



Rhône



Protocole d'accord local sur les indemnités kilométriques

Vu l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au Journal officiel du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes;

Il est convenu ce qui suit entre :

D'une part,

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Rhône (dénommée ci-après CPAM)

située 276 cours Emilie Zola 69100 Villeurbanne

Représentée par: Madame Emmanuelle LAFOUX, Directrice Générale,

La Mutualité Sociale Agricole Ain-Rhône (dénommée ci-après MSA)

située 35-37 rue du Plat 69002 Lyon

Représentée par Monsieur Jean-Marc GEORGE, son Directeur Général,

Et, d'autre part,

La Fédération Nationale des Infirmiers, représentée par Laurent GUILHOT et David CHARMILLON

Convergence Infirmière, représentée par Lucien BARAZA et Georges CHAMBON

Ci-après dénommés « les syndicats »

Préambule

L'article 13 définit les principes de la facturation des frais de déplacement dont les indemnités kilométriques.

La CPAM, la MSA et les syndicats locaux représentatifs des infirmiers ont défini au sein de ce protocole des dispositions qui prennent en compte les spécificités du territoire rhodanien :

- le Rhône est un département majoritairement urbanisé et caractérisé par la présence de l'agglomération de Lyon ;
- le Rhône ne comporte pas de zones sous dotées ou très sous dotées au sens de l'arrêté 2021-17-0024 (zonage ARS révisé en février 2021) ;
- Un quart des communes du département fait l'objet de mesures de régulation des installations des infirmiers (zones très sur dotées et dispositifs d'encadrement des nouvelles installations).

Article 1 : Règles applicables aux modalités de facturation des indemnités kilométriques dans le département

1. Domicile du professionnel

Conformément à l'article 7 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, on entend par « domicile du professionnel » le ou les lieux d'exercice déclarés à l'Assurance Maladie par l'infirmier.

En référence au C) de l'Article 13 « Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade » de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), les indemnités horokilométriques (IK) sont calculées à partir du domicile professionnel de l'infirmier, comme défini ci-dessus, le plus proche de la résidence du patient.

2. Règle de facturation des frais de déplacement

Les notions de communes, agglomérations et unité de communes ou unités urbaines ne sont plus utilisées dans le cadre de ce protocole.

Le présent protocole définit un nombre de kilomètres en dessous duquel les indemnités kilométriques ne pourront être facturées.

Le nombre de kilomètres retenu est de 2,5 km aller, entendu par la distance routière séparant le cabinet de l'infirmier et le domicile du patient.

1.2.1 Facturation de l'indemnité forfaitaire de déplacement :

L'indemnité forfaitaire de déplacement est facturée si le domicile du patient se situe à moins de 2,5 kilomètres du cabinet de l'infirmier.

1.2.2 : Facturation de l'indemnité kilométrique :

L'indemnité kilométrique est facturée en sus de l'indemnité forfaitaire de déplacement si le domicile du patient se situe à 2,5 kilomètres et plus du cabinet de l'infirmier.

1.2.3 : Contrôle et calcul des indemnités kilométriques :

Afin de s'assurer de la cohérence du calcul du nombre de kilomètres séparant le domicile du patient du cabinet d'infirmier entre les caisses d'assurance maladie obligatoire et les infirmiers, l'outil de navigation « Google Maps » servira de référence.

Le nombre de kilomètres applicable à un trajet est calculé selon la distance séparant le domicile du patient et le cabinet de l'infirmier et selon les résultats de l'outil de navigation « Google Maps » selon l'itinéraire dont la distance est la plus courte.

Le montant des indemnités kilométriques correspond à ce résultat multiplié par deux (trajet aller/retour) et arrondi au nombre entier :

- Inférieur si le premier chiffre après la virgule est inférieur à 5
- Supérieur si le premier chiffre après la virgule est supérieur ou égal à 5

Les modalités d'application et de calcul des indemnités kilométriques sont précisées dans l'annexe 1 du présent protocole.

3. Vérification de la règle du professionnel de santé le plus proche par l'Assurance Maladie

Conformément à l'art. 13 de la NGAP, la règle du professionnel de santé (PS) le plus proche s'applique.

Dès l'entrée en vigueur de la présente convention, les caisses d'assurance maladie obligatoire pourront mettre en œuvre des contrôles a posteriori sur la facturation des indemnités kilométriques pour garantir le respect de la règle du professionnel de santé le plus proche.

A ce titre les caisses d'assurance maladie obligatoire seront amenées à recueillir les observations des infirmiers.

Les dérogations à la notion du PS le plus proche seront les suivantes :

- les visites à l'isolement réalisées dans le cadre des demandes de patients atteints de la Covid-19 (VDSI),
- les visites effectuées dans le cadre des programmes Prado,
- les visites effectuées par les infirmiers en pratiques avancées.

Les caisses d'assurance maladie obligatoire évalueront également les situations individuelles qui justifieraient le non-respect de la règle du professionnel le plus proche, telles que les refus de prise en charge.

Dans ce cadre, un formulaire dérogatoire est mis à la disposition des infirmiers en annexe 2 du présent protocole. Ce formulaire est à compléter et à joindre aux pièces justificatives inhérentes à la facturation via SCOR afin de justifier de l'intervention du cabinet infirmier n'étant pas considéré comme le cabinet le plus proche du domicile du patient.

En cas de contrôle, les caisses d'assurance maladie obligatoire s'appuieront sur ces formulaires pour justifier du nombre de kilomètres facturés.

Ces situations doivent rester exceptionnelles et raisonnables.

4. Types d'indemnités Kilométriques (IK)

Conformément à l'art. 13 de la NGAP, les zones de montagne éligibles aux « indemnités kilométriques montagne » sont définies par la loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne. Est considérée comme zone montagne toute commune dont tout ou partie de cette dernière est classée en zone montagne conformément à la loi suscitée.

Aucune dérogation à la loi n'est prévue dans le cadre de ce protocole. Il est précisé que l'application des indemnités kilométriques plaine et montagne est définie en fonction de l'adresse du cabinet infirmier et non en fonction du domicile du patient.

Conformément à l'art. 13 de la NGAP, en fonction de la nature d'IK utilisées lors de la facturation, un abattement est fait sur le trajet tant aller que retour de :

- 2 kilomètres en plaine
- 1 kilomètre en montagne

Article 2 : Durée du présent accord

Le présent accord est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

L'accord est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires.

Des modifications éventuelles, sur demande des parties signataires, pourront être faites par voie d'avenant ou lors d'une prochaine négociation avec les partenaires conventionnels locaux.

Article 3 : Coordination de la mise en œuvre des accords locaux au niveau national

Afin d'assurer la coordination de la mise en œuvre des accords locaux au niveau national, la caisse s'engage à transmettre avant signature le projet d'accord, d'avenant et leurs annexes à la Commission Paritaire Nationale (CPN) infirmier à l'adresse ikagglo.cnam@assurancemaladie.fr. La CPN dispose d'un délai de 90 jours pour rendre son avis. En l'absence d'un avis rendu par la CPN dans ce délai, celui-ci est réputé rendu favorablement.

A la suite de la signature, la caisse s'engage à adresser l'accord, l'avenant et ses annexes à l'adresse ikagglo.cnam@assurance-maladie.fr.

La CPN effectuera un suivi régulier de la mise en œuvre des accords locaux.

Article 4 : Evaluation du dispositif au niveau local

Les règles mises en place dans le présent accord feront parallèlement l'objet d'un suivi et d'une évaluation par la commission paritaire départementale afin d'observer l'impact des mesures mises en place et de déterminer s'il y a lieu de définir des mesures correctrices. A cet effet, la commission paritaire départementale procédera chaque année suivant la signature du protocole d'accord à un bilan de ces mesures. En cas d'augmentation des indemnités kilométriques de + de 3,5% observée au cours des six premiers mois de l'accord, puis chaque année d'une augmentation supérieure à l'ONDAM, la CPD doit définir des mesures nécessaires à un infléchissement des dépenses.

Article 5 : Date d'effet

Le présent accord s'applique dans les deux mois suivants sa date de signature.

Article 6 : Information

La CPAM informera les institutions suivantes du présent accord conclu : Ordre des infirmiers, ARS, Préfet, ELSM, MSA et CNAM (CPN infirmier c.f. article 3). Les infirmiers de la circonscription seront également informés.

Le 12/06/2023, à Lyon,

Date d'entrée en vigueur : 01/07/2023

La Directrice Générale de la CPAM du Rhône,

Emmanuelle LAFoux

Le directeur général de la Mutualité sociale agricole Ain-Rhône,

Jean-Marc GEORGE

Les représentants du syndicat « FNI »,

Pour le Directeur Général,
et par délégation
Le Directeur Adjoint
Jacqueline CHABER

