

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Arrêté du 11 avril 2008 portant approbation de l'avenant n° 5 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés

NOR : SJSS0810454A

La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 322-5-2, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 5 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, annexé au présent arrêté et conclu le 14 mars 2008 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 des transporteurs sanitaires, la Fédération nationale des ambulanciers privés et la Fédération nationale des artisans ambulanciers.

Art. 2. – Le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 avril 2008.

*La ministre de la santé,
de la jeunesse, des sports
et de la vie associative,*
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la fonction publique,*
ERIC WOERTH

AVENANT N° 5

À LA CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS ET L'UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), représentée par Frédéric Van Roekeghem (directeur général),

Et :

La Chambre nationale des services d'ambulances, représentée par M. Bocard (président),
La Fédération nationale des transporteurs sanitaires, représentée par M. Schifano (président),
La Fédération nationale des ambulanciers privés, représentée par M. Pelletier (président),
La Fédération nationale des artisans ambulanciers, représentée par M. Maksymiuk (président),

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 322-5-2 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie, signée le 26 décembre 2002 publiée au *Journal officiel* du 23 mars 2003, ses annexes et avenants ;

Vu le relevé de conclusions établi entre les partenaires le 20 décembre 2007.

Préambule

Au terme d'une large concertation, les parties signataires de la convention nationale des transporteurs sanitaires ont échangé sur la situation de ce secteur d'activité, et notamment sur les conséquences de la réglementation européenne dans la mise en œuvre des accords sociaux relatifs au temps de travail.

L'accord-cadre du 4 mai 2000 sur l'aménagement et la réduction du temps de travail des personnels des entreprises de transport sanitaire instaurait un régime d'équivalence des temps de présence et des temps de travail effectif.

Certaines dispositions de cet accord n'ont pas été jugées conformes à la réglementation européenne et ont donc été récemment revues, ce qui aura des répercussions importantes sur les charges des entreprises de transport sanitaire, susceptibles de mettre en cause les conditions de leur équilibre financier.

Dans ce contexte, les parties signataires au présent avenant s'accordent pour mettre en œuvre des mesures structurelles en faveur de la modernisation de la profession qui puissent contribuer à l'équilibre économique des entreprises, dans un cadre compatible avec un programme de maîtrise des dépenses de transports sanitaires.

Article 1^{er}

Transparence et traçabilité du transport sanitaire

1. Identification et suivi du parc des véhicules sanitaires et des personnels de transport

Les parties signataires souhaitent en préalable améliorer la connaissance et le suivi du parc des véhicules sanitaires et des personnels affectés au transport.

Elles conviennent que l'ensemble des informations nécessaires et conformes au cahier des charges de l'expérimentation selon les principes mis en annexe pour assurer ce suivi sera communiqué aux caisses primaires d'assurance maladie.

Dans ce but, les entreprises devront obligatoirement communiquer avant le 30 juin 2008 les informations suivantes :

- immatriculation et types de la totalité des véhicules en fonctionnement ;
- identification des personnels affectés au transport.

Tout professionnel ne remplissant pas cet engagement conventionnel fera l'objet d'un examen de sa situation par l'instance paritaire compétente et d'une éventuelle sanction, en fonction des circonstances et conformément aux dispositions des articles 17 et 18 de la convention nationale.

Les caisses primaires d'assurance maladie feront un rapport à la Commission nationale de concertation, sur l'atteinte de cet objectif et les éventuelles difficultés rencontrées, avant le 15 septembre 2008.

Les partenaires conventionnels s'accordent également sur la nécessité d'une mise à jour régulière du fichier des transporteurs sanitaires.

Pour ce faire et dès la parution dudit avenant, les entreprises de transport sanitaire devront obligatoirement communiquer aux caisses primaires d'assurance maladie, dans le mois et sous peine des mêmes sanctions, le même type d'informations quand elles auront fait l'objet d'une modification.

Un groupe de travail conventionnel pourra acter toutes les modifications de la typologie des informations nécessaires à la facturation, en fonction de l'évolution des besoins.

L'assurance maladie s'engage, pour sa part, à faire connaître et à rendre accessible avant le 30 juin 2008 aux entreprises de transport sanitaire via internet l'accès aux droits des assurés, dans le respect de la réglementation relative à l'informatique et aux libertés. D'ici à 2010, la mise à jour des données du fichier des transporteurs à travers un accès internet sécurisé sur « mon compte PS » sur ameli.fr sera possible.

