

**Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé**

NOR: AFSS1315810A

Version consolidée au 14 mars 2017

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-8, L. 6112-1, L. 6112-2, L. 6112-3, R. 1435-16, R. 6112-28 et D. 6114-4 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 30 avril 2013,

Arrêtent :

**Article 1**

En application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé mentionné au 1° de l'article L. 6112-1 du même code est fixée ainsi qu'il suit :

1. Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde :

Montant pour :

- une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 229,00 € ;
- une période de garde assurée en début de nuit : 79,00 € ;
- une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150,00 €.

2. Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte :

Montant pour :

- une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 150,00 € ;
- une période d'astreinte assurée en début de nuit : 50,00 € ;
- une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 100,00 €.

Aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé.

Ces indemnités forfaitaires ne se cumulent ni, pour les médecins généralistes de gardes ou d'astreintes en unité ou service d'urgence, avec la majoration pour actes effectués la nuit mentionnée à l'article 14 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (majoration MN) pour les actes effectués la nuit de 20 heures à 0 heure, ni avec les majorations forfaitaires pour sujétion particulière mentionnées au 2° de la section 1 du chapitre II du titre XI de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels précitée (majorations MA et MG).

**Article 2**

Les médecins transmettent les tableaux mensuels de gardes et d'astreintes réalisées au directeur d'établissement, au responsable du réseau de permanence des soins de l'établissement et, le cas échéant, au président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale. Cette transmission s'effectue conformément aux stipulations prévues dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé.

Les engagements, obligations et modalités de mise en œuvre de la mission de service public définis au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont exécutés au sein de l'établissement dans le cadre d'un ou plusieurs contrats tripartites d'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé conclu(s) entre l'agence régionale de santé, l'établissement et les médecins qui s'engagent à y participer.

Ce ou ces contrat(s) est (sont) conclu(s) pour une, plusieurs ou toutes les lignes de permanence retenues dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ensemble des médecins participant à chacune de ces lignes. L'ensemble des lignes de permanence retenues dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens sont couvertes par ces contrats tripartites.

Un modèle du contrat tripartite prévu à l'alinéa précédent est annexé au présent arrêté.

### **Article 3**

En application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, le versement de l'indemnité forfaitaire due aux médecins libéraux participant à la mission de service public de permanence des soins dans les établissements de santé visés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est effectué directement par les caisses mentionnées à l'article R. 1435-32 du code de la santé publique, dans les conditions fixées par convention préalablement signée entre la caisse et l'établissement assurant cette mission et attributaire de la dotation de financement y afférente.

Un modèle de la convention établie à cet effet est annexé au présent arrêté.

### **Article 4**

Le présent arrêté sera révisé chaque année afin de tenir compte de l'évolution du montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

### **Article 5**

Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

## **Annexe**

### **Annexe I**

MODÈLE DE CONTRAT TRIPARTITE D'ACCOMPLISSEMENT DE LA MISSION DE SERVICE PUBLIC DE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (PDSSES) PRIS EN APPLICATION DE L'AVENANT N° X AU CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6112-3 ;

Vu l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire

aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé ;

Vu le CPOM de l'établissement de santé XXX, conclu en date du [ou, le cas échéant, l'avenant à ce CPOM, en date du],

Il est conclu un contrat d'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins en établissement de santé entre :

- l'ARS de XXX représentée par le directeur général ;
- l'établissement XXX représenté par [le directeur], après avis du président de la commission médicale d'établissement ou du président de la conférence médicale ;
- les médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé pour la ou les lignes de permanence mentionnées au présent contrat.

Article 1er

Objet et modalités d'accomplissement de la mission par les médecins signataires

Les présentes stipulations définissent les obligations qui, en vertu de l'article 4 du CPOM susmentionné, s'appliquent aux médecins, signataires du présent contrat, intervenant dans l'établissement au titre de la mission de service public de permanence des soins, pour la ou les lignes de permanence suivantes :

Spécialité XXX :

- nombre de lignes : XXX ;
- type de ligne : XXX ;

(Il s'agit de décrire par spécialité les lignes de permanence visées dans le présent contrat tripartite.)

Ces médecins sont recensés dans un tableau annexé au présent contrat.

