



Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale

NOR: SANS0320919X

J.O n° 70 du 23 mars 2003 page 5226

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Est réputée approuvée, en application de l'article L. 322-5-4 du code de la sécurité sociale, la convention, publiée ci-dessous, conclue le 26 décembre 2002 entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole et la Caisse nationale de l'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants et, d'autre part, la Chambre syndicale nationale des services d'ambulance, la Fédération nationale des transporteurs sanitaires, la Fédération nationale des ambulanciers privés et la Fédération nationale des artisans ambulanciers.

CONVENTION NATIONALE DESTINÉE À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES ENTREPRISES DE TRANSPORTS SANITAIRES PRIVÉES ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre :

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par M. Spaeth, dûment mandaté ;

La Caisse centrale de mutualité sociale agricole, représentée par Mme Gros, dûment mandatée ;

La Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants, représentée par M. Quevillon, dûment mandaté,

et :

La Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA), représentée par M. Bocard, dûment mandaté ;

La Fédération nationale des transporteurs sanitaires (FNTS), représentée par M. Luisy, dûment mandaté ;

La Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP), représentée par M. Morice, dûment mandaté ;

La Fédération nationale des artisans ambulanciers (FNAA), représentée par M. Maksymiuk, dûment mandaté.

Les parties ci-dessus énumérées signataires de la présente convention et de son annexe sont désignées sous les termes « parties signataires ».

On entend sous le terme de « caisses » :

- les caisses primaires du régime général ;
- les caisses de la mutualité sociale agricole ;
- les caisses régionales des travailleurs indépendants.

On entend sous les termes de « syndicats » ou la « profession » les organisations syndicales nationales représentatives du transport sanitaire privé.

Préambule

Les parties signataires s'engagent dans la convention à mettre en oeuvre tous les moyens nécessaires afin de garantir à tous les assurés sociaux dans le cadre de la législation applicable au régime dont ils relèvent un niveau de prestations de qualité en excluant toute discrimination dans les modalités de remboursement. Sous le régime de la présente convention nationale, aucune différenciation ne peut être faite entre les professionnels du transport sanitaire ayant légalement le droit d'exercer.

Chapitre Ier

Objet et champ d'application de la convention

Article 1er

La présente convention a pour objet d'organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les organismes d'assurance maladie en application des articles L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale.

Les tarifs applicables aux transports sanitaires remboursables des assurés sociaux sont fixés par avenant conventionnel.

La convention précise les modalités de remboursement des frais de transports sanitaires des assurés sociaux.

Article 2

L'adhésion à la convention, facultative, constitue pour le transporteur sanitaire une garantie de qualité offrant aux assurés sociaux le confort et la sécurité exigées par l'agrément. Elle intervient dans les conditions prévues à l'article 20 de la présente convention.

Les listes des véhicules et des personnels de l'entreprise ainsi que les modifications sont communiquées par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales et par les transporteurs sanitaires à la caisse

primaire d'assurance maladie, assurant le secrétariat de la commission de concertation, qui les tient à disposition des autres caisses.

Seule l'ambulance peut intervenir pour les transports d'urgence.

Tout transporteur sanitaire se trouvant sous le coup d'une mesure de déconventionnement définitif lors de l'entrée en vigueur de la présente convention ne pourra demander son conventionnement.

Il en est de même pour tout transporteur sanitaire qui ne serait pas à jour de ses cotisations sociales patronales et salariales.

Chapitre II

Libre choix du transporteur sanitaire

Article 3

Les assurés sociaux ont le libre choix entre tous les transporteurs sanitaires.

Les caisses s'engagent à informer leurs affiliés sur la situation des transporteurs sanitaires de leur circonscription au regard de la présente convention.

Les caisses se réservent le droit de faire connaître aux assurés sociaux les mesures de déconventionnement prises en application des articles 17 et 18 de la convention.

Chapitre III

Conditions d'application de la procédure
de dispense d'avance des frais

Article 4

L'assuré doit, en principe, régler les frais de son transport sanitaire par ambulance directement au transporteur sanitaire et se faire ensuite rembourser par sa caisse d'assurance maladie d'affiliation.

Toutefois, l'assuré peut, sur sa demande et sous réserve de répondre aux conditions indiquées à l'article 5, être dispensé de l'avance des frais dus au titre des transports par ambulance, dans la limite de la participation des organismes d'assurance maladie au remboursement desdits frais au titre des prestations légales.

La participation de l'assuré ou ticket modérateur versée aux prestataires de transports sanitaires terrestres par ambulance est calculée sur la base des tarifs fixés par la convention nationale et ses avenants. Ils sont portés à l'annexe tarifaire à la présente convention. Ces dispositions sont exclusives des prestations complémentaires exigées par l'assuré et restant à sa charge, mentionnées à l'article 9.

Article 5

Le transporteur sanitaire ne pourra mettre en oeuvre la procédure de dispense d'avance des frais que pour les transports sanitaires par ambulance pris en charge par l'assurance maladie conformément à la réglementation en vigueur.

Pour bénéficier de la dispense des frais l'assuré social doit obligatoirement justifier :

- de son appartenance à un régime d'assurance maladie notamment par la présentation de sa carte Vitale ou dans l'attente de l'intégration des transports sanitaires au système SESAM-Vitale, de l'attestation papier de ses droits ;
- d'une prescription médicale dûment remplie attestant que son état justifie l'usage du moyen de transport sanitaire par ambulance prescrit ;
- de l'accord préalable de l'organisme d'affiliation lorsqu'il est prévu par la réglementation en vigueur.

Article 6

En cas d'urgence, lorsque le transport a dû être effectué avant l'arrivée du médecin, la prise en charge ne peut avoir lieu que si la nécessité de transport urgent est attestée a posteriori par le médecin traitant, hospitalier ou régulateur et, dans ce dernier cas, selon les modalités précisées à l'article 10 (al. 2).

Dans les cas mentionnés aux 4° et 5° de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale (transports en un lieu distant de plus de 150 km, transports en série, le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement étant au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et sur une distance d'au moins 50 km aller pour chaque transport), l'accord préalable de la caisse d'affiliation est requis.

La caisse s'engage à répondre à cette demande d'accord préalable dans les dix jours suivant l'expédition de ladite demande. Le défaut de réponse dans ce délai constitue acceptation de la part de l'organisme.

Toutefois, le service du contrôle médical peut toujours intervenir ultérieurement pour émettre un avis sur la prise en charge de l'organisme, en matière de transports en série. Dans ce cas, l'interruption de la prise en charge prend effet à compter du lendemain du jour de la réception, par l'assuré et le transporteur, de la notification de l'organisme, conformément à l'article R. 315-1-3 du code de la sécurité sociale.

En cas d'urgence attestée par le médecin sur sa prescription, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis.

Les modalités pratiques de la formalité d'entente préalable sont éventuellement fixées par des clauses particulières qui font l'objet d'une annexe locale à la convention. Des accords locaux peuvent être passés afin de décider de l'opportunité de supprimer la formalité de l'accord préalable dans certaines circonscriptions, notamment lorsque le centre hospitalier régional ou le centre hospitalier universitaire de rattachement est distant de plus de 150 km du lieu de prise en charge du malade (4° de l'article R. 322-10) ou lorsqu'une structure de soins réalisant des traitements itératifs est distante de plus de 50 km du lieu de prise en charge du malade (5° de l'article R. 322-10).

Chapitre IV

Facturation et remboursement

des frais de transports sanitaires

Article 7

Les tarifs des transports sanitaires privés par ambulance remboursables que le transporteur sanitaire s'engage à respecter sont les tarifs fixés par avenant conventionnel, ils figurent à l'annexe tarifaire à la présente convention. Ces tarifs s'entendent en matière d'ambulance pour le transport d'un seul malade par véhicule.

Lorsqu'une ambulance effectue un transport comportant l'aller et le retour du malade, deux transports sont facturables.

Le transporteur sanitaire ne peut être tenu pour responsable des horaires imposés par les structures de soins.

Article 8

Le remboursement des frais de transports sanitaires est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite et appropriée la plus proche.

La prescription médicale est intangible et, en aucun cas, le transporteur sanitaire ne peut être tenu pour responsable du non-respect de la règle susmentionnée.

Article 9

Les tarifs des ambulances définis à l'article 7 comprennent l'ensemble des prestations de services que doit obligatoirement assurer tout transporteur sanitaire (telles qu'elles sont prévues par la réglementation en vigueur définissant la structure de la tarification applicable aux transports sanitaires terrestres par ambulance annexée à la présente convention). Ils sont exclusifs, au regard du remboursement, de toute majoration ou de tout supplément autre que ceux prévus par l'annexe à la présente convention.

Toute prestation complémentaire non couverte par ces tarifs et ne donnant pas lieu à remboursement par l'organisme d'assurance maladie devra néanmoins, ainsi que son montant, être consignée sur la facture prévue à l'article 11 de la présente convention et attestée par la personne transportée ou son représentant.

Le transporteur sanitaire doit faire son affaire personnelle du recouvrement auprès de l'assuré ou du bénéficiaire du ticket modérateur mentionné à l'article 4 et des sommes restant à la charge de l'assuré ou du bénéficiaire dans le cadre des prestations complémentaires éventuellement exigées par ce dernier, notamment, détour demandé, attente, immobilisation du personnel ainsi que toute prestation non définie dans la structure tarifaire du complément III qui ne donnent pas lieu à remboursement.

Les transporteurs sanitaires pour l'activité desquels les caisses auront constaté des anomalies dans les éléments de facturation remboursables pourront faire l'objet des mesures prévues à l'article 18 de la présente convention. Ils pourront également et parallèlement faire l'objet d'une procédure de récupération des sommes indûment versées dans le cadre des dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

Article 10

Le paiement des frais de transport aux transporteurs sanitaires intervient dans les conditions suivantes :

Le transporteur sanitaire transmet à l'organisme les factures de transport établies sur la facture dont le modèle type national est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et de l'économie.

A l'exclusion de tout autre document, les factures subrogatoires et leurs éventuelles annexes sont accompagnées :

- de la prescription médicale du transport. Pour les appels émanant des centres 15, le justificatif fixé par une clause locale à la convention, délivré par le centre 15, ou l'association de transports sanitaires urgents et sur lequel figure le numéro d'appel, est assimilable à la prescription et a valeur d'engagement de la responsabilité du médecin régulateur ;

- éventuellement de l'accord préalable de la caisse, lorsque celui-ci est prévu par la réglementation, dont les modèles d'imprimés nationaux sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

L'ensemble des pièces peut être accompagné d'un bordereau récapitulatif d'un modèle convenu localement.

Les caisses et les représentants de la profession se concertent pour organiser le mode de paiement le plus rapide dans le respect de la réglementation en vigueur.

Les paiements effectués hors de la procédure de la télétransmission interviennent dans un délai de vingt et un jours maximum suivant la réception des dossiers.

En cas de non-respect du délai précité, les caisses consentent des acomptes sur bordereaux selon les modalités pratiques définies aux clauses locales ; ces acomptes ne pourront être inférieurs à 50 % ni excéder 80 % du montant desdits bordereaux.

