

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 3 mai 2023 portant approbation de l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie signée le 26 décembre 2002

NOR : SPRS2312240A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie, annexée au présent arrêté, conclu le 13 avril 2023, entre la Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA) et la Fédération nationale de la mobilité sanitaire (FNMS), l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

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

Fait le 3 mai 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La directrice générale de l'offre de soins,
M. DAUDÉ*

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service adjointe
au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER

ANNEXE

AVENANT 11 À LA CONVENTION NATIONALE DES TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS

Entre :

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

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

Et :

La Chambre nationale des services d'ambulances, représentée par M. Dominique Hunault, son président ;

La Fédération nationale de la mobilité sanitaire, représentée par M. Thierry Schifano, son président ;

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

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les entreprises de transport sanitaire privé et l'Assurance maladie signée le 26 décembre 2002, ses annexes et avenants ;

Il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant conviennent que la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les organismes d'Assurance maladie obligatoire, signée le 26 décembre 2002 susvisée, modifiée par avenants et reconduite tacitement depuis cette date est modifiée par les dispositions suivantes.

Préambule

L'évolution de l'organisation des soins liée à différents facteurs comme le vieillissement de la population et la structuration de l'offre de soins (regroupement géographique de plateaux techniques, développement de la chirurgie ambulatoire...) entraîne un recours de plus en plus accru aux transports sanitaires.

Dans le contexte d'une situation économique marquée par le renchérissement des coûts de production globaux (dont notamment les charges salariales), qui a conduit aux versements de financements exceptionnels de l'Etat aux transporteurs sanitaires depuis 2019, ces négociations poursuivent l'objectif partagé d'assurer un accès global et efficient aux soins et à la santé sur l'ensemble du territoire et pour tous les patients tout en assurant la soutenabilité financière de ces transports pour les entreprises qui les assurent. Elles s'inscrivent dans la continuité des mesures de revalorisations tarifaires et organisationnelles entreprises dans le cadre de l'avenant 10, entré en vigueur en mars 2021.

Ainsi, les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser les tarifs des véhicules sanitaires légers (VSL) et de l'ambulance en privilégiant notamment les transports programmés et les trajets de courtes distances pour lesquels des constats de carence sont réalisés. Une majoration du supplément pour le VSL réalisant des transports de patients utilisant leur fauteuil roulant est également prévue afin d'inciter au transport des personnes à mobilité réduite.

En outre, les partenaires conventionnels souhaitent reconnaître les compétences et l'investissement des transporteurs sanitaires en proposant un forfait annuel par véhicule.

De plus, conscients des enjeux écologiques majeurs dans le secteur du transport sanitaire, il est proposé, pour la toute première fois, une majoration du forfait annuel pour les véhicules électriques.

Par ailleurs, les partenaires soutiennent des mesures fortes d'efficience qui passent par le développement du transport partagé, la poursuite des travaux en lien avec le ministère sur les plateformes de commande de transports et l'obligation de l'utilisation de la géolocalisation, de la certification des flux et de la facturation SEFI.

Enfin, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de mettre en place des clauses de revoyure notamment pour suivre les économies générées par les mesures d'efficience, l'évolution de dépenses remboursables de transports sanitaires, l'évolution du contexte économique du secteur et le bilan des mesures mises en œuvre par cet avenant.

Une revalorisation tarifaire en deux temps s'appliquera :

- la première revalorisation, socle, s'appliquera à compter du 1^{er} novembre 2023 ou, si cette date est postérieure, au plus tard à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- la deuxième revalorisation, conditionnée à la mise en œuvre de mesures d'efficience, interviendra le 1^{er} janvier 2025.

Une partie de ces revalorisations sont spécifiques aux véhicules équipés d'un logiciel de géolocalisation certifié respectant le cahier des charges en annexe 1 du présent avenant et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l'annexe 2.

I. – La valorisation socle des transports en VSL

Article 1^{er}

Tarification VSL

Les forfaits départementaux des zones A, B, C, D sont revalorisés et convergent vers un tarif unique. Le montant de ce forfait est majoré pour les véhicules équipés d'un logiciel de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie respectant le cahier des charges prévu en annexe 1 du présent avenant et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l'annexe 2.

L'**indemnité kilométrique** des transports de patients en VSL et les **tarifs kilométriques « trajets courts »** sont également revalorisés.

Ainsi, à compter du 1^{er} novembre 2023 ou, si cette date est postérieure, au plus tard, à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les tarifs applicables sont :

Tarification VSL	Tarifs applicables au 01/11/2023 (en euros)	Tarifs majorés (*) applicables au 01/11/2023 (en euros)
Forfait départemental zone A (IDF)	14,33 €	15,00 €
Forfait départemental zone B (urbains)	13,92 €	15,00 €
Forfait départemental zone C (ruraux)	13,04 €	15,00 €

Tarification VSL	Tarifs applicables au 01/11/2023 (en euros)	Tarifs majorés (*) applicables au 01/11/2023 (en euros)
Forfait départemental zone D (montagneux)	12,33 €	15,00 €
Prise en charge	15,58 €	16,00 €
Tarif kilométrique	1,07 €	1,07 €
Valorisation trajet court ≤ 7 km parcourus	8,54 €	8,54 €
Valorisation trajet court > 7 et ≤ 8 km parcourus	7,68 €	7,68 €
Valorisation trajet court > 8 et ≤ 9 km parcourus	7,03 €	7,03 €
Valorisation trajet court > 9 et ≤ 10 km parcourus	6,35 €	6,35 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 11 km parcourus	5,22 €	5,22 €
Valorisation trajet court > 11 et ≤ 12 km parcourus	4,62 €	4,62 €
Valorisation trajet court > 12 et ≤ 13 km parcourus	4,01 €	4,01 €
Valorisation trajet court > 13 et ≤ 14 km parcourus	3,41 €	3,41 €
Valorisation trajet court > 14 et ≤ 15 km parcourus	2,80 €	2,80 €
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 16 km parcourus	2,07 €	2,07 €
Valorisation trajet court > 16 et ≤ 17 km parcourus	1,50 €	1,50 €
Valorisation trajet court > 17 et ≤ 18 km parcourus	0,91 €	0,91 €

(*) Pour les entreprises dont l'ensemble des véhicules sont équipés d'un système de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie tel que défini dans l'annexe 1 et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l'annexe 2.

