

Code de la sécurité sociale

Section 2 : Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport.

Article L322-5 Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 38 (V)

Les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

NOTA:

Les dispositions du présent article sont applicables à compter du premier jour du sixième mois suivant la date de publication de la présente loi. Les conventions en cours conclues sur le fondement de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi prennent fin à la même date.

Article L322-5-1 Modifié par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 48 JORF 17 août 2004

L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.

La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2.

Article L322-5-2 Modifié par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 55 JORF 17 août 2004

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Cette convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes qui servent les prestations d'assurance maladie et des entreprises de transports sanitaires ;

2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les entreprises de transports sanitaires des obligations qui découlent pour elles de l'application de la convention ;

3° Les conditions à remplir par les entreprises de transports sanitaires pour être conventionnées ;

4° Le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles ;

5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ;

6° Les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la garde départementale organisée dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 6312-5 du code de la santé publique.

Article L322-5-4 Modifié par Loi n°2002-322 du 6 mars 2002 - art. 6 (V) JORF 7 mars 2002

La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.

Pour les entreprises non régies par la convention nationale, les tarifs servant de base au remboursement sont fixés par arrêté interministériel.

Article L322-5-5 Modifié par LOI n°2009-1646 du 24 décembre 2009 - art. 45 (V)

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'Etat arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article.

NOTA:

LOI n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 art 45 III : jusqu'au 1er juillet 2010 (date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé.