avenant n°1 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés relatif à la garde ambulancière et avenants n°6 et 7 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés en ce qui concerne les tarifs de rémunération.

Annexes :

Annexe I a : document de présentation des annexes I b à I e

Annexe I b : annexe informative - présentation de la structure de rémunération des transports par ambulances

Annexe I c : tableau de candidature récapitulatif par territoire d'expérimentation

Annexe I d : tableau "coût et activité par secteur de garde"

Annexe I e : tableau de candidature "organisation du territoire"

Annexe II : PowerPoint explicatif « calcul du coût de transport en ambulance »

L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit la mise en œuvre d'expérimentations portant sur l'organisation et le financement des transports sanitaires urgents. La présente instruction a pour objet de détailler le dispositif expérimental et de préciser les modalités de candidature par les agences régionales de santé dans ce cadre.

1. Les principes organisationnels et financiers de l'expérimentation

L'objectif de l'expérimentation est de renforcer l'efficacité globale de l'organisation locale de réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière.

L'expérimentation permet de déroger à la réglementation afférente à l'organisation et au financement des transports sanitaires urgents demandés et régulés par le SAMU-centre 15, organisés dans le cadre de la garde départementale ou non, et substituée à une obligation de moyens une organisation fondée sur :

- L'amélioration de la qualité de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière,

- L'amélioration de l'efficacité des dispositifs, appréciée selon deux axes : la capacité à intégrer des économies de fonctionnement et la capacité à absorber au moins pour partie la dynamique des dépenses induite par la dynamique de l'activité.

a) Les principes organisationnels

L'organisation expérimentale est définie par l'agence régionale de santé (ARS), l'organisme local d'assurance-maladie, l'établissement siège du SAMU-Centre 15, l'ATSU la plus représentative au plan départemental et les entreprises de transport sanitaire du territoire d'expérimentation.

Le territoire de l'expérimentation n'est pas précisé par le décret. Il peut s'agir d'un département, ou d'un territoire infra-départemental voire d'un territoire plus large. Il est toutefois recommandé que le territoire d'expérimentation soit un département (ou plusieurs départements) afin de bien identifier les acteurs concernés (CPAM, ATSU, SDIS etc) et de faciliter les consultations.

L'organisation expérimentale repose en premier lieu sur un travail de recensement des besoins, basé notamment sur l'activité constatée, en lien avec le SAMU et les entreprises de transport sanitaire et doit permettre de répondre aux besoins identifiés avec des moyens proportionnés à ceux-ci.

Compte-tenu de l'état des lieux qui aura été dressé, les parties prenantes de l'expérimentation disposent d'une marge de manœuvre dans le choix de l'organisation retenue et d'un modèle de financement plus efficient dans le champ des transports sanitaires urgents, en respectant les éléments suivants :

Maintien des bonnes pratiques d'organisation :

Au préalable, il convient de rappeler l'obligation de participation des entreprises de transports sanitaires agréées à la garde départementale en fonction de leurs moyens matériels et humains énoncée à l'article R.6312-19 du code de la santé publique.

En application du dernier alinéa du II de l'article 2 du décret n°2014-1584 du 23 décembre 2014, il ne saurait par ailleurs y avoir coexistence de 2 dispositifs de transport sanitaire urgent régulés par le SAMU au sein d'un même territoire.

De même, dans le cadre de l'expérimentation, il n'est pas possible de déroger au principe de régulation de l'ensemble des transports sanitaires urgents par le SAMU, que ce soit :

- pendant les périodes et horaires de garde (article R6312-23 du code de la santé publique)
- ou en journée (l'arrêté du 5 mai 2009 *relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transport sanitaire portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence préhospitalière*)

La convention locale prévue par le dispositif expérimental remplace le cahier des charges de la garde départementale fixé par l'article R.6312-22 CSP ; il convient néanmoins de veiller à ce qu'elle reprenne les principes énoncés dans cet article :

- les modalités de remplacement des entreprises de garde en cas d'empêchement,
- les modalités de participation pendant toute ou partie **des heures de garde** d'un coordonnateur ambulancier au sein du SAMU
- prévoir l'existence de locaux de garde commun, si nécessaire.

Les acteurs locaux disposent d'une marge de manœuvre dans l'élaboration de l'expérimentation, ils doivent s'attacher à définir finement les obligations de chacun dans les conventions locales d'expérimentation notamment :

- la typologie des vecteurs d'intervention,
- les modalités de transmission des bilans au SAMU,
- l'existence éventuelle d'un local de garde commun et ses modalités d'organisation,
- les exigences relatives aux délais d'intervention des transporteurs sanitaires privés...

Les principes qualitatifs suivants, issus de l'arrêté du 5 mai 2009 *portant référentiel SAMU-transporteurs sanitaires* susvisé doivent être repris par les organisations expérimentales :

- La formalisation et la transmission systématique des bilans cliniques de patients aux SAMU doit être maintenue.
- l'objectif de mise en place d'un coordonnateur ambulancier, situé dans les locaux ou à l'extérieur du SAMU, visant à répondre de façon qualitative aux exigences de bonne prise en charge du patient et de célérité de la réponse aux demandes de transports sanitaires urgents, doit être étudié et être concrétisé si cela est nécessaire ou pertinent. Cela peut constituer une solution utile et être une des modalités d'organisation des transports sanitaires urgents régulés par le SAMU. C'est le coordonnateur ambulancier qui peut ainsi être chargé d'organiser la traçabilité de l'activité des ambulanciers et le suivi des indisponibilités ambulancières et de leur caractérisation, prévues dans la convention.

Aménagements possibles par rapport à la réglementation en matière d'organisation des transports sanitaires urgents régulés par le SAMU.

L'expérimentation doit, quelle que soit l'organisation expérimentale retenue, veiller à assurer la continuité de la réponse aux demandes de transports sanitaires urgents régulés par le SAMU.

En vertu de l'article 2 du décret, les dérogations autorisées au titre de l'organisation des transports sanitaires urgents sont les suivantes :

«[...] la convention locale[...], peut déroger sur le territoire d'expérimentation, [...], aux horaires et périodes de garde fixés par application de l'article R. 6312-18 du même code, aux critères énoncés par l'article R. 6312-20 du même code pour la définition des secteurs de garde et au nombre minimal de véhicules de catégorie A ou C prévus sur la période de garde par l'article R. 6312-21 du même code ».

Les organisations retenues doivent s'adapter au mieux aux besoins identifiés selon les territoires. Ainsi, le groupe de travail de l'expérimentation devra s'attacher à redéfinir les secteurs de garde notamment :

- s'il apparaît que le découpage des secteurs de garde n'est plus adapté compte-tenu du volume d'activité ou des pics d'activité saisonnière
- ou si le découpage des secteurs de garde présente des difficultés récurrentes liées par exemple à la topographie, à une offre insuffisante de transporteurs sanitaires privés en mesure de répondre aux urgences préhospitalières sur certains secteurs de garde qui pourraient être sous-dotés, ou à des besoins particulièrement faibles (*etc...*)

Les organisations mises en place peuvent être différenciées d'un secteur géographique à l'autre, y compris à l'intérieur du même département, et en fonction des plages horaires sur l'ensemble du nyctémère afin de prendre en compte la spécificité des besoins diurnes et nocturnes. Les besoins saisonniers peuvent également être pris en compte.