Le cas échéant, si les conditions techniques ne permettent pas la mise en place d'une **facturation différenciée** dans le système d'information de l'Assurance maladie pour les véhicules équipés d'un logiciel de géolocalisation certifié et facturant avec le télé-service « SEFI », alors les partenaires conventionnels conviennent de la mise en place temporaire d'une rémunération forfaitaire en substitution des tarifs majorés qui sera définie par avenant.

Article 2

Supplément forfaitaire pour les TPMR

Le supplément forfaitaire pour les transports de patients à mobilité réduite utilisant leur fauteuil roulant personnel et ayant recours à un véhicule sanitaire spécialement adapté pour être transportés tel que prévu par l'avenant 9 à la convention nationale, est porté à 30 € à compter du 1^{er} novembre 2023 ou, si cette date est postérieure, au plus tard, à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 3

Forfait annuel par véhicule électrique

Conscients des enjeux écologiques majeurs dans le secteur du transport sanitaire et afin de valoriser les compétences et l'investissement des transporteurs sanitaires, un forfait annuel VSL électrique fixé à 300 € par véhicule 100 % électrique est mis en place. Le forfait est versé au premier trimestre de l'année N au titre de l'année N-1 sur la base d'un parc de véhicule constaté au 30/09/N-1.

Article 4

Le transport partagé en VSL

Article 4.1. La tarification des transports partagés en VSL.

Pour rappel, lorsque le transport est réalisé avec deux ou trois patients dans le véhicule, une facture est établie pour chaque patient.

La facture comporte le détail de la tarification du transport correspondant à la distance effectivement parcourue pour chaque patient dans les conditions suivantes : les détours éventuels consécutifs à la prise en charge du premier patient et du second patient et entre le second et le troisième sont limités à 10 kms et aucun détour n'est autorisé entre le troisième patient et le point d'arrivée (soit au total 10 kms maximum de détours pour un transport partagé de deux patients, et 20 kms maximum de détours pour un transport partagé de trois patients).

Pour les entreprises dont l'ensemble des véhicules sont équipés d'un système de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie tel que défini dans l'annexe 1 et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l'annexe 2, les taux d'abattement sont les suivants :

- 15 % pour deux patients présents dans le même véhicule, quel que soit le parcours réalisé en commun ;
- 33 % pour trois patients présents dans le même véhicule, au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun.

Les autres niveaux d'abattement appliqués par l'Assurance maladie aux entreprises ne sont pas modifiés. L'abattement s'applique à la totalité de la facture comprenant le forfait départemental ou minimum de perception et le tarif kilométrique départemental, majorés le cas échéant, en cas de transport de nuit, de transport le dimanche ou un jour férié.

Article 4.2. Le dispositif financier incitatif et de pénalisation.

Les parties signataires souhaitent favoriser la pratique du transport partagé et se fixent comme objectif d'augmenter significativement la part des transports partagés.

Le dispositif financier, incitatif et de pénalisation, introduit par l'avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires est maintenu.

Du fait de la crise sanitaire, et de l'interdiction de faire du transport partagé, l'entrée en vigueur de cette mesure a été reportée. d'une année. Ainsi, la première rémunération sera versée en 2023 au titre de 2022 et l'éventuelle pénalité sera quant à elle applicable en 2024 au titre de 2023. Ce modèle de rémunération est valable deux ans.

A l'issue des 2 ans, en fonction des résultats les parties signataires peuvent revoir ces modalités globales de rémunération, d'incitation et de pénalisation. A défaut, les modalités en vigueur à la date de publication du présent avenant demeurent applicables.

II. – La valorisation socle des transports en ambulance

Article 5

Tarification ambulance

Les forfaits départementaux, agglomération et prise en charge sont revalorisés. Le montant de cette revalorisation est majoré pour les véhicules équipés d'un logiciel de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie respectant le cahier des charges prévu en annexe 1 du présent avenant et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l'annexe 2.

L'**indemnité kilométrique** des transports de patients en ambulance et les **tarifs kilométriques « trajets courts »** sont également revalorisés.

Ainsi, à compter du 1^{er} novembre 2023 ou, si cette date est postérieure, au plus tard, à l'expiration du délai prévu à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les tarifs applicables sont :

Tarification ambulance	Tarifs applicables (en euros) au 01/11/2023	Tarifs majorés (*) applicables (en euros) au 01/11/2023
Forfait départemental	52,41 €	54,65 €
Forfait agglomération	58,53 €	61,03 €
Prise en charge	65,51 €	68,30 €
Tarif kilométrique	2,44 €	2,44 €
Valorisation trajet court <= 5 km parcours	8,70 €	8,70 €
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcours	6,84 €	6,84 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcours	4,97 €	4,97 €
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcours	3,11 €	3,11 €

(*) Pour les entreprises dont l'ensemble des véhicules sont équipés d'un système de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie tel que défini dans l'annexe 1 et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l'annexe 2.

