

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ, DES SOLIDARITÉS ET DES FAMILLES

Arrêté du 29 septembre 2025 portant approbation du protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire

NOR : TSSS2526557A

La ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, le ministre auprès de la ministre du travail, de la santé, des solidarités, et des familles, chargé de la santé et de l'accès aux soins, et la ministre auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargée des comptes publics,

Vu le code la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-18, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé le protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire, annexé au présent arrêté et conclu le 24 septembre 2025, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Chambre nationale des services d'ambulances, la Fédération nationale de la mobilité sanitaire, la Fédération nationale des artisans ambulanciers, la Fédération nationale des ambulanciers privés et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 29 septembre 2025.

*La ministre du travail, de la santé,
des solidarités et des familles,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
P. PRIBILE*

*Le ministre auprès de la ministre du travail,
de la santé, des solidarités et des familles,
chargé de la santé et de l'accès aux soins,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
P. PRIBILE*

*La ministre auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la souveraineté industrielle
et numérique, chargée des comptes publics,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
P. PRIBILE*

ANNEXE

PROTOCOLE D'ACCORD SUR LA MAÎTRISE DES DÉPENSES
DE TRANSPORTS SUR LE CHAMP DU TRANSPORT SANITAIRE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), représentée par M. Thomas FATOME, son directeur général,

Et :

La Chambre nationale des services d'ambulances, représentée par M. Dominique Hunault, son président ;
La Fédération nationale de la mobilité sanitaire, représentée par M. Maurice Wolff, son co-président ;
La Fédération nationale des artisans ambulanciers, représentée par Mme Thérèse Da Silva Pedro, sa présidente ;
La Fédération nationale des ambulanciers privés, représentée par M. Bruno Basset, son président,

Et :

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, représentée par M. Marc Leclère, son président ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 160-8, L. 162-12-18, L. 162-14-1, L. 162-15, L. 322-5 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'article 41 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 ;

Vu 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 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les entreprises de transport sanitaire privé et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002 et publiée au *Journal officiel* du 23 mars 2003, ses annexes et avenants,

Les parties signataires du présent protocole conviennent :

Préambule

Le présent protocole s'inscrit dans le cadre de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale issu de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025 et particulièrement de son III.

L'article prévoit qu'un accord de maîtrise des dépenses peut être conclu, à l'échelon national, dans le champ notamment des transports sanitaires. Cet accord doit définir, pour une durée pluriannuelle :

- 1° Des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses ;
- 2° Des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins ;
- 3° Les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter ces objectifs ;
- 4° Les modalités de suivi, par les partenaires conventionnels, du respect de ces objectifs et de ces engagements ;
- 5° Les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect de ces objectifs, constaté annuellement ou en cours d'année.

La validité de cet accord est subordonnée au respect des conditions prévues à l'article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale.

Article 1^{er}*Constats partagés*

Les transporteurs sanitaires (plus de 5 000 entreprises avec un parc de véhicules de près de 15 000 ambulances et 14 000 véhicules sanitaires légers - VSL) jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux soins des patients, principalement ceux atteints de pathologies lourdes ou isolés dans des territoires ruraux.

En 2024, les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) au titre des transports sanitaires (en VSL ou en ambulance) s'élèvent à 3,3 milliards d'euros, pour 4,6 millions de patients, soit 51 % des dépenses totales de transport (36 % pour ceux en ambulance et 15 % pour ceux en VSL).

Ces dépenses sont en progression chaque année (+ 5,0 % entre 2021 et 2022, + 8,5 % entre 2022 et 2023 et + 4,2 % entre 2023 et 2024).

Ainsi, depuis de nombreuses années, les partenaires conventionnels, soucieux des enjeux économiques du secteur, se sont engagés à soutenir des mesures fortes d'efficacité afin de contenir la hausse des dépenses de transports. Ces mesures passent en particulier par le développement du transport partagé, la poursuite des travaux en lien avec le ministère chargé de la santé sur les commandes de transports de patients en particulier par les plateformes et la lutte contre la fraude (avec notamment l'obligation de l'utilisation de la géolocalisation, de la certification des flux et de la facturation via le système électronique de facturation intégrée « SEFi »).

Le présent protocole s'inscrit dans cette logique de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la qualité de prise en charge pour les patients. Ainsi, les parties signataires conviennent de la nécessité de poursuivre les actions déjà engagées et mettre en place de nouvelles mesures afin de contribuer à l'atteinte du montant d'économies de 300 millions d'euros sur la période 2025-2027 fixé par la loi dans le champ du transport de patients.

Article 2

Objectifs quantitatifs

L'objectif global d'économies concernant les transports de patients prévu par l'article 41 de la LFSS 2025 susvisé est de 300 millions d'euros. Les objectifs fixés aux différents offreurs de transports de patients tiennent compte de la répartition des dépenses selon les acteurs. Ainsi, sur le champ du transport sanitaire (VSL ou ambulance), le présent protocole prévoit un montant d'économies de 150 millions d'euros.

Les parties signataires conviennent de mesurer l'atteinte des économies du protocole par le suivi de chacune des mesures dont la somme des économies comptabilisées devra donc atteindre 150 millions d'euros sur la période 2025-2027 sur le champ AMO (remboursé) et hors TUPH.

Les économies réalisées seront calculées chaque année en juin de l'année N + 1 avec les données de l'année N (France entière, part AMO, tous régimes, en date de soins et liquidées jusqu'à fin mai de l'année N + 1). Ces données seront présentées lors des comités nationaux de suivi mentionnés à l'article 5 du présent protocole.

A noter qu'une partie des économies (70 M€), d'abord liée à la baisse des tarifs des véhicules temporairement non équipés du système de géolocalisation certifié par l'assurance maladie et facturant avec le télé-service « SEFi » tels que définis dans l'avenant 11 à la convention nationale, a vocation à être remplacée par un rendement croissant en matière de lutte contre la fraude, à mesure que le parc se sera équipé de l'ensemble des outils de fiabilisation de la facturation exigés. Les partenaires conventionnels s'engagent à ce que le montant des économies réalisées d'ici 2027 atteignent 150 M€ et soient pérennes dans le temps. L'atteinte du montant de 150 M€ sera dûment évaluée pour la période 2025-2027.

Article 3

Suivi de l'offre territoriale

Le présent protocole ne doit pas conduire à une réduction de l'accès territorial aux transports sanitaires. Ainsi, les parties seront vigilantes sur le fait de maintenir une offre suffisante et s'engagent à suivre son évolution.

Les parties conviennent de suivre certains indicateurs dans le cadre du Comité national de suivi, qui sont notamment :

- le nombre d'entreprises de transports sanitaires en France ;
- le nombre de véhicules ambulances et VSL par région et par département ;
- la densité pour 100 000 habitants d'ambulances et de VSL.

La structure des trajets sera également observée afin de veiller à répondre aux besoins de la population. Il sera également tenu compte et partagé les remontées d'éventuelles alertes locales sur la réalisation des transports en particulier des personnes les plus fragiles (exemple : enfants en situation de handicap).

Article 4

Engagements des parties signataires

Les parties signataires ont convenu d'engager des mesures sur quatre axes d'efficience :

- axe 1 : Optimiser le recours à l'ambulance programmée et renforcer l'efficience du secteur ;
- axe 2 : Renforcer le transport partagé ;
- axe 3 : Renforcer la fiabilisation de la facture ;
- axe 4 : Poursuivre la réflexion autour du transport urgent pré-hospitalier (TUPH).

Ainsi, dans le cadre du présent protocole, les parties signataires s'engagent à :

- s'organiser afin de mettre en œuvre l'ensemble des mesures retenues conjointement en vue d'atteindre les objectifs quantifiés ;
- faire remonter les difficultés et blocages potentiels qui surviendraient sur le terrain, afin d'y remédier ;
- faire des points d'étape réguliers afin de suivre l'évolution des différentes mesures et rectifier la trajectoire des dépenses dans les délais impartis si besoin.

Pour chaque axe d'efficience, des mesures avec un déploiement de plus ou moins court terme sur la période 2025-2027 sont identifiées. A ce titre, l'assurance maladie s'engage à programmer des groupes de travail avec les parties signataires sur les actions non mobilisables à court terme et, le cas échéant, à faire le lien avec les autres parties concernées, notamment le ministère chargé de la santé.

Article 4.1

Axe 1 : Optimiser le recours à l'ambulance programmée et renforcer l'efficience du secteur

En vertu des dispositions de l'arrêté susvisé fixant le référentiel des transports, un transport par ambulance doit être prescrit lorsque l'assuré ou l'ayant droit présente au moins une déficience ou des incapacités nécessitant :

- un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise ;

- un transport avec surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ;
- un transport avec brancardage ou portage ;
- ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie.

Dans les autres cas, un transport assis professionnalisé ou un transport en commun ou véhicule personnel doit être prescrit. L'ambulance est donc un mode de transport qui requiert des compétences particulières qu'il est important de n'utiliser que dans les cas très restreints énumérés.

Outre la nécessité de pouvoir conserver des équipages d'ambulance pour les patients qui en ont réellement besoin notamment de manière urgente, le tarif moyen (AMO hors AMC) d'un trajet en VSL s'élève à 36 € en 2024, alors que celui en ambulance est de 94 € (hors TUPH).