2. Sécurisation de la facturation

2.1. Informatique embarquée

Les partenaires conventionnels affirment la nécessité de promouvoir des moyens modernisés et sécurisés de télétransmission des données nécessaires à la facturation.

A cet effet, ils souhaitent privilégier le développement de systèmes informatiques embarqués dans les véhicules, susceptibles de garantir par géolocalisation les distances effectivement parcourues et les horaires des transports.

Les partenaires s'accordent pour conduire et finaliser dans les plus brefs délais les travaux nécessaires à la certification, à l'automatisation et à la simplification du processus de facturation.

Les professionnels de transport sanitaire s'engagent, quant à eux, à équiper leurs véhicules d'un dispositif de prise en charge des patients reposant sur un matériel de positionnement et de trajet du véhicule par satellite (de type « GPS ») et de transmission des données d'instruction et d'exécution de la prise en charge (de type « GPRS »). Cet équipement devra respecter la norme définie dans le cahier des charges de l'expérimentation selon les principes mis en annexe.

Dès l'année 2008, les expérimentations en équipement d'un boîtier embarqué en fixe sur les véhicules sanitaires seront lancées.

En fonction des résultats de ces expérimentations, le cahier des charges annexé au présent avenant sera amendé par le groupe de travail conventionnel évoqué ci-dessus.

Par ailleurs, à l'issue de la validation de cette phase expérimentale :

- au moins 30 % des véhicules devront être équipés à l'issue d'une année après l'expérimentation ;
- au moins 60 % des véhicules devront être équipés à l'issue de deux années après l'expérimentation.

La montée en charge du taux d'équipement des véhicules sanitaires devra être analysée au niveau local au moins deux fois par an, par chaque commission départementale de concertation. Un état des lieux sera transmis à l'Observatoire du transport sanitaire qui établira un rapport annuel à destination de la Commission nationale de concertation.

2.2. Participation au financement de l'informatique embarquée

Dans le cadre de la réglementation relative à la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les parties signataires conviennent de définir les modalités de télétransmission par voie électronique des documents dématérialisés nécessaires au remboursement des prestations avant la fin 2008.

La profession s'engage dans cette attente à généraliser une procédure de télétransmission de flux par la norme B2.

Les parties conviennent d'une aide annuelle de 100 € par véhicule dans le cadre d'un contrat de bonne pratique.

2.3. Allègement des charges administratives consécutives à la certification de la facturation

Consciente des difficultés administratives que peut rencontrer la profession dans son exercice quotidien, l'UNCAM s'engage à faire des propositions concrètes en matière de simplification des démarches administratives, en collaboration avec les syndicats représentatifs.

Pour atteindre cet objectif, un groupe de travail conventionnel se réunira régulièrement. Il sera composé de représentants des syndicats de transporteurs et de l'UNCAM. Les premiers travaux de ce groupe porteront sur la simplification de la facturation.

Le groupe pourra également être amené à proposer aux autorités de tutelle une modification de la réglementation en vigueur, en tant que de besoin.

3. Développement des travaux de l'Observatoire du transport

A l'issue d'une année après l'expérimentation, un premier bilan de la montée en charge du taux d'équipement des véhicules sera analysé par l'observatoire.

Les parties signataires conviennent également que l'observatoire devra s'attacher à l'analyse de l'offre de transports pertinente au regard de l'évolution de l'organisation des soins et de la demande, compte tenu du vieillissement de la population française, de la réduction des durées d'hospitalisation et de la spécialisation croissante des plateaux techniques.

Par ailleurs, pour affiner leur expertise sur le taux d'évolution des transports sanitaires relevant des soins de ville, les parties signataires s'accordent pour que l'observatoire accroisse sa connaissance des dépenses, tant dans le domaine ambulatoire que dans le secteur hospitalier, et étudie également l'impact des transferts de charge en transports entre les enveloppes de ville et hospitalières. L'observatoire s'attachera également à mieux appréhender l'évolution globale du chiffre d'affaires et de la rentabilité des entreprises de transport sanitaire.

Article 2

Optimisation de l'organisation des transports sanitaires

1. Développement du transport partagé

Les transports simultanés représentent environ 9 % du total des transports en VSL.

Les parties signataires souhaitent favoriser ce mode de transport et, pour ce faire, demanderont des modifications de la réglementation en vigueur aux autorités de tutelle. Le développement de cette pratique permettra en effet de mieux répondre aux besoins de la population qui doit se rendre de façon régulière dans des établissements de soins, tout en optimisant le coût du transport.