Le cas échéant, si les conditions techniques ne permettent pas la mise en place d'une facturation différenciée dans le système d'information de l'Assurance maladie pour les véhicules équipés d'un logiciel de géolocalisation

certifié et facturant avec le télé-service « SEFI », alors les partenaires conventionnels conviennent de la mise en place d'une rémunération forfaitaire en substitution des tarifs majorés qui sera définie par avenant.

Article 6

Forfait annuel par ambulance

Article 6.1. Forfait par ambulance.

Afin de valoriser les compétences et l'investissement des transporteurs sanitaires, un forfait annuel ambulance fixé à 1 100 € par véhicule est mis en place.

Le forfait est versé au premier trimestre de l'année N au titre de l'année N-1 sur la base d'un parc de véhicule constaté au 30/09/N-1.

Les ambulances ayant une activité annuelle inférieure à 1 000 kms facturés à l'assurance maladie ne sont pas éligibles à ce forfait.

Article 6.2. Majoration forfait véhicule « électrique ».

Conscients des enjeux écologiques majeurs dans le secteur du transport sanitaire, une majoration du forfait annuel de 100 % pour les ambulances 100 % électrique est proposée.

Le forfait est alors porté à 2 200 € par ambulance.

III. – Les transports urgents réalisés à la demande d'une unité participant au service d'aide médicale urgente

Les articles 13 à 18 de l'avenant 10 à la convention nationale sont supprimés et remplacés comme suit :

Article 7

Le modèle de rémunération TUPH

Le modèle s'appuie sur trois composantes tarifaires constituant la rémunération du transporteur sanitaire qui effectue des interventions et des transports UPH à la demande du SAMU :

- un forfait de 150 € par trajet incluant les 20 premiers km parcourus ;
- un tarif kilométrique 2,32 € applicable à partir du 21^e km, conformément à l'article 5 (relatif à la tarification des ambulances) du présent avenant ;
- un coût horaire de 64,00 € pour évaluer le revenu minimal garanti à percevoir exclusivement par les entreprises qui assurent des services ambulanciers UPH et inscrites à ce titre au tableau de service départemental fixé par les ARS et les ATSU.

Cette rémunération ne donne pas lieu à la facturation des majorations de nuit, dimanche et jour férié.

Article 8

Les interventions non suivies de transports vers les services d'urgence ou « sorties blanches »

Les interventions réalisées vers le point de prise en charge du patient mais non suivies de transports vers les services d'urgence ou « sorties blanches » sont payées intégralement par l'Assurance maladie obligatoire au tarif forfaitaire de 80 € la sortie.

Le paiement de ces interventions est réalisé par la caisse de rattachement du transporteur sanitaire a posteriori tous les mois, sur la base des informations fournies par le coordonnateur ambulancier.

Article 9

Le revenu complémentaire au revenu minimal garanti

Afin de rémunérer le transporteur sanitaire investi dans les services ambulanciers UPH mais dont le nombre d'interventions serait insuffisant pour assurer son équilibre économique, un revenu complémentaire est versé afin d'atteindre un revenu minimal garanti calculé selon les règles suivantes :

- versement à l'entreprise d'un montant équivalent au coût horaire fixé à 64 € intégralement à la charge de l'Assurance maladie obligatoire dans la limite du nombre d'heures par moyen de service ambulancier TUPH, tel que défini par le cahier des charges de l'Agence régionale de santé et le tableau de service ;
- déduction faite :
 - des interventions facturées à l'Assurance maladie ;
 - des interventions demandées par le SAMU mais non réalisées par manquement du transporteur inscrit au tableau de garde ; le tarif actuellement en vigueur de ces interventions est de 150 euros ;
 - des interventions vers le point de prise en charge du patient mais non suivies de transports facturés vers les services d'urgence.

Le paiement des interventions réalisées vers le point de prise en charge du patient mais non suivies de transports vers les services d'urgence ou « sorties blanches » est effectué simultanément au paiement du revenu complémentaire au revenu minimal garanti.

Article 10

Les données transmises par le coordonnateur ambulancier

Le coordonnateur ambulancier gère les informations suivantes :

- le tableau de service ambulancier UPH et son suivi ;
- le tableau de service ambulancier UPH réalisé ;
- la réception des demandes d'intervention UPH émanant du centre 15 ;
- la transmission des interventions UPH demandées par le centre 15 aux entreprises figurant au tableau de service ambulancier UPH ;
- le recensement des indisponibilités opérationnelles liées au non-respect des engagements des entreprises figurant au tableau de service ambulancier UPH ;
- l'identification des interventions non suivies de transport ou non facturables ;
- les informations concernant l'activité effectuée par les entreprises auprès de ces dernières ;
- l'état de l'activité conforme au cahier des charges soumis à chaque entreprise concernée en vue d'une validation de ces dernières dans le cadre d'un échange contradictoire ;
- la qualification des indisponibilités des moyens ambulanciers de service UPH comprenant notamment les carences de moyens liées au non-respect de l'entreprise figurant au tableau de service ambulancier UPH.

