

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

#### Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

NOR : SANS0521923A

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie,  
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5 et L. 162-15,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Est approuvé l'avenant n° 1 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, annexé au présent arrêté, conclu le 11 mars 2005 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

**Art. 2.** – Est approuvé l'avenant n° 3 à la convention nationale mentionnée à l'article précédent, annexé au présent arrêté, conclu le 14 avril 2005 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

**Art. 3.** – Est approuvé l'avenant n° 4 à la convention nationale mentionnée à l'article précédent, annexé au présent arrêté, conclu le 22 avril 2005 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

**Art. 4.** – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale au ministère des solidarités, de la santé et de la famille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 26 mai 2005.

*Le ministre des solidarités,  
de la santé et de la famille,*  
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

*Le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie,*

XAVIER BERTRAND

#### A V E N A N T N ° 1

#### À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 12 janvier 2005, publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, et ses annexes,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de procéder, dans le texte conventionnel, aux rectifications suivantes :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est inséré à l'article 1.1.4 « Valorisation du rôle de médecin traitant », quatrième paragraphe :

« Le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique pour ceux de ses patients atteints d'une affection de longue durée au sens des 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale qui l'ont choisi comme médecin traitant. »

## Article 2

Est modifié comme suit l'article 1.4.4 « L'accès non coordonné » :

En lieu et place du premier alinéa du deuxième paragraphe :

« Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5 % la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés. »

## Article 3

Est ajouté à l'article 4.3 « Secteurs conventionnels et tarifs », point *d*, troisième paragraphe :

« S'agissant des titres acquis dans les établissements privés participant au service public hospitalier et ceux acquis au sein de l'Union européenne et de la Confédération helvétique, leur équivalence aux titres énumérés au paragraphe précédent est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux décisions de la Caisse nationale d'assurance maladie après avis du Conseil national de l'ordre et, en tant que de besoin, des services ministériels compétents. »

Est ajouté à l'article 4.3 « Secteurs conventionnels et tarifs », à la fin du point *d* :

« Lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, est réputée, pour l'application des contrats prévus à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, correspondre aux dépassements définis à l'article 1.4.4 la partie inférieure aux plafonds fixés par cet article. »

## Article 4

Est ajouté, à l'article 4.4 « Avantages sociaux », dernier paragraphe :

« La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel, par :

- la CPAM du lieu d'installation du médecin pour la cotisation due au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès et pour la cotisation due au titre des allocations familiales ;
- chacun des organismes participant au financement pour la cotisation due au titre du régime des avantages complémentaires vieillesse.

La répartition entre les trois grands régimes s'effectue selon la part de chacun dans les dépenses (ONDAM). »

## Article 5

Est supprimé aux articles 5.3.1, 5.3.2 et 5.3.3 : « Chaque section désigne son président ».

Est ajouté à l'article 5.3.2, au sein de l'item précisant la composition de la section sociale :

« Le siège dévolu au directeur de l'URCAM est comptabilisé sur le quota administratif du régime général. »

Est ajouté à l'article 5.3.4, après le deuxième alinéa :

« La section professionnelle de chacune des instances désigne son président. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie désigne, dans le cadre des fonctions définies aux articles L. 182-2-4 et L. 182-2-5 du code de la sécurité sociale, le président de la section sociale de chacune des instances parmi les représentants de la direction des organismes de sécurité sociale et des établissements publics concernés, membres desdites instances.

La présidence de chacune des instances sera assurée l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention par le président de la section professionnelle. »

Est supprimé à l'article 5.3.4 « Dispositions communes aux instances : installation et fonctionnement » le neuvième alinéa :

« Chaque instance peut se réunir, lorsque nécessaire, en "formation médecins", c'est-à-dire en sous-commission paritaire composée de représentants de la section professionnelle et de représentants des services du contrôle médical. »

## Article 6

Est modifié comme suit l'article 6.3 « Composition de l'organisme gestionnaire conventionnel » :

« Section sociale : 10 représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire de la convention :

- régime général : 8 administratifs ;
- régime agricole : 1 administratif ;

– régime des professions indépendantes : 1 administratif.

Chaque section désigne son président.

La désignation du président de la section sociale se fait selon les modalités définies au deuxième alinéa de l'article 5.3.4 de la présente convention.