Les parties signataires se fixent comme objectif de doubler la part des transports partagés.

Elles s'entendent sur la mise en place d'un contrat de bonne pratique. Ce contrat visera à accorder une aide forfaitaire aux entreprises qui auront rempli l'engagement d'équipement en matériel embarqué prévu à l'article 1-2 et qui se seront engagés dans des objectifs de développement du transport partagé fixés dans le contrat de bonne pratique.

2. Maîtrise médicalisée des transports

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité d'une action résolue impliquant l'ensemble des professionnels de santé concernés, médecins prescripteurs et transporteurs dont l'activité est prescrite, dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage du transport dans le respect du référentiel médical de prescription, des règles de prise en charge, des compétences et des responsabilités de chacun des acteurs de la chaîne du transport sanitaire.

A cette fin, les partenaires soutiennent le développement de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de transport par l'utilisation du mode de transport le plus adapté à l'état de santé et d'autonomie du malade.

Ils mesureront et analyseront notamment les disparités départementales en matière de modes et de dépenses de transports, pour des pathologies équivalentes.

Les parties signataires proposent en conséquence aux représentants des prescripteurs d'organiser un groupe de travail, reposant sur les principes suivants :

- un engagement sur des objectifs quantifiés ;
- un suivi partagé et régulier des résultats obtenus.

2.1. Engagements sur des thèmes de maîtrise médicalisée

Conformément à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les partenaires conventionnels s'engagent à participer à la réduction des écarts de consommation de transport, non expliqués par l'état sanitaire des populations observées.

A cet effet, les parties signataires souhaitent proposer pour 2008 et 2009 les thèmes de maîtrise médicalisée suivants :

- favoriser le mode de transport sanitaire le moins onéreux compatible avec l'état de santé du malade avec pour objectif d'augmenter de 1 point la part du marché du VSL, chaque année, dans la dépense globale du transport ;
- afin de promouvoir une meilleure efficacité dans la prise en charge des patients, les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place un dispositif d'information individualisé permettant à chaque transporteur de connaître le profil de son activité, notamment la structure selon le type de transports ;
- une action d'accompagnement pédagogique auprès des professionnels par les délégués assurance maladie contribuera à favoriser une meilleure utilisation du mode de transport, ambulance ou VSL ;
- une action parallèle d'accompagnement auprès des assurés sera effectuée par l'assurance maladie et portera sur le mode de transport sanitaire le plus adapté à leur état de santé.

2.2. Mise en œuvre et suivi des engagements

Les commissions nationale et départementales de concertation sont les principaux acteurs de la mise en œuvre et du suivi des engagements des partenaires conventionnels :

Au niveau national :

La Commission nationale de concertation :

- arrête des thèmes d'intervention permettant de respecter les objectifs de la convention et fixe les engagements en rapport ;
- propose les mesures d'accompagnement adaptées à chacun des objectifs ;
- assure le suivi statistique de la réalisation des objectifs fixés ;
- dresse chaque année le bilan des engagements conventionnels passés ;
- réalise l'état des lieux des consommations régionales et départementales de soins dans les domaines retenus et propose les mesures nécessaires.

Au niveau départemental :

La commission départementale de concertation :

- met en œuvre les objectifs définis nationalement et décide de toute mesure permettant de concourir à l'atteinte de ces objectifs ;
- analyse régulièrement les résultats obtenus localement ;
- recueille les éléments d'information auprès des professionnels dont la pratique individuelle s'écarte des objectifs définis et propose les actions nécessaires.

3. Mise en place de pôles dédiés au transport

L'assurance maladie entend par ailleurs mettre en place des pôles gestionnaires dédiés au transport. Ceux-ci permettront d'assurer un suivi personnalisé des différents intervenants, en vue d'améliorer l'efficacité des actions menées ainsi que l'organisation du transport, notamment en matière d'entrées et de sorties d'hospitalisation.

La mise en place de ces pôles permettra à terme aux transporteurs sanitaires d'avoir un interlocuteur unique dans leurs relations avec l'assurance maladie. Elle contribuera à optimiser le fonctionnement des temps d'attente dans les établissements de soins.

4. Efficience de la garde ambulancière

Les parties signataires entendent favoriser l'accroissement de l'efficience de la garde en analysant la pertinence de la sectorisation.