En cas de refus de remboursement, quel qu'en soit le motif, la caisse retourne tous les éléments originaux du dossier au transporteur sanitaire et non à l'assuré et en conserve une copie.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à mettre en oeuvre tous les moyens nécessaires à l'optimisation des échanges dématérialisés permettant d'accélérer les règlements. Le transporteur sanitaire envoie la télétransmission et les pièces justificatives correspondantes aux caisses. Celles-ci effectuent le règlement dans les cinq jours ouvrés après réception des pièces justificatives et validation de la transmission et adressent le bordereau de règlement au transporteur sanitaire ou le retour dans la norme d'échange.

Les partenaires s'engagent à mettre en oeuvre tous les moyens nécessaires à l'intégration de la profession dans le champ du système SESAM-Vitale.

Article 11

Chaque facture de transport ou l'éventuelle annexe doit être dûment complétée et comporter notamment, sauf cas de force majeure, la signature de la personne transportée ou celle de son représentant attestant la réalité et les conditions du transport. Toute information portée sur la facture rend le renseignement facultatif sur l'annexe. Il en va de même de la signature de la personne transportée qui doit figurer sur la facture ou son annexe détaillant l'ensemble des transports en série.

Lorsque la personne transportée n'est pas en état de signer la facture ou l'annexe, le transporteur atteste de cette impossibilité en portant sur la facture à la place de la signature de la personne transportée : « Impossibilité physique ou mentale de signer ».

Le transporteur sanitaire établit les factures de transport sur le modèle type national fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et de l'économie. L'éventuelle annexe accompagnant la facture ci-dessus mentionnée peut être déterminée localement.

L'assuré, sous réserve de la présentation de documents prouvant son appartenance à un régime d'assurance maladie au transporteur sanitaire, peut donner subrogation en faveur de ce dernier dans sa créance vis-à-vis de la caisse qui verse directement le montant de sa participation au transporteur sanitaire. Ce versement au professionnel n'est pas subordonné au règlement préalable par l'assuré de la participation restant éventuellement à sa charge.

Article 12

Le transporteur sanitaire doit tenir à disposition de l'assuré un exemplaire de la facture visée à l'article 11 portant la mention « dispense d'avance des frais ».

Le transporteur sanitaire doit donner acquit sur la facture pour toute somme effectivement reçue de l'assuré à l'occasion du transport.

Article 13

Les frais correspondant à des transports sanitaires effectués par un ambulancier hors convention pour quelque motif que ce soit sont remboursés sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel.

Article 14

La commission départementale de concertation mentionnée à l'article 23 pourra prévoir en annexe locale de la convention nationale toute clause utile à l'application de celle-ci, et notamment :

- les clauses fixant les modalités pratiques concernant les demandes d'accord préalable prévues par l'article 5 de la présente convention ;
 - les modalités de versement des acomptes sur bordereau prévues par l'article 10 de la présente convention ;
 - un tableau des distances limité uniquement aux parcours les plus fréquents. Ce tableau est établi en fonction de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins appropriée la plus proche, et/ou sur la base d'un référentiel laissé localement à l'appréciation des partenaires conventionnels.
- Le distancier applicable à chaque transporteur sanitaire adhérant à la convention est uniquement celui négocié par les partenaires conventionnels dans le département d'implantation de l'entreprise ;
- En cas de non-négociation d'un tel tableau ou pour les distances non prévues dans ce tableau, c'est la règle de la distance réellement parcourue en charge avec le malade qui est appliquée ;
- une définition des situations et des parcours qui pourront donner lieu à remboursement des frais de structures routières ou de voies d'eau à péage. En cas de télépéage par carte magnétique, la clause locale peut préciser les modalités de contrôle de la facturation des frais de péage et les justificatifs appropriés, appréciés localement, et qui peuvent être ceux délivrés périodiquement par les sociétés d'autoroute ;
 - le justificatif délivré par le centre 15 ou l'association de transports sanitaires urgents assimilable à la prescription mentionné à l'article 10 de la présente convention.

Toute clause locale n'entrera en vigueur qu'après signature des partenaires locaux et approbation de la Commission nationale de concertation.

Chapitre V

Durée et conditions

d'application de la convention

Article 15

La présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans renouvelable par tacite reconduction, par période de même durée, sauf dénonciation trois mois au moins avant sa date d'échéance par les parties

signataires. La dénonciation peut être faite soit par décision conjointe des trois caisses nationales, soit par décision conjointe des organisations syndicales signataires, par lettre recommandée avec avis de réception.

Les parties signataires de la présente convention s'engagent à se réunir, six mois avant son éventuelle reconduction, en vue d'étudier en commun les résultats de son application et les adaptations qui leur sembleraient devoir y être apportées.

Au cours de la période de cinq ans, la présente convention peut être résiliée soit par une décision conjointe des caisses nationales d'assurance maladie signataires, soit par décision conjointe des organisations syndicales nationales signataires, par lettre recommandée avec avis de réception et pour les motifs suivants :

- pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des deux parties ;
- en cas de modifications législatives, réglementaires ou économiques substantielles, mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession de transporteur sanitaire dans ses rapports avec les régimes d'assurance maladie.

La résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de deux mois à compter de l'envoi de la lettre recommandée.

Lorsqu'une organisation syndicale nationale signataire des transporteurs sanitaires résilie la convention à son égard pour un des motifs ci-dessus cités et selon la même procédure, cette décision a pour effet de lui retirer la qualité de partie signataire de la présente convention avec tous les effets dus à cette situation.

Les parties signataires s'accordent pour que les dispositions relatives aux VSL ne perdurent que tant qu'une convention nationale encadrant l'ensemble du transport assis professionnalisé n'est pas applicable.

Article 16

La présente convention nationale cesse d'être applicable à tout transporteur sanitaire en cas de retrait d'agrément à partir de la date d'effet et pour la durée de ce retrait. Le déconventionnement concerne les sites visés par la perte de l'agrément.

Article 17

En cas d'inobservation des clauses de la présente convention, la caisse concernée transmet un relevé de ses constatations à la commission départementale de concertation qui invite le transporteur sanitaire en cause à venir présenter lui-même ses observations.

Un dossier exposant les griefs retenus à son encontre doit être transmis par courrier avec accusé de réception au transporteur sanitaire dans un délai minimum de un mois avant la réunion de la commission de concertation. L'ensemble des pièces sur lesquelles s'appuient les griefs sont consultables dès la transmission

du dossier. A sa demande et à ses frais, le transporteur sanitaire peut obtenir copie de tout ou partie des pièces du dossier.

Lors de la réunion de la commission départementale de concertation décrite à l'article 23, le transporteur sanitaire en cause peut être accompagné d'un conseiller de son choix.

Ne pourront être invoqués en séance que les seuls griefs exposés dans ce dossier.

La commission départementale de concertation doit donner son avis dans le délai d'un mois suivant sa date de saisine.

Après avis de la commission départementale de concertation, les caisses adressent à l'ambulancier, par lettre recommandée avec avis de réception, la notification de leur décision, sous réserve des dispositions de l'alinéa 4 de l'article 18. Elles informent la commission de cette décision.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation du transporteur sanitaire concerné ou de la section professionnelle, régulièrement convoqués à la réunion de la commission départementale de concertation, ne peut faire obstacle à la prise de décision de la caisse. Il en va de même lorsque la commission de concertation n'est pas en état de fonctionner du fait de la non-constitution de la section professionnelle. En cas de force majeure, le délai d'un mois mentionné à l'alinéa 5 court à partir de la constatation de la force majeure.

Article 18

En fonction de la gravité des faits reprochés et après avis de la commission de concertation, les sanctions peuvent être les suivantes :

- un avertissement ;
- un avertissement avec publication ;
- un déconventionnement avec ou sans sursis.

La caisse notifie la mesure de sanction à l'ambulancier par lettre recommandée avec avis de réception.

La durée du déconventionnement fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés au transporteur sanitaire, ne peut être inférieure à un mois ni excéder un an.

Toutefois, en cas de condamnation en vertu des articles L. 377-1 et suivants du code de la sécurité sociale ou de l'article 441-1 du code pénal, la durée du déconventionnement est au moins égale à un an, voire définitive.

La décision de mise hors convention est portée à la connaissance des caisses nationales et de la commission départementale de concertation en même temps qu'elle est notifiée par les caisses locales au transporteur sanitaire.

A l'exclusion des cas de récidive portant sur des faits analogues et des déconventionnements consécutifs à une condamnation pénale, un déconventionnement non conforme à l'avis de la commission devra, avant d'être notifié, faire l'objet d'un second examen par ladite commission, selon la procédure décrite dans l'article 17.

En cas de mise hors convention, les caisses nationales, sur demande de la profession, rappellent aux caisses locales les procédures à suivre s'il est constaté que la décision est entachée d'un vice de forme.

Le transporteur sanitaire ayant fait l'objet d'une sanction dispose d'un droit de recours devant les instances compétentes (TA - CAA, Conseil d'Etat).

Article 19

La présente convention donnera lieu à avenant en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires ayant une incidence sur les modalités de prise en charge, la tarification ou le remboursement des frais de transport, afin d'en préciser leur application.

Article 20

La caisse primaire d'assurance maladie, agissant pour le compte des parties signataires, adresse à chaque transporteur sanitaire dont le siège de l'entreprise est situé dans sa circonscription, le texte de la présente convention par lettre recommandée avec avis de réception. Celle-ci est présentée dans les conditions fixées par l'administration postale.

Dans le délai d'un mois suivant la notification du texte de la convention ou la date de son installation, le transporteur sanitaire doit faire connaître s'il souhaite ou non exercer sous le régime de la présente convention. Il notifie sa décision, par écrit, à la caisse primaire de son lieu d'exercice professionnel. Dans l'affirmative, il joint à sa réponse une attestation de l'URSSAF dont dépend son entreprise, qui mentionne qu'il est à jour de ses cotisations sociales salariales et patronales.

Une fois par an, au cours du second trimestre de l'année, le transporteur sanitaire adresse à la CPAM de son lieu d'exercice une attestation similaire. Seuls les transporteurs sanitaires qui fournissent ce document de l'URSSAF gardent leur conventionnement. Dans le cas contraire, la CPAM déclenche la procédure de déconventionnement en respect des dispositions de l'article 17.

La caisse primaire informe les autres caisses et la commission départementale de concertation des adhésions à la convention.

L'absence de réponse du transporteur dans le délai précité équivaut à un refus d'exercer dans le cadre de la présente convention.

Par dérogation au paragraphe précédent, tout transporteur sanitaire pourra à périodicité annuelle modifier la position prise initialement au regard de la convention. De même, tout transporteur sanitaire dont les conditions

d'exercice se trouveraient modifiées de façon essentielle, notamment par suite d'un changement d'implantation, pourra demander, dans le délai d'un mois à compter de l'événement qui a produit ce changement, à modifier son option conventionnelle.