Les parties signataires s'entendent donc pour proposer des mesures permettant de renforcer l'efficacité de la prescription du mode de transport en fonction de l'état de santé du patient et d'utiliser l'ambulance dans des situations où le patient en a vraiment besoin (selon les règles définies dans le référentiel de prescription susvisé).

Les mesures proposées visent donc à diminuer la part des ambulances programmées. En 2024, le nombre de transport (hors TUPH) en ambulance était de 18,5 millions de trajets. Les mesures visent à permettre un report d'une partie de ces trajets, pour les patients qui ne nécessitaient pas de trajet en ambulance, vers une offre de TAP, moins onéreuse et tout aussi adaptée.

Par une substitution d'au moins 2 % de ces trajets en ambulance sur des VSL, les partenaires visent à réaliser des économies de l'ordre de 22 M€ en 2026 et 21 M€ en 2027.

Méthode : la méthode de calcul repose sur le nombre de trajets en ambulance (hors TUPH). Il est fait l'hypothèse d'une baisse annuelle de 2 % à compter de 2026, en incluant une hypothèse d'augmentation du nombre de trajets de l'ordre de 2 % (l'effet volume à appliquer correspondra à la moyenne de l'effet volume entre 2023-2024 et 2024-2025). Le point de départ en 2024 est de 18,5 millions de trajets en ambulance, il sera actualisé avec les données 2025. Le tarif moyen pour l'assurance maladie obligatoire en ambulance est de 94 € tandis que le tarif moyen en VSL est de 36 € pour 2024. Ces données seront réactualisées pour chaque année. Ainsi, pour 2026 et 2027, il est calculé le nombre de trajets qui sont facturés au tarif VSL plutôt qu'ambulance générant ainsi une économie attendue telle que mentionnée ci-dessus.

Article 4.1.1

Leviers d'action de court terme

L'accompagnement des prescripteurs est la priorité pour optimiser le mode de transport en fonction de l'état de santé des patients. Il sera réalisé dès 2025 et début 2026 auprès des principaux prescripteurs libéraux et hospitaliers. La majorité des actions que les parties signataires s'engagent à déployer visent donc à simplifier et accompagner la prescription des modes de transport pour en améliorer la bonne adéquation.

I. – Accompagner les prescripteurs afin d'optimiser le recours à l'ambulance programmée

L'objectif de cette mesure consiste à agir sur la prescription médicale de transport afin de mieux utiliser le recours à l'ambulance programmée.

La mise en œuvre passe notamment par la communication de bonnes pratiques de prescription auprès des prescripteurs de ville et en établissement de santé par l'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage donc à recommander aux prescripteurs d'adapter leurs prescriptions de transport au plus près de l'état de santé de leurs patients et de les revoir autant de fois que nécessaire.

Les parties signataires ont réfléchi à deux pistes d'amélioration qu'il conviendra de mettre en place dans les prochains mois et début 2026 :

- le cas d'un aller/retour vers une structure de soins :

Lorsqu'un prescripteur prescrit un aller et un retour pour un patient donné, il peut être conseillé de prescrire un mode de transport différent entre l'aller et le retour. Cette pratique nécessite de faire deux prescriptions médicales différentes, mais elle a l'avantage de pouvoir réévaluer le mode de transport prescrit en fonction de l'état de santé du patient. Cet usage vaut également pour les transports itératifs.

- le cas des transports itératifs :

La deuxième recommandation en termes de bonnes pratiques de prescriptions repose sur le fait de ne pas indiquer sur la prescription médicale de transport un nombre de transports itératifs trop élevé (conformément aux référentiels existants), afin de pouvoir réévaluer l'état de santé du patient et le mode de transport à des étapes clés des séances de soins. Dans le cas des transports en soins médicaux et de réadaptation (SMR) par exemple, il est possible d'anticiper une amélioration de l'état de santé du patient qui pourrait passer d'un transport en ambulance à un TAP.

Ainsi, dans le cadre de cette mesure, l'assurance maladie s'engage à renforcer la pertinence de la prescription avec la médecine libérale et les établissements (pour rappel, les établissements sont à l'origine des deux-tiers des prescriptions). A ce titre, une démarche individuelle d'accompagnement des prescripteurs libéraux par les DAM (délégués de l'assurance maladie) a débuté depuis juillet 2025. Quant aux établissements, il est prévu de les sensibiliser à ce sujet par des actions ciblées menées par les équipes du réseau Assurance maladie, notamment dans le cadre de la visite annuelle des établissements de santé (VAES) 2025.

