



Document consultable dans Médi@m

Date :

04/04/2003

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Convention nationale

Liens :

Plan de classement :

2 22

Emetteurs :

MPS

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CRAM | <input type="checkbox"/> URCAM |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input type="checkbox"/> Agents Comptables | | | |
| <input type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input type="checkbox"/> Régionaux | <input type="checkbox"/> Chef de service | |
| | <input type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion | | |

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les entreprises de transport sanitaire privées et les caisses d'assurance maladie.

Mots clés :

**Le Directeur
Délégué aux Risques**

Pierre-Jean LANCERY



CIRCULAIRE : 53/2003

Date : 04/04/2003

Objet : Convention nationale

Affaire suivie par : MPS Isabelle IEM ☎ 01.42.79.34.69.

Dominique BOURLETTE-HEURTON ☎ 01.42.79.36.85

☎ 01.42.79.36.44.

Madame, Monsieur le Directeur,

Le 26 décembre 2002, les quatre syndicats nationaux représentatifs des transporteurs sanitaires et les trois caisses nationales d'assurance maladie ont signé une nouvelle convention pour une durée de cinq ans.

La signature de cette nouvelle convention a un double objet : actualiser le texte conventionnel régissant nos rapports, le compléter sur certains chapitres. De plus, elle permet la mise en conformité de la convention nationale au regard de la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des relations conventionnelles avec les professions de santé libérales qui a créé de nouveaux outils conventionnels et réorganisé la régulation des dépenses de santé.

Un nouveau schéma contractuel est défini grâce à l'Accord Cadre Inter-Professionnel (ACIP), (article 162-1-11 du Code de la Sécurité Sociale) qui dessine le contour des dispositions communes à l'ensemble des professions de santé et prestataires de services. Cet accord cadre est en cours de finalisation ; Les conventions catégorielles par profession perdurent en ce qu'elles contiennent les dispositions spécifiques liées à l'exercice d'une profession et surtout à ses rapports avec l'assurance maladie. A ce titre, la convention nationale du transport sanitaire a été mise à jour, elle est entrée en application le 25 mars 2003 (parution au J.O. du 23 mars 2003). Elle contient en annexes un Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS tel que prévu à l'article L.162-12-17 du C.S.S.) et un Contrat de Bonne Pratique (CBP tel que prévu à l'article L. 162-12-18 du C.S.S.). La loi du 6 mars 2003 n'a pas rendu le Contrat de Santé Publique accessible aux transporteurs sanitaires. Ces outils visent à redéfinir les pratiques

professionnelles en ajoutant un étage parfois optionnel au dispositif conventionnel pré-existant.

La présente circulaire a pour objet de présenter l'ensemble des dispositions nouvelles introduites à la convention nationale du transport sanitaire, à l'exception de ce qui concerne l'AcBUS et le CBP car ces nouveaux outils sont décrits aux caisses dans une circulaire spécifique indépendante, rédigée pour l'ensemble des professions impactées.

En résumé, en matière d'engagements collectifs, l'AcBUS est relatif à l'utilisation d'une fiche d'informations en cas de transports en ambulance effectués à la demande du centre 15, en ce qui concerne les engagements individuels, le CBP a pour objet d'accompagner et d'inciter la profession à entrer dans une démarche de certification, démarche qu'elle vient d'initialiser. La cible à la fin de la durée du contrat est de mettre en œuvre une tarification différenciée sur des critères de qualité.

I – Une convention nationale réécrite dans la perspective d'une future convention indépendante de celle du transport sanitaire régissant l'ensemble du champ du transport assis professionnalisé :

Le nouveau texte conventionnel isole le VSL de l'ambulance dans l'attente d'une convention nationale de transport assis professionnalisé en leur consacrant deux parties distinctes au-delà des deux premiers chapitres qui énoncent des dispositions communes. Les chapitres III à IX et l'annexe I sont consacrés à l'ambulance, alors que le chapitre X et l'annexe II sont dédiés au VSL.

Les partenaires se sont accordés pour que les dispositions relatives au VSL isolées dans ce nouveau texte deviennent obsolètes dès lors qu'une convention spécifique régissant l'ensemble du transport assis professionnalisé entrera en vigueur.

II – Tout transporteur sanitaire qui prétend au conventionnement doit être à jour de ses cotisations sociales salariales et patronales :

Cette disposition nouvelle, conditionne l'accès au conventionnement et son maintien (articles 2 et 20). Les partenaires conventionnels ont estimé cette disposition indispensable d'une part car la participation au système de soins est paradoxale lorsque les cotisations sociales ne sont pas acquittées et d'autre part car cela crée une distorsion de concurrence entre ceux qui les acquittent et les autres sur un même marché.