Chapitre VI

Commissions de concertations

Article 21

Il est institué entre les parties signataires une Commission nationale de concertation composée de la façon suivante :

- deux représentants de chacune des organisations nationales professionnelles signataires ou leurs suppléants, chaque syndicat représenté à la commission peut se faire assister d'un conseiller qui participe aux réunions de la commission,

- et à parité de représentants des trois organismes nationaux d'assurance maladie ou leurs suppléants,

la répartition du nombre de représentants sera fixée d'un commun accord entre les trois régimes d'assurance maladie.

La Commission nationale de concertation se réunit au minimum deux fois par an à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle peut également être réunie à la demande de l'une ou l'autre des sections. Elle invite, avec voix consultative, un représentant de la Commission paritaire nationale des médecins libéraux et un représentant de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, au moins une fois par an.

La présidence est tenue pour un an, à tour de rôle, par un représentant des ambulanciers et par un représentant de l'une des Caisses nationales d'assurance maladie. La vice-présidence est assurée par un représentant de l'autre section.

Le directeur s'il n'est pas membre de la commission ou son représentant et le médecin-conseil national de chaque caisse nationale ou son représentant assistent avec voix consultative aux réunions de la Commission nationale de concertation.

Les convocations sont adressées au nom des deux parties par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui assure le secrétariat de la commission. L'ensemble des travaux liés aux réunions de la commission nationale est dévolu au secrétariat de la commission qui est tenu par le régime général (organisation matérielle, courrier, relevé de décisions,...).

Article 22

1. La Commission nationale de concertation a pour rôle de faciliter dans toute la mesure du possible l'application de la convention et de veiller à son bon fonctionnement.
2. Elle étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires, tout problème d'ordre général intéressant les relations entre la profession et les caisses et n'ayant pas trouvé de solution dans le cadre de la concertation locale.
3. Elle veille, en cas de carence d'une commission paritaire départementale, au respect des règles conventionnelles dans ce département.
4. Elle est informée régulièrement des déconventionnements prononcés en application des articles 17 et 18 du présent texte.
5. Elle examine deux fois par an l'évolution des dépenses de transport sanitaire.
6. Elle définit toute étude que les parties signataires considèrent comme nécessaire et entendent mener dans le cadre conventionnel, notamment sur la base des données qui seront fournies par le SNIIR-AM.
7. Les parties signataires conduisent les travaux indispensables aux adaptations et améliorations du cadre conventionnel, pour ce faire, ils peuvent décider d'organiser les groupes de travail adéquats. Les parties signataires assument leur rôle de décision et d'impulsion de la vie conventionnelle. Ils élaborent tous les avenants et annexes nécessaires à la mise en oeuvre et à l'application de la convention.
8. La Commission nationale prépare les engagements liés à l'activité qui peuvent être pris par les parties signataires afin d'influer sur l'activité.
9. Elle réalise les travaux nécessaires à la négociation des tarifs applicables aux transports en ambulance entre les parties signataires. Elle décide des groupes de travail nécessaires pour ce faire.

Article 23

Dans chaque département, les relations entre la profession et les organismes d'assurance maladie s'établissent dans le cadre d'une commission départementale de concertation composée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

La section professionnelle comprend :

Quatre titulaires et quatre suppléants, désignés d'un commun accord par les syndicats départementaux régulièrement constitués affiliés à l'organisation ou aux organisations syndicales représentatives du transport sanitaire signataire(s) de la présente convention.

Lorsque moins de quatre syndicats de transporteurs sanitaires signataires sont présents localement, le ou les syndicats désigne(nt) d'un commun accord leurs quatre représentants et leurs suppléants. En cas de désaccord, les sièges à pourvoir sont attribués par les syndicats signataires en fonction de la représentation des syndicats au sein du CODAMU. Le secrétariat de la Commission nationale de concertation prévue à l'article 24 est tenu informé des difficultés éventuelles de constitution de la section professionnelle.

Lorsque aucun des quatre syndicats de transporteurs sanitaires signataires n'est présent localement, les quatre représentants sont désignés d'un commun accord par les syndicats de transporteurs sanitaires locaux régulièrement constitués et habilités par les syndicats nationaux signataires. L'habilitation d'un syndicat local par un syndicat national signataire doit faire l'objet d'une notification écrite par ledit syndicat national.

Les membres de la section professionnelle doivent être des professionnels en exercice dans une entreprise conventionnée.

La section sociale comprend :

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie et quatre suppléants, désignés par ces organismes. La répartition du nombre de représentants sera fixée d'un commun accord entre les trois régimes d'assurance maladie. La qualité de membre d'une profession apparentée aux transports d'assurés sociaux est incompatible avec la qualité de membre, de représentant d'un organisme d'assurance maladie à la commission locale de concertation.

Cette commission devra être mise en place dans les trois mois suivant la date de mise en application de la présente convention.

Article 24

La commission départementale de concertation est compétente pour examiner toute question relative aux relations entre les caisses et les entreprises de transport sanitaire et rechercher dans un esprit de compréhension mutuelle, les solutions aux difficultés qui pourraient survenir.

En cas d'inobservation par un transporteur sanitaire des clauses de la convention, la commission est invitée à donner son avis dans les conditions prévues à l'article 17 ci-dessus.

Par ailleurs, les membres de cette commission reçoivent communication, préalablement à leur publication et pour information les divers documents élaborés par les caisses concernant notamment les dépenses mensuelles de transports sanitaires du département et à destination des assurés, transporteurs et prescripteurs. Ils suivent l'évolution mensuelle des dépenses constatées dans le département.

La commission est obligatoirement réunie par son président au moins deux fois par an, afin de procéder notamment à l'examen des résultats financiers concernant les dépenses de transports sanitaires. Elle invite un ou plusieurs représentants siégeant à la commission conventionnelle locale des médecins libéraux ainsi qu'un représentant de médecine hospitalière à participer à ses travaux, avec voix consultative, au moins une fois par an.

En cas de besoin, les membres de la section professionnelle peuvent solliciter du président une réunion de celle-ci.

Quorum :

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint. Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

Vote :

La commission se prononce à la majorité des voix. En cas de partage égal des voix, lors d'une délibération de la commission, la voix du président est prépondante.

Article 25

La présidence est tenue pour un an, à tour de rôle, par un représentant de la section professionnelle et par un représentant de l'un des organismes d'assurance maladie. La vice-présidence est assurée par un représentant de l'autre section.

Le directeur, s'il n'est pas membre de la commission, et le médecin-conseil chef de chaque caisse ou leurs représentants assistent avec voix consultative aux réunions de la commission locale de concertation.

Chaque syndicat représenté à la commission peut se faire assister d'un conseiller qui participe aux réunions de cette instance avec voix consultative ou donner mandat à un autre syndicat.

Les convocations sont adressées au nom des deux parties par l'organisme d'assurance maladie qui assure le secrétariat de la commission et qui se charge également de l'envoi aux membres de la commission des états mensuels des dépenses des trois régimes d'assurance maladie. Les convocations et les documents sont adressés au moins dix jours ouvrés avant la date de la réunion.

Article 26

Les représentants des organisations de transporteurs sanitaires, membres des commissions nationales et locales, ont droit à une indemnité forfaitaire dans les conditions prévues pour les administrateurs des organismes d'assurance maladie.

Chapitre VII

Suivi des dépenses

de transports sanitaires

Article 27

Les parties signataires recherchent en commun les solutions et engagements spécifiques relatifs à l'évolution de l'activité de transporteur sanitaire, les modalités qui permettent d'assurer la cohérence de ces engagements avec l'objectif délégué des dépenses et enfin les mesures qui assurent un suivi des engagements. Les modalités de suivi des dépenses en sont un exemple.

Au vu de l'évolution des dépenses constatée deux fois par an, les partenaires proposent et déterminent les solutions permettant une évolution de l'activité. Cette proposition est étayée par un état des lieux et permet de définir un objectif qui comporte une incidence escomptée sur l'activité et en conséquence sur les dépenses. Les partenaires définissent les modalités de suivi de l'action choisie et engagée. Cette décision est préparée au sein de la Commission nationale de concertation réunie en application des règles énoncées à l'article 21 supra.

Les solutions retenues peuvent faire l'objet d'un acte de bon usage des soins ou d'un contrat de bonne pratique, ou de tout autre support juridique permis par la loi.

Les parties signataires ont décidé dans un premier temps de promouvoir une action sur le transport sanitaire via deux accords de bon usage des soins et une action en matière de certification de la prestation ambulancière via un contrat de bonne pratique. Ces accords font l'objet de deux annexes à la présente convention.

En ce qui concerne le suivi des dépenses, la ventilation statistique mensuelle des dépenses des transports sanitaires par ambulance pour les trois régimes est communiquée mensuellement aux organisations syndicales signataires tant au niveau local qu'au niveau national.

Article 28

Les tarifs des transports sanitaires par ambulance dus par les assurés sociaux et leurs ayants droit sont fixés à l'annexe 1 de la présente convention.

Conformément aux dispositions de la loi de mars 2002 portant rénovations des relations conventionnelles, les partenaires adressent avant le 15 juin de l'année concernée l'ensemble des propositions de modifications tarifaires des professions sous convention au ministère de la santé. Les parties signataires de la présente convention s'engagent à mettre en oeuvre tous les moyens qui permettront d'aboutir à une proposition de revalorisation de l'ambulance au cours du premier trimestre 2003 afin de tenir compte pour 2003 des engagements pris antérieurement.

Article 29

Le transporteur s'engage à faire apparaître sur une même facture destinée aux organismes d'assurance maladie les prestations remboursables établies conformément aux tarifs cités à l'article précédent, ainsi que les prestations complémentaires non remboursables supportées par l'assuré.

Chapitre VIII

Dispositions diverses

Article 30

La présente convention, ses annexes et avenants sont transmis par la Caisse nationale d'assurance des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou aux autres caisses nationales d'assurance maladie concernées, dans le délai de quarante-cinq jours, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur.

Article 31

Les transporteurs sanitaires s'obligent à ne pas utiliser en tant que moyen de publicité auprès du public, la possibilité de prise en charge et de dispense d'avance des frais de transport par ambulance par les organismes d'assurance maladie.

Par contre, les transporteurs sanitaires sont tenus de faire connaître aux assurés, par les moyens qu'ils jugeront utiles, leur situation au regard de la présente convention et les conséquences qui en découlent au regard des tarifs.

A l'exception des documents d'information adressés individuellement, sur leur demande, aux particuliers, l'information du public est assurée, en tant que de besoin, selon des modalités définies d'un commun accord entre les parties.

Chapitre IX

Transports effectués

par véhicule sanitaire léger (VSL)

Article 32

Dans l'attente d'une convention unique régissant l'ensemble du transport assis professionnalisé, les dispositions des articles 3 à 27 et 29 à 31 de la présente convention sont applicables aux transports sanitaires réalisés par VSL.

Lorsque la convention relative au transport assis professionnalisé entrera en application, ses dispositions s'appliqueront directement, rendant obsolètes celles relatives au VSL dans la présente convention nationale dédiée au transport sanitaire.

Article 33

Le VSL ne peut assurer un service d'urgence. Pour les transports d'urgence, seule l'ambulance peut intervenir, conformément à l'article 2 de la présente convention.