II. – Permettre de manière exceptionnelle l'utilisation de l'ambulance au tarif VSL, pour une prescription médicale en transport assis professionnalisé (TAP) si un TAP n'est pas disponible

Les parties signataires s'accordent sur le fait que lorsque le patient requiert un transport assis professionnalisé (TAP), le choix d'un autre véhicule ne doit pas peser sur les dépenses.

Dès lors, si une prescription médicale de transport indique un TAP mais qu'aucun transporteur ne dispose d'un TAP disponible, le transport peut être effectué exceptionnellement en ambulance mais facturé sur la base de la tarification VSL.

Les parties signataires s'engagent à rester vigilantes sur les éventuelles dérives liées à cette pratique qui doit rester exceptionnelle. Elle ne doit en aucun cas déséquilibrer l'offre de transport sur le territoire et mobiliser des ambulances qui sont indispensables en fonction de l'état de santé du patient.

Cette mesure est à appliquer dès l'entrée en vigueur de ce protocole et devra être suivie au niveau local. Un bilan sera partagé au moins une fois par an au sein du Comité de suivi défini à l'article 5 du présent protocole.

En contrepartie, les transporteurs sanitaires s'engagent à mettre tout en œuvre pour optimiser leur flotte de véhicules afin d'avoir le mode de transport optimal et disponible au bon moment.

L'assurance maladie s'engage à apporter un cadrage clair de cette pratique pour éviter toute dérive et communiquera largement pour la faire connaître auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

Article 4.1.2

Leviers d'action à plus long terme

I. – Poursuivre le développement de la prescription médicale de transport dématérialisée

Afin de faciliter la saisie et fiabiliser les informations de la prescription de transport, sur le motif de la prise en charge notamment, l'assurance maladie a développé un service de prescription électronique de transport en ligne accessible selon deux modalités :

- SPE, pour les médecins libéraux via Amelipro ;
- l'expérimentation SPEi sur quelques établissements, pour les médecins des établissements de santé dotés d'une plateforme de régulation de transport, intégrée dans les logiciels de gestion centralisée des transports, uniquement pour les prescriptions de transport à la charge de l'assurance maladie.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette mesure, l'assurance maladie s'engage à poursuivre le développement de ces services, afin que l'ensemble des prescripteurs les utilisent et sécuriser ainsi le prérequis de prescription *a priori*.

Des travaux vont être menés par l'assurance maladie afin de lever les freins à l'utilisation de SPEi dans les établissements.

II. – Suivre la mise en place de l'expérimentation article 51 « Optimisation de l'efficacité de l'organisation des transports sanitaires - Transfert du conventionnement d'une entreprise à double activité au titre d'une ADS taxi vers une AMS VSL » si elle est généralisée

Cette expérimentation, menée dans le cadre de « l'article 51 » permet aux entreprises de transports sanitaires de transformer leurs taxis conventionnés en véhicules sanitaires légers, dans une logique d'efficacité de l'organisation des transports sanitaires, tout en développant une prise en charge adaptée aux besoins des patients. Par ce biais, l'objectif est également d'augmenter la part de transports partagés.

Cette expérimentation a été prolongée jusqu'au 30 novembre 2025. En cas d'avis favorable à une généralisation, les parties signataires s'entendent pour participer aux travaux visant à déployer le dispositif.

Sous réserve d'un avis favorable sur cette expérimentation, la mesure pourrait générer 6 millions d'euros annuels d'ici 2027 en considérant une économie par trajet de l'ordre de 10 %.

III. – Réfléchir à une modification du formulaire CERFA de prescription médicale de transport pour optimiser son utilisation

Les parties signataires s'engagent à mettre en place un groupe de travail au premier trimestre 2026 pour proposer une modification du formulaire CERFA de prescription médicale de transport, à droit constant, afin de le rendre plus opérationnel pour les prescripteurs et de prendre en compte l'état de santé du patient en premier lieu plutôt que le mode de transport.

Article 4.2

Axe 2 : Renforcer le transport partagé

Les parties signataires souhaitent favoriser la pratique du transport partagé et se sont déjà fixées comme objectif d'augmenter significativement la part des transports partagés dans le cadre conventionnel.

L'objectif est d'aller encore plus loin dans le cadre du présent protocole, via la mise en œuvre de mesures détaillées ci-après, toutes concourant à une hausse du taux de transport partagé.

Par ailleurs, l'assurance maladie s'engage également dans l'accompagnement des prescripteurs dans l'objectif de déployer le transport partagé, notamment avec des campagnes d'accompagnement terrain.

Les mesures proposées visent donc à augmenter la part du transport partagé qui permet de conjuguer les enjeux d'amélioration de l'offre disponible et de l'efficacité des transports.

L'objectif fixé par les partenaires conventionnels est d'atteindre strictement plus de 30 % de transports partagés d'ici fin 2027. Les économies attendues pour cette mesure seront mesurées en différentiel par rapport au seuil de 30 % (13 M€ d'ici 2027).

Méthode : les économies générées sont comptabilisées lorsque le transport partagé dépasse strictement 30 % (soit $\geq 31\%$). Les données indiquent qu'un point de transport partagé correspond à 2,5 M€ d'économies.

Article 4.2.1

Leviers d'action de court terme

I. – Organisation des jonctions pour développer le transport partagé sur certains territoires

Certains territoires, notamment ruraux, ont des difficultés pour développer le transport partagé du fait de leur configuration géographique (exemples : longue distance pour aller au CHU le plus proche, différentes vallées d'une montagne, etc.).

Afin d'y remédier, les parties signataires proposent de mettre en place une organisation spécifique pour permettre les jonctions sur les territoires qui s'y prêtent.

Le principe d'une jonction est le suivant : plusieurs transporteurs venus d'endroits éloignés avec chacun un ou plusieurs patients se retrouvent à un point de ralliement afin qu'un des véhicules termine le trajet jusqu'à l'établissement de soins en transport partagé pour l'ensemble des patients. Cela permet de libérer des véhicules afin de pouvoir transporter d'autres patients.

La jonction a l'avantage de ne pas engendrer de détours car les transporteurs passent quoi qu'il arrive par le lieu de jonction et permet de limiter le nombre de kilomètres réalisés pour les véhicules et de rendre disponible les véhicules pour d'autres transports.

A ce titre, les parties signataires, s'engagent à établir les règles applicables en cas de jonction et définir la tarification correspondante.

Les travaux devront aboutir à une rédaction conventionnelle au plus tard en mars 2026.

II. – Proroger et revoir le dispositif financier incitatif et de pénalisation concernant le transport partagé

Un dispositif financier incitatif concernant le transport partagé a été introduit au sein de l'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires et renouvelé dans le cadre de l'avenant 11.

Conformément aux dispositions conventionnelles le prévoyant, les modalités du dispositif financier demeurent applicables en l'état.

Ainsi, conformément à l'avenant 11 à la convention nationale, le dispositif d'incitation et de pénalisation demeure applicable pour l'année 2025, selon les règles établies dans l'avenant 10 à la convention. La rémunération et les pénalités seront notifiées au deuxième semestre 2026 au titre des transports réalisés en 2025.

En outre, il a été convenu de revoir la méthodologie de calcul afin de prendre en compte les spécificités territoriales sur la base des transports réalisés au titre de 2026. Des groupes de travail auront lieu dès l'entrée en vigueur du protocole avec les parties signataires afin de définir ensemble les nouvelles modalités de reversement et de pénalisation.

Les travaux devront aboutir à une rédaction conventionnelle au plus tard en mars 2026.

Article 4.2.2

Leviers d'action à plus long terme

I. – Mise en place et déploiement des plateformes de transport de patients

Afin d'améliorer l'organisation des transports et ainsi la prise en charge des patients transportés entre leur domicile et leur structure de soins, les plateformes de transports de patients au sein des établissements de santé représentent un levier indispensable. De fait, lorsque ce type de plateformes existent, elles permettent de fluidifier les parcours de soins, tout en garantissant le tour de rôle des différents acteurs du transport. Elles permettent également d'organiser le transport partagé de façon optimisée.

Sous pilotage institutionnel, la mise en place des plateformes doit s'inscrire dans le cadre d'une gouvernance commune entre les fédérations des transporteurs sanitaires et taxis conventionnés, les fédérations des établissements de santé, les ARS et les caisses. Un comité de suivi national associant l'ensemble des parties prenantes sera mis en place pour accompagner le déploiement des plateformes.

Un objectif partagé porte sur la mise en place de plateformes opérationnelles au sein des 32 CHU d'ici fin 2026. En parallèle, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

travaille avec des établissements de santé volontaires, afin d'améliorer la gestion de leur fonction transport, dont le déploiement de plateformes.

En outre, dans son rapport Charges et produits pour 2026, l'assurance maladie propose d'instruire la possibilité de déployer d'ici 2027 une plateforme nationale dédiée, qu'elle gèrerait elle-même selon des règles travaillées en concertation avec les différents acteurs : associations de patients, syndicats de professionnels de santé prescripteurs, fédérations hospitalières, représentants de transports sanitaires et de taxis. L'ensemble des transporteurs aurait la possibilité de s'y inscrire, et l'ensemble des patients d'y recourir.