Soucieuses de favoriser la cohérence de l'intervention des différents acteurs de la chaîne de soins qui participent au dispositif de garde, les parties signataires s'engagent à travailler avec l'ensemble des intervenants, notamment au niveau local, aux fins d'une meilleure organisation, afin notamment de réduire le nombre de carences.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité première d'une clarification de la définition des missions couvertes par le dispositif de garde ambulancière pour la réserver à l'urgence préhospitalière. Elles s'attachent à assurer la traçabilité des missions pendant les périodes de garde, afin d'en mesurer l'efficience.

Les parties signataires s'engagent à mener des travaux sur ce suivi dès la signature du présent avenant. La future convention prévoira les modalités précises de cette optimisation.

Article 3

Réforme de la structure de tarification

1. Restructuration de la tarification

Les parties signataires entendent conduire une démarche en faveur d'une tarification mieux adaptée aux réalités économiques actuelles, permettant de prendre en compte les difficultés éventuelles des entreprises de transport sanitaire, en adaptant le transport aux besoins des patients.

A cet effet, les parties signataires s'entendent pour favoriser le VSL à chaque fois que la situation médicale du patient le permet.

2. Adaptation de la structure tarifaire

Conformément aux dispositions du relevé de conclusions du 20 décembre 2007, les partenaires conventionnels conviennent d'affecter en priorité la revalorisation des tarifs de transport sur la période 2008-2010 à la réduction progressive des abattements kilométriques des forfaits de prise en charge sur le VSL et l'ambulance : 3 km pour le VSL et 2 km pour l'ambulance, et d'augmenter progressivement les montants des forfaits départementaux et d'agglomération pour le VSL et pour l'ambulance, afin d'atteindre à terme une répartition du coût de la réforme de tarification à hauteur de 52,3 % sur le VSL et 47,7 % pour l'ambulance.

Ils conviennent également, pour le forfait de prise en charge de la zone définie en complément II de l'annexe tarifaire de l'ambulance et pour la facturation des transports effectués à l'intérieur de cette zone, d'accorder un avantage équivalent à la réduction de l'abattement kilométrique mentionné ci-dessus sur le tarif de ces forfaits.

Pour l'année 2008, les partenaires conventionnels conviennent d'une restructuration tarifaire au 15 septembre 2008, ainsi définie :

Diminution de 2 km de l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge des VSL, l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge est donc fixé à 3 km.

Diminution de 1 km de l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge des ambulances, l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge est donc fixé à 4 km.

Détermination des forfaits pour l'ambulance :

- la valeur des forfaits départementaux est fixée à 51,30 € ;
- la valeur du forfait agglomération est fixée à 57,37 €.

Détermination des forfaits pour le VSL :

La valeur des forfaits départementaux est fixée à :

- 12,84 € pour la zone A ;
- 12,47 € pour la zone B ;
- 11,69 € pour la zone C ;
- 11,10 € pour la zone D.

Pour les entreprises situées dans la zone définie en complément II de l'annexe tarifaire de l'ambulance et pour la facturation des transports effectués à l'intérieur de cette zone, le forfait de prise en charge est fixé à :

- 61,69 € pour l'ambulance ;
- 14,50 € pour le VSL.

Pour l'année 2009, les partenaires conventionnels conviennent de poursuivre la restructuration tarifaire au 1^{er} juin 2009, sur les bases suivantes :

Diminution de 1 km de l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge des ambulances, l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge est donc fixé à 3 km.

Détermination des forfaits pour le VSL :

La valeur des forfaits départementaux est fixée à :

13,28 € pour la zone A ;

12,90 € pour la zone B ;

12,08 € pour la zone C ;

11,48 € pour la zone D.

La valeur de la prise en charge est fixée à 14,94 €.

Pour les entreprises situées dans la zone définie en complément II de l'annexe tarifaire de l'ambulance et pour la facturation des transports effectués à l'intérieur de cette zone, le forfait de prise en charge pour l'ambulance est fixé à 63,81 €.

Pour l'année 2010, les parties signataires prévoient de mettre en œuvre avant le 30 juin les mesures suivantes :

Diminution de 1 km de l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge des VSL, l'abattement kilométrique des forfaits de prise en charge serait donc fixé à 2 km.

Pour les entreprises situées dans la zone définie en complément II de l'annexe tarifaire de l'ambulance et pour la facturation des transports effectués à l'intérieur de cette zone, le forfait de prise en charge du VSL serait fixé à 15,77 €.