Article 34

Les tarifs des transports sanitaires par VSL que le transporteur sanitaire s'engage à respecter pour la facturation des prestations remboursables sont ceux fixés par avenant à la convention, ils figurent à l'annexe tarifaire à la présente convention.

Conformément à la réglementation en vigueur en matière d'agrément, le VSL est habilité à transporter plusieurs patients (trois maximum par véhicule). Dans le cas d'un transport simultané de personnes, chaque patient doit faire l'objet d'une facture individuelle qui comporte le prix du transport correspondant à la distance effectivement parcourue pour chacun d'entre eux. Les tarifs subissent alors un abattement :

- de 25 % pour deux patients présents dans le même véhicule au cours du transport quel que soit le parcours réalisé en commun ;
- de 40 % pour trois patients présents dans le même véhicule au cours du transport quel que soit le parcours réalisé en commun,

qui s'applique à la totalité de la facture y compris au poste de facturation « forfait départemental ou minimum de perception » et au poste « tarif kilométrique départemental », majoré éventuellement soit pour le transport de nuit, soit pour le transport le dimanche ou jour férié.

Les détours éventuellement faits par le transporteur lors d'un transport simultané et consécutifs à la prise en charge des patients en des points différents et quel que soit leur nombre sont pris en compte. Les kilomètres supplémentaires sont facturables sur la base de la distance réellement parcourue pour chaque patient, dans la limite de dix kilomètres, sauf situations particulières qui peuvent faire l'objet d'une clause locale à la convention.

Lorsqu'un VSL effectue un transport comportant l'aller et le retour du (des) patients(s), deux transports sont facturables.

Le transporteur sanitaire ne peut être tenu pour responsable des horaires imposés par les structures de soins.

A N N E X E 1

PORTANT SUR LES TARIFS DE L'AMBULANCE

Article 1er

La présente annexe fixe les tarifs limites des transports sanitaires terrestres par ambulance, effectués par des entreprises privées.

Les partenaires s'accordent pour mettre en oeuvre tous les moyens qui permettront d'aboutir à une proposition de revalorisation de l'ambulance au cours du premier trimestre 2003.

Article 2

Lorsque le prix d'un transport par ambulance comporte un forfait départemental ou minimum de perception et un tarif kilométrique, le forfait prend au maximum une des valeurs suivantes :

Zone A : 46,5 EUR ;

Zone B : 46,5 EUR ;

Zone C : 46,5 EUR ;

Zone D : 46,5 EUR.

Le tarif applicable à chaque entreprise est celui du département où se situe le siège de l'entreprise, selon le classement en complément I. Lorsque l'entreprise effectue des transports dans un autre département, le tarif applicable demeure celui du département du siège de l'entreprise.

Le tarif kilométrique s'élève à 2 EUR.

Pour les zones A, B, C, D, dans lesquelles existaient des forfaits agglomération, ces forfaits sont tous remplacés par une prise en charge fixée uniformément à 52 EUR, incluant les 5 premiers kilomètres en charge parcourus. Les kilomètres en charge parcourus au-delà de 5 sont facturables au tarif ci-dessus indiqué. Ces forfaits sont facturables dans les communes listées au complément V de cette annexe.

Pour les entreprises situées dans la zone définie en complément II et pour la facturation des transports effectués à l'intérieur de cette zone, le forfait agglomération est remplacé par une prise en charge de 54 EUR. Les kilomètres en charge parcourus sont facturés dès le premier kilomètre en charge.

Article 3

Les majorations en vigueur pour service de nuit, de dimanche et de jour férié, définies en complément III, s'appliquent au prix du transport établi selon les dispositions précédentes.

Article 4

Un supplément de 20,43 EUR peut être perçu, sur présentation d'un justificatif, pour un transport d'urgence effectué sur la demande expresse d'un médecin régulateur (centre 15) ou d'un service d'aide médicale d'urgence (SAMU). La demande formulée dans les conditions prévues ci-dessus peut parvenir à l'ambulancier ou bien directement, ou bien par l'intermédiaire d'une association de transports sanitaires d'urgence.

Un supplément de 10,21 EUR peut être perçu pour les transports de prématurés ou en cas d'utilisation d'un incubateur.

Un supplément de 20,43 EUR peut être perçu pour chaque transport lorsque le malade est transporté dans un aéroport, un port ou une gare, pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train.

Ces trois perceptions supplémentaires ne sont pas cumulables. Les majorations pour services de nuit, de dimanche et de jour férié ne s'appliquent pas à ces suppléments.

COMPLÉMENT I

CLASSEMENT DES DÉPARTEMENTS SERVANT DE BASE À LA TARIFICATION DES TRANSPORTS PAR AMBULANCE EFFECTUÉS PAR DES ENTREPRISES AGRÉÉES

Zone A :

SNJMG 7 bis rue Decrès 75014 PARIS Tél : 01.45.41.38.10 - Fax : 01.01.45.41.72.93 e-mail : info@snjmg.org Internet : www.snjmg.org

Essonne, Paris, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Yvelines, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis.

Zone B :

Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Ariège, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Corse-du-Sud, Gironde, Haute-Corse, Haute-Garonne, Haute-Savoie, Hautes-Alpes, Hautes-Pyrénées, Isère, Loire, Loire-Atlantique, Nord, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Rhône, Savoie, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Var, Martinique, Guyane, Réunion, Guadeloupe.

Zone C :

Ain, Ardèche, Aube, Aveyron, Calvados, Cantal, Charente, Charente-Maritime, Corrèze, Côte-d'Or, Creuse, Doubs, Drôme, Finistère, Gard, Haut-Rhin, Haute-Loire, Haute-Vienne, Hérault, Ille-et-Vilaine, Indre-et-Loire, Jura, Loiret, Lozère, Maine-et-Loire, Marne, Meurthe-et-Moselle, Morbihan, Moselle, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Sarthe, Somme, Vaucluse.

Zone D :

Aisne, Allier, Ardennes, Aude, Cher, Côtes-d'Armor, Deux-Sèvres, Dordogne, Eure, Eure-et-Loir, Gers, Haute-Marne, Haute-Saône, Indre, Landes, Loir-et-Cher, Lot, Lot-et-Garonne, Manche, Mayenne, Meuse, Nièvre, Oise, Orne, Saône-et-Loire, Tarn, Tarn-et-Garonne, Territoire de Belfort, Vendée, Vienne, Vosges, Yonne.

COMPLÉMENT II

LISTE DES COMMUNES VISÉES PAR L'APPLICATION DE LA PRISE EN CHARGE PRÉVUE AU DERNIER PARAGRAPHE DE L'ARTICLE 2

Paris.

Val-de-Marne.

Seine-Saint-Denis.

Hauts-de-Seine.

Essonne :

Bièvres, Bures-sur-Yvette, Igny, Gif-sur-Yvette, Marcoussis, Nozay, Orsay, Palaiseau, Saclay, Saint-Aubin, Villebon-sur-Yvette, Verrières-le-Buisson, Villejust, Villiers-le-Bâcle, Vauhallan, Athis-Mons, Ballainvilliers, Champlan, Chilly-Mazarin, Epinay-sur-Orge, Juvisy-sur-Orge, Longjumeau, Massy, Morangis, Paray-Vieille-Poste, Savigny-sur-Orge, Saulx-les-Chartreux, Wissous, Boussy-Saint-Antoine, Brunoy, Crosne, Draveil, Epinay-sous-Sénart, Quincy-sous-Sénart, Montgeron, Vigneux-sur-Seine, Varennes-Jarcy, Yerres.

Val-d'Oise :

Argenteuil, Beauchamp, Bezons, Cormeilles, Franconville, La Frette, Herblay, Montigny, Sannois, Andilly, Bouffémont, Deuil, Domont, Eaubonne, Enghien, Ermont, Groslay, Margency, Montlignon, Montmagny, Montmorency, Piscop, Le Plessis-Bouchard, Saint-Brice, Saint-Gratien, Saint-Leu, Saint-Prix, Soisy-sous-Montmorency, Taverny, Arnouville-lès-Gonesse, Bonneuil-en-France, Bouqueval, Ecoen, Ezanville, Garge-lès-Gonesse, Gonesse, Goussainville, Le Thillay, Sarcelles, Villiers-le-Bel.

Yvelines :

Bois-d'Arcy, Bougival, Buc, La Celle-Saint-Cloud, Le Chesnay, Fontenay-le-Fleury, Guyancourt, Jouy-en-Josas, Les Loges-en-Josas, Louveciennes, Montigny-le-Bretonneux, Rocquencourt, Saint-Cyr-l'Ecole, Vélizy-Villacoublay, Versailles, Viroflay, Carrières-sur-Seine, Chatou, Croissy-sur-Seine, L'Etang-la-Ville, Houilles, Maisons-Lafitte, Mareil-Marly, Marly-le-Roi, Mesnil-le-Roi, Montesson, Le Pecq, Port-Marly, Saint-Germain-en-Laye, Sartrouville, Le Vésinet, Achères, Andrésey, Carrières-sous-Poissy, Chambourcy, Chanteloup-les-Vignes, Conflans-Sainte-Honorine, Fourqueux, Maurecourt, Orgeval, Poissy.

COMPLÉMENT III

STRUCTURE DE TARIFICATION DE L'AMBULANCE

A. - 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.

Il comprend les prestations suivantes :

La mise à disposition du véhicule et l'utilisation de son équipement ;

La fourniture et le lavage de la literie ;

La fourniture de l'oxygène en cas de besoin ;

La désinfection du véhicule éventuellement ;

La prise en charge du malade ou du blessé au lieu où il se trouve ;

Le transport du malade ou du blessé jusqu'au lieu de destination ;

Le brancardage au départ et à l'arrivée (étages compris, le cas échéant) ainsi que le chargement et le déchargement du malade ou du blessé. En aucun cas l'équipage et le véhicule ne peuvent être immobilisés plus de quinze minutes.

Il couvre le transport du malade ou du blessé pour les transports à petite distance ne dépassant pas en moyenne cinq kilomètres en charge, ou dans la limite de cinq kilomètres en charge pour les transports à moyenne ou longue distance.

B. - Tarif kilométrique départemental :

Il s'applique à la distance parcourue en charge avec le malade ou le blessé du lieu de départ au lieu d'arrivée, exprimée en kilomètres, déduction faite des cinq premiers kilomètres compris dans le minimum de perception.

Il couvre également toutes les prestations énumérées en A.

C. - Forfait agglomération :

Il est prévu pour les transports exclusivement à l'intérieur des villes ou agglomérations urbaines limitativement désignées dans chaque département et dont la liste est jointe à la présente convention.

Il couvre toutes les prestations énumérées en A et inclut les cinq premiers kilomètres en charge parcourus. Les kilomètres supplémentaires en charge au-delà de cinq dans l'agglomération sont facturables en sus.

D. - Le forfait départemental ou minimum de perception ainsi que le tarif kilométrique départemental s'appliquent aux transports comportant sortie ou entrée dans une ville ou agglomération où existe le forfait fixé en C.

Le tarif kilométrique s'applique, le cas échéant, au-delà de cinq kilomètres en charge.