Cette plateforme nationale serait plus spécifiquement adressée aux patients dont les prescriptions émanent aujourd'hui de professionnels de ville lassés de cette charge administrative. Elle pourrait également servir d'outil de substitution lorsque les GHT/établissements de santé ne sont pas encore dotés de plateformes territoriales respectant le référentiel national des critères socles.

II. – Participer aux travaux sur la mise en place du transport partagé en « ambulance A2 », et proposer un modèle de tarification

Dans le cadre du déploiement du transport partagé, il a été acté de travailler sur un mécanisme organisationnel et tarifaire concernant la prise en charge partagée de patients en ambulance dite A2 dès lors que l'ambulance A2 sera un mode de transport autorisé.

De fait, ce dispositif a déjà fait ses preuves à l'étranger, notamment en Espagne. Le principe consiste à prendre en charge via une ambulance A2 plusieurs patients en même temps dont certains ont besoin d'une ambulance et d'autres d'un transport assis.

Sur ce sujet, un premier groupe de travail avec le ministère chargé de la santé sera organisé au cours du dernier trimestre 2025.

La mesure proposée sur l'ambulance A2 vise donc à développer une offre de transport partagé dans les ambulances.

Avec un développement du transport partagé dans les ambulances A2, les partenaires visent à réaliser des économies de l'ordre de 18 M€ en 2027.

Méthode : l'ambulance A2 consiste à faire un seul trajet en ambulance pour deux patients (pour un patient assis et un patient allongé) plutôt qu'un trajet ambulance associé à un trajet en VSL. En faisant l'hypothèse de 5 % de transport partagé en A2 sur les 18,5 millions de trajets en ambulance et avec une hypothèse d'abattement théorique moyen de 15 % (sur le prix d'un trajet VSL + trajet ambulance), la mesure pourrait représenter 18 M€ d'économies en 2027.

Article 4.3

Axe 3 : Renforcer la fiabilisation de la facture

Les télé-services de l'assurance maladie permettent de simplifier le processus de facturation et fiabiliser les remboursements. L'assurance maladie avance dans ce domaine avec tous les professionnels de santé pour fiabiliser les échanges en s'appuyant sur l'innovation du numérique en santé. Les transporteurs sanitaires y sont également impliqués.

Par l'avenant 10 à la convention nationale, le télé-service « SEFi » est obligatoire, les entreprises devant intégrer la modernisation de leur organisation comme les autres professionnels de santé. Les entreprises bénéficient d'une aide financière pour les aider à s'équiper ; cette aide permet de rémunérer l'utilisation de « SEFi » et le couplage de leur logiciel avec un dispositif de géolocalisation.

Par ailleurs, l'avenant 11 a renforcé la volonté des partenaires à obliger les entreprises à s'équiper en proposant une tarification majorée pour les entreprises certifiant leurs flux.

Malgré tout, ces mesures restent insuffisantes et, au 1^{er} semestre 2025, seulement 46 % des entreprises sont en mesure de certifier leurs flux. Les parties signataires s'engagent à renforcer les niveaux de certification des flux transmis et à travailler avec les acteurs concernés, y compris les éditeurs de logiciels, afin de lever les difficultés.

Par ailleurs, dès le dernier trimestre 2025, des travaux seront engagés avec les parties signataires et les principaux éditeurs de logiciels concernés afin de travailler à la levée des freins à l'émission de flux certifiés et à l'amélioration du niveau de certification de l'ensemble des flux transmis. Ces travaux seront lancés dans le mois qui suit la signature du présent protocole. Les parties signataires s'engagent à ce que les entreprises émettent au moins 90 % de flux certifiés d'ici 2027.

Enfin, une amélioration de la qualité de la certification est requise. Les entreprises doivent viser une certification de niveau 3 à 5 d'ici 2027. A compter du 1^{er} juillet 2027, les tarifs majorés seront réservés aux seuls flux certifiés, avec un niveau de certification élevé (3 à 5) conformément à l'article 4.3.2 du présent protocole.

Les mesures proposées visent à augmenter la part des entreprises certifiées et notamment la part des entreprises avec une majorité de flux présentant un haut niveau de certification (3 à 5).

L'ensemble des mesures visant à augmenter la fiabilisation des factures doivent permettre d'assurer une économie pérenne de 70 M€ à compter de 2027.

Méthode : les économies liées à la baisse de prix sur les entreprises non certifiées ne sont pas pérennes ; elles devront progressivement être remplacées par des économies de lutte contre la fraude liée à la fiabilisation croissante des flux.