Fait à Paris, le 14 mars 2008.

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

Le directeur général,

FRÉDÉRIC VAN ROEKEGHEM

Le président

*de la Chambre nationale
des services d'ambulances,*

BERNARD BOCCARD

Le président

*de la Fédération nationale
des transporteurs sanitaires,*

THIERRY SCHIFANO

Le président

*de la Fédération nationale
des ambulanciers privés,*

BERNARD PELLETIER

Le président

*de la Fédération nationale
des artisans ambulanciers,*

JEAN-CLAUDE MAKSYMUK

ANNEXE I

EXPÉRIMENTATION DE LA RÉNOVATION DE LA FACTURATION PAR GÉOLOCALISATION

SOMMAIRE

1. Environnement.
 - 1.1. Objet.
 - 1.2. Références réglementaires et conventionnelles.
2. Rappels : fonctionnement actuel de la facturation et transmission des pièces.
 - 2.1. Les documents utilisés.
 - 2.2. Description de la facturation actuelle.
3. Les paliers de la mise en œuvre de l'informatique embarquée.
 - 3.1. Dans les sites pilotes.
 - 3.2. Consolidation des cahiers des charges.
 - 3.3. Généralisation.

4. La phase pilote.
 - 4.1.1. Les fonctions à mettre en œuvre.
 - 4.1.2. La transmission des données. Certification.
 - 4.1.3. La gestion de la base des entreprises.
 - 4.1.4. L'organisation du projet.

1. *Environnement*

1.1. **Objet**

L'objet du projet est de permettre une rénovation du mode de facturation des prestations remboursables de transports sanitaires (ambulances et VSL) par l'assurance maladie.

Ce cahier des charges décrit plus spécifiquement le processus de création de la facture, sa transmission et la gestion de la base des entreprises de transport.

Un autre document, à destination interne à l'assurance maladie, décrira les besoins d'adaptation des systèmes d'information permettant la prise en charge des factures émises selon les spécifications du présent cahier des charges.

1.2. **Références réglementaires et conventionnelles**

Convention nationale des transporteurs sanitaires privés (art. L. 332-5-2 du code de la sécurité sociale). Agréments.

Convention de télétransmission.

Décret n° 87-965 du 30 novembre 1987.

2. *Rappels : fonctionnement actuel de la facturation et transmission des pièces*

Les données permettant la facturation proviennent de plusieurs sources :

- le prescripteur du transport fournit la prescription qui est le fait générateur de la prise en charge : malade à transporter, lieu de prise en charge et destination, condition de transport, notion d'exonération, fréquence... Ce document est actuellement sur un support papier fournit sous la responsabilité du malade ;
- l'entente préalable éventuelle ;
- le malade transporté : données d'identification, adresse, exonération éventuelle, signature ;
- le personnel (conducteur) ;
- l'entreprise de transport : données administratives de l'entreprise pour facturation, caractéristiques du transport (dont distance, véhicule utilisé, personnel à bord...).

2.1. **Les documents utilisés**

La prescription.

La facture.

L'annexe à la facture.

2.2. **Description de la facturation actuelle**

3. *Les paliers de la mise en œuvre de l'informatique embarquée*

3.1. **Dans les sites pilotes**

A partir des spécifications du présent cahier des charges, des entreprises de transport vont mettre en œuvre des solutions de détermination des parcours, d'identification des personnels et des véhicules et télétransmettre ces données pour traitement réel par les organismes.

La certification des données devra être initialisée dans cette phase.

Il ne sera pas imposé l'utilisation de cartes à puce du type CDE, CPE pour les entreprises et Vitale pour les assurés. Cette tolérance limite les possibilités de certification de certaines données, elle permet toutefois de ne pas être contraint par le développement non programmé d'une solution technique.

L'assurance maladie pourra vérifier que les logiciels et procédés employés répondent aux spécifications du cahier des charges et imposera aux organismes un mode de traitement et de contrôle adaptés.

3.2. **Consolidation des cahiers des charges**

Des constatations effectuées sur les sites pilotes seront tirées des enseignements repris dans le cahier des charges définitif et applicables à l'ensemble des entreprises et des organismes.

Il sera possible à l'occasion de cette phase de lever les incertitudes sur l'utilisation des cartes.

3.3. Généralisation

Le cahier des charges stabilisé servira de base à la généralisation du nouveau mode de facturation.