Ainsi, il peut y avoir des secteurs de garde qui, en période de nuit profonde, ne sont plus couverts par le dispositif de garde, à condition toutefois que les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) (voire les SMUR en fonction du type de prise en charge)

assurent la continuité de la réponse aux demandes de transports sanitaires urgents régulés par le SAMU.

En effet, en fonction des besoins et de l'activité, l'organisation expérimentale peut s'appuyer sur le recours aux sapeurs pompiers, localement ou temporairement, selon les modalités de financement prévues par l'arrêté du 30 novembre 2006 modifié *fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements sièges des SAMU mentionnée à l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales.*

Ainsi par exemple, il peut être fait appel de façon régulière et systématique aux SDIS pour des interventions en cas de carence ambulancière constatée dans certaines situations, sur certains secteurs et sur certaines plages horaires, si toutefois le SDIS est consulté et qu'il est d'accord avec l'organisation proposée. Dans ce cas, cette organisation n'est pas mise en place en plus d'un dispositif de garde ambulancière, de façon à éviter des doubles financements. Il peut alors être recommandé de formaliser cet accord et de préciser les conditions dans lesquelles le SDIS est sollicité ainsi que les modalités de facturation, qui doivent être conformes à l'arrêté sus mentionné (facturation selon le tarif des indisponibilités ambulancières, ou selon un montant forfaitaire fixé par le même arrêté).

b) Les nouvelles interventions autorisées au titre de l'expérimentation

Celles-ci sont de trois ordres :

- Les interventions de transporteurs sanitaires régulées par le SAMU mais in fine non suivies de transports du fait de l'évolution de l'état de santé du patient.
- Les retours à domicile (ou assimilé – EHPAD) d'un patient après son passage dans une structure des urgences s'il n'est pas hospitalisé et n'a pas de moyens de transport, régulés par le SAMU.
- Les interventions au titre de la permanence des soins ambulatoires c'est-à-dire les transports de patients, régulés par le SAMU, vers les maisons médicales de garde ou vers les pharmacies de garde.

c) Typologie des véhicules mobilisés

Les transports sanitaires urgents impliquent que les catégories de véhicules propres au traitement de l'urgence soient mobilisées pour transporter les patients. L'arrêté du 10 février 2009 *fixant les conditions exigées pour les véhicules et les installations matérielles affectés aux transports sanitaires terrestres* prévoit les différents matériels et équipements médicaux présents dans les ambulances avec un équipement gradué en fonction du type d'ambulance mobilisé. En application de ce dernier et en vertu de l'arrêté du 5 mai 2009 sus-indiqué « *Les catégories de véhicules sanitaires mobilisées pour les transports sanitaires urgents sont les ambulances de catégorie A type ASSU de façon préférentielle et les ambulances de catégorie C, selon les besoins exprimés par le SAMU* ».

En outre, l'article R.311-1 du code de la route prévoit que les ambulances sont des véhicules d'intérêt général bénéficiant de facilités de passage lorsqu'elles sont mobilisées par le SAMU pour des transports d'urgence. Les véhicules sanitaires légers et les taxis ne sont pas des véhicules d'intérêt général, ils ne peuvent donc bénéficier de facilités de passage au titre des transports d'urgence demandés par le SAMU.

Par conséquent, l'organisation expérimentale ne peut décider d'affecter des VSL ou de proposer aux taxis de répondre aux urgences préhospitalières en journée régulées par le SAMU ou de participer à la garde sur régulation médicale du SAMU. L'organisation expérimentale ne peut déroger à ce principe.

En revanche, à titre dérogatoire et après régulation médicale du SAMU, les transports de retour à domicile des patients après passage dans les services des urgences (sans avoir été hospitalisés) ou les transports sanitaires de patients, après régulation médicale du SAMU vers une maison médicale de garde, ou vers une pharmacie de garde peuvent être réalisés en transport assis professionnalisé : si l'état de santé du patient correspond aux critères posés par l'article 2 de l'arrêté du 23 décembre 2006 *fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale*. Le choix du mode de vecteur mobilisé pour les transports évoqués ci-dessus doit être le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient. Il convient de rappeler que le mode de transport choisi doit respecter l'enveloppe de dépenses de transport de l'expérimentation locale. A cet égard, le mode de transport le moins onéreux doit contribuer au respect de l'enveloppe de dépenses.

d) Les principes financiers

Respect du plafonnement des dépenses

L'expérimentation s'inscrit dans le cadre d'un plafond de dépenses défini a priori qui ne doit pas être dépassé.

Le plafond de dépenses est fixé en prenant en compte :

- les dépenses au titre du fonds d'intervention régional pour la prise en charge des indisponibilités ambulancières. En année n, le montant correspond à un montant de crédit basé sur le nombre des indisponibilités ambulancières correspondant à l'année n-1 le cas échéant revalorisée selon le tarif fixé pour l'année n.
- les dépenses d'assurance maladie correspondant aux forfaits de garde de l'année n-1,
- les dépenses d'assurance maladie de l'année n-1 correspondants à la rémunération des transporteurs sanitaires soumises à abattement (au titre de la garde) et sans abattement (transports sanitaires urgents en journée et en nuit / dimanche/jour férié en dehors de la garde) ainsi qu'aux suppléments urgences – Samu Centre 15.

Pour le dimensionnement financier de l'expérimentation, l'année de référence est l'année la plus récente sur laquelle les données sont complètes (2013 et si possible 2014).

Il convient de préciser dans le projet d'expérimentation la date d'entrée en vigueur de l'expérimentation qui est envisagée.

Si l'expérimentation prend effet en cours d'année, le montant est proratisé en fonction du nombre de mois de mise en œuvre.

Le plafond de dépenses pour chaque expérimentation locale est fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale.

Les conditions de rémunération fixées par les ARS et les CPAM :

Le rôle des ARS, en lien avec les CPAM, est de définir les conditions de rémunération des entreprises de transport sanitaire dans le cadre de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière. Ce dispositif recouvre l'ensemble des transports sanitaires urgents réalisés à la demande du SAMU pendant les périodes de garde et en journée.

Les tarifs de rémunération des transports sanitaires urgents entrant dans le champ de l'expérimentation peuvent déroger aux tarifs fixés par la convention nationale des transporteurs

sanitaires privés et ses avenants et doivent être compatibles avec la prévision d'activité dans le respect du plafond de dépenses de l'expérimentation locale. Le critère d'une amélioration de l'efficacité de la prise en charge dans le respect du plafond de dépenses pour l'expérimentation est prépondérant et doit déterminer les montants de rémunération des transports sanitaires urgents fixés au niveau local, en tenant compte des autres facteurs d'augmentation prévisionnels des dépenses (volume d'activité, possibilité de réduire les dépenses, notamment).

Les ARS et les CPAM, sur la base d'échanges avec l'ATSU la plus représentative au plan départemental, et l'établissement siège du SAMU réalisent une évaluation financière des différents scénarii de rémunération des transporteurs sanitaires privés entrant dans le champ de l'expérimentation. Elles choisissent le scénario organisationnel et financier le plus réaliste, permettant d'assurer l'amélioration de l'efficacité de la prise en charge dans le respect du plafond de dépenses.