Article 4.3.1

*Levier d'action de court terme***I. – Augmentation de l'écart de tarification entre flux certifiés et non certifiés**

La fiabilisation de la facturation est un des enjeux fort de la lutte contre la fraude sur laquelle les partenaires conventionnels se sont engagés depuis plusieurs années. Il est désormais impératif que les flux transmis par les entreprises soient tous certifiés, avec un haut niveau de certification.

Dès lors, il est proposé d'actionner de nouveaux leviers tarifaires afin d'accélérer le développement de la certification et de la géolocalisation et ce, en **diminuant de 13 % les tarifs socles pour les entreprises non certifiées**.

Les parties signataires conviennent d'appliquer à **compter du 1^{er} octobre 2025** une baisse des tarifs socles en VSL et ambulance pour les entreprises non encore incluses dans cette démarche de certification. Les tarifs majorés tels que prévu par l'avenant 11 ne sont pas modifiés.

Tarification VSL

A compter du 1^{er} octobre 2025, les tarifs applicables pour les entreprises non certifiées sont les suivants :

Tarification socle VSL	Tarifs applicables à compter du 01/10/2025
Forfait départemental zone A	12,47 €
Forfait départemental zone B	12,11 €
Forfait départemental zone C	11,34 €
Forfait départemental zone D	10,73 €
Prise en charge	13,55 €
Tarif kilométrique	0,93 €
Valorisation trajet court ≤ 7 km parcourus	8,54 €
Valorisation trajet court > 7 et ≤ 8 km parcourus	7,68 €
Valorisation trajet court > 8 et ≤ 9 km parcourus	7,03 €
Valorisation trajet court > 9 et ≤ 10 km parcourus	6,35 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 11 km parcourus	5,22 €
Valorisation trajet court > 11 et ≤ 12 km parcourus	4,62 €
Valorisation trajet court > 12 et ≤ 13 km parcourus	4,01 €
Valorisation trajet court > 13 et ≤ 14 km parcourus	3,41 €
Valorisation trajet court > 14 et ≤ 15 km parcourus	2,80 €
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 16 km parcourus	2,07 €
Valorisation trajet court > 16 et ≤ 17 km parcourus	1,50 €
Valorisation trajet court > 17 et ≤ 18 km parcourus	0,91 €

Tarification ambulance

A compter du 1^{er} octobre 2025, les tarifs applicables pour ces entreprises sont les suivants :

Tarification socle ambulance	Tarifs applicables à compter du 01/10/2025
Forfait départemental	45,60 €
Forfait agglomération	50,92 €
Prise en charge	56,99 €
Tarif kilométrique	2,44 €
Valorisation trajet court ≤ 5 km parcourus	7,57 €

Tarification socle ambulance	Tarifs applicables à compter du 01/10/2025
Valorisation trajet court > 5 et <= 10 km parcourus	5,95 €
Valorisation trajet court > 10 et <= 15 km parcourus	4,32 €
Valorisation trajet court > 15 et <= 19 km parcourus	2,71 €

II. – Modifier les règles de calcul de la distance facturée

Pour un flux certifié de 3 à 5, le kilométrage remontant du boîtier GPS est le kilométrage de facturation.

Pour tous les autres cas, le système actuel de facturation reste en application.

Les modalités pratiques de contrôles seront précisées dans le cadre du groupe de travail annoncé au 4.3 du présent document.

En cas de comportements déviants ou d'augmentation non justifiée des kilomètres facturés, la facturation du kilométrage issu du boîtier de géolocalisation sera suspendue.

En parallèle, l'assurance maladie s'engage à avancer sur les travaux concernant la géolocalisation et l'analyse des traces GPS reçues. Les avancées et résultats issus de ces travaux seront présentées aux parties signataires courant 2026.

Article 4.3.2

Leviers d'action à plus long terme

I. – Renforcer les exigences liées à la certification des flux pour les entreprises certifiées

Les parties signataires constatent que le modèle actuel ne permet pas encore une sécurisation complète des flux de facturation, une part significative de ces flux n'étant pas remontée ni fiabilisée.

En conséquence, il est acté que la priorité sera donnée à la mise en œuvre des travaux techniques nécessaires afin de sécuriser l'intégralité du parcours de facturation.

L'ambition est que l'ensemble des entreprises puissent à terme émettre des flux certifiés issus de leurs boîtiers kilométriques.