E. - Service de nuit :

Entre 20 heures et 8 heures, majoration de 75 % du tarif jour.

Ce tarif s'applique intégralement lorsque plus de la moitié du temps du transport en charge est effectuée entre 20 heures et 8 heures.

Il ne s'applique pas dans le cas contraire.

F. - Service dimanches et jours fériés :

Entre 8 heures et 20 heures, majoration de 50 % du tarif de jour.

Entre 20 heures et 8 heures, application du tarif normal de nuit tel que prévu dans E.

Le tarif du dimanche s'applique à compter du samedi 12 heures.

G. - Péages :

Les droits de péage sont facturés en sus, sur justification, pour le parcours en charge, dans les conditions précisées par l'article 14 de la présente convention.

H. - Conditions d'application :

L'application des prix des prestations, tels qu'ils sont fixés dans chaque département pour celles comprises dans les postes de tarification de A à G ci-dessus, est exclusive de toute majoration, ou de tout supplément, pour quelque cause et sous quelque prétexte que ce soit, notamment pour tenir compte de l'immobilisation du véhicule ou de difficultés de parcours éventuelles.

Demeurent toutefois applicables les suppléments spécifiques aux liaisons îles côtières-continent, tels que définis dans les conventions en vigueur entre les caisses primaires d'assurance maladie et les syndicats d'ambulanciers locaux.

COMPLÉMENT IV

FORFAITS AGGLOMÉRATION

Département des Alpes-Maritimes (06)

Agglomération de Nice

1re zone :

Communes concernées :

Nice, Cantaron, Drap, Falicon, Saint-André, Saint-Jean-Cap-Ferrat, La Trinité, Villefranche-sur-Mer.

2e zone :

Communes concernées :

Beaulieu, Cagnes-sur-Mer, Colomars, Saint-Laurent-du-Var, Villeneuve-Loubet.

3e zone :

Communes concernées :

Contes, La Colle-sur-Loup, Tourrette-Levens, Saint-Paul.

Agglomération de Cannes

Communes concernées :

Cannes, Auribeau-sur-Siagne, Le Cannet, Mandelieu, Mouans-Sartoux, Mougins, Pegonias, La Roquette-sur-Siagne, Théoule-sur-Mer, Vallauris.

Agglomération de Grasse

Communes concernées :

Grasse, Bar-sur-Loup, Châteauneuf, Opio, Peymeinade, Roquefort-les-Pins, Le Rouret, Spéracèdes.

Département de l'Aube (10)

Communes concernées :

Troyes, Bréviandes, La Chapelle-Saint-Luc, Les Noës-près-Troyes, Pont-Sainte-Marie, La Rivière-de-Corps, Rosières-près-Troyes, Saint-André-les-Vergers, Sainte-Savine, Saint-Germain, Saint-Julien-les-Villas, Saint-Parres-aux-Tertres.

Département des Bouches-du-Rhône (13)

Communes concernées :

Marseille, Allauch, La Penne-sur-Huveaune, Plan-de-Cuques, Septèmes-les-Vallons.

Département du Calvados (14)

Communes concernées :

Caen, Bretteville-sur-Odon, Carpiquet, Demouville, Fleury-sur-Orne, Fontaine-Etoupefour, Giberville, Hérouville-Saint-Clair, Iffs, Mondeville, Saint-Germain-la-Blanche-Herbe, Verson.

Département de la Charente (16)

Communes concernées :

Syndicats intercommunal du Grand Angoulême (SIGA) comprenant :

Angoulême, Fléac, La Couronne, Gond-Pontouvre, L'Isle-d'Espagnac, Linars, Magnac-sur-Touvre, Nersac, Puygoyen, Ruelle, Saint-Michel, Saint-Yrieix, Soyaux.

Département de la Côte-d'Or (21)

Communes concernées :

Dijon, Chenôve, Chevigny-Saint-Sauveur, Daix, Fontaine-lès-Dijon, Longvic, Marsannay-la-Côte, Perrigny-lès-Dijon, Saint-Apollinaire, Talant, Plombières-lès-Dijon, Quétigny.

Département du Doubs (25)

1. Liste des communes avec forfait agglomération de Montbéliard :

Aibre, Allondans, Arbouans, Arcey, Audincourt, Bart, Bavans, Berche, Béthoncourt, Brognard, Courcelles-lès-Montbéliard, Dambenois, Dampierre-sur-le-Doubs, Désandans, Dung, Echenans, Etouvans, Etupes, Exincourt, Fesches-le-Châtel, Grand-Charmont, Issans, Laire, Lougres, Mathay, Montbéliard, Montenois, Nommay, Présentevillers, Raynans, Saint-Julien-lès-Montbéliard, Sainte-Marie, Sainte-Suzanne, Seloncourt, Sochaux, Taillecourt, Valentigney, Vieux-Charmont, Voujeaucourt.

2. Liste des communes avec forfait agglomération de Besançon :

Arguel, Avanne, Aveney, Besançon, Beure, Ecole, Franois, Grandfontaine, Larnod, Montferrand, Morre, Pirey, Rancenay, Serre-les-Sapins, Valentin.

Département du Finistère (29)

Communes concernées :

Brest, Bohars, Guipavas, Le Relecq-Kerhuon, Plouzané, Guilers, Plougastel-Daoulas.

Département du Gard (30)

Communes concernées :

Nîmes, Milhaud, Bernis.

Département de la Haute-Garonne (31)

Forfait A :

Commune de Toulouse.

Forfait B :

Uniquement les courses en charge allant d'un point à un autre de l'agglomération toulousaine ne comportant ni entrée ni sortie de Toulouse.

Forfait A-B :

Ce forfait couvre les courses en charge comportant entrée dans la ville de Toulouse ou sortie de celle-ci et à l'intérieur des 35 communes de l'agglomération toulousaine ci-après désignées :

Aucamville, Auzeville-Tolosane, Balma, Beauzelle, Blagnac, Castanet-Tolosan, Castelginest, Castelmaurou, Colomiers, Cugnaux, Launaguet, Lespinasse, Péchabou, Pibrac, Pinsaguel, Fenouillet, Fonbeauzard, Frouzins, Gagnac-sur-Garonne, Labège, Plaisance-du-Touch, Pompertuzat, Portet-sur-Garonne, Quint, Ramonville-Saint-Agne, Roques, Rouffiac, Tolosan, Saint-Alban, Saint-Genies-Bellevue, Saint-Jean, Saint-Orens-de-Gameville, La Salvetat-Saint-Gilles, Tournefeuille, L'Union, Villeneuve-Tolosane.

Département de la Gironde (33)

Le forfait agglomération est prévu pour les courses réalisées exclusivement à l'intérieur de la zone dont le périmètre est délimité par :

Rive gauche :

Rocade, centre de rééducation Tour-de-Gassies compris, groupe hospitalier Sud dans sa totalité.

Rive droite :

Pont-Saint-Jean, voie rapide, quai de La Souys, rue Jules-Guesde (Florac), avenue Gaston-Cabannes, chemin des Plateaux, chemin de la Marègue, chemin des Bories, avenue René-Cassagne (ancienne avenue de la Victoire), autoroute A 62, pont d'Aquitaine.

Département de l'Hérault (34)

Agglomération de Béziers

Communes concernées :

Béziers, Soujan-sur-Libron, Liganan-sur-Orb, Maraussan, Villeneuve-lès-Béziers, Gers.

Agglomération de Montpellier

Communes concernées :

Montpellier, Castelnau-le-Lez, Clapiers, Gradels, Juvignac, Saint-Jean-de-Védas, Lattes, Pérols.

Agglomération de Sète

Communes concernées :

Sète, La Peyrade, Frontignan, Balaruc-le-Vieuz, Balaruc-les-Bains.

Département d'Ille-et-Vilaine (35)

Communes concernées :

Rennes, Montgermont, Chantepie, Saint-Grégoire, Cesson-Sévigné, Vézin-le-Coquet, Saint-Jacques-de-la-Lande.

Département d'Indre-et-Loire (37)

Communes concernées :

1re zone :

Tours, Chambray-lès-Tours, Joué-lès-Tours, La Riche, Rochecorbon, Saint-Avertin, Saint-Cyr-sur-Loire, Saint-Pierre-des-Corps, La Ville-aux-Dames.

2e zone :

Ballan, Miré, Fondettes, La Membrolle-sur-Choisille, Montbazou, Parçay-Meslay, Saint-Génoupil, Veigne, Vouvray.

Département de l'Isère (38)

Forfait spécial pour courses dans l'agglomération de Grenoble :

Communes concernées :

1re zone :

Echirolles, Eybens, Fontaine, Saint-Martin-d'Hères, Saint-Martin-le-Vinoux, Sassenage, Seyssinet-Pariset, Seyssins, La Tronche.

2e zone :

Biviers, Bresson, Brie-et-Angonnes, Champagnier, Claix, Corenc, Domène, Fontanil-Cornillon, Gières, Herbeys, Jarrie, Meylan, Montbonnot-Saint-Martin, Muriannette, Noyarey, Poisat, Le Pont-de-Claix, Saint-Egrève, Saint-Ismier, Saint-Nazaire-les-Eymes, Uriage, Venon, Le Versoud, Villard-Bonnot, Voreppe.

Département de la Haute-Loire (43)

Communes concernées :

Le Puy-en-Velay, Aiguilhe, Brives-Charensac, Chadrac, Espaly-Saint-Marcel, Vals-près-Le Puy.

Département de la Loire-Atlantique (44)

Agglomération de Nantes

Nantes, Bougenais, Basse-Goulaine, Carquefou, Couëron, Indre, La Chapelle-sur-Erdre, La Montagne, Orvault, Le Pellerin, Rézé, Sainte-Luce-sur-Loire, Saint-Herblain, Saint-Jean-de-Boiseau, Saint-Sébastien-sur-Loire, Les Sorinières, Thouaré-sur-Loire, Vertou, Sautron.

Agglomération de Saint-Nazaire

Saint-Nazaire, La Baule-Escoublac, Donges, Guérande, Montoir-de-Bretagne - Pornichet, Le Pouliguen, Trignac.

Département du Loiret (45)

Communes concernées :

Orléans, La Chapelle-Saint-Mesmin, Combleux, Fleury-lès-Aubrais, Ingre, Olivet, Ormes, Saint-Denis-en-Val, Saint-Jean-de-Braye, Saint-Cyr-en-Val, Saint-Jean-de-la-Ruelle, Saint-Jean-le-Blanc, Saint-Hilaire-Saint-Mesmin, Saran, Semoy, Saint-Pryvé-Saint-Mesmin.

Département de Maine-et-Loire (49)

Communes concernées :

Angers, Avrillé, Murs-Erigné, Les Ponts-de-Cé, Saint-Barthélemy-d'Anjou, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Trélazé, Beaucouzé, Bouchemaine, Ecoflant.

Département de la Marne (51)

Communes concernées :

Reims, Bétheny, Cormontreuil, La Neuville, Saint-Brice-Courcelles, Tinquex.