L'attention des transporteurs sanitaires privés peut être appelée notamment sur le fait qu'un nombre stable ou en progression des indisponibilités ambulancières diminuera corrélativement les crédits rémunérant leurs interventions ou ne permettra pas de moduler favorablement les montants de tarification de leurs interventions. Il est donc recommandé aux ARS, en lien avec les CPAM, de prévoir, au sein de la convention d'expérimentation, un mécanisme de responsabilisation des transporteurs sanitaires privés au titre des indisponibilités ambulancières non justifiées.

Dans ce sens, il peut être discuté avec les entreprises de transport sanitaire de l'absence de rémunération de l'astreinte (forfait de garde) pour les indisponibilités ambulancières non justifiées. Ce mécanisme suppose que l'établissement de santé siège du SAMU établisse un suivi systématique et précis de l'activité qui est régulée par le SAMU, ce qui est explicité dans la partie relative au suivi de l'exécution budgétaire.

Dans le cadre de l'enveloppe de dépenses, les marges de manœuvre financières qui peuvent être obtenues grâce à l'organisation expérimentale peuvent être employées pour la prise en charge des nouvelles interventions visées à l'alinéa 3 du II de l'article 2 du décret ou pour tout financement prévu par la convention locale d'expérimentation et nécessaire à l'expérimentation (logiciel de géolocalisation raccordable en priorité au SI du SAMU, mise en place d'un coordonnateur ambulancier, aide financière pour la location d'un local de garde commun...).

2. Elaboration du projet d'expérimentation et formalisation de la convention locale d'expérimentation et modalités de candidature

Il est recommandé d'associer et de concerter largement l'ensemble des acteurs impliqués, l'adhésion de ceux-ci étant une des garanties de réussite de l'expérimentation.
--

a) Travaux préparatoires du groupe de travail et formalisation du projet d'expérimentation

Un groupe de travail réunissant notamment l'ARS, la CPAM, l'établissement siège du SAMU, l'association de transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental, et les entreprises de transport sanitaire du territoire d'expérimentation est constitué. L'ARS et la CPAM pilotent le groupe de travail.

Il est recommandé que les ATSU départementales recueillent l'adhésion de l'ensemble des entreprises concernées.

Si le décret prévoit que les SDIS compétents sur le territoire d'expérimentation doivent être consultés sur le projet de convention préalablement à sa signature, il est cependant recommandé que, s'ils sont concernés par l'expérimentation, les SDIS soient consultés dès la phase d'élaboration du projet d'expérimentation.

Travaux préalables

Préalablement à la définition du projet d'expérimentation, le groupe de travail est chargé de réaliser une évaluation des besoins en matière de transports sanitaires urgents dans le champ de l'expérimentation et un recensement des difficultés et problèmes existant éventuels dans le champ des transports sanitaires urgents du territoire d'expérimentation.

Elaboration du projet d'expérimentation

Le calibrage de l'enveloppe financière doit donc être établi en amont de la convention locale d'expérimentation. Ceci implique la communication par les organismes locaux d'assurance-maladie aux ARS de données financières relatives aux transports sanitaires urgents, notamment un état détaillé des dépenses de transports sanitaires urgents de l'année précédente afin de bâtir des hypothèses d'organisation et de financement plausibles.

Dans le cas où l'ARS et les organismes d'assurance maladie estiment, à l'issue de l'analyse des dépenses de l'année de référence que celles-ci sont supérieures à celles nécessaires à la réponse aux besoins estimés, elles peuvent en tenir compte pour l'évaluation financière des propositions de rémunération et d'organisation.

L'ARS et la CPAM réalisent une évaluation financière des différentes hypothèses de rémunération de l'activité, en lien avec le volume d'activité constaté et prévisionnel et en lien avec l'offre de soins locale.

Sur la base des travaux détaillés et de l'évaluation financière mentionnée ci-dessus, le groupe de travail propose des modalités d'organisation et de financement de l'activité de l'expérimentation et concerta l'ensemble des acteurs locaux concernés par l'expérimentation (entreprises de transport sanitaire, SDIS impactés par l'expérimentation et établissement siège du SAMU).

b) Formalisation du projet d'expérimentation et candidature :

L'ARS, en lien avec la CPAM élabore le projet d'expérimentation qui formalise l'ensemble des modalités d'organisation, de financement et de tarification de l'activité retenues par le groupe de travail, après concertation avec les acteurs locaux concernés.

Le projet d'expérimentation doit ainsi présenter :

- Le territoire expérimental envisagé ;
- Le montant de l'enveloppe financière ;
- L'évaluation des besoins de transports à couvrir ;
- Les orientations organisationnelles et financières ;
- Les évolutions significatives du dispositif par rapport à la situation actuelle : étude d'impact et les éléments de nature à démontrer la faisabilité de l'expérimentation ;
- L'analyse chiffrée des dépenses de l'année N-1 ;
- Les sources d'économies envisagées et leurs montants estimés ou les mécanismes de maîtrise des dépenses;
- La date d'entrée en vigueur de la convention envisagée ;
- Les principaux critères de suivi et d'évaluation du dispositif expérimental ;

- Le constat d'engagement des acteurs concernés par l'expérimentation qui peut prendre la forme d'un protocole d'accord ;

Vous trouverez en annexe les modèles de tableaux permettant de retracer l'activité, le coût du dispositif de garde et des transports sanitaires urgents réalisés en journée avant le dispositif expérimental ainsi que l'évaluation du coût du dispositif expérimental et un tableau relatif aux modalités d'organisation retenues. Ces 3 tableaux devront être renseignés et figurer au dossier de candidature.

Les ARS doivent adresser leurs projets d'expérimentation **avant le 30/04/2015**
aux adresses suivantes :

DGOS-R2@sante.gouv.fr
DSS-SD1-BUREAU1A@sante.gouv.fr

Les projets d'expérimentation sont sélectionnés par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), en lien avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

La sélection se fonde sur la démonstration de la capacité des projets à augmenter l'efficacité de la prise en charge des urgences préhospitalières dans le respect des plafonds de dépenses, sur le constat d'engagement des parties-prenantes de l'expérimentation et sur la complétude du dossier de candidature. Le choix des projets d'expérimentation est également basé sur la solidité et le réalisme des projets d'organisation et de financement des expérimentations.

Pour chaque projet d'expérimentation retenu, un arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale fixera le plafond des dépenses.

c) Rédaction de la convention d'expérimentation

Par la suite, après accord du Ministère pour lancer l'expérimentation, l'ARS, en lien avec la CPAM, rédige la convention locale d'expérimentation.

La convention fixe par écrit l'ensemble des modalités organisationnelles, financières et tarifaires de l'expérimentation.

Il convient de rappeler que l'ensemble des stipulations prévues dans la section 2 *Convention locale d'expérimentation* par l'arrêté en date du 23 décembre 2014 portant cahier des charges des expérimentations, devront figurer dans les conventions locales d'expérimentation.

La convention est ensuite présentée pour avis au sous comité des transports sanitaires et au SDIS territorialement compétent, si ce dernier est impacté par l'expérimentation.

d) Entrée en vigueur de l'expérimentation :

L'expérimentation entre en vigueur au lendemain de la publication de la convention d'expérimentation au recueil des actes administratifs de la préfecture de région concernée et, au besoin, au recueil des actes administratifs de la préfecture du département concerné. L'ARS doit également la publier sur son site internet.

