

AVENANT N° 4

A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE

En application :

- de l'article L 162-5 du Code de la Sécurité Sociale,
- du décret n° 2003-800 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de la Santé Publique,
- de l'arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins,
- de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 12 janvier 2005,
- et du décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique,

les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Préambule :

La permanence des soins est nécessaire pour garantir à tous nos concitoyens un meilleur accès aux soins. En effet, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux et des établissements de soins, des besoins de soins urgents existent. La réponse à ces besoins urgents ne justifie pas nécessairement l'utilisation de moyens lourds d'intervention. C'est pourquoi, en complément de la permanence de soins en établissement et des dispositifs d'urgence, il est impératif de rendre effective la participation des médecins libéraux à la permanence des soins.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels, de par leur compétence quant à la définition des rémunérations des praticiens, souhaitent favoriser une organisation permettant de garantir, aux assurés, une permanence des soins efficiente sur l'ensemble du territoire et aux professionnels libéraux, une juste rémunération pour leur participation à la permanence des soins.

A cet effet, les médecins libéraux s'engagent à s'impliquer dans le fonctionnement du dispositif de permanence des soins mis en place de façon à assurer à l'usager une réponse adaptée de qualité. Par ailleurs, les parties conviennent de la nécessité de mieux informer les professionnels comme les assurés afin de garantir l'efficacité du dispositif redéfini.

Les parties conventionnelles considèrent enfin indispensable d'apporter à la question de la permanence des soins une réponse organisationnelle décentralisée adaptée aux besoins de soins urgents de la population en fonction des périodes et des territoires, s'appuyant sur une régulation préalable.

Article 1 : Cadre réglementaire rénové

Le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins prévoit à cet égard une définition des secteurs d'astreinte adaptable en fonction des horaires et des périodes de l'année.

La mise en œuvre de la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire, basée sur le volontariat du médecin, repose notamment sur :

- L'obligation d'une régulation préalable des demandes de soins non programmés aux heures de permanence organisée par le SAMU, cette régulation pouvant également être assurée par le centre d'appel d'une association de permanence des soins dès lors que ce centre est interconnecté avec le SAMU. Le décret du 7 avril 2005 prévoit que les modalités de l'interconnexion doivent être définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de permanence de soins.

La régulation des appels permet d'apporter la meilleure réponse à la demande de soins : conseil, réorientation vers une consultation programmée, recours au médecin ou association de permanence des soins, inscrit sur le tableau de permanence, ou le cas échéant, recours aux services d'urgence hospitalière.

- La sectorisation, pour le dimanche, les jours fériés et la nuit.

L'organisation, sur proposition des partenaires régionaux (Missions régionales de santé), de cette sectorisation, notamment la mutualisation de secteurs entre 20h et 8h, doit faire l'objet d'arrêtés préfectoraux, pris après consultation des conseils départementaux de l'ordre des médecins et avis des CODAMUPS.

Par lettre en date du 11 avril 2005, le Ministre des Solidarités, de la Santé de la Famille et le Secrétaire d'Etat à l'Assurance Maladie ont informé les partenaires conventionnels de leur volonté de redéfinir dans les meilleurs délais les secteurs de permanence afin de mieux prendre en compte les besoins de la population, l'offre de soins existant ainsi que les caractéristiques propres à chaque département.

Ils ont précisé que cette redéfinition, qui sera assurée à l'issue d'une concertation menée par les préfets au sein des CODAMUPS, devrait notamment permettre, en application du décret précité, d'obtenir une mutualisation des secteurs après minuit, d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale, dès lors que cette nouvelle organisation garantisse une permanence des soins en tout point du territoire, à tout moment de la journée et de la nuit.

Article 2 : Participation de l'Assurance Maladie au financement de la régulation

En application des textes, la régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins quels que soient l'organisation et les modes de coopération retenus.

La présence des médecins libéraux pour assurer la régulation peut ne pas être systématique sur l'ensemble des plages horaires de permanence des soins. Dans ce cas, un relais doit être assuré, par exemple par le praticien hospitalier, dans le respect du cahier des charges départemental qui doit notamment préciser, conformément à l'article R 735 du code de la santé publique, les conditions particulières d'organisation de la régulation.

L'Assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux suivant les modalités ci-dessous :

- Versement de 3C soit 60 € de l'heure au médecin libéral régulateur pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins ;
- Prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;
- Prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation.

Article 3 : Participation de l'Assurance Maladie au financement de majorations spécifiques

La mise en place de la régulation telle que définie supra permet d'optimiser le recours au médecin de permanence, en distinguant les besoins de conseils ou de réorientations vers une consultation programmée, des besoins de soins nécessitant l'intervention d'un médecin de permanence.

Les partenaires conventionnels expriment leur volonté de majorer spécifiquement les actes réalisés dans ce cadre, dans un souci de qualité et d'efficacité de l'organisation des soins.

Ainsi, lorsque le médecin inscrit sur le tableau de permanence ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit, conformément à l'article R 731 du code de la santé publique, auprès du Conseil départemental de l'ordre, intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, en application des dispositions de l'article R 732 du code de la santé publique, il bénéficie de majorations spécifiques.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou s'il effectue une visite à domicile justifiée :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20h-0h / 6h-8h :	46,00€	42,50€
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h :	55,00€	51,50€
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés :	30,00€	26,50€

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, ni avec les majorations de déplacements - à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13C) des conditions générales de la NGAP -, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et la prise en charge par l'Assurance Maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Article 4 : Participation de l'Assurance maladie au financement de l'astreinte

La participation du médecin de permanence est formalisée par une inscription nominative en tant que tel sur le tableau départemental de garde, conformément à l'article R.731 du Code de la santé publique, et par son intervention conditionnée aux appels de la régulation organisée par le SAMU.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais, l'astreinte pouvant être assurée, sous ces réserves et conformément au cahier des charges départemental (Art R 735 du Code de la Santé Publique), en tout lieu aux heures définies de la permanence. En particulier, il répond aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la permanence des soins.