Département de Meurthe-et-Moselle (54)

Communes concernées :

Nancy, Dommartement, Essey-lès-Nancy, Heillecourt, Houdemont, Jarville-la-Malgrange, Laneuveville-devant-Nancy, Laxou, Malzeville, Maxeville, Saint-Max, Saulxures-lès-Nancy, Tomblaine, Vandoeuvre-lès-Nancy, Villiers-lès-Nancy, Art-sur-Meurthe, Fléville, Ludres, Pulnoy, Seichamps, Champigneulle.

Département du Morbihan (56)

Communes concernées :

Lorient, Lanester, Ploemeur, Larmor-Plage.

Département de la Moselle (57)

Agglomération de Metz

Metz, Le Ban-Saint-Martin, Châtel-Saint-Germain, Jussy, Lessy-Longeville-lès-Metz, Marly, Montigny-lès-Metz, Moulins-lès-Metz, Plappeville, Rozerieulles, Sainte-Ruffine, Saint-Julien, Scy-Chazelles, Vantoux, Vaux, Woippy.

Agglomération de Thionville

Thionville, Algrange, Fameck, Florange, Hayange, Knutange, Manom, Nilvange, Sérérange-Erzange, Terville, Yutz.

Département du Nord (59)

Lille et Roubaix, Tourcoing, Valenciennes.

Agglomération de Dunkerque

Communes concernées :

Cappelle-la-Grande, Coudekerque-Branche, Fort-Mardyck, Grande-Synthe, Leffrinckoucke, Tétéghem, Dunkerque.

Département du Pas-de-Calais (62)

Ville de Lens.

Département du Puy-de-Dôme (63)

Communes concernées :

Clermont-Ferrand, Aubière, Aulnat, Beaumont, Blanzat, Cébazat, Ceyrat, Chamalières, Châteaugay, Cournon-d'Auvergne, Durtol, Gerzat, Le Cendre, Lempdes, Nohanent, Romagnat, Royat.

Département des Pyrénées-Atlantiques (64)

Agglomération de Bayonne

Bayonne, Biarritz, Anglet, Boucau, Bidart, Saint-Pierre-d'Irube, Mouguerre, Arcangues, Guéthary, Bassussary, Tarnos, Ondres.

Agglomération de Pau :

Pau, Billère, Gelos, Jurançon, Buzanès, Lescar, Lons, Idron, Lée, Ousse, Sendets, Mazères-Lezons, Meillon, Aressy, Uzès, Rontignon, Narcastet.

Département des Pyrénées-Orientales (66)

Communes concernées :

Perpignan, Bompas, Cabestany, Pia, Saint-Estève, Toulouges.

Département du Bas-Rhin (67)

Communes concernées :

Bischheim, Eckbolsheim, Hoenheim, Ilkirch-Graffenstaden, Lampertheim, Lingolsheim, Mittelhausbergen, Mundolsheim, Niederhausbergen, Oberhausbergen, Ostwald, Reichstett, Schiltigheim, Souffelweyersheim, Strasbourg, Wolfisheim.

Département du Haut-Rhin (68)

Agglomération de Mulhouse

1. Partie centrale de l'agglomération comprenant les communes de :

Mulhouse, Brunstatt, Didenheim, Illzach, Kingersheim, Lutterbach, Morschwiller-le-Bas, Pfastatt, Riedisheim, Rixheim, Sausheim.

2. Deuxième zone de l'agglomération comprenant les communes de :

Habsheim, Richwiller, Ruelisheim, Staffelfelden, Wittelsheim, Wittenheim.

Département du Rhône (69)

Communes concernées :

Bron, Caluire-et-Cuire, Champagne, Chassieu, Décines-Charpieu, Ecully, La Mulatière, Lyon, Oullins, Pierre-Bénite, Rilleux-la-Pape, Saint-Fons, Sainte-Foy-lès-Lyon, Saint-Priest, Tassin-la-Demi-Lune, Vaux-en-Velin, Vénissieux, Villeurbanne.

Communes de la Courly :

Cailloux-sur-Fontaines, Charbonnières, Charly, Collonges, Corbas, Couzon-au-Mont-d'Or, Craponne, Dardilly, Feyzin, Fleurieu, Fontaines, Fontaines-Saint-Martin, Francheville, Limonest, Meyzieu, Mions, Rochetaillée, Saint-Cyr-au-Mont-d'Or, Saint-Didier-au-Mont-d'Or, Saint-Genis-Laval, Saint-Genis-lès-Ollières, Saint-Romain-au-Mont-d'Or, Satonay-Camp, Sathonay-Village, Solaise, Versaison.

Communes limitrophes :

Brignais, Chaponost, Genas, Saint-Symphorien-d'Ozon, Sérézin, Vourles.

Communes de la Courly :

Albigny, Curis-au-Mont-d'Or, Genay, La Tour-de-Salvigny, Montanay, Marcy-l'Etoile, Neuville-sur-Saône, Poleymieux-au-Mont-d'Or, Saint-Germain-au-Mont-d'Or.

Communes limitrophes :

Département du Rhône (69) :

Brindas, Chaponay, Chasselay, Communay, Dommartin, Grézieu-la-Varenne, Jonace, Marennes, Millery, Pusignan, Saint-Bonnet-de-Mure, Saint-Laurent-de-Mure, Saint-Pierre-de-Chandieu, Sainte-Consoce, Ternay, Toussieu, Simandres.

Département de l'Ain (1) :

Beynost, La Boisse, Miribel, Neyron, Saint-Maurice-de-Beynost, Thil.

Transport comportant un déplacement sur deux zones :

Ce forfait ne pourra être perçu qu'au-delà de 5 km en charge. En deçà de cette distance, sera perçu seulement le forfait applicable à la zone où le malade ou le blessé sera pris en charge.

Transport comportant un déplacement sur plus de deux zones :

Tarification normale, c'est-à-dire forfait départemental majoré de l'indemnité kilométrique.

Le franchissement d'une limite ne donnera lieu à perception du forfait supérieur que lorsqu'il sera dûment justifié par le raccourcissement de la distance parcourue.

Département de la Sarthe (72)

Communes concernées :

Le Mans, Coulaines, Sarge-lès-Le-Mans, Saint-Pavace, La Chapelle-Saint-Aubin, Rouillon, Allonnes, Yvré-l'Evêque, Arnage, Ruaudin, Change.

Département de la Seine-Maritime (76)

Agglomération rouennaise

Zone 1 :

Communes concernées :

Rouen intra-muros, Amfreville-la-Mivoie, Bihorel, Bois-Guillaume, Bonsecours, Darnétal, Déville-lès-Rouen, Mont-Saint-Aignan, Pont-Quevilly, Saint-Léger-du-Bourg-Denis, Sotteville-lès-Rouen.

Zone 2 :

Communes concernées :

Canteleu, Grand-Quevilly, Maromme, Mesnil-Esnard, Notre-Dame-de-Bondeville, Roncherol-sur-le-Vivier, Saint-Aubin-Epinay, Saint-Martin-du-Vivier

Zone 3 :

Communes concernées :

Belbeuf-Saint-Adrien, Boos, Fontaine-sous-Préaux, Franqueville-Saint-Pierre, Le Houlme, Houpeville, Isneauville, Montigny, Petit-Couronne, Saint-Etienne-du-Rouvray, Saint-Jacques-sur-Darnétal.

Zone 4 :

Communes concernées :

Gouy, Grand-Couronne, Malaunay, Oissel, Préaux, Quincampoix, Saint-Aubin-Celloville, Saint-Martin-de-Bosherville, Val de La Haye, Biessard, La Vaupalière.

Agglomération havraise

Zone 1 :

Communes concernées :

Le Havre, Saint-Adresse.

Zone 2 :

Communes concernées :

Harfleur, Montivilliers, Fontaine-la-Mallet.

Zone 3 :

Communes concernées :

Gainneville, Gonfreville-l'Orcher, Saint-Laurent-de-Brévedent.

Département des Yvelines (78)

Communes concernées :

Aubergenville, Buchelay, Coignières, Evécquemont, Epône, Elancourt, Les Clayes-sous-Bois, Flins-sur-Seine, Follainville-Dennemont, Jouars-Pontchartrain, Hardricourt, Gargenville, Maurepas, Médan, Issou, Le Mesnil-Saint-Denis, Meulan, Juziers, Neauphle-le-Château, Mézy-sur-Seine, Limay, Neauphle-le-Vieux, Les Mureaux, Magnanville, Plaisir, Triel-sur-Seine, Mantes-la-Jolie, Saint-Germain-de-la-Grange, Vaux-sur-

Seine, Mantes-la-Ville, Trappes, Verneuil-sur-Seine, Mézières-sur-Seine, Tremblay-sur-Mauldre, Vernouillet, Porcheville, La Verrière, Villennes-sur-Seine, Villepreux, Villiers-Saint-Frédéric.

Département de la Somme (80)

Communes concernées :

Amiens, Cagny, Camon, Dury, Longueau, Pont-de-Metz, Rivery, Saleux, Salouel.

Département du Var (83)

1. Forfait agglomération :

S'applique uniquement dans les trois zones citées ci-après, composant l'agglomération de Toulon.

Zone 1 :

Toulon, La Farlède, La Garde, Le Pradet, Le Revest, La Valette.

Zone 2 :

La Crau, Carqueiranne, Hyères, Solliès-Pont, Solliès-Toucas, Solliès-Ville.

Zone 3 :

La Seyne, Sanary, Saint-Mandrier, Six-Fours, Ollioules.

2. Forfait couvrant deux zones :

S'applique uniquement au-delà d'un minimum de 10 km. En deçà de ce minimum :

Pas de majoration pour les transports d'Ollioules sur Toulon ou vice versa (forfait agglomération).

Pour les courses traversant plus de deux zones (zone 2 vers zone 3 ou vice versa) tarification normale : forfait départemental + tarif kilométrique au-delà du 5e km).

Département de Vaucluse (84)

L'agglomération d'Avignon comprend les localités suivantes :

Avignon, Sorgues, Le Pontet, Saint-Saturnin-lès-Avignon, Châteauneuf-de-Gadagne, Jonquerettes, Vedène, Morières-lès-Avignon, Caumont, Châteaurenard, Barbentane, Rognonas, Villeneuve-lès-Avignon, Les Angles.

Le forfait agglomération s'applique à toutes les courses effectuées des localités de l'agglomération vers Avignon et vice versa et pour les transports effectués à partir de et vers les communes :

Sorgues, Le Pontet, Saint-Saturnin-lès-Avignon, Châteauneuf-de-Gadagne, Jonquerettes, Vedène, Morières-lès-Avignon, vers le centre hospitalier et la clinique Sainte-Catherine et vice versa.

L'application du forfait agglomération est étendue aux courses effectuées à partir de Montfavet (commune d'Avignon) vers Avignon pour les entreprises sises dans ce quartier. Le supplément cité supra leur est également applicable.

Département de la Haute-Vienne (87)

Communes concernées :

Limoges, Condat-sur-Vienne, Feytiat, Couzeix, Isle, Le Palais-sur-Vienne, Paazol.