La présidence de l'OGC sera assurée l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention par le président de la section sociale. »

#### Article 7

Est modifié comme suit l'article 7.6 « Valorisation de la MPC pour les consultations des patients de moins de 16 ans » :

« Les parties signataires s'entendent pour revaloriser de 2 € la MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans. Cette revalorisation concerne les médecins spécialistes (spécialités cliniques et techniques) conventionnés à tarifs opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination. Cette revalorisation est de 3 € pour les médecins psychiatres, neuropsychiatres et neurologues.

La valeur de la MPC est donc portée, pour les patients de moins de 16 ans, à 4 €, pour la CS et 5,70 € pour la CNPSY.

Cette revalorisation s'applique à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005 pour les spécialités listées au second paragraphe de l'article 1.2.2 du présent texte, ainsi qu'aux pédiatres. »

#### Article 8

Est modifié, à l'article 8.1.1 « Modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission chargée de déterminer les règles de hiérarchisation des actes et prestations », « Composition de la commission », « Membres avec voix délibératives » :

« Un président désigné d'un commun accord par les membres de la commission. »

#### Article 9

Est modifié comme suit l'article 8.1.3 « Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes », partie « les mesures suivantes s'appliqueront, sous réserve, le cas échéant, de la publication de la modification des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale » :

*A compter du 1<sup>er</sup> mars 2005*

ACTES	MÉTROPOLE	ANTILLES-GUYANE	RÉUNION
SCM.	2,41	2,41	2,41
Majoration de coordination MCS pour les spécialités suivantes (prévue à l'article 7.2 de la convention) : - dermatologie ; - rhumatologie ; - endocrinologie ; - gynécologie ; - ophtalmologie ; - médecine interne.	2,00	2,00	2,00
Majoration de coordination MCS pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie (art. 7.2 de la convention).	3,00	3,00	3,00
Pédiatres : majoration MNP pour les consultations d'enfants de moins de 2 ans (article 7.7 de la convention).	2,00	2,00	2,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans (art. 7.6 de la convention) réalisées par les médecins des spécialités suivantes : - dermatologie ; - rhumatologie ; - endocrinologie ; - gynécologie ; - ophtalmologie ; - médecine interne ; - pédiatrie.	4,00	4,00	4,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées par les psychiatres et neuropsychiatres (art. 7.6 de la convention).	5,70	5,70	5,70

*A compter du 1<sup>er</sup> mai 2005*

FORFAIT	MÉTROPOLE	ANTILLES-GUYANE	RÉUNION
Rémunération spécifique annuelle (art. 1.1.4 de la convention).	40,00	40,00	40,00

*A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005*

ACTES	MÉTROPOLE	ANTILLES-GUYANE	RÉUNION
Majoration de coordination MCS pour les spécialités non citées supra (art. 7.2 de la convention).	2,00	2,00	2,00
Majoration de coordination MCS pour la neurologie (art. 7.2 de la convention).	3,00	3,00	3,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées par les médecins des spécialités non citées supra (art. 7.6 de la convention).	4,00	4,00	4,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans réalisées par les neurologues (art. 7.6 de la convention).	5,70	5,70	5,70
Cardiologues : majoration MCC applicable à la CSC (art. 7.3 de la convention).	2,27	2,27	2,27 »

Fait à Paris, le 11 mars 2005.

Pour l'UNCAM :

*Le directeur général,*

F. VAN ROEKEGHEM

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

*Le président,*

M. CHASSANG

Pour le SML :

*Le président,*

D. CABRERA

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

*Le président,*

F. BENOUAICH

Pour la CSMF :

*Le président,*

M. CHASSANG

Pour le SML :

*Le président,*

D. CABRERA

### AVENANT N° 3

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 12 janvier 2005, publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

#### Article 1<sup>er</sup>

Le chapitre 5.3 « Les instances conventionnelles » est modifié comme suit :

Au début du paragraphe « Missions » de l'article 5-3-1 est rajouté :

« La CPN réunie en formation "orientations" est informée, par les commissions paritaires régionales (CPR) et par les commissions paritaires locales (CPL), des travaux en cours dans les régions et dans les départements. Elle délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur :

- le suivi annuel du dispositif optionnel décrit au point