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisées dans l'intervention en dehors des heures ouvrées, sous réserve, conformément à l'article R. 731 du Code de la Santé Publique, d'une transmission au conseil départemental de l'Ordre des médecins, de la liste nominative des médecins participant à cette permanence.

Les médecins de permanence remplissant les engagements ci-dessus peuvent prétendre à une rémunération :

- de 50€ pour la période de 20h à 0h,
- de 100€ pour la période de 0h à 8h,
- et de 150€ pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h.

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150€ par période de 12 heures.

Article 5 : Participation de l'Assurance maladie au financement des autres éléments de l'organisation régionale de la permanence des soins

Le financement des autres éléments de l'organisation de la permanence des soins sur le FASQV et sur la dotation nationale de développement des réseaux définis aux niveaux régional et départemental interviendra dans le cadre d'une enveloppe prédéterminée au niveau national, fixée en accord avec le bureau national en ce qui concerne le FAQSV.

S'agissant des expérimentations de maisons médicales de garde, qui font actuellement l'objet d'une évaluation, la pérennisation de ces structures dans le cadre de ce dispositif de permanence des soins sera examinée par les partenaires conventionnels avant le 31 décembre 2005 au vu des évaluations finales disponibles.

Article 6 : Particularités des zones déficitaires

Les partenaires conventionnels souhaitent tenir compte des difficultés rencontrées par les professionnels pour assurer la permanence des soins dans les zones géographiques déficitaires en offre de soins, et notamment les zones rurales dans lesquelles cette exigence impacte de manière importante les conditions d'exercice du médecin libéral.

Dès lors, des propositions de mesures spécifiques, notamment dans le cadre de l'article 109 de la loi du 23 février 2005 sur les territoires ruraux permettant de prendre en compte la particularité de la permanence des soins dans les zones géographiques confrontées à des déficits démographiques, seront examinées afin que leur mise en place intervienne dès la définition de ces zones par les Missions Régionales de Santé conformément à l'article L. 162-47 du Code de la sécurité sociale.

Article 7 : Evaluation du dispositif

L'application du dispositif financier mis en place par le présent avenant fera l'objet d'une évaluation, tant au regard de ses effets sur l'implication des médecins libéraux dans le fonctionnement de la permanence des soins que de l'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie liées directement ou indirectement à son organisation.

La méthodologie de cette évaluation sera définie par les partenaires conventionnels nationaux. Elle sera réalisée à l'issue d'une période de 12 mois et un point d'étape sera effectué 6 mois après l'entrée en vigueur du présent texte. L'évaluation s'appuiera notamment, pour l'aspect organisationnel de la permanence des soins, sur les indicateurs prévus dans les cahiers des charges départementaux (art. R 735).

Article 8 : Pratiques professionnelles des médecins généralistes urgentistes

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence des services d'urgence privés dans les Unités de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences (UPATO), les médecins généralistes urgentistes qui assurent la prise en charge des urgences au sein de ces établissements de santé mentionnés à l'article R 712-67 du code de santé publique, peuvent adhérer à des contrats conformes au contrat-type annexé au présent avenant.

Article 9 : Permanence des soins en unités d'obstétrique

L'UNCAM s'engage dans le respect des procédures réglementaires à modifier les listes citées à l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La majoration de sujétion particulière de 61 € pour les actes des médecins mentionnés aux 5^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 12^{ème} alinéas du 2° de l'article D 712-84 du code de la santé publique prévue par l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la Nomenclature Générale Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, sera remplacée par une majoration de sujétion particulière de 150 €, pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisés, la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun de ces médecins. Quand un pédiatre est appelé à intervenir à la suite d'un accouchement ayant eu lieu au cours de la nuit, il pourra bénéficier du montant de cette majoration, même si cette intervention se situe au cours de la matinée suivante.

Fait à Paris, le

Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président

Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président

Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président

ANNEXE

Contrat pour l'organisation des pratiques professionnelles relatives à la prise en charge des urgences dans les UPATOU

conclu entre

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie de ...
ci-après appelée « l'union régionale des caisses d'assurance maladie »

d'une part

Et

Le réseau des médecins généralistes urgentistes exerçant dans le cadre de services d'urgence de l'établissement X dans le cadre de l'autorisation n° [UPATOU]
ci-après appelé « le réseau »

d'autre part

Afin d'organiser leurs pratiques professionnelles relatives à la permanence de la prise en charge des urgences, les médecins généralistes urgentistes du réseau s'engagent à respecter le référentiel des pratiques professionnelles des urgences annexé au présent contrat.

Ce référentiel détermine notamment le nombre de professionnels du réseau devant, pour chaque période, assurer une présence sous la forme d'une garde sur place la nuit de 20h à 8h. Le réseau adresse à l'union régionale des caisses d'assurance maladie la liste des gardes réalisées le mois précédent.

En contrepartie des engagements pris par le réseau, l'union régionale des caisses d'assurance maladie s'engage à verser une rémunération forfaitaire individuelle de 228,68 € par période de garde sur place la nuit. Ce forfait ne se cumule pas avec les majorations de première partie de nuit (20h-0h).