Département de l'Essonne (91)

Communes concernées :

Corbeil-Essonnes, Courcouronnes, Etolles, Evry, Le Coudray-Montceaux, Mennecy, Morsang-sur-Seine, Ormoy, Saintry-sur-Seine, Saint-Germain-lès-Corbeil, Saint-Pierre-du-Perray, Villabé, Tigery, Soisy-sur-Seine, Bondoufle, Fleury-Mérogis, Grigny, Le Plessis-Pâté, La Ville-du-Bois, Longpont-sur-Orge, Morsang-sur-Orge, Montlhéry, Ris-Orangis, Sainte-Geneviève-des-Bois, Saint-Michel-sur-Orge, Villemoisson-sur-Orge, Viry-Châtillon, Villiers-sur-Orge, Arpajon, Avrainville, Boissy-sous-Saint-Yon, Brétigny-sur-Orge, Bruyères-le-Châtel, Egly, Ollainville, La Norville, Leuville-sur-Orge, Linas, Saint-Germain-lès-Arpajon.

Département du Val-d'Oise (95)

Communes concernées :

Cergy, Ennery, Eragny, Jouy-le-Moutier, Neuville, Osny, Pierrelaye, Pontoise, Saint-Ouen-l'Aumône, Auvers, Bessancourt, Butry, Champagne-sur-Oise, Frépillon, L'Isle-Adam, Jouy-le-Comte, Mériel, Méry, Parmain, Villiers-Adam, Valmondois.

A N N E X E 2

RELATIVE AUX TARIFS DU VSL

Article 1er

La présente annexe fixe les prix et les tarifs limites des transports sanitaires terrestres par VSL, effectués par des entreprises privées.

Ces tarifs sont obtenus en majorant de 0,9 % les tarifs des VSL, tels qu'ils résultent de l'arrêté interministériel du 1er mars 1997 relatif aux tarifs des transports effectués par des véhicules sanitaires légers, publié au Journal officiel du 14 mars 1997.

Cette annexe est applicable en l'attente d'une convention nationale régissant l'ensemble des transports assis professionnalisés, les parties signataires décident que l'application de cette dernière rendra obsolète cette annexe et ses dispositions se substitueront à celles de l'annexe de plein droit.

Article 2

Lorsque le prix d'un transport par VSL comporte un forfait départemental ou minimum de perception et un tarif kilométrique, le forfait prend au maximum une des valeurs suivantes :

Zone A : 11,81 EUR ;

Zone B : 11,47 EUR ;

Zone C : 10,75 EUR ;

Zone D : 10,21 EUR.

Le tarif applicable à chaque entreprise est celui du département où se situe le siège de l'entreprise, selon le classement figurant en complément I de l'annexe tarifaire de l'ambulance. Lorsque l'entreprise effectue des transports dans un autre département, le tarif applicable demeure celui-ci.

Le tarif kilométrique s'élève à 0,78 EUR (0,79 EUR en Corse).

Pour les entreprises situées dans la zone définie en complément II de l'annexe tarifaire de l'ambulance et pour la facturation des courses effectuées à l'intérieur de cette zone, le forfait départemental est remplacé par une prise en charge de 11,81 EUR ; les kilomètres parcourus sont facturés dès le premier kilomètre en charge.

Article 3

Les majorations en vigueur pour services de nuit, de dimanche et de jour férié définies à l'article 6 de la présente annexe relative au VSL s'appliquent au prix du transport établi selon les dispositions précédentes.

Article 4

Un supplément de 17,98 EUR peut être perçu pour chaque transport lorsque le malade est transporté dans un aéroport, un port ou une gare pour embarquement dans un avion, un bateau ou un train, ou pris en charge à sa descente d'avion, de bateau ou de train.

Les majorations pour services de nuit, de dimanche et jour férié ne s'appliquent pas à ce supplément.

Article 5

Les prix pratiqués seront affichés dans les locaux de réception de l'entreprise de façon à être directement lisibles de l'emplacement où se tient habituellement la clientèle. Ils seront également affichés de façon apparente dans chaque véhicule.

Chaque transport donnera lieu à l'établissement d'une facture. Celle-ci est communiquée à l'assuré qui règle son transport. Un double est tenu à sa disposition en cas de tiers payant.

Article 6

Structure de tarification du véhicule sanitaire léger

A. - Forfait départemental ou minimum de perception

Il comprend les prestations suivantes :

La mise à disposition du véhicule ;

La désinfection du véhicule éventuellement ;

La prise en charge du malade au lieu où il se trouve ;

Le transport du malade jusqu'au lieu de destination ;

En aucun cas, le conducteur et le véhicule ne peuvent être immobilisés plus de 15 minutes.

Le transport du malade dans la limite de 5 kilomètres en charge.

B. - Tarif kilométrique départemental

Il s'applique à la distance parcourue en charge avec le malade du lieu de départ au lieu d'arrivée, exprimée en kilomètres, déduction faite des 5 premiers kilomètres compris dans le minimum de perception.

Il couvre également toutes les prestations énumérées en A.

C. - Services de nuit

Entre 20 heures et 8 heures, le tarif de jour est majoré de 50 %.

Ce tarif s'applique intégralement lorsque plus de la moitié du temps du transport en charge est effectuée entre 20 heures et 8 heures.

Il ne s'applique pas dans le cas contraire.

D. - Service dimanche et jours fériés

Entre 8 heures et 20 heures, majoration de 25 % du tarif de jour. Entre 20 heures et 8 heures, application du tarif normal de nuit tel que prévu en C.

Le tarif du dimanche s'applique à compter du samedi 12 heures.

E. - Péages

Les droits de péage sont facturés en sus, sur justification, pour le parcours en charge et dans les mêmes conditions que celles prévues en matière d'ambulance par l'article 14 de la présente convention.

F. - Transport simultané de plusieurs malades

Lorsque plusieurs patients sont véhiculés, une facture doit être établie pour chacun d'eux. La facture doit comporter le prix du transport correspondant à la distance effectivement parcourue pour chaque intéressé dans la limite ci-après.

Les détours éventuels consécutifs à la prise en charge des patients en des points différents et quel que soit leur nombre qui est limité à trois, ne peuvent excéder de 10 kilomètres le trajet le plus direct. Les kilomètres supplémentaires sont facturables sur la base de la distance réellement parcourue pour chaque patient dans la limite de 10 km pour chacun d'entre eux.

Il est alors procédé à un abattement dont les modalités de calcul sont définies ci-après :

25 % pour deux patients présents dans le même véhicule, au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun.

40 % pour trois patients présents dans le même véhicule, au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun.

Il s'applique à la totalité de la facture (donc au poste de facturation « forfait départemental ou minimum de perception » et au poste « tarif kilométrique départemental ») majorée éventuellement ou bien pour transport de nuit, ou bien pour transport le dimanche ou jour férié.

Lorsqu'un véhicule effectue un transport comportant l'aller et le retour du (des) patient(s), deux transports sont facturables.

A N N E X E 3

DE LA CONVENTION NATIONALE DU TRANSPORT SANITAIRE

Accord national de bon usage des transports en ambulance.

Considérant l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, qui définit les AcBUS, un accord de bon usage des transports a été conclu entre les partenaires conventionnels, comme suit :

Préambule

Dans le cadre de la participation à l'aide médicale urgente, les ambulanciers privés sont chargés d'assurer, dans des délais compatibles avec l'état du patient, la prise en charge et le transport vers les établissements de santé conformément à la décision du médecin régulateur du centre 15.

A travers cet accord, les signataires entendent améliorer la qualité de la prestation de transport effectuée par les ambulanciers, dans le cadre de l'aide médicale urgente. Les signataires souhaitent ainsi promouvoir l'utilisation d'une fiche clinique du patient à remplir par les ambulanciers. Cet outil permet à l'ambulancier de mieux informer le SAMU-centre 15 de l'état du patient et d'apporter ainsi une réponse plus professionnalisée aux appels de la population.

Article 1er

Champ de l'accord

Le présent accord régit les obligations respectives des caisses et des transporteurs sanitaires conventionnés pour la mise en oeuvre de la fiche clinique du patient par les ambulanciers qui effectuent des missions dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Article 2

Objectifs médicalisés d'évolution des pratiques

Les parties signataires entendent par cet accord contribuer à améliorer la prestation ambulancière.

Cet accord a pour objectifs médicalisés d'évolution des pratiques :

- de valoriser le rôle de l'ambulancier par une meilleure liaison entre l'ambulancier et l'hôpital ;
- d'apporter une meilleure réponse aux patients.

Article 3

Formalisation de la fiche clinique du patient

Les parties signataires souhaitent que la fiche du patient tienne compte des items cliniques suivants :

- bilan lésionnel ;
- bilan respiratoire ;
- bilan circulatoire ;
- bilan de Glasgow ;
- nécessité ou pas d'un transport médicalisé.

Cette fiche de liaison est remplie par l'ambulancier lors du transport et remise au médecin régulateur du centre 15.

L'utilisation de cet outil suppose au préalable que l'ambulancier ait contacté le médecin régulateur par téléphone afin de lui transmettre le bilan clinique du patient. Ce dernier pourra alors déclencher le bon moyen de transport en fonction de la pathologie de la personne.

Un modèle de fiche de liaison est annexé comme exemple au présent accord.

L'élaboration de cette fiche est laissée à l'initiative des partenaires locaux. Elle sera soumise à l'avis du comité départemental d'aide médicale urgente (CODAMU).

Article 4

Actions mises en place

Les parties signataires conviennent qu'il est nécessaire de mettre en place des actions de communication.

Des actions d'information seront réalisées par les instances conventionnelles départementales afin d'inciter la profession à l'utiliser.

Article 5

Durée de l'accord

Cet accord prend effet un jour franc à compter de la date de publication au Journal officiel de l'approbation par les ministres. Il est conclu pour la durée de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les caisses nationales d'assurance maladie.

Article 6

Résiliation de l'accord

L'accord peut 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.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

Article 7

Application de l'accord

Cet accord s'applique sur l'ensemble du territoire national.

A N N E X E 4

DE LA CONVENTION NATIONALE DU TRANSPORT SANITAIRE

Contrat de bonne pratique

relatif à la prestation de transport en ambulance

En application de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, la convention nationale du transport sanitaire doit déterminer les conditions dans lesquelles les professionnels peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à une rémunération forfaitaire.

Ce contrat de bonne pratique précise les objectifs d'évolution de la pratique des professionnels et leurs engagements en ce sens.

Les partenaires ont défini les dispositions du contrat comme suit :

Préambule

Les parties signataires entendent améliorer la qualité du service rendu aux assurés sociaux en matière de prestations de transport en ambulance. Cette amélioration passe par une procédure de certification de services à laquelle les entreprises de transport sanitaire volontaires se soumettront. En contrepartie, l'assurance maladie leur versera un complément de rémunération forfaitaire qui devra être utilisé conformément à l'objet ci-dessus défini.

Le développement de la certification de services doit permettre cette amélioration de la qualité du service demandée par les assurés via les associations de consommateurs. Entre 2001 et le début de l'année 2002, un groupe de travail pluripartenarial sous l'égide du Conseil national de la consommation et relatif au transport sanitaire a notamment abordé le projet de certification de services du secteur d'activité comme un axe indispensable à l'amélioration du service rendu.