Pour assurer la mise en œuvre du dispositif du revenu minimal garanti, l'Assurance maladie reçoit du coordonnateur ambulancier par un système informatisé les informations mensuelles suivantes, au plus tard dans les 10 jours du mois suivant :

- date du service ambulancier UPH réalisé ;
- nombre de moyens ;
- durée du service ambulancier UPH par moyen(s) ;
- numéro assurance maladie du transporteur de garde et numéro assurance maladie du transporteur si transport réalisé hors garde ;
- identification du secteur ;
- nombre de interventions y compris les « sorties blanches » avec leurs dates et heures ;
- nombre d'indisponibilités (organisationnelles et/ou de moyens) si pas de sortie(s) sans motif, avec distinction carence organisationnelle par absence de moyens opérationnels et/ou si le ou les moyens sont déjà en intervention (sur la totalité du trajet total parcouru, y compris retour à vide depuis le service d'accueil du patient) ou carence par autre transporteur.

L'ensemble de ces données sont partagées entre le coordonnateur et le transporteur sanitaire.

Les partenaires conventionnels s'entendent pour continuer les travaux visant à simplifier et fiabiliser la saisie des données utiles au paiement du revenu complémentaire au RMG et des sorties blanches.

Article 11

Modalité de paiement des TUPH

Les interventions et les transports au titre du service ambulancier UPH sont réglés par la caisse de rattachement de l'assuré sur facture du transporteur sanitaire.

Le complément au minimum garanti est calculé chaque mois et est versé par la caisse de rattachement du transporteur sanitaire, au plus tard dans le mois suivant le mois de référence.

Article 12

Clause de revoyure TUPH

Les partenaires conventionnels s'engagent à réaliser un bilan de la réforme (économique, organisationnel, processus de paiement) d'ici le mois de septembre 2023 et à revoir, le cas échéant, les modalités de tarification et de règlement en fonction des constats dressés.

IV. – *Permettre une meilleure prise en charge des transports bariatriques*

Article 13

Transports bariatriques

La définition d'un modèle économique pour les transports bariatriques doit se poursuivre, avec pour objectif de conforter l'équilibre économique de cette activité en tenant compte des coûts supplémentaires d'équipement et de main d'œuvre occasionnés par ces transports.

Dans cette perspective, les partenaires conventionnels s'engagent à proposer, dès la finalisation par le ministère en charge de la santé et de la prévention d'un cahier des charges propre à cette activité, un modèle tarifaire dans le cadre de discussions devant conduire à compléter la présente négociation conventionnelle.

**V. – La valorisation conditionnée aux mesures d’efficience
applicable au 1^{er} janvier 2025 des transports en VSL et ambulance**

Article 14

Les partenaires conventionnels s’accordent à mettre en place des mesures permettant de garantir l’efficience du secteur conditionnant des revalorisations au 1^{er} janvier 2025.

Article 14.1. Le transport partagé.

Le transport partagé doit devenir le mode de transport de référence pour les transports assis professionnalisés. Chaque transporteur doit systématiquement proposer cette offre à défaut et y recourir dès lors que le patient y est éligible. Ce type de transports doit se généraliser dans le cadre des transports itératifs notamment liés à un forfait de séance et à des hospitalisations de jours, à l’exception des consultations et des sorties hospitalières.

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de soutenir une mesure législative incitant les patients à recourir à ce type de transports dès lors que leur état de santé le permet.

Les parties signataires souhaitent favoriser cette pratique et se fixent comme objectif d’augmenter significativement la part des transports partagés et conditionnent les revalorisations prévues aux articles 15 et 16 à cette augmentation.

Dès lors, sous réserve que la mesure législative susmentionnée ait été promulguée, si au 31 octobre 2024 les économies prévisionnelles sur l’année 2024, calculées sur la base des taux d’abattement des transports partagés réalisés par les entreprises régies par la présente convention, sont inférieures à 50 M€, la revalorisation prévue à l’article 15 sera renégociée.

Article 14.2. Plateforme de commande de transports.

Un groupe de travail se réunira dès l’année 2023, en lien avec le ministère, afin de parvenir à la mise à jour du cahier des charges publié en 2015.

Article 14.3. La géolocalisation, la certification des flux et la facturation SEFI.

Un groupe de travail se réunira courant 2024 pour examiner la possibilité d’utiliser les données géolocalisées comme paramètre de facturation.

Article 15

Revalorisation conditionnelle des tarifs VSL

Dès lors que les chantiers d’efficience cités ci-dessus sont mis en place, au 1^{er} janvier 2015 les tarifs sont revalorisés de la manière suivante :

Tarification VSL	Tarifs (*) (en euros) applicables au 01/01/2025
Forfait départemental zone A (IDF)	15,75 €
Forfait départemental zone B (urbains)	15,75 €
Forfait départemental zone C (ruraux)	15,75 €
Forfait départemental zone D (montagneux)	15,75 €
Prise en charge	16,80 €
Tarif kilométrique	1,10 €

(*) Pour les entreprises dont les véhicules équipés d’un système de géolocalisation certifié par l’Assurance maladie tel que défini dans l’annexe 1 et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l’annexe 2.

Article 16*Revalorisation conditionnelle des tarifs Ambulance*

Dès lors que les chantiers d'efficiencia cités ci-dessus sont mis en place, une revalorisation à compter du 1^{er} janvier 2025 est mise en place :

Tarification ambulance	Tarifs (*) (en euros) applicables au 01/01/2025
Forfait départemental	57,39 €
Forfait agglomération	64,08 €
Prise en charge	71,72 €
Tarif kilométrique	2,44 €
Valorisation trajet court <= 5 km parcourus	9,75 €
Valorisation trajet court > 5 et ≤ 10 km parcourus	7,53 €
Valorisation trajet court > 10 et ≤ 15 km parcourus	5,47 €
Valorisation trajet court > 15 et ≤ 19 km parcourus	3,42 €

(*) Pour les entreprises dont les véhicules équipés d'un système de géolocalisation certifié tel que défini dans l'annexe 1 et facturant avec le télé-service « SEFI » tel que défini dans l'annexe 2.