4. La phase pilote

4.1.1. Les fonctions à mettre en œuvre

4.1.1.1. Identification du véhicule

Le couple véhicule-GPS doit être identifié de manière sûre et pérenne : il est préconisé que le matériel support du GPS soit fixé au véhicule et que toute intervention soit tracée. Le numéro d'identification du véhicule sera transmis. Les deux derniers caractères identifiant le département sont remplacés par indicateur de certification du flux (valeur « FC »).

4.1.1.2. Lieu et heure de prise en charge

Le dispositif/l'organisation de la solution mise en œuvre devra permettre de déterminer avec précision (la centaine de mètres) le lieu de prise en charge du malade (de chaque malade en cas de transport groupé) et l'heure.

Le procédé d'acquisition de ces données repose sur un GPS embarqué.

Pour ce palier il est admis que l'entreprise peut choisir entre plusieurs modes d'enregistrement :

4.1.1.2.1. Lieu de prise en charge préenregistré par l'entreprise et détecté par le système (conditions : véhicule arrêté à proximité du lieu préenregistré) ;

4.1.1.2.2. Le conducteur utilise un dispositif couplé au GPS lui permettant d'indiquer le début de la prise en charge ;

4.1.1.2.3. Utilisation de la carte Vitale du patient pour identifier le lieu de prise en charge. Dans ce cas, prévoir une solution dégradée en cas d'absence de carte.

4.1.1.3. Lieu et heure d'arrivée

On retrouve les mêmes caractéristiques générales que ci-dessus. Toutefois, le lieu d'arrivée n'est pas toujours connu à l'avance et ne peut donc être préenregistré dans tous les cas de figure.

Dans ce cas, c'est le logiciel de cartographie associé qui permettra à l'entreprise de vérifier que l'arrêt du véhicule détecté par le GPS correspond bien à l'adresse de dépôt prévue.

4.1.1.4. Kilométrage réel

La facture comportera le kilométrage « réel » parcouru entre le lieu de prise en charge et le lieu de dépôt du malade.

La détermination de ce kilométrage se fera soit par utilisation d'un logiciel de cartographie reconnu par l'assurance maladie, soit à partir de la trace GPS. Actuellement, la trace correspond à la reconstitution du trajet à partir des points GPS relevés toutes les minutes.

Cette donnée est à distinguer de la « distance parcourue » au sens actuel qui ne comprend pas le forfait.

4.1.1.5. Identification du personnel

Le personnel de conduite et d'accompagnement devra être identifié sur la facture.

L'utilisation d'une carte de type CPE nominative est possible sans être obligatoire.

Du fait de l'horodatage il sera toujours possible de vérifier, si ce n'est la réalité de la présence de la personne à bord, au moins qu'elle n'est pas portée sur des factures de transports concomitants.

4.1.1.6. Identification du malade

Dans cette phase l'identification du malade pourra être manuelle.

Il est possible d'utiliser la carte Vitale pour relever les données administratives nécessaires (identité, NIR, exo).

4.1.2. La transmission des données. Certification

Les données seront transmises grâce à la norme B2. Elle sera enrichie des données nécessaires (coordonnées GPS essentiellement). L'expérimentation permettra éventuellement de tester un autre type de norme définie par l'assurance maladie.

Dans cette phase, le fait de transmettre des coordonnées GPS indiquera à l'organisme destinataire que l'entreprise répond au présent cahier des charges.

La certification repose sur le principe qu'une modification des données à l'une quelconque des étapes du traitement est détectée. Elle ne garantit pas que les données enregistrées soient exemptes d'erreurs.

Les points faibles de la certification sont :

- l'enregistrement manuel des données de base, par exemple la substitution d'identité dès l'origine ;
- les traitements intermédiaires autres que la lecture des données.

Pour ces motifs, toute modification des données doit être tracée et entraîne des contrôles avant paiement plus élaborés que pour une facture certifiée.

Dans un premier temps les données suivantes devront faire l'objet d'un signalement si un opérateur était amené à les modifier :

- les coordonnées des lieux de départ et d'arrivée ;
- le numéro d'identification du véhicule/GPS ;
- les kilomètres réels.

Pour garantir l'impossibilité de modifier les données fournies par le dispositif de géolocalisation (coordonnées GPS de départ et d'arrivée et kilométrage), le logiciel utilisé devra, avant d'être déployé sur l'ensemble de la France, être certifié par un organisme externe. Les frais de certification sont à la charge de l'éditeur du logiciel.