L'entrée en vigueur de l'expérimentation nécessite la réunion des éléments suivants :
- l'arrêté ministériel autorisant le plafond de dépenses pour le territoire d'expérimentation,

- la convention locale d'expérimentation dûment signée par :
 - le directeur général de l'agence régionale de santé,
 - le directeur de l'organisme local d'assurance-maladie,
 - le président de l'association départementale des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental,
- le directeur de l'établissement de santé, siège du service d'aide médicale urgente,

3) Suivi de l'exécution budgétaire de l'expérimentation

Les modalités de la facturation des transporteurs sanitaires à l'assurance-maladie restent inchangées.

La liquidation des factures auprès des transporteurs sanitaires en elle-même reste du ressort des caisses primaires d'assurance maladie, à l'exception des crédits du fonds d'intervention régional qui sont délégués aux établissements de santé siège de service d'aide médicale urgente par les ARS, pour la rémunération des interventions mentionnées à l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales auprès des SDIS.

Les montants éventuels à verser en complément découlant des modifications de tarifs par rapport à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés et à ses avenants sont gérées « manuellement » par l'assurance maladie, selon la même méthode que ce qui a été appliqué pour les expérimentations menées dans le champ de la permanence des soins ambulatoires.

Les modalités de facturation par les caisses seront précisées ultérieurement dans le cadre d'une lettre réseau, qui sera communiquée aux ARS.

a) Un suivi régulier de l'exécution budgétaire :

Il est constitué un comité de suivi de l'expérimentation et de l'exécution des dépenses composé notamment de représentants de l'ARS et de la caisse primaire d'assurance-maladie, d'un représentant de l'établissement siège du SAMU et d'un représentant de l'ATSU.

Il est chargé d'effectuer un contrôle régulier de la consommation du plafond de dépenses et une analyse de l'évolution réelle de l'activité.

Des modalités de reporting mensuel de l'activité doivent être prévues dans la convention locale afin de suivre le volume d'activité et les dépenses afférentes.

Les organismes locaux d'assurance-maladie délivrent aux ARS la consommation des crédits de dépenses au début de chaque mois en faisant apparaître les montants totaux de tous les éléments de tarification de l'expérimentation et les volumes d'activité correspondants et notamment (si les éléments de tarification suivants sont choisis par l'expérimentation) :

- les montants totaux des forfaits de garde, et le nombre total de forfaits de garde
- les montants totaux des interventions avec majoration de nuit ou au titre du dimanche et des jours fériés, et le nombre d'interventions avec majoration de nuit ou au titre du dimanche et des jours fériés
- les montants totaux des suppléments transports sanitaires urgents sur demande expresse du SAMU/ médecin régulateur du SAMU, et le nombre de suppléments
- les montants totaux des dépenses de transport sanitaire urgent lors de la garde et en-dehors de la garde (soit en journée) et le nombre d'interventions lors de la garde et en-dehors de la garde.

Les établissements-sièges de SAMU communiquent à l'ARS un recensement mensuel du nombre d'indisponibilités ambulancières, afin que les ARS puissent évaluer le montant prévisionnel des dépenses d'indemnisation des SDIS au titre des indisponibilités ambulancières.

Réalisation du bilan d'activité :

A la fin du premier semestre de chaque année et à l'issue de chaque année d'expérimentation, le comité de suivi de l'exécution de la dépense effectue un bilan d'activité et le compare aux prévisions de dépenses définies en amont de l'année concernée. Si l'expérimentation n'est pas conduite en année pleine : le bilan est effectué une fois à mi-parcours et une fois en fin d'année.

b) Procédure applicable en cas de risque de dépassement du plafond de dépenses :

Lorsque, au cours du premier trimestre de l'année civile ou des trois premiers mois de l'expérimentation si celle-ci est mise en œuvre en cours d'année civile, les dépenses liées à la mise en œuvre de l'expérimentation sont supérieures de 5% à celles évaluées au cours du premier trimestre (ou des trois mois de référence) de l'année précédente, ou dépassent 25% du plafond de dépenses, un seuil d'alerte est alors franchi.

Le comité de suivi se réunit rapidement à compter du signalement de cette alerte, afin d'analyser les causes de cette situation, définir et appliquer des solutions de limitation des dépenses le cas échéant.

Lorsque, au cours du premier semestre de l'année civile considérée (ou au cours des six premiers mois de mise en œuvre de l'expérimentation) les dépenses liées à la mise en œuvre de l'expérimentation sont supérieures de 5% à celles évaluées au cours de la période équivalente de l'année précédente, ou dépassent 60% du plafond de dépenses, un nouveau seuil d'alerte est atteint et le comité de suivi se réunit alors au maximum dans un délai de 10 jours à compter du signalement de cette alerte. Il met en place les mécanismes correctifs de retour à l'équilibre prévus par la convention d'expérimentation afin de ralentir la consommation des crédits de dépenses de transports sanitaires.

Le dépassement des prévisions de dépenses et la dénonciation de la convention d'expérimentation :

En cas de dépassement des plafonds de dépenses constaté au cours de la mise en œuvre de l'expérimentation, le comité de suivi doit expliquer et étayer les causes de ce dépassement financier, et il doit élaborer un plan d'actions correctives.

Un dépassement des prévisions de dépenses peut justifier la dénonciation, par l'ARS de la convention et la fin de l'expérimentation. La dénonciation doit être précédée d'une procédure respectant le principe du contradictoire détaillée dans la convention locale, l'ARS doit en aviser les parties prenantes dans un délai minimum d'un mois avant de mettre fin à la convention locale d'expérimentation.

4) Evaluation de l'expérimentation

Chaque expérimentation locale fait l'objet d'une évaluation qualitative semestrielle par le comité de suivi de l'expérimentation. Dans le cas où l'expérimentation n'est pas conduite en année pleine lors de sa mise en œuvre, l'évaluation intervient à mi-parcours et en fin d'année civile.

Cette évaluation qualitative se fonde sur le bilan d'activité qui reprend l'évaluation financière de l'expérimentation et permet d'évaluer la qualité de la réponse. Elle permet donc de mesurer

l'efficacité de l'expérimentation et de suivre et apprécier l'activité d'un point de vue quantitatif et qualitatif en analysant les éléments suivants :

- La pertinence du dispositif au regard des besoins (nombre d'interventions par secteur territorial et par véhicule, typologie des interventions) afin d'anticiper, le cas échéant l'évolution des dispositifs au regard des objectifs,
- Le respect des engagements en termes de qualité de réponse, notamment les délais d'intervention, le nombre et le taux d'indisponibilités ambulancières,
- L'amélioration qualitative par rapport aux dispositifs actuels.

En outre, l'étude conjointe des tableaux de bord, le relevé et l'étude des événements indésirables doit être menée pour évaluer le dispositif expérimental.