VI. – Clauses de revoyure**Article 17***Evolution du contexte économique*

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

Un point d'étape sera réalisé en octobre 2024 pour suivre le contexte économique du secteur et faire le bilan de mesures prévues au V de ce présent avenant.

VII. – Condition d'application de la convention**Article 18***Procédure du déconventionnement exceptionnel d'urgence*

En cas de violation particulièrement grave des engagements conventionnels par le transporteur sanitaire, notamment dans les cas de nature à justifier, en présence d'un préjudice financier pour l'assurance maladie, le dépôt d'une plainte pénale en application de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, le directeur de la caisse primaire de rattachement du transporteur sanitaire, alerté le cas échéant par le directeur de tout autre organisme local d'assurance maladie concerné, peut décider de suspendre les effets de la convention à son égard, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet, pour une durée qui ne peut excéder 3 mois selon la procédure prévue à l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale, applicable aux transports sanitaires via l'article L. 322-5-5 du même code.

Lorsqu'il entend faire usage de ces pouvoirs, le directeur de la caisse communique au transporteur sanitaire, par tout moyen donnant date certaine à la réception, un courrier indiquant les faits reprochés, la mesure de suspension envisagée et sa durée.

Le transporteur sanitaire dispose d'un délai de huit jours à compter de la date de notification des faits reprochés pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours à compter de la même date. Il peut également, dans ce délai de quinze jours, présenter des observations écrites.

A compter de la date de réception des observations écrites ou du lendemain de l'audition du professionnel ou, en l'absence de réponse, à l'issue du délai de quinze jours mentionné à l'alinéa précédent, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour décider de suspendre les effets de la convention à l'égard du transporteur sanitaire pour une durée qu'il fixe, dans la limite de trois mois, sous réserve d'avoir recueilli l'avis du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (ou de son représentant désigné à cet effet). Cette décision prend effet à compter du lendemain de sa notification. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage la procédure de déconventionnement dans les conditions définies aux articles 17 et 18 de la convention.

Le transporteur sanitaire dont le conventionnement a été suspendu dans ce cadre peut contester la décision du directeur de la Caisse devant le tribunal administratif.

Fait à Paris, le

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie (UNCAM) :
Le directeur général,
THOMAS FATOME

Pour la Chambre nationale
des services d'ambulances :
Le président,
DOMINIQUE HUNAUT

Pour l'Union nationale
des organismes complémentaires
d'assurance maladie (UNOCAM) :
Le président,
MARC LECLÈRE

Pour la Fédération nationale
de la Mobilité sanitaire :
Le président,
THIERRY SCHIFANO

ANNEXE 1

LES PRINCIPES ENCADRANT LE CAHIER DES CHARGES DE LA GÉOLOCALISATION

1. Objet

Le cahier des charges décrit les principes de fiabilisation de la facturation qui repose sur un dispositif de géolocalisation.

Le système informatique embarqué dans les véhicules doit respecter la norme définie dans le cahier des charges, qui reprend ces principes et qui est publié par la CNAM après présentation en comité technique de simplification administrative.

Le logiciel utilisé doit être certifié par l'assurance maladie.

2. Les fonctions mises en œuvre

2.1. Identification du véhicule

Le couple véhicule-GPS doit être identifié de manière sûre et pérenne : le matériel support du GPS doit être fixé au véhicule et toute intervention doit être tracée. Le numéro d'identification du véhicule est transmis dans les données de géolocalisation.

2.2. Lieu et heure de prise en charge et d'arrivée

La solution mise en œuvre doit permettre de déterminer avec précision le lieu et l'heure de prise en charge et d'arrivée du patient (de chaque patient en cas de transport simultané).

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

Les modalités d'enregistrement et de transmission des données sont définies dans le cahier des charges.

2.3. Kilométrage réel

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

La détermination de ce kilométrage et les modalités de reconstitution du trajet doivent respecter le cahier des charges.

2.4. Identification du personnel

Le personnel de conduite et d'accompagnement doit être identifié par la facture et conforme aux données d'horodatage enregistrées par le système de géolocalisation.

2.5. Identification du patient

L'identification du patient peut être manuelle.

3. La transmission des données certifiées

Les données transmises, par le logiciel certifié par l'assurance maladie, doivent être conformes aux modalités définies par le cahier des charges.

4. Le niveau de certification des données

La certification permet de garantir que les données issues du GPS n'ont pas été modifiées manuellement entre leur acquisition et leur enregistrement dans le fichier de trace de géolocalisation qui permettra de compléter la facture.

Le niveau de certification est compris entre 0 et 5.

Les données issues du dispositif de géolocalisation et complétant la facture du transporteur sanitaires, sont considérées comme étant certifiées si le niveau de certification est compris entre 3 et 5.

ANNEXE 2

CAHIER DES CHARGES DU SYSTÈME ÉLECTRONIQUE
DE FACTURATION INTÉGRÉ « SEFi »

Sont définies dans la présente annexe, les conditions juridiques, pratiques et techniques applicables aux échanges liés à la transmission par flux électronique de la facture et des pièces justificatives nécessaires au règlement par les caisses des prestations de transport, selon le télé-service SEFi.

Article 1^{er}*Définitions*

Les parties signataires du présent accord conviennent des définitions suivantes.