Les partenaires considèrent que la certification de services est une première étape d'évaluation et d'amélioration de la qualité du service rendu aux assurés sociaux qui doit être incitée grâce au présent contrat

et à la participation financière de l'assurance maladie mais qui vise aussi à moyen terme à permettre une prise en compte du niveau de qualité du service rendu au travers d'une tarification différenciée qui pourra être mise en oeuvre conventionnellement.

Cette première étape fixe les engagements des partenaires pour trois ans. La tarification différenciée, cible du projet d'amélioration de la qualité, pourra être discutée après un premier bilan du système incitatif mis en place par le présent accord, soit à partir de 2005.

Article 1er

Champ de l'accord

Le présent accord régit les obligations respectives des caisses et des transporteurs sanitaires conventionnés qui souhaitent individuellement et volontairement adhérer à un contrat de bonne pratique relatif à la certification de services des entreprises.

Article 2

Objectifs d'évolution des pratiques

La certification de services repose sur la définition de résultats à atteindre et d'indicateurs de mesure de ces résultats dans le cadre d'un référentiel de certification de services. Cette procédure est extrêmement encadrée. La loi du 3 juin 1994 et le décret du 30 mars 1995 ont étendu le champ de la certification aux prestations de services.

La certification de services est une démarche officielle (puisque le référentiel est publié au Journal officiel) qui permet à une profession de définir dans un référentiel des engagements de services, validés en concertation avec les représentants de clients consommateurs et des pouvoirs publics. Le référentiel, qui comporte un certain nombre d'engagements de services dont la base est notamment le respect de la réglementation, est établi par la profession en concertation avec les consommateurs, en essayant de réaliser un équilibre entre ce que le patient est en droit d'attendre d'une entreprise de transport sanitaire et ce que l'entreprise est en mesure d'apporter, en plus, au service rendu au patient.

La certification de services est une démarche volontaire de la part d'un prestataire qui se soumet à la procédure de certification de services établie par un tiers, organisme certificateur indépendant, accrédité auprès d'un organisme de contrôle qui sera défini par les partenaires dans le cadre de la Commission nationale de concertation, au plus tard le 30 juin 2003.

Une fois le référentiel établi, les entreprises volontaires contactent l'organisme certificateur et entrent dans la procédure de certification de services.

Les entreprises qui satisfont aux exigences du référentiel obtiennent leur certificat. Les organismes certificateurs ont mis en place les moyens (notamment visuels) qui permettent d'identifier clairement les entreprises certifiées au moyen par exemple de logos spécifiques qui peuvent être apposés dans les locaux et/ou sur les documents de l'entreprise et sur les véhicules.

Une information claire des clients, et en ce qui concerne le transport sanitaire des assurés, est faite sur la portée de la certification de services.

Une fois la certification de services obtenue pour trois ans, la qualité déterminée du service est garantie dans le temps grâce au plan de contrôle prédéfini auquel les certifiés doivent se soumettre pour garder le certificat ; pour ce faire et si besoin est, des actions correctrices sont demandées à l'entreprise.

Les domaines sur lesquels porte la certification de services peuvent être revus afin de tenir compte de l'évolution de l'activité.

Article 3

Le champ de la certification de services

Les partenaires s'engagent à ce que la certification de services des entreprises de transport sanitaire repose sur l'évaluation de certains items obligatoires.

Ces champs sont les suivants :

1. L'ensemble des règles édictées en matière de santé publique et de sécurité sociale doit être rappelé et contrôlé.

Il en est de même pour les obligations en matière d'assurance professionnelle.

En ce qui concerne plus particulièrement la prise en charge des transports par l'assurance maladie, l'entreprise doit être à même de renseigner les assurés.

2. L'accueil physique et téléphonique doit être abordé :

L'entreprise doit pouvoir accueillir dans un local les patients.

L'entreprise assure la traçabilité des demandes de transport.

La population ou les médecins doivent pouvoir joindre les entreprises de transport sanitaire directement ou indirectement pendant les heures d'ouverture et pendant les périodes où l'entreprise participe à la garde préfectorale.

Les véhicules doivent être joignables aux mêmes moments.

La propreté des personnels et des locaux doit faire l'objet d'engagements.

3. Les véhicules et leur équipement :

L'ensemble de la réglementation sur ce sujet doit être porté au référentiel et contrôlé.

Le niveau de propreté des véhicules doit être normé.

Le niveau de désinfection des véhicules et du matériel doit aussi être normé.

L'entreprise détermine au moyen d'un protocole « literie » les modalités de suivi du nettoyage et du change des draps et couvertures.

4. Un règlement intérieur (et dans le cas où celui-ci n'est pas obligatoire au regard du code du travail ; un règlement interne) doit être établi et communiqué au personnel.

5. Prestation de transport :

La qualité de la prestation doit faire l'objet d'engagements, notamment en ce qui concerne l'information des patients et leur manipulation.

6. Formalités de prise en charge :

L'entreprise met en place un descriptif des procédures de facturation.

L'entreprise doit s'assurer que tous les documents nécessaires à la prise en charge sont réunis.

7. Les litiges avec les assurés et les caisses doivent être traités dans un délai fixé.

8. Les actions nécessaires à la bonne réalisation des transports d'urgence doivent être définies, notamment l'information du CRRRA.

9. Formation :

La réglementation en ce domaine doit être rappelée et vérifiée.

Un plan de formation continue doit être élaboré et suivi.

10. Evaluation :

En plus de l'ensemble des points énoncés qui doivent être vérifiés, le référentiel doit comprendre une enquête de satisfaction des malades transportés, des prescripteurs et des organismes d'assurance maladie.

Un taux de satisfaction minimum doit être défini en deçà duquel des actions correctrices sont menées.

11. L'entreprise doit offrir le service de la télétransmission aux assurés sociaux. On entend par télétransmission le système d'établissement par le professionnel de la facturation des frais de transport sanitaire, sa dématérialisation et sa transmission électronique dans des conditions adaptées à l'exercice de la profession.

L'ensemble de ces objectifs doit être mesuré pour donner lieu à certification de services.

Le référentiel peut contenir tout autre objectif concret et mesurable complétant cette liste.

Article 4

Actions mises en place

Les parties signataires conviennent qu'il est nécessaire de favoriser la certification de services des entreprises de transport sanitaire qui est un véritable gage d'amélioration de la qualité du service rendu et d'évaluation de celui-ci.

Des actions d'information seront organisées par les organisations professionnelles représentatives de la profession et par les instances conventionnelles départementales afin d'inciter la profession à utiliser cette procédure.

Article 5

Engagements des partenaires

Les partenaires conventionnels examineront les référentiels de certification de services qui leur seront soumis par les organismes de certification de services et veilleront à ce que l'ensemble des aspects définis à l'article 3 soit abordé dans le référentiel avec un niveau d'exigence et de contrôle suffisant.

La commission nationale de concertation se saisira de cet examen préalablement à la validation des référentiels. Seules les procédures de certification de services engagées par des entreprises sur la base des référentiels qui auront reçu un avis favorable de la commission donneront droit au versement évoqué à l'article 8.

Cette procédure sera applicable, y compris pour les référentiels publiés avant la signature du présent contrat.

Article 6

Engagements relatifs aux modalités de suivi

de l'activité avec le service médical

Le suivi de l'activité de l'entreprise de transport sanitaire par le service médical portera sur l'évolution globale de l'activité et sur l'évolution par type de véhicule. Ce suivi sera réalisé sur la base de données statistiques

semestrielles des transports facturés (en volume et en montants remboursés) fournies par les services administratifs de la caisse primaire. Ce suivi du service médical sera communiqué au professionnel.

Article 7

Adhésion au CBP

Les adhésions sont individuelles, les entreprises volontaires qui entrent dans la procédure de certification de services peuvent adhérer au présent contrat en envoyant un courrier à la CPAM de leur lieu d'implantation au moment où elles obtiennent la certification de services et demandent le versement de la participation de l'assurance maladie. Elles adressent cette demande dans un délai de deux mois à compter de l'obtention du certificat. Dans le courrier adressé aux CPAM, les entreprises attestent avoir obtenu le certificat, les entreprises joignent à ce courrier d'adhésion la copie du certificat obtenu précisant la date d'obtention.

Article 8

Participation de l'assurance maladie

Les caisses versent pendant trois ans un forfait annuel aux entreprises qui ont obtenu leur certification de services et qui ont adhéré individuellement au présent contrat selon les modalités définies à l'article 7. Ce montant est versé annuellement sans être proratisé en fonction de la date d'obtention du certificat dans l'année civile considérée.

Les entreprises qui obtiennent le versement du forfait s'engagent à informer leur CPAM du maintien ou non de leur certificat pendant la période de trois ans pour laquelle il leur est initialement accordé. Cette information est nécessaire au suivi de l'accord par les partenaires.

L'objet du contrat est d'inciter les entreprises du secteur à intégrer cette démarche qualité le plus rapidement possible, c'est pourquoi les partenaires se sont entendus sur un forfait plus important lorsque l'entreprise obtient son certificat rapidement. En application de ce principe, le calendrier et les montants suivants sont arrêtés :

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 70 du 23/03/2003 page 5226 à 5239

Lorsqu'une entreprise obtient son certificat en 2003, les caisses lui versent un forfait annuel de 600 EUR à compter de cette année d'obtention.

Lorsqu'une entreprise obtient son certificat en 2004, les caisses lui versent un forfait annuel de 500 EUR à compter de cette année d'obtention.

Lorsqu'une entreprise obtient son certificat en 2005, les caisses lui versent un forfait annuel de 400 EUR à compter de cette année d'obtention.

Dès lors que la tarification cible différenciée évoquée au préambule est mise en oeuvre, les caisses ne versent plus les forfaits ci-dessus déterminés.

La CPAM verse le forfait au nom des autres régimes d'assurance maladie. Chaque année, elle transmet à la CNAMTS au cours du premier trimestre de l'année n + 1 un état des sommes versées, la CNAMTS se charge alors de récupérer la quote-part des autres régimes financeurs à hauteur des taux de répartition pris en application de l'article L. 722-4 du Css.

Article 9

Le suivi de l'accord

Les parties signataires dans le cadre de la commission nationale de concertation conviennent de faire un bilan annuel de l'application de l'accord. Le bilan doit porter sur le nombre d'entreprises certifiées et son évolution ainsi que sur la conservation du certificat pendant les trois ans pour lesquels il est initialement accordé. Les commissions de concertation départementales sont chargées d'établir chaque année ce bilan et de le transmettre à la commission nationale de concertation qui en fera l'analyse.

Article 10

Durée de l'accord

La durée de cet accord est de trois ans à compter de la date de publication au Journal officiel de son approbation ministérielle.

Article 11

Résiliation de l'accord

L'accord peut 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.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de deux mois.

Article 12

Application de l'accord

Cet accord s'applique sur l'ensemble du territoire national.

Paris, le 26 décembre 2002.

Pour les caisses nationales : M. Spaeth, Mme Gros, M. Quevillon.

Pour les syndicats : MM. Luisy (par délégation), Bocard, Morice, Maksymiuk.