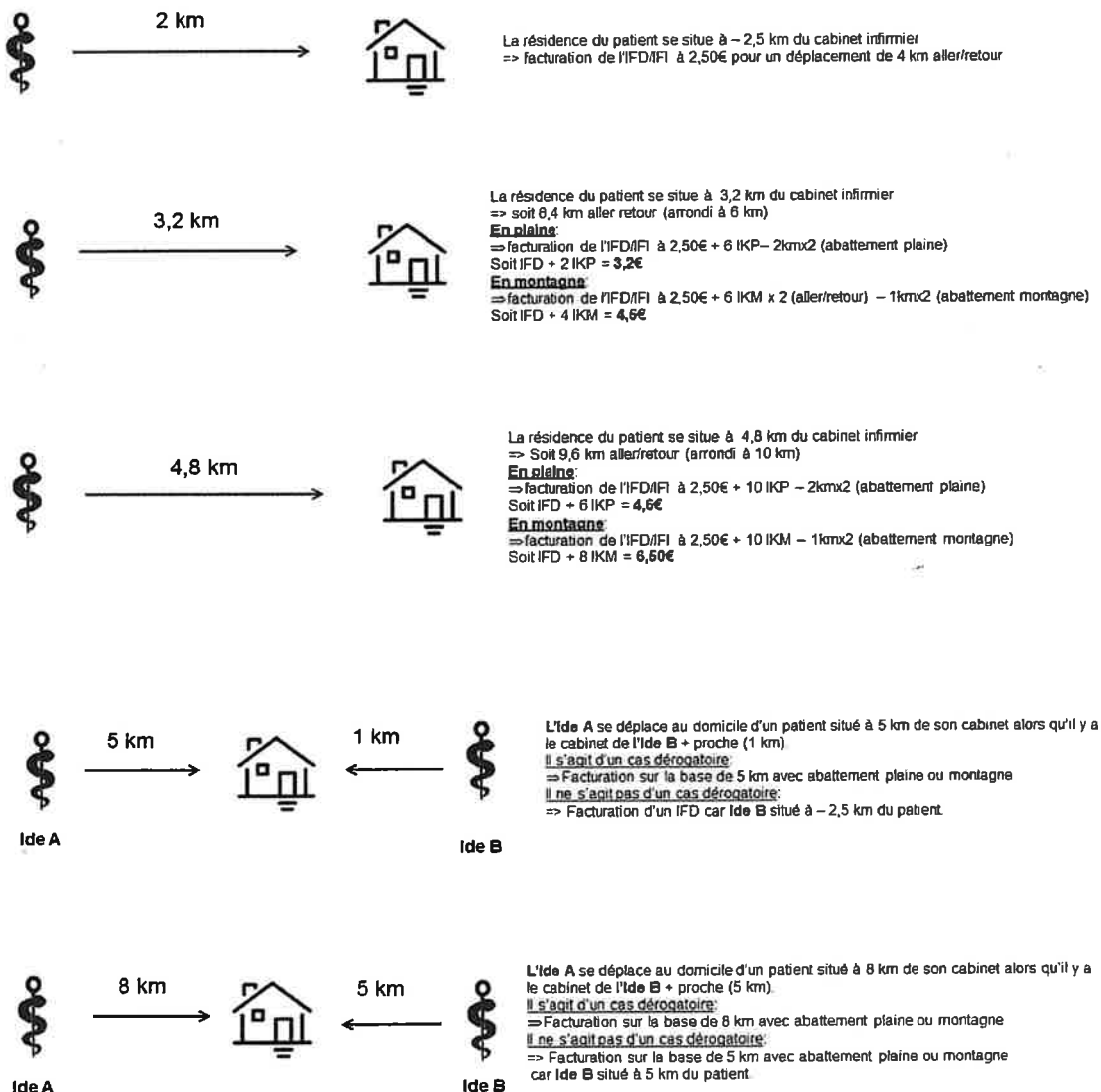
Laurent GUILHOT

Les représentants du syndicat « Convergence »,

Lucien BARAZA

ANNEXE 1

MODALITES D'APPLICATION DES FRAIS DE DEPLACEMENT



ANNEXE 2
SOINS INFIRMIERS
PROCEDURE DE DEROGATION EXEPTIONNELLE

Cette attestation doit être complétée dans les situations amenant l'infirmier à prendre en charge un patient dès lors que son cabinet n'est pas le plus proche du domicile du patient.

IDENTIFICATION DU CABINET DISPENSANT LES SOINS INFIRMIERS

Nom/prénom :
N° ADELI :
Adresse :

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom/prénom ou celui du représentant légal :
Numéro de sécurité sociale :
Adresse :

MOTIFS

- L'infirmier du secteur ne peut répondre à la demande du patient en raison d'une surcharge de travail
- L'infirmier du secteur ne peut répondre à la demande du patient en raison de la technicité/intensité des soins à prodiguer
- Autre motif, à préciser :

.....
.....
.....

Cette attestation doit être transmise via SCOR accompagnée des pièces justificatives nécessaires à la facturation (prescription médicale, feuille de soins en cas de flux dégradé) afin de justifier des frais de déplacement facturés en cas de contrôles opérés par les caisses d'assurance maladie.

Fait à Le

Signature et tampon du cabinet infirmier :