– La facture :

Il s'agit du document élaboré par le logiciel métier, validé et envoyé en ligne par le transporteur sanitaire en lieu et place de la facture sur support papier qui accompagne habituellement la transmission dite « en norme B2 », lorsque le transporteur sanitaire a recours à cette modalité de transmission de sa facturation.

– Les pièces justificatives :

Il s'agit de la prescription lorsqu'elle est sur support papier et de « l'annexe » décrite ci-dessous.

– L'annexe :

Il s'agit d'un document dénommé ainsi car produit initialement en annexe de la facture sur support papier. Elle correspond à l'attestation de service fait par l'assuré, lorsqu'elle est établie sur un document différent de la facture elle-même. Elle constitue une des pièces justificatives adressées à la caisse par le transporteur dans la mesure où le patient ne signe pas la facture envoyée en ligne.

– La transmission dite « en norme B2 » :

Il s'agit de la transmission d'une facture dans un flux électronique qui doit être doublée de l'envoi sur support papier de la facture « cerfatisée » à l'Assurance maladie.

– La demande de vérification de certaines des données :

Il s'agit de l'envoi d'un projet du document élaboré par le logiciel métier dont certaines données sont vérifiées par l'Assurance maladie et qui constitue une facture lorsque le transporteur le valide.

– Le point d'accueil Inter-régimes (PAIR) :

Il s'agit du portail unique mis à disposition par l'Assurance maladie pour l'adressage des flux transmis par le transporteur sanitaire.

– Les échanges :

Il s'agit de toute transmission en envoi comme en réception d'un message dont l'objet est lié aux pièces envoyées.

– Le message :

Il s'agit de l'intégralité du contenu de l'échange.

Article 2*Périmètre de SEFi*

Le périmètre fonctionnel de SEFi couvre toutes les prescriptions pouvant être utilisées (prescriptions papier et prescriptions en ligne) et toutes les factures comportant une gestion de la part complémentaire au titre d'un dispositif de précarité (ACS, CMU C, AME, AME C) ou au titre d'un AMC en gestion séparée.

Tous les transports sont concernés y compris les transports itératifs et les transports partagés à l'exception des transports suivants :

- les transports soumis à accord préalable (transport en série, supérieur à 150 km) ;
- les transports urgents pré-hospitaliers ;
- les transports inter-hospitaliers au sens de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale ;
- Les transports transfrontaliers.

Le périmètre de SEFi couvre tous les éléments de rémunération : forfait, majoration, etc.

SEFi concerne tous les bénéficiaires du régime général et des régimes et mutuelles partenaires y compris les bénéficiaires du régime Alsace-Moselle, dans un premier temps. Il ne concerne pas les bénéficiaires migrants et les bénéficiaires du Fonds de Solidarité Vieillesse.

Il couvre les risques « maladie » et « maternité » mais pas le risque « accident du travail ».

Article 3

Les différentes fonctionnalités de SEFi

Le service d'élaboration d'une facture en ligne est constitué de plusieurs fonctionnalités obligatoires ou facultatives.

Les fonctionnalités obligatoires sont les suivantes :

- accéder à la prescription électronique quand elle existe ;
- envoyer la demande de vérification de certaines des données à l'Assurance maladie avant toute validation de la facture ;
- valider la facture en ligne.

Des fonctionnalités facultatives permettent d'alimenter et de fiabiliser, en amont de la demande de vérification de certaines données, la future facture :

- acquérir les informations du prescripteur, du bénéficiaire et du transporteur ;
- déterminer les conditions du remboursement des frais de transport (en s'appuyant sur le service d'aide à la prise en charge « PEC+ ») ;
- calculer les montants indicatifs d'une prestation.

Tant que la facture n'est pas validée par le transporteur sanitaire et transmise à l'Assurance maladie, le transporteur sanitaire peut demander que certaines données soient vérifiées par l'Assurance maladie.

S'ajoute à ces fonctionnalités, le service de numérisation des pièces justificatives, SCannérisation des ORdonnances ou « SCOR » mis à disposition du transporteur sanitaire et qui s'inscrit dans les outils existants de l'Assurance maladie.

Article 4

Processus de facturation en ligne

1. Cas où le transporteur sanitaire a accès à une prescription sur support électronique :

L'assuré détient l'exemplaire sur support papier de la prescription réalisée sur support électronique.

Le transporteur sanitaire, choisi par l'assuré, accède à la prescription électronique au moyen du numéro d'identification unique de la prescription et du nom du bénéficiaire, dans des conditions de sécurité indiquées dans la présente annexe ; il la consulte, en réserve l'exécution pour lui-même et indique son exécution par ses soins.

Le transporteur sanitaire réalise la facture en ligne via son logiciel métier après avoir indiqué l'exécution du transport sur la prescription électronique.

Il transmet ensuite au point d'accueil inter régimes, l'annexe valant attestation de service fait signée par l'assuré et numérisée par ses soins.

2. Cas où le transporteur sanitaire accède à une prescription sur support papier :

Le transporteur sanitaire dispose de la prescription sur support papier remise par l'assuré.

Le transporteur sanitaire réalise la facture en ligne via son logiciel métier après avoir indiqué l'exécution du transport sur la prescription papier dans les conditions prévues par les textes.

Il transmet ensuite au point d'accueil inter régimes :

- la prescription numérisée par ses soins ;
- l'annexe signée par l'assuré et numérisée par ses soins.

Dans les deux cas (1) et (2), il garde le support papier de la prescription qui lui est remis par l'assuré et de l'annexe signée par ce dernier durant le délai d'archivage des pièces justificatives fixé à 33 mois. Il peut les conserver sous forme dématérialisée sous réserve des périodes de contrôle prévues à l'article 11 de la présente annexe pendant lesquelles la conservation doit être également réalisée sur support papier.