Lors de l'envoi de la convention nationale pour adhésion expresse du transporteur sanitaire, les caisses demandent une attestation écrite de l'URSSAF dont dépend le transporteur sanitaire, mentionnant qu'il est à jour de ses cotisations ou le cas échéant qu'il s'est engagé à l'apurement d'une dette. Le transporteur sanitaire renvoie ce document avec son adhésion. Les caisses pourront accepter des attestations écrites émises par les URSSAF au maximum trois mois avant la date d'adhésion. Après la

première année d'adhésion, tous les ans le transporteur adresse au cours du premier trimestre à sa caisse de rattachement une attestation portant sur le paiement des cotisations de l'année $n - 1$. Dans le cas contraire, la procédure de déconventionnement prévue à l'article 17 est mise en œuvre.

Les autres dispositions relatives aux adhésions n'ont pas été modifiées et perdurent.

III- La facturation et le remboursement des frais de transport sanitaire :

Différentes dispositions ont été revues.

1 : Les renseignements relatifs au transport doivent figurer sur la facture ou sur l'annexe éventuelle :

Cette modification permet au transporteur sanitaire de ne porter qu'une fois les mentions nécessaires au remboursement des frais de transport sanitaire sur les imprimés à cet effet.

L'article 11 a été revu afin d'éviter les redondances entre les documents de facturation. 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 mention portée sur la facture est facultative sur l'annexe. Il en va de même de la signature de la personne transportée.

2 : Le transporteur sanitaire peut attester des cas où la signature de l'assuré ne peut être portée sur les documents de facturation :

L'article 11 stipule que 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* ».

Cette attestation ne concerne que les cas où la personne transportée est l'assuré et que son état physique ou psychique rend la signature impossible. En aucun cas cette possibilité d'attestation par le transporteur sanitaire ne peut devenir un automatisme ou un cas général visant à dispenser l'assuré d'une signature qu'il peut réaliser. Les caisses prévoient les contrôles a posteriori ciblés afin de vérifier qu'il ne se produit pas de dérive en ce sens. Les cas de dérives éventuellement constatés devront être examinés en Commission départementale et donner lieu à un rappel avant toute autre action conventionnelle des règles de facturation et de l'objet de cette disposition nouvelle auprès du professionnel concerné.

3 : La procédure d'entente préalable :

L'article 6 prévoit que lorsque le service médical se prononce en cours de réalisation d'une prescription de transport en série, l'interruption de cette série intervient le lendemain (et non plus le jour même) du jour de la réception de la notification de la caisse.

4 : Les documents ouvrant droit à la prise en charge :

La convention rappelle l'ensemble des documents nécessaires (article 10). Les partenaires se sont accordés sur l'idée d'une définition en local des documents supplémentaires qui accompagnent les documents nationaux certifiés (facture et entente préalable).

En ce qui concerne la prescription médicale du transport sanitaire, sa production à l'appui de la demande de remboursement est indispensable. En principe, elle est établie a priori, en cas d'urgence elle peut être établie a posteriori par le médecin de la structure hospitalière d'accueil du patient ou par le médecin régulateur. Pour résoudre la difficulté liée à la production par le médecin régulateur d'un justificatif a posteriori, l'article 6 prévoit une solution spécifique développée à l'article 10.

Pour les appels émanant du centre 15, le justificatif engageant la responsabilité du médecin régulateur et valant prescription doit être défini par une clause locale négociée au niveau départemental en Commission de Concertation. Sur ce sujet, compte tenu de l'objet du justificatif, il est opportun que le ou les médecins régulateurs soient associés à cette définition.

L'annexe et le bordereau récapitulatif sont aussi définis localement.

En cas de non-remboursement d'un dossier, il est prévu expressément que les caisses renvoient l'ensemble des éléments originaux en leur possession au transporteur sanitaire.

Les partenaires ont souhaité souligner leur intérêt quant à l'intégration de la profession dans le système SESAM-Vitale. Cependant, celle-ci n'étant pas prévue dans la prochaine version du cahier des charges du système, cette intégration a seulement été évoquée.

5 : La procédure d'acomptes préexistante est ouverte à l'ensemble des régimes (article 10).

IV- Tarifs :

En application de la loi du 6 mars 2002, l'article 4 prévoit que les tarifs sont fixés par voie d'avenants à la convention.

L'article 9 prévoit que toute prestation complémentaire demandée par l'assuré et non couverte par la tarification en vigueur (voir annexes relatives à la tarification de l'ambulance et du VSL qui décrivent les éléments du service rendu compris dans les tarifs) doit figurer sur la facture.