Toute révision du tableau de recensement des médecins signataires est portée à la connaissance de la caisse pivot de l'établissement.

Article 2

Régime de responsabilité

Dans le cadre de sa participation à la mission de permanence des soins en établissement de santé, la responsabilité professionnelle du médecin libéral est couverte par le contrat d'assurance en responsabilité professionnelle qu'il est tenu de souscrire pour toute son activité libérale.

La responsabilité de l'établissement peut être engagée en cas de faute ou de dysfonctionnement directement imputable à l'établissement dans l'accomplissement de la mission.

Article 3

Statut juridique du médecin

La mise en œuvre de la participation à la mission de permanence des soins en établissement de santé s'opère dans le respect des conditions de l'activité libérale du médecin qui accepte d'y participer. Elle ne remet pas en cause directement ni indirectement le contrat d'exercice libéral établi entre l'établissement et chaque médecin signataire.

Article 4

Obligations

Dans le cadre de leur participation respective à la permanence des soins, les médecins signataires s'engagent à respecter les obligations précisées dans l'avenant du CPOM susmentionné, notamment les garanties de permanence, de prise en charge et d'application des tarifs conventionnels définies à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique.

Article 5

#### Modalités d'indemnisation et d'information

Pour leur participation à la permanence des soins, les médecins libéraux signataires sont indemnisés dans les conditions fixées dans l'avenant au CPOM susvisé. Cette indemnité n'est pas soumise à prélèvement de quelque nature que ce soit.

L'établissement s'engage à conventionner avec sa caisse pivot pour le versement en direct par cette dernière de l'indemnité aux médecins libéraux.

Pour leur part, les médecins signataires s'engagent à tenir à jour les tableaux mensuels des gardes et astreintes réalisées, à les transmettre au directeur d'établissement, au responsable du réseau de permanence des soins de l'établissement et, le cas échéant, au président de la commission médicale d'établissement ou au président de la conférence médicale pour attestation du service fait et pour contrôle du non-dépassement de l'enveloppe notifiée par l'ARS. Les médecins établissent une demande individuelle de versement qu'ils transmettent directement ou via l'établissement à la caisse pivot.

Sous réserve des éléments communiqués par les médecins signataires, l'établissement s'engage, après avis du responsable du réseau de permanence des soins en établissement de santé et, le cas échéant, du président de la commission médicale d'établissement ou du président de la conférence médicale, à transmettre les tableaux mensuels des gardes et astreintes réalisées à la caisse pivot de l'établissement et, pour information, à l'agence régionale de santé, dans un délai de dix jours ouvrés à compter du dix de chaque mois.

#### Article 6

#### Conciliation et voie de recours

En cas de litige lié à l'exécution du présent contrat, les parties s'engagent à soumettre leur différend à X [un tiers de leur choix pouvant être le tribunal administratif en application de la loi du 6 janvier 1986] dans le délai de quinze jours qui suit la demande de l'un ou l'autre des cocontractants.

#### Article 7

#### Durée du contrat, révision et dénonciation

Le présent contrat entre en application à la date du ... pour une durée ne pouvant excéder celle du CPOM susvisé. Il est communiqué au conseil départemental de l'ordre.

Il peut être révisé, dans les mêmes formes que sa signature, à tout moment, à la demande de l'un ou l'autre des signataires.

Il peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties au contrat, sous réserve, sauf cas de force majeure, du respect d'un préavis de six mois notifié par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Lorsque le contrat est dénoncé par l'un ou plusieurs des médecins signataires, ces clauses demeurent opposables aux autres parties prenantes au contrat, sous réserve d'être toujours en capacité d'accomplir la mission.

Fait à , le en XXX exemplaires originaux.

Le directeur général de l'ARS de XXX.

Le [représentant] de l'établissement XXX.

Les médecins participant à l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins pour les lignes de permanence mentionnées à l'article 1er du présent contrat.