4.1.3. *La gestion de la base des entreprises*

L'assurance maladie doit enrichir la base des entreprises permettant la mise en œuvre des contrôles sur les nouvelles données. Il sera étudié un processus permettant de limiter la fourniture en double des informations (numéro entreprise, numéro de véhicule, identité des personnels...).

La base des entreprises devra notamment comprendre :

Les numéros SIRET, SIREN et assurance maladie de l'entreprise, sa CPAM, son département, sa région, le nom du gérant, l'adresse du siège social, sa date d'installation, la date de fin d'exercice, le motif de fin d'exercice, le numéro d'agrément

Les véhicules : le numéro d'immatriculation de chaque véhicule avec type de véhicule et date de mise en service (et de fin de service ou de cession), le numéro de GPS, le type...

Le personnel : NIR des conducteurs, nom, prénom, diplôme, type de permis, date de permis, date de fin de permis, date d'entrée et de sortie de l'entreprise.

Dans un premier temps, il pourra être mis en place un dispositif provisoire dans l'attente d'un service plus élaboré.

4.1.4. *L'organisation du projet*

Un comité de liaison technique composé de représentants de la profession et de l'assurance maladie. Son rôle sera de s'assurer que le cahier des charges est adapté à l'environnement technique, politique et réglementaire.

Ce comité sera chargé de proposer des solutions aux différentes contraintes qui apparaîtront.

Le comité rendra compte à la commission de concertation nationale

L'objectif est que ce cahier des charges consolidé soit conforme aux attentes des parties pour une généralisation rapide.

CONTRAT DE BONNE PRATIQUE RELATIF AU TRANSPORT PARTAGÉ

Préambule

Les parties signataires de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés ont souhaité développer le transport partagé, afin de mieux répondre aux besoins de la population amenée à se rendre de façon régulière dans des établissements de soins ou chez les professionnels de santé, tout en optimisant le coût du transport.

Elles ont souhaité en particulier inciter les entreprises qui ont équipé leurs véhicules sanitaires d'un système informatisé de géolocalisation et de télétransmission embarqué, tel que défini par un cahier des charges établi en commun, à réaliser du transport simultané.

Dans ce cadre, elles ont défini le contrat de bonne pratique suivant :

Article 1^{er}

Champ d'application du contrat de bonne pratique

Le présent contrat régit les obligations respectives des caisses et des transporteurs sanitaires conventionnés qui ont souhaité individuellement et volontairement y adhérer, conformément à l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Objectifs d'optimisation des pratiques

Le développement du transport simultané permettra, tout en optimisant le coût de ces transports, de mieux répondre aux besoins de la population remplissant les conditions de prise en charge du transport de l'assurance maladie et devant se rendre de façon régulière dans des établissements ou chez les professionnels de santé.

Les parties signataires s'engagent à développer ce type de transport pour les entreprises équipées de matériel informatique embarqué dans chaque véhicule, afin de favoriser la mutualisation des parcours effectués pour transporter des malades simultanément lorsque leur état de santé le permet.

Article 3

Engagements des parties

Engagements de l'entreprise de transport sanitaire :

L'entreprise de transport sanitaire signataire du présent contrat atteste remplir les conditions d'équipement en matériel informatique embarqué en état de fonctionnement, telles que définies dans l'annexe 1 de l'avenant n° 5 de la convention portant sur l'expérimentation de la rénovation de la facturation par géolocalisation, pour chacun de ses véhicules sanitaires.

Engagements de l'assurance maladie :

L'assurance maladie accorde en contrepartie à l'entreprise, à titre de complément de rémunération, une participation forfaitaire correspondant, pour chaque transport partagé tel que prévu par l'article 6, paragraphe f, de l'annexe 2 de la convention nationale :

- dans le cas de deux patients présents dans le même véhicule au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun, une prise en charge par patient de 8 % du montant remboursable qui aurait été tarifé pour un transport individuel ;
- dans le cas de trois patients présents dans le même véhicule au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun, une prise en charge par patient de 2 % du montant remboursable qui aurait été tarifé pour un transport individuel.

Cette participation forfaitaire sera versée pour chaque acte de transport simultané réalisé par une entreprise qui a adhéré au contrat de bonnes pratiques et qui respecte les engagements de ce contrat.

Elle est complétée par un forfait annuel de 100 € destiné à participer au financement de la télétransmission des flux de norme B2 pour chaque véhicule équipé par un dispositif de prise en charge des patients reposant sur un matériel de positionnement et de trajet du véhicule par satellite (de type « GPS ») et de transmission de données d'instruction et d'exécution de la prise en charge (de type « GPRS »).