En conséquence, le transporteur fait son affaire du paiement de ses sommes, comme c'est le cas pour le ticket modérateur qui reste à la charge de l'assuré.

Erratum : à l'annexe 1 portant sur les tarifs de l'ambulance ; au 5^{ème} paragraphe lire :
" les forfaits sont facturables dans les communes listées au complément IV "
et non " V".

VI- La dispense d'avance des frais :

Les dispositions relatives à l'ouverture des droits des assurés sont actualisées pour tenir compte de la diffusion de la carte Vitale et de l'attestation papier d'accompagnement (article 5).

En cohérence avec les articles relatifs à la tarification, la mise en œuvre de la procédure de dispense d'avance des frais n'est pas conditionnée par le paiement du ticket modérateur ou des prestations complémentaires telles qu'évoquées à l'article 9.

VII- Les Commissions de Concertation voient leur rôle renforcé :

1- La Commission Nationale de Concertation :

Sa composition est inchangée, mais elle invite, avec voix consultative, un représentant de la Commission Paritaire Nationale des médecins libéraux et un représentant de la Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins, au moins une fois par an (article 21 qui précise aussi que son secrétariat est tenu par la CNAMTS).

La nouvelle convention étoffe les missions de la commission nationale (article 22), notamment :

- 1) 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.
- 2) Elle veille, en cas de carence d'une commission paritaire départementale, au respect des règles conventionnelles dans ce département.
- 3) Elle examine deux fois par an l'évolution des dépenses de transport sanitaire.
- 4) 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.
- 5) 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 œuvre et à l'application de la convention.
- 6) La Commission Nationale prépare les engagements liés à l'activité qui peuvent être pris par les parties signataires afin d'influer sur l'activité.
- 7) 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.

Compte tenu de l'actualité conventionnelle de la profession, les premiers travaux qui vont être menés concernent la garde ambulancière et la revalorisation de l'ambulance. En ce qui concerne les travaux sur la garde, l'accord entre les partenaires fera l'objet d'un avenant numéro 1 à la nouvelle convention et les caisses seront informées dès sa mise en application. En ce qui concerne la revalorisation l'article 28 de la convention nationale prévoit d'ailleurs une date butoir pour aboutir sur ce dossier au 31 mars 2003.

2- la Commission Départementale de Concertation :

A l'instar des autres catégories de professionnels de santé, la Commission de concertation devient départementale.

La composition de la commission départementale revue en 2000 est reprise dans le corps de la convention (article 23) :

La section professionnelle comprend :

- quatre titulaires et quatre suppléants, désignés d'un commun accord par les syndicats départementaux régulièrement constitués affiliés aux organisations syndicales représentatives du transport sanitaire signataires de la présente convention.

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.

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.

L'article 24 définit les règles de quorum et de vote de l'instance paritaire :

- 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 prépondérante.

Les convocations et les documents sont adressés aux participants au moins dix jours ouvrés avant la date de la réunion (article 25).

VIII- Le chapitre VII dédié à la régulation est revu entièrement : de la gestion par enveloppe fermée à la création de nouveaux outils de régulation conventionnels :

La convention est mise en conformité avec la loi du 6 mars 2002 : les annexes 3 et 4 comportent un Accord de Bon Usage des Soins et un Contrat de Bonne Pratique. La mise en œuvre de ces nouveaux outils conventionnels va conduire les caisses à investir

un champ supplémentaire au niveau de la vie conventionnelle puisque à la gestion traditionnelle du conventionnement (champ de la convention nationale) va s'ajouter la gestion et le suivi des adhésions individuelles et volontaires des professionnels qui souhaiteront adhérer au CBP.

Une circulaire spécifique est adressée aux caisses sur ce sujet qui présente les outils pour toutes les catégories de professionnels qui ont vu leur convention mise en conformité avec la loi du 6 mars 2003. A noter en ce qui concerne le suivi des engagements du transporteur, la définition de la méthode de suivi est confiée pour tout le territoire à l'URCAM de Bretagne.

IX- La mise hors convention :

La convention stipule que 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 : Tribunal Administratif, CAA et Conseil d'Etat. Pour répondre à l'interrogation de caisses primaires, il est rappelé que la contestation devant la juridiction administrative n'est pas suspensive, ce qui n'empêche pas les caisses qui souhaitent éviter des rétablissements a posteriori dans le cas d'une contestation qui se révélerait favorable au professionnel, de notifier une décision applicable deux mois après la date de notification, une fois celle-ci devenue définitive. Un avenant sur la garde est en cours de finalisation. Les caisses seront informées des dispositions applicables dès l'avenant conclu.

***Des fascicules de la convention sont en cours d'impression
et seront routés vers les caisses qui devraient en disposer
à partir de la mi-avril 2003.***