A compter du 1^{er} juillet 2027, seuls les flux certifiés de niveau 3 à 5 pourront être facturés aux tarifs majorés. **Cette étape sera confirmée par les parties signataires à l'issue de la levée des freins identifiés dans le cadre du groupe de travail.**

Pour les trajets éligibles à la certification, la tarification majorée sera donc applicable uniquement pour les transports réalisés par les entreprises :

- dont l'ensemble des véhicules sont équipés d'un système de géolocalisation certifié par l'assurance maladie (GPS fixe dans le véhicule en plus d'un système de géolocalisation activé dans le télé-service « SEFi » utilisé par l'entreprise) ;
- facturant via le télé-service « SEFi » pour l'ensemble des transports éligibles ;
- avec un niveau de certification pour chaque flux compris entre 3 et 5 ; et
- transmettant les traces GPS pour l'ensemble de leurs trajets.

D'ici le 1^{er} juillet 2027, toute entreprise déjà certifiée continue de bénéficier de la tarification majorée pour l'ensemble de ses flux.

II. – Etendre le télé-service « SEFi »

L'assurance maladie s'engage à avancer sur les travaux liés au télé-service « SEFi », notamment concernant l'ouverture de ce télé-service à la facturation des TUPH qui sera opérationnel au 1^{er} janvier 2027 au plus tard.

Article 4.4

Axe 4 : Poursuivre la réflexion autour de l'organisation du transport urgent pré-hospitalier (TUPH)

Les ambulanciers sont des acteurs largement investis dans l'organisation du système de garde. En lien avec les travaux sur la resectorisation et leur évaluation, il convient plus largement de lancer la réflexion sur la place de l'ambulancier pour éviter le recours aux urgences.

Les travaux avec le ministère chargé de la santé seront initiés en cours du 1^{er} semestre 2026.

Article 5

Modalités de suivi du respect des objectifs et engagements

Afin de suivre l'évolution des économies attendues liées aux mesures retenues, le présent protocole acte la mise en place d'un Comité de suivi qui se réunira dès le mois de juin 2026 puis *a minima* une fois par semestre de chaque année jusqu'au mois de juin 2028.

Le Comité de suivi est composé des représentants des parties signataires du présent protocole. Il est composé d'au moins un représentant de chacune des parties signataires, qui peuvent se faire assister de tout conseiller technique de leur choix.

Le Comité assure le suivi du programme et le calendrier des mesures du présent protocole. Il analyse les difficultés éventuelles, les impacts sur l'offre de transport locale et les éventuelles modifications structurelles des trajets et propose des solutions ou des mesures rectificatives le cas échéant.

Il établit un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des mesures du protocole, partagé à l'ensemble des fédérations nationales de transport sanitaire.

Article 6

Mesures nouvelles à apporter le cas échéant

Dès le premier Comité de suivi du mois de juin 2026, un état des lieux des avancées des travaux est réalisé ainsi qu'un état des lieux des éventuelles nouvelles mesures d'efficience à porter.

En cas de manquement ou de déviance de la trajectoire en matière de dépenses, des mesures correctrices devront être apportées.

Les économies cumulées attendues des axes 1 et 2 s'élèvent à 80 M€ d'ici fin 2027.

Si les objectifs associés aux mesures des axes 1 et 2 ne sont pas atteints, une baisse de tarifs sera appliquée. Cette baisse des tarifs d'un pourcentage P sera appliquée. Le pourcentage P sera fixé de sorte que le produit de P et du montant remboursé pour les tarifs concernés sur l'année 2026 soit égal au montant d'économies non réalisées. Si l'écart à cet objectif total est inférieur à 7,5 %, le mécanisme précédent ne s'appliquera pas.

En revanche, si ces objectifs sont dépassés, les parties signataires mettront en place de nouvelles mesures au bénéfice des transporteurs sanitaires. Selon les économies constatées et le contexte économique dans lequel se tiendront ces discussions, les parties signataires discuteront du réinvestissement d'une part équitable de ces excédents au bénéfice des transporteurs, selon des modalités définies en commun et validées dans le cadre du Comité national de suivi.

Conformément à l'article 17 de l'avenant 11, afin de préserver la pérennité des entreprises et l'attractivité du métier d'ambulancier, les partenaires conventionnels s'accordent à suivre l'évolution du contexte économique du secteur et à en tenir compte en cas de perturbations significatives.

Par ailleurs, en cas d'évolutions significatives du contexte économique et notamment des lois de finances, ces modalités pourront être rediscutées.

Fait à Paris, le 24 septembre 2025.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

Pour la Chambre nationale
des services d'ambulances :

Le président,

D. HUNAULT

Pour la Fédération nationale
de la mobilité sanitaire :

Le président,

M. WOLFF

Pour la Fédération nationale
des artisans ambulanciers :

La présidente,

T. DA SILVA PEDRO

Pour la Fédération nationale
des ambulanciers privés :

Le président,

B. BASSET

Pour l'Union nationale des organismes
complémentaires d'assurance maladie :

Le président,

M. LECLÈRE