Article 5

Processus de facturation hors ligne

En cas de dysfonctionnements techniques ou de situations de facturation non couvertes par SEFi, les modalités de facturation sont les suivantes.

1. Lorsque le transporteur sanitaire ne peut pas réaliser une facture en ligne mais peut utiliser la télétransmission dite « en norme B2 »

Par dérogation, le transporteur sanitaire utilise le système de télétransmission dit « en norme B2 » qui lui permet d'envoyer un flux à l'Assurance maladie et il transmet ensuite au point d'accueil inter régimes une image de la facture élaborée par son logiciel ainsi que :

- la prescription numérisée par ses soins lorsqu'il s'agit d'une prescription sur support papier ;
- l'annexe signée par l'assuré et numérisée par ses soins.

Dans ce cas, le transporteur sanitaire conserve les originaux dans les conditions prévues à la présente annexe.

2. Lorsque le transporteur sanitaire ne peut pas réaliser une facture en ligne ni télétransmettre via la « norme B2 »

Le transporteur sanitaire utilise la facture sur support papier. Dans ce cas, il transmet la facture et les pièces justificatives à la caisse primaire de l'assuré sur support papier dans les conditions habituelles.

Article 6

Echanges préalables à la validation de la facture par le transporteur sanitaire

Lorsque le transporteur sanitaire réalise une facture en ligne via son logiciel métier, il peut utiliser les différents services mis à sa disposition par l'Assurance maladie pour fiabiliser sa future facture.

Dans tous les cas, le transporteur sanitaire établit sa facture et transmet à la l'Assurance maladie une demande de vérification de certaines données :

1. Si les données sont cohérentes avec celles que l'Assurance maladie détient, cette dernière lui envoie le message indiquant qu'elles sont correctes au moyen d'un certificat d'intégrité et lui demande de valider sa facture. Cependant conformément aux dispositions de la présente annexe, le montant à régler par l'Assurance maladie est calculé à titre indicatif. En effet, ce montant n'est pas contractuel.
2. Si les données ne sont pas cohérentes avec celles détenues par l'Assurance maladie, cette dernière envoie au transporteur sanitaire un message l'en informant. Le cas échéant, des propositions de modification sont renvoyées par le service. Le transporteur sanitaire doit alors vérifier les éléments de sa facture et éventuellement recommencer ou bien réaliser une facture dans les conditions fixées par la présente annexe. Aucune demande de vérification n'est conservée par l'Assurance maladie.

Ensuite le transporteur sanitaire procède à la validation de sa facture en l'envoyant à l'Assurance maladie avec les données administratives suivantes :

- l'identifiant de facture et le numéro de lot attribués par le transporteur sanitaire, via son logiciel de facturation ;
- la date de validation de la facture et rappelant l'information du transporteur sur l'éventualité de réalisation de tous les contrôles prévus par les textes ainsi que le certificat d'intégrité.

Ces données composent la facture au sens de la présente annexe.

Une fois la facture validée et transmise par le transporteur sanitaire, l'Assurance maladie opère certains contrôles notamment d'intégrité.

Deux cas de figures peuvent se présenter :

- soit la facture est acceptée en l'état, un accusé de réception est envoyé au transporteur sanitaire afin de lui confirmer que sa facture a bien été reçue par l'Assurance maladie ;
- soit la facture n'est pas acceptée par l'Assurance maladie, un message d'erreur est retourné au transporteur.

La facture validée par le transporteur sanitaire est transmise à l'Assurance maladie et conservée par elle en sa qualité d'original. Le transporteur sanitaire reçoit un accusé de réception. Il lui appartient de garder une copie de la facture validée par ses soins pour son propre usage et pour son patient le cas échéant.

A tout moment du processus de facturation, la possibilité est donnée au transporteur sanitaire de basculer vers une transmission dite « en norme B2 ».

Article 7

Valeur juridique des différents supports de la facturation et de ses pièces justificatives

Toutes les données de la facture réalisée en ligne et validée par le transporteur sanitaire sont conservées par l'Assurance maladie sur un serveur dédié. Quelle que soit l'organisation de ces données sur le serveur, leur ensemble forme l'original de la facture. Le transporteur sanitaire fait son affaire personnelle de la copie de la facture.

En conséquence, la facture faisant foi est bien celle reçue en ligne par l'Assurance maladie et conservée sur le serveur, quelle que soit sa forme, au même titre que la facture sur support papier lorsqu'elle est reçue par la caisse primaire.

Toutes les pièces justificatives transmises électroniquement au point d'accueil inter régimes sont des copies. Elles font foi dans les conditions du code civil et sont considérées par les parties comme les pièces justificatives dans le cadre de la prise en charge des frais de transport au sens de l'article R. 322-10-2 du code de la sécurité sociale.

Le transporteur sanitaire est garant des originaux et/ou copies qu'il a numérisés dans les conditions indiquées par la présente annexe et est responsable de la bonne réalisation de la copie numérisée qui doit être lisible, fidèle et durable.

La transmission de l'attestation de service fait dématérialisée à la source a la même valeur que l'annexe numérisée par le transporteur sanitaire. Dans ce cas, il en conserve l'original dans les conditions indiquées à la présente annexe.

Article 8

Sécurités d'accès

Le transporteur sanitaire ne peut valider sa facture en ligne que s'il est connecté avec sa carte CDE ou l'une de ses cartes CPE qui en dérive.

Le flux de données en provenance du transporteur sanitaire est chiffré.