A

## Annexe II

### CONVENTION TYPE DE PRESTATIONS DE SERVICES RELATIVE AU PAIEMENT DES FORFAITS DE GARDE ET D'ASTREINTE DUS AUX MÉDECINS LIBÉRAUX DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS MENTIONNÉS AU d DE L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Entre, d'une part,

La caisse primaire d'assurance maladie de XXX,

Adresse :

représentée par M. ou Mme XXX agissant en qualité de directeur général,

et M. ou Mme XXX agissant en qualité d'agent comptable,

Et, d'autre part,

L'établissement de santé XXX,

Adresse :

représenté par M. ou Mme XXX

en qualité de XXX

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6112-1 et L. 6112-2 ;

Vu l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé et son annexe ;

Vu les stipulations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'ARS de XXXX et l'établissement XXXX attributaire de la mission de service public de PDSSES et relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (spécialités concernées, nombre de lignes de gardes et d'astreintes, etc.),

Il a été convenu ce qui suit :

#### Préambule

Jusqu'à la loi hôpital patients santé territoires (HPST), la permanence des soins en établissements de santé privés mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale était organisée dans le cadre de contrats de pratiques professionnelles (CPP) conclus entre les URCAM et les réseaux de médecins pour la permanence des soins dans ces établissements sur la base de modèles type définis dans la convention nationale organisant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. Dans le cadre de ces contrats, les organismes locaux d'assurance maladie versaient les forfaits de gardes et astreintes aux praticiens libéraux pour l'exercice de la permanence des soins au sein de ces établissements sur la base des tableaux mensuels de garde et astreinte validés. La loi HPST a réformé l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) en l'érigeant en mission de service public à laquelle les établissements de santé ont vocation à contribuer. Elle donne compétence au directeur général de l'agence régionale de santé pour l'organisation et l'attribution territoriale de cette mission. L'objectif visé est la rationalisation de l'organisation territoriale de la PDSSES, dans une logique de responsabilité partagée entre secteurs public et privé, et dans un contexte où la démographie médicale incite à la mutualisation et à l'optimisation des ressources médicales disponibles à l'échelle des territoires de santé.

Désormais, les modalités d'organisation de la permanence des soins en établissement de santé sont définies dans le cadre des stipulations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) éventuellement souscrites par voie d'avenant et conclu entre l'Agence régionale de santé (ARS) et l'établissement de santé. Ces stipulations du CPOM précisent notamment les spécialités concernées, le nombre de lignes de gardes et d'astreintes et le montant de l'enveloppe allouée à l'établissement.

Les engagements issus du CPOM sont mis en œuvre au sein de l'établissement dans le cadre d'un contrat tripartite d'accomplissement de la mission de service public de PDSSES conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement et les médecins qui s'engagent à y participer. Un contrat peut être conclu par ligne de permanence ou pour toutes les lignes de permanence retenues dans le cadre du CPOM.

Des modalités spécifiques de versement des forfaits de garde et d'astreinte aux médecins participant à la mission de service public de PDSSES sont prévues par les textes. Ainsi, ce circuit de financement spécifique à la PDSSES est encadré par un arrêté pris en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique. Cet arrêté précise que le versement de l'indemnité forfaitaire due aux médecins libéraux participant à la

mission de service public de permanence des soins dans les établissements de santé visés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale est effectué directement par les caisses mentionnées à l'article R. 1435-32 du code de la santé publique, dans les conditions fixées par convention préalablement signée entre la caisse et l'établissement assurant cette mission et attributaire de la dotation de financement y afférente.

L'objet de la présente convention est donc de définir les modalités d'organisation du circuit de paiement des forfaits de garde et d'astreinte dus aux médecins qui participent à la mission de service public de permanence des soins dans ces établissements de santé dans le respect des engagements fixés par le CPOM.

#### Article 1er

##### Objet de la convention

La présente convention a pour objet de définir les modalités de versement de l'indemnité forfaitaire due aux médecins libéraux participant à la mission de service public de permanence des soins dans les établissements de santé visés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Elle organise les relations entre l'établissement et la caisse signataire et précise leurs engagements respectifs relatifs au fonctionnement et au suivi de ce dispositif.

#### Article 2

##### Champ d'application

La présente convention porte sur les modalités du paiement par la CPAM des forfaits de garde et d'astreinte effectuées par les médecins participant à la mission de service public de permanence des soins dans l'établissement cocontractant, dans les conditions définies par l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'ARS XXX et l'établissement signataire de la présente convention.