L'évaluation est formalisée dans un rapport qui fait apparaître a minima, les éléments suivants :

- Le nombre d'interventions des ambulanciers privés dans le cadre expérimental et l'évolution par rapport à l'année antérieure ;
- Le nombre moyen de sorties par période et par secteur de garde ;
- Le nombre d'interventions non suivies de transports, de transports de retour à domicile après passage aux urgences (sans hospitalisation) et le nombre de transports après régulation médicale du SAMU vers les maisons médicales de garde ou les pharmacies de garde.
- Le nombre d'indisponibilités ambulancières et coût des indisponibilités ;
- Le nombre d'entreprises participant au dispositif ;
- Le coût moyen de l'intervention intégrant le détail des éléments de financement, ainsi que les valeurs extrêmes des coûts d'interventions.
- L'état de la dépense (montant et taux de consommation de l'enveloppe globale)
- L'analyse quantitative et qualitative de ces éléments au regard des objectifs du projet local d'expérimentation.

Le rapport d'évaluation est établi et transmis par l'ARS à la direction générale de l'offre de soins, à la direction de la sécurité sociale et à la caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés dans un délai de six semaines suivant la période évaluée.

Jean Debeaupuis
Directeur général de l'offre de soins

Thomas Fatome
Directeur de la sécurité sociale

signé

signé

Pierre Ricordeau
Secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales

Nicolas Revel
Directeur de la caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés

signé

signé

Présentation des annexes I b à I e

Annexe I b - Présentation de la structure de rémunération des transports en ambulance

Annexe de nature informative - cette annexe est à consulter avec le powerpoint explicatif (annexe II).

Annexe I c - Tableau de candidature récapitulatif par territoire d'expérimentation

Ce tableau récapitulatif a pour objet de retracer l'activité, le nombre total d'interventions et les coûts financiers pour le territoire d'expérimentation. Les montants financiers correspondront aux montants versés par les CPAM aux transporteurs sanitaires, en dates de soins.

Annexe I d - Tableau "coût et activité, par secteur de garde" (à décliner pour chaque secteur de garde)

Annexe I e - Tableau de candidature "organisation du territoire"

Ce tableau global a pour objet de décrire les modalités d'organisation des transports sanitaires urgents (garde + éventuellement dispositif de permanence en H 24) dans le territoire d'expérimentation.

Annexe Ib -Structure de rémunération des transports en ambulances

	Montant du forfait de garde	Différents types de forfait et indemnité kilométrique								Valorisation court-trajet				Majorations		P r i x d i n t e r v e n t i o n m a j o r é	Suppléments			P r i x t o t a l a v e c s u p p l é m e n t	PRIX FINAL
		Forfait départemental (voir liste des départements sur ameli)	Forfait agglomération (lq à l'intérieur d'une ville - agglomération urbaine) voir liste d'agglomérations sur ameli	Forfait de prise en charge* (concerne communes de la région parisienne et pr les transports à l'intérieur de cette zone)	Indemnité kilométrique	valorisation court-trajet ≤ 5 km	valorisation court-trajet > 5 et ≤ 10 km	valorisation court-trajet > 10 et ≤ 15 km	valorisation court-trajet > 15 et ≤ 19 km	Majoration journée dimanche et jour férié (si transport entre 12h et 20h)	Majoration nuit (à partir de 20h et majoration nuit: si + de la moitié du trajet réalisé en nuit)	Supplément TSU Demande expresse SAMU - médecin régulateur centre 15	Supplément transport prématurés / incubateurs	supplément prise en charge bateau/ avion/ train	Pourcentage d'abattement sur le prix d'intervention pendant la garde						
	Par véhicule et pour 12 heures	Pour chaque sortie Spécificité géographique			par kilomètre parcouru	le cas échéant				le cas échéant		le cas échéant									
Montant éléments de rémunération en 2014	346,00 €	51,30 €	57,37 €	64,30 €	2,19 €	7,00 €	5,50 €	4,00 €	2,50 €	total du prix d'intervention+ 50% du prix d'intervention - 1,5 * le prix d'intervention	Total prix + 75% total du prix 1,75 * prix d'intervention	21,67 €	10,83 €	21,67 €	prix * 0,4 (60% d'abattement sur le prix d'intervention)						
Projection en année N+1																					

La structure de rémunération est de type : 1 des 3 forfaits + indemnités km * nombres km + éventuellement 1 des valorisations courts-trajets * éventuellement majoration de 50% ou 75% prix + éventuellement 1 des suppléments
 Les 3 types de forfait ne sont pas cumulables: seul l'un d'entre eux sert de base au calcul du prix de l'intervention + l'indemnité kilométrique
 Pour des explications sur les types de forfait, voir le powerpoint accompagnant le tableau
 Les suppléments ne peuvent être majorés; Les suppléments sont ajoutés au prix de l'intervention qui est majoré
 Les suppléments ne sont pas cumulables entre eux

Annexe Ic - Tableau de candidature récapitulatif par territoire d'expérimentation -
 Comparatif entre les coûts du système de la garde en vigueur et les projections de coûts dans le cadre de l'expérimentation.

Région						
Territoire d'expérimentation concerné						
		2013	2014 si possible	projections en 1ère année d'expérimentation (extrapolation en année pleine)	Indications DGOS - CNAMTS	Responsable des données
Entreprises	Nombre d'entreprises agréées					ARS
	Nombre d'entreprises participant à la garde actuellement					
	Poids social des entreprises agréées (nombre de TPE < 10 salariés et PME > 10 salariés jusqu'à 250 salariés) participant à la garde					
	Nombre total d'ambulances de catégorie A mobilisées pour la garde					
	Nombre total d'ambulances de catégorie C mobilisées pour la garde					
	Total d'ambulances mobilisées					
Fonctionnement et coût aux horaires de garde	Nombre de secteurs de garde					ARS
	Secteurs saisonniers : oui / non - combien					
	Nombre total annuel de périodes de garde couvertes au niveau du territoire d'expérimentation* * période de garde = 12h de permanence : toutes les nuits de la semaine y compris nuits du WE et jour férié (de 20h à 8h), la journée du samedi (de 8h du matin à 20h) la journée du dimanche (8h du matin à 20h) et les jours fériés (8h du matin à 20h)					Ex: sur 1 an : 1 secteur de garde est couvert par 479 périodes de garde. (365 nuits (périodes de garde) + 52 WE * 2 (périodes de garde en journée) + 10 jours fériés (périodes de garde en journée)) = 479 périodes de garde
	Montant unitaire du forfait de garde	346	346		Si forfaits différents selon les plages horaires/ les jours de la semaine/ WE: préciser les montants unitaires des forfaits	
	Nombre total annuel de forfaits pour le territoire d'expérimentation					CPAM
	Montant total annuel des forfaits de garde par territoire d'expérimentation				Dans le cadre du financement en vigueur de la garde: contient seulement les forfaits de garde à 346€ (ING)	
Nombre total annuel d'interventions pendant la garde par territoire d'expérimentation						
Coût moyen d'intervention au titre de la garde (hors forfait de garde)				Intervention repérée par : -supplément SAMU -prestation ambulance de garde (AMBG) -avec majoration dimanche et jour férié ou nuit -avec minoration de 60% du prix d'intervention Montant remboursable (montant versé aux transporteurs)		
Montant total annuel des dépenses de transports sanitaires urgents en garde par territoire d'expérimentation					ING (forfait de garde) +AMBG (prestation ambulance de garde)	
fonctionnement et cout hors horaires de garde (en journée)	Dispositif mis en place hors horaires de garde (préciser jours et plages horaires)					ARS
	Nombre total annuel de transports sanitaires urgents régulés par le SAMU en dehors du dispositif de la garde (mettre en évidence le nombre annuel de trajets)				Nombre de trajets avec suppléments SAMU associés à une prestation AMB mais sans majoration dimanche/jour férié /nuit	CPAM
	Coût moyen d'intervention en-dehors du dispositif de la garde				Intervention repérée par : -supplément SAMU -prestation ambulance (AMB) -sans majoration dimanche et jour férié ou nuit -pas de minoration du prix d'intervention Montant remboursable total de l'intervention (estimation nécessaire si plusieurs trajets sur une même facture)	
	Montant total annuel des dépenses de transports sanitaires urgents en-dehors du dispositif de la garde				Interventions repérées par : -supplément SAMU -prestation ambulance (AMB) -sans majoration dimanche et jour férié ou nuit -pas de minoration du prix d'intervention Montant annuel remboursable total des interventions (estimation nécessaires si plusieurs trajets sur une même facture)	