Les pièces justificatives numérisées peuvent être envoyées dès qu'une facture en ligne a été réalisée. Mais elles ne peuvent pas être envoyées avant. Le transporteur sanitaire utilise sa carte CDE ou CPE pour sécuriser l'envoi.

Toutes les connexions au système d'information de l'Assurance maladie sont tracées.

Le transporteur sanitaire en sa qualité de représentant légal est le seul responsable de l'utilisation des cartes CDE et CPE qui en dérivent. Chaque document envoyé avec l'une des cartes du transporteur sanitaire est considéré comme envoyé par le transporteur sanitaire en tant que représentant légal. Seule la responsabilité du transporteur sanitaire peut être recherchée en cas de mauvaise utilisation de la carte ou en cas de fraude. Ce dernier s'engage à mettre en place une procédure de vérification du droit à utilisation des cartes précitées afin d'en pouvoir justifier à tout moment à l'Assurance maladie.

Dans le cas où le transporteur sanitaire identifié par sa carte CDE a reçu mandat d'un autre transporteur sanitaire pour réaliser la facture en ligne en son nom et pour son compte, le périmètre de ce mandat est limité à :

- l'accès aux services de l'Assurance maladie indiqués par la présente annexe ;
- la « signature » de la facture en ligne au sens de la présente annexe.

Le mandant et le mandataire sont responsables dans les conditions énoncées par le code civil.

Article 9

Convention de preuve

Les parties signataires conviennent que la validation de la facture en ligne par le transporteur sanitaire, dans les conditions indiquées dans la présente annexe, vaut signature par le transporteur sanitaire identifié par sa carte CDE ou par une CPE. Cette facture reçue par l'Assurance maladie dans les conditions indiquées aux présentes a la même valeur de preuve que le support papier reçu par la caisse primaire et est considéré par les parties comme l'original.

Les parties signataires conviennent que les copies des pièces numérisées et envoyées au point d'accueil inter-régimes sont considérées comme les pièces justificatives conformément à l'article 1^{er} de la présente annexe.

Dans le cas prévu au 1 de l'article 6 de la présente annexe, la facture envoyée au point d'accueil inter-régimes est considérée par les parties signataires comme le document faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Le transporteur sanitaire s'engage à ne plus modifier cette facture après envoi à l'Assurance maladie.

Article 10

Validité des échanges

Le transporteur sanitaire et la caisse primaire étant juridiquement liées par les termes de la présente annexe, renoncent expressément au droit de contester la validité d'un échange, conclu conformément à la présente annexe, du seul fait que l'échange est électronique.

Article 11

Numérisation des pièces justificatives

A réception des pièces justificatives, dans le cadre de son processus métier de préparation de ses factures, le transporteur sanitaire s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité des pièces numériques aux pièces justificatives sur support papier. Il doit, en outre, utiliser un logiciel autorisé par le CNDA pour la numérisation des pièces justificatives. Ce dispositif est désigné sous le terme « SCOR » ou « SCannérisation des Ordonnances ». Les copies doivent être lisibles et intelligibles.

Ainsi, le transporteur sanitaire prépare via son logiciel métier le dossier de pièces justificatives numérisées préalablement et correspondant aux factures en ligne, et transmet les lots de pièces justificatives dématérialisées à l'Assurance maladie.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par la caisse primaire pendant un délai de 90 jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées.

Pendant cette période, la caisse primaire signale au transporteur sanitaire les éventuelles anomalies constatées et l'aide à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si la caisse primaire observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, elle se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période de 90 jours au maximum. Dans ce cadre, elle en avise le transporteur sanitaire dans un délai de 15 jours au minimum avant la mise en place du contrôle.

Le transporteur sanitaire s'engage à conserver les pièces numérisées également sous format papier pendant la période du contrôle.

Le transporteur sanitaire s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission à la caisse primaire.

Le transporteur sanitaire s'engage à réaliser et à envoyer les copies des pièces justificatives au point d'accueil inter-régimes. Après avoir envoyé ses factures en ligne validées à l'Assurance maladie, le transporteur sanitaire via son logiciel métier déclenche la transmission de ses lots de pièces justificatives associées aux factures émises.

Ces pièces doivent être indexées conformément à ce qui est indiqué au cahier des charges publié sur le site du GIE SESAM-Vitale.

Les accusés de réception logique (ARL) ou avis de non remise sont déposés dans la boîte aux lettres du transporteur sanitaire et sont exploités par le logiciel métier.

En cas d'échec de la transmission des copies des pièces, un ARL négatif ou un avis de non remise est envoyé au transporteur sanitaire. Si un lot de dossiers de pièces justificatives n'a pas reçu son ARL ou son avis de non remise au bout de 48 heures suivant l'émission, celui-ci est alors détecté par le logiciel métier. Le transporteur sanitaire doit alors vérifier le lot de pièces justificatives et le renvoyer. En cas de nouvel échec, le transporteur sanitaire envoie l'ensemble des pièces justificatives sur support papier à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Article 12

Conservation des pièces transmises par l'Assurance maladie

L'Assurance maladie conserve :

- les factures des transporteurs sanitaires durant 36 mois à compter de leur paiement ;
- les copies de pièces justificatives numérisées 36 mois à compter du paiement de la facture correspondante.

Article 13

Contrôles par les organismes

En complément de l'article 11 de la présente annexe, le transporteur sanitaire est informé que la caisse primaire peut réaliser et instruire tous les contrôles prévus par les textes alors même que le « service de vérification de certaines des données a été activé », durant le processus de facturation via SEFi.