[Reporter les spécialités concernées, le type de ligne et le nombre de ligne prévus par le CPOM.]

#### Article 3

##### Obligations de l'établissement

L'établissement XXXXX réceptionne le tableau mensuel des gardes et astreintes réalisées validé par les médecins et, le cas échéant, leurs demandes individuelles d'indemnisation (celles-ci pouvant être adressées via l'établissement ou directement par les médecins concernés à la caisse pivot).

L'établissement XXXX s'engage à effectuer le contrôle du service fait à l'appui du tableau mensuel susmentionné et de toute pièce justificative complémentaire et à transmettre à la CPAM pivot ce tableau avec la mention attestation de service fait qui vaudra ordre de paiement et, le cas échéant, les demandes individuelles d'indemnisation.

Il s'assure également que les dépenses engagées ne dépassent pas le plafond de l'enveloppe allouée à la mission de permanence des soins et s'inscrivent dans le respect des engagements définis par les stipulations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu le... avec l'ARS XXXX, également destinataire par l'établissement du tableau mensuel des gardes et astreintes réalisées validé.

#### Article 4

##### Nature des services rendus

par les organismes locaux d'assurance maladie

La caisse XXXX s'engage à effectuer le paiement des forfaits de gardes et astreintes de (reporter les spécialités concernées et le nombre de lignes de garde et/ou d'astreinte prévues par le CPOM) sur la base de l'ordre de paiement attestant du service fait (cf. deuxième alinéa de l'article relatif aux obligations de l'établissement) transmis par l'établissement attributaire de la mission de service public et d'une demande individuelle de versement transmise directement par le médecin ou via l'établissement.

Ce paiement est adressé individuellement à chaque médecin.

La caisse s'engage à procéder à ce paiement dans un délai ne pouvant excéder quinze jours ouvrés après la réception de l'ensemble des documents visés au premier alinéa du présent article. L'état récapitulatif des paiements est communiqué trimestriellement à l'établissement par la CPAM au plus tard deux mois après la dernière date de paiement soit avant le 31 mai de l'année n pour les dépenses du premier trimestre, avant le 31 août de l'année n pour le deuxième trimestre, avant le 30 novembre de l'année n pour le troisième trimestre et avant le 28 février de l'année n + 1 pour le dernier trimestre de l'année n.

La caisse XXX met à disposition de l'ARS XXXX cet état récapitulatif des paiements.

#### Article 5

##### Administration du dispositif

L'établissement XXXXXX et la CPAM XXXX désignent des interlocuteurs référents chargés de régler les éventuelles demandes internes et habilités à traiter, si besoin, des difficultés rencontrées.

#### Article 6

##### Durée de la convention

La présente convention s'applique à toute demande de paiement transmise à l'établissement pour des gardes et astreintes effectuées à compter du 1er janvier 2012 et jusqu'à l'échéance du CPOM.

#### Article 7

##### Modification et résiliation de la convention

En cas de modification des stipulations du CPOM relatives à la PDSSES, le présent contrat est immédiatement modifié en conséquence.

Si l'une des parties veut mettre un terme au présent contrat, elle devra aviser l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un délai de préavis fixé à six mois.

Ce délai de préavis oblige les parties qui pourront toutefois convenir, de manière expresse, d'une modification de sa durée.

Sauf non-respect de la période de prévenance, totalement ou partiellement, qui n'aurait pas fait l'objet d'un accord exprès préalable, les parties ne pourront prétendre à aucune indemnité du fait de la rupture contractuelle.

Les parties au présent contrat informent immédiatement l'ARS en cas de difficulté rencontrées lors de l'exécution du contrat, en cas de modification du contrat et en cas de résiliation du contrat.

Fait à , le

En trois exemplaires (dont un pour transmission à l'ARS signataire du CPOM).

Pour l'établissement XXX.

Pour la CPAM XXX.

Fait le 18 juin 2013.

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement

du directeur général de l'offre de soins :

Le chef de service, adjoint au directeur général de l'offre de soins, F. Faucon

Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :

Le chef de service, adjoint au directeur de la sécurité sociale, F. Godineau

Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget,

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur de la sécurité sociale :

Le chef de service, adjoint au directeur de la sécurité sociale, F. Godineau