Annexe Ic - Tableau de candidature récapitulatif par territoire d'expérimentation -
 Comparatif entre les coûts du système de la garde en vigueur et les projections de coûts dans le cadre de l'expérimentation.

Région						
Territoire d'expérimentation concerné						
		2013	2014 si possible	projections en 1ère année d'expérimentation (extrapolation en année pleine)	Indications DGOS - CNAMTS	Responsable des données
Indisponibilités ambulancières (carences entraînant le recours aux SDIS)	Nombre de carences pendant les périodes de garde (constaté / objectif cible)					Données à remplir par les ARS en lien avec les données du SAMU remontées SAE
	Montant total des carences pendant les périodes de garde. Expérimentation: projections de montant global de carences par rapport à un objectif cible de carences négocié avec les transporteurs sanitaires					
	Nombre total de carences en journée (constaté/ objectif cible)					
	Montant total des carences en journée (constaté/ objectif cible)					
	Nombre total annuel des carences (garde et en journée) (constaté/ objectif cible)					
	Montant total annuel de carences (en journée et en garde) (constaté/ objectif cible)					
Moyens complémentaires de la garde	Nombre d'interventions des ambulanciers aux horaires et aux périodes de garde mais en dehors du dispositif de garde (constaté/ objectif cible)				Nombre de trajets avec suppléments SAMU associés à une prestation AMB avec majoration dimanche/jour férié /nuit	CPAM
	Montant total annuel des interventions aux horaires et aux périodes de garde mais en dehors du dispositif de garde (constaté/ objectif cible)				Intervention repérée par : -supplément SAMU -prestation ambulance (AMB) -avec majoration dimanche et jour férié ou nuit -pas de minoration du prix d'intervention Montant remboursable total de l'intervention (estimation nécessaire si plusieurs trajets sur une même facture)	
Nouvelles interventions	Nombre estimé de prise en charge des retours à domicile après passage dans les services d'urgence sans hospitalisation					ARS (en lien avec les données du SAMU et des transporteurs sanitaires)
	Nombre estimé de prise en charge des interventions à la demande du SAMU non suivies de transport					
	Nombre estimé de transports de patients régulés par le SAMU vers les MMG / les pharmacies de garde					
	Coût unitaire moyen des interventions pour sortie des urgences et sorties non suivies de transports et interventions dans le cadre de la PDSA					
	Montant total des interventions pour PDSA, sortie des urgences et sorties blanches estimées					
NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS		0	0			ARS (carences et nouvelles interventions) et CPAM (tout le reste)
MONTANT TOTAL ENGAGÉ		0	0			

Annexe Id - Tableau activite et couts par secteur de garde

Tableau de candidature retraçant les différents coûts des transports sanitaires urgents : comparatif entre les coûts avec le système de la garde en vigueur et les projections de coûts dans le cadre de l'expérimentation. -

Région Territoire d'expérimentation concerné et secteur concerné							
		2013	2014 si possible	projections en 1ère année d'expérimentation (extrapolation en année pleine)	Indications DGOS - CNAMTS	Responsable des données	
Entreprises	Nombre de véhicule mobilisé par période de garde (ex: en semaine la nuit= 1 véhicule/ En WE : la nuit = 2 véhicules).				ne pas donner le total annuel de véhicules mobilisés pendant l'année.	ARS	
	Nombre total annuel d'ambulances de catégorie A mobilisées pour la garde/ expérimentation						
	Nombre total annuel d'ambulances de catégorie C mobilisées pour la garde/ expérimentation						
Fonctionnement et cout aux horaires de garde	Nombre de périodes de garde* effectifs par secteur de garde <i>* période de garde = 12h de permanence : toutes les nuits de la semaine y compris nuits du WE et jour férié (de 20h à 8h) , la journée du samedi (de 8h du matin à 20h) la journée du dimanche (8h du matin à 20h) et les jours fériés (8h du matin à 20h), Ex: sur un an : un secteur de garde est couvert par 479 périodes de garde. (365 nuits (périodes de garde) + 52 WE *2 (périodes de garde en journée) + 10 jours fériés (périodes de garde en journée)) = 479 périodes de garde</i>				Préciser si les tranches horaires des périodes de garde sont différenciées selon les secteurs. Ex: 305 périodes de garde de 20h à minuit + 60 périodes de garde de 20h à 8h du matin.	ARS	
	Montant unitaire du forfait de garde	346	346		si forfaits différents selon les plages horaires/ les jours de la semaine/ WE: préciser les montants unitaires des forfaits		
	Montant total annuel des forfaits de garde par secteur				Contient seulement les forfaits de garde à 346€ (ING) =>montant annuel / entreprise de TS (N°AM) Montant remboursable (montant versé aux transporteurs)		Les CPAM donnent les coûts annuels de forfait de garde par entreprise. Les ARS ventilent les entreprises selon les secteurs de garde auxquelles elles sont rattachées. Les ARS additionnent les totaux annuels des forfaits de garde, en faisant apparaître les totaux par secteurs de garde
	Nombre total annuel d'interventions par secteurs de garde				→ nombre annuel de trajets/ entreprise TS (N°AM). Les ARS répartissent les entreprises par secteurs de garde et additionnent les totaux des trajets des entreprises par secteurs de garde.		Les CPAM donnent le nombre annuel de trajets par entreprises. Les ARS ventilent les entreprises par secteurs de garde et additionnent les totaux des trajets par secteurs de garde
	Montant total annuel des dépenses de transports sanitaires urgents en garde - par secteur de garde				ING (forfait de garde) + AMBG (prestation ambulance de garde)		Les CPAM donnent les montants totaux (forfait de garde + rémunération des interventions) par entreprises. Les ARS ventilent les montants totaux dépenses de TSU des entreprises par secteurs de garde. Les ARS additionnent ces montants totaux des entreprises pour avoir un montant total par secteur de garde

Annexe Id - Tableau activite et couts par secteur de garde

Tableau de candidature retraçant les différents coûts des transports sanitaires urgents : comparatif entre les coûts avec le système de la garde en vigueur et les projections de coûts dans le cadre de l'expérimentation. -