Cet équipement devra respecter la norme définie dans l'annexe 1 de l'avenant n° 5 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant sur l'expérimentation de la rénovation de la facturation par géolocalisation.

Article 4

Adhésion au contrat

Les adhésions sont individuelles. L'entreprise qui souhaite adhérer au présent contrat en fait la demande, par écrit, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation, accompagnée des preuves de son engagement en équipement de matériel embarqué par véhicule identifié, selon les principes définis dans l'annexe 1 de l'avenant n° 5 de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie portant sur l'expérimentation de la rénovation de la facturation par géolocalisation.

La caisse adresse alors à l'entreprise deux exemplaires du formulaire d'acte d'adhésion ci-dessous.

En cas de modification des conditions d'équipement d'un ou plusieurs véhicules, l'entreprise informe la caisse, par écrit, des circonstances compromettant temporairement ou définitivement la télétransmission. Dans les deux mois qui suivent la réception de son courrier, la caisse informe le transporteur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, des conséquences des changements signalés.

Article 5

Actions mises en place pour le développement du transport partagé

Afin de développer le transport partagé, des actions d'information seront organisées par les instances conventionnelles départementales auprès des assurés et des prescripteurs.

Article 6

Suivi du contrat de bonne pratique

Les parties signataires conviennent de faire un bilan annuel de l'application de l'accord.

Les commissions de concertation départementales sont chargées d'établir chaque année un bilan des actions locales et de leurs résultats. Elles le transmettent à l'observatoire des transports qui en fera un rapport à la commission de concertation nationale.

Article 7

Entrée en vigueur et durée du contrat

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, le présent contrat sera soumis pour avis à la Haute Autorité de santé.

Le présent contrat est conclu pour la durée de la convention à compter de la date de son entrée en vigueur. A l'expiration de ce délai, les adhésions individuelles au contrat seront caduques.

Article 8

Rupture de l'adhésion

Le transporteur, comme la caisse de son lieu d'exercice professionnel, peuvent mettre fin à l'adhésion, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'autre partie. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis d'un mois.

Si la caisse du lieu d'exercice professionnel de l'entreprise constate une non-utilisation prolongée de la télétransmission, elle suspend sans délai le complément de rémunération ainsi que les forfaits annuels de participation au financement de la télétransmission des flux de norme B2 prévus au présent contrat. Elle fait part de ses observations par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au transporteur concerné qui a un délai de réponse de deux mois à compter de la réception du courrier. En l'absence de réponse de l'intéressé ou en cas de réponses non satisfaisantes, la caisse peut, de plein droit, signifier la fin définitive de son adhésion à l'entreprise, mettant fin aux contreparties prévues à l'article 3.

Le contrat peut également être résilié par décision d'une des parties en cas de :

- violation grave et répétée des engagements de l'accord du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les transporteurs sanitaires.

Article 9

Application du contrat

Ce contrat s'applique pour tous les régimes, sur l'ensemble du territoire national, à compter du renvoi par la caisse du lieu d'exercice professionnel de l'entreprise de l'exemplaire du formulaire d'adhésion validé.

Fait à Paris, le 14 mars 2008.

Pour l'UNCAM :

Le directeur général,
F. VAN ROEKEGHEM

Au titre des transporteurs sanitaires privés :

Pour la CNSA :

Le président,
B. BOCCARD

Pour la FNTS :

Le président,
T. SCHIFANO

Pour la FNAP :

Le président,
B. PELLETIER

Pour la FNAA :

Le président,
J.-C. MAKSYMIUK

ACTE D'ADHÉSION

(A remplir par le représentant légal de l'entreprise de transport sanitaire qui l'adresse en deux exemplaires à la CPAM du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire.)

Identification de l'entreprise

Je soussigné(e), nom :
Prénom :
Numéro d'identification (qui figure également sur les imprimés de facturation) :
Adresse de mon lieu d'exercice principal :
déclare adhérer au contrat de bonne pratique instauré par l'avenant n° 5 à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les caisses nationales d'assurance maladie et en respecter les dispositions.

Cachet de l'entreprise

Date :
Signature du représentant légal de l'entreprise :

Accusé de réception de la caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du
Adhésion non enregistrée et motif :
.....

Cachet de la CPAM

Date :
Signature du directeur de la CPAM