Région						
Territoire d'expérimentation concerné et secteur concerné						
		2013	2014 si possible	projections en 1ère année d'expérimentation (extrapolation en année pleine)	Indications DGOS - CNAMTS	Responsable des données
Indisponibilités ambulancières (carences entraînant le recours aux SDIS)	Si possible donner le nombre total de carences pendant les périodes de garde par secteur (constaté)					ARS (en lien avec les données du SAMU - remontées SAE)
	Si possible donner le montant total des carences constaté pendant les périodes de garde par secteur de garde.				Pour rappel, il y a 2 modalités de paiement: tarif national de carence de 2014 = 117 euros * carence. Autre modalité de paiement = un nombre donné de carence multiplié par un montant forfaitaire - le signaler et donner ce montant forfaitaire pour X carences (cf les 2 modalités de financement des carences énoncées dans l'arrêt du 30 novembre 2006 modifié)	
Moyens complémentaires de la garde	Si possible donner le nombre d'interventions des ambulanciers aux horaires et aux périodes de garde mais en dehors du dispositif de garde par secteur de garde (constaté)				Nombre de trajets avec suppléments SAMU associés à une prestation AMB avec majoration dimanche/jour férié /nuit	Les CPAM donnent les totaux de trajets par entreprises. Les ARS ventilent les trajets des entreprises en les rattachant aux secteurs de garde des entreprises. Les ARS donnent le nombre total de trajets par secteurs de garde.
	Si possible donner le montant total annuel des interventions aux horaires et aux périodes de garde mais en dehors du dispositif de garde par secteur de garde (constaté)				Interventions repérées par : -supplément SAMU -prestation ambulance (AMB) -avec majoration dimanche et jour férié ou nuit -pas de minoration du prix d'intervention Montant remboursable total de l'intervention (estimation nécessaire si plusieurs trajets sur une même facture)	Les CPAM donnent les montants totaux des transports sans abattement par entreprises (voir modalités de calcul colonne de gauche) et les ARS ventilent les montants totaux des interventions des entreprises par secteurs de garde de rattachement des entreprises
NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS		0	0			ARS et CPAM
MONTANT TOTAL ENGAGÉ		0	0			

Annexe le - Tableau de candidature présentant les modalités d'organisation des transports sanitaire urgent :

Comparatif entre l'organisation de la garde, éventuellement le dispositif de permanence en H24 et les modalités d'organisation expérimentales.

Région	
Territoire d'expérimentation concerné	

	Modalités d'organisation des transports sanitaires urgents	2014	expérimentation	Observations
Modalités d'organisation de la garde mise en place par l'ARS en lien avec le SAMU	Périmètre de la garde <i>ex: transports primaires/ transports inter-hospitaliers urgents régulés par le SAMU (transports couverts par l'enveloppe soins de ville), nouveaux types d'interventions autorisés par le décret, etc.</i>			
	Critères de détermination des secteurs de garde et pondération de ces critères			
	Critère de détermination des entreprises <i>ex : par tour de rôle</i>			
	Délai (s) d'intervention exigé(s) par le SAMU <i>Attention: délai d'intervention inférieur à 30 minutes</i>			
	Dispositif de remplacement des entreprises de transport sanitaire en cas d'impossibilité de réponse à la garde <i>(savoir si un dispositif ad hoc est prévu pour éviter les situations de carences organisées par les transporteurs sanitaires eux-mêmes)</i>			
	Existence de locaux de garde commun pour les entreprises de TS			
Mise en place d'un dispositif de permanence en H24	Si mise en place d'une organisation volontaire en journée de type H-24, quels jours et plages horaires/ saisons sont concernées?			
	Quelles sont les modalités d'organisation de la permanence en H 24?			
Modalités communes d'organisation des transports sanitaires urgents (garde et dispositif de permanence en H24)	Comment est organisée la traçabilité des interventions par le SAMU? <i>ex: traçabilité par le SAMU, traçabilité par un coordonnateur ambulancier, par l'ATSU, par un relevé d'interventions du SAMU communiqué à la CPAM en lieu et place des prescriptions médicales de transport? etc...</i>			
	Y a-t-il un dispositif de suivi d'activité (volume d'interventions et montants de dépenses) et d'évaluation du dispositif de garde / du dispositif expérimental et si oui comment cela fonctionne?			
	Mise en place d'un coordonnateur ambulancier : préciser installation (locaux du SAMU, autre...), horaires de fonctionnement, et modalités de financement			
	Utilisation de matériel de géolocalisation des véhicules (en nombre de véhicules équipés)			

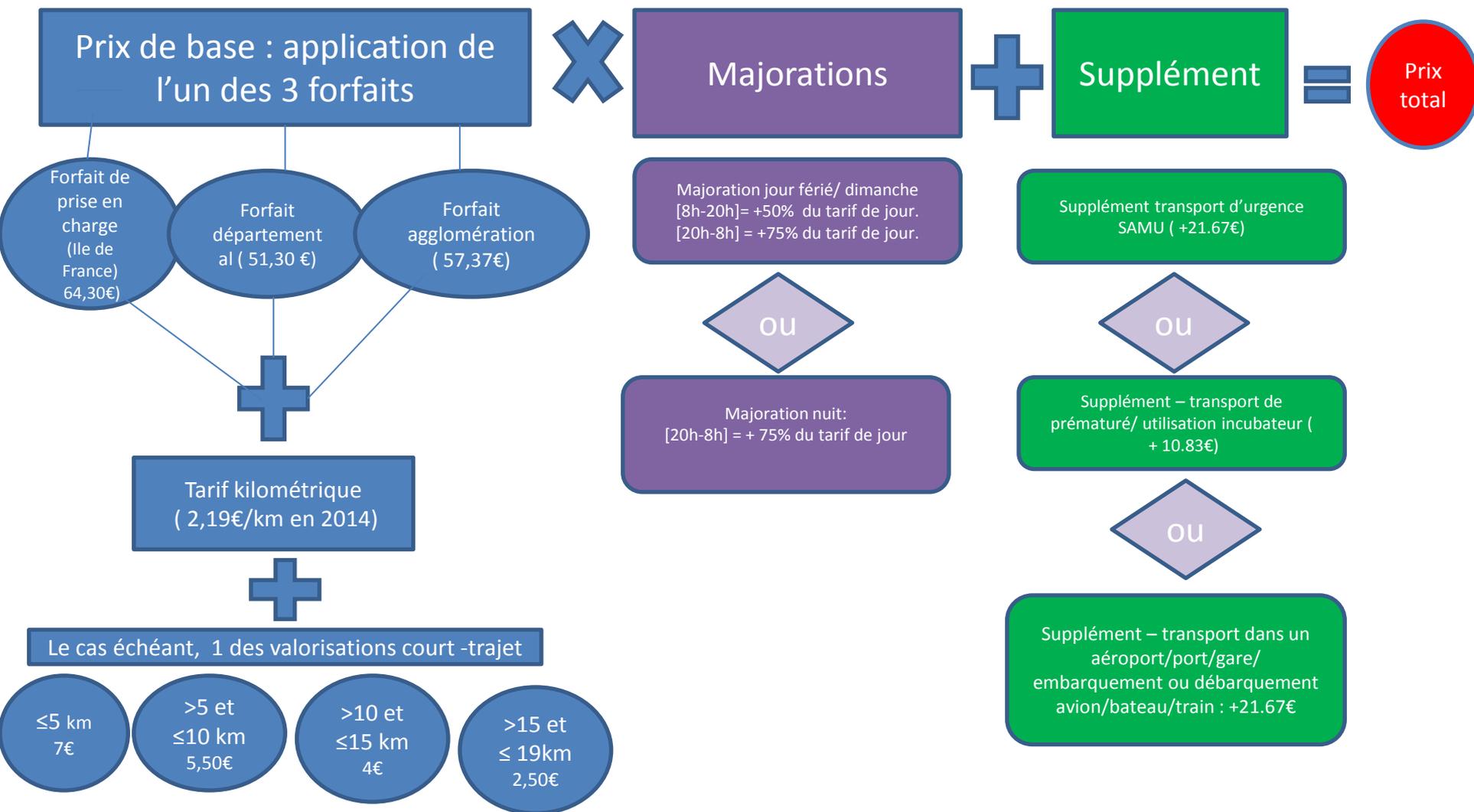
Annexe le - Tableau de candidature présentant les modalités d'organisation des transports sanitaire urgent :

Comparatif entre l'organisation de la garde, éventuellement le dispositif de permanence en H24 et les modalités d'organisation expérimentales.

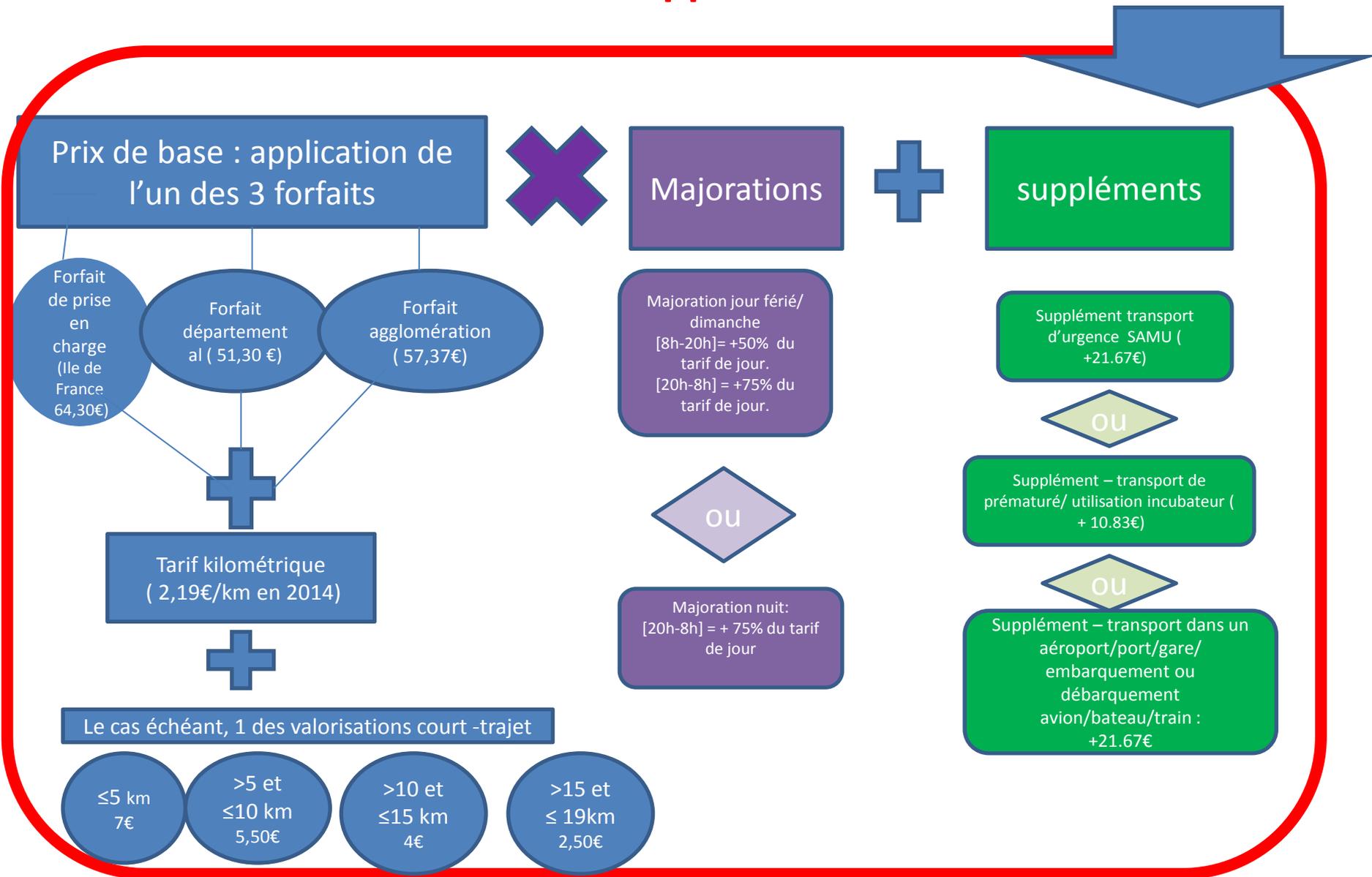
Région	
Territoire d'expérimentation concerné	

	Modalités d'organisation des transports sanitaires urgents	2014	expérimentation	Observations
	Utilisation d'un logiciel de régulation/ géolocalisation par l'ATSU ou le coordonnateur ambulancier			
	Mode de financement de la géolocalisation			
	Autres modalités d'organisation prévues par l'expérimentation?			
Nouvelles modalités d'organisation/ financement	Prise en charge des interventions à la demande du SAMU non suivies de transport et expliciter les conditions prévues par la convention			
	Prise en charge des retours à domicile après passage dans les services d'urgence sans hospitalisation et expliciter les conditions prévues par la convention			
	Transports de patients régulés par le SAMU vers les MMG / les pharmacies de garde et expliciter les conditions prévues par la convention			
Préparation de l'expérimentation	Acteurs engagés dans la concertation ?			
	Adhésion des entreprises de transports ?			
	Concertation engagée avec le SDIS?			

Comment calculer le coût de transport en ambulance?



Prix total intervention de GARDE Application de l'abattement de 60%



Quels forfaits sont applicables aux différentes sortes de transport?

Transports en milieu rural

Forfait départemental ou minimum de perception

Il est prévu pour les transports à petite distance et dans toutes les localités autres que ceux effectués à l'intérieur des villes ou agglomérations lorsque le forfait visé en C existe.

Transports en milieu urbain (sauf région parisienne)

Forfait agglomération

Il est prévu pour les transports exclusivement à l'intérieur des villes ou agglomérations urbaines limitativement désignées dans chaque département.

Transports en Ile de France

Forfait de prise en charge

La prise en charge est facturable par les entreprises situées dans certaines communes de la région parisienne. Les km parcourus en charge sont facturés dès le 1^{er} km en C et pour les transports effectués à l'intérieur de cette zone.

Le forfait départemental/ minimum de perception et le tarif kilométrique départemental

s'appliquent aux transports comportant sortie ou entrée dans une ville ou agglomération où existe le forfait fixé en C

Modèle organisationnel des transports sanitaires urgents réalisés en garde et en dehors du dispositif de la garde

Transport réalisé en dehors
du dispositif de la garde =

Prix de l'intervention facturé à
100%

Transport réalisé pendant la garde =

forfait de garde de 346 €
+ 40% du prix de l'intervention

(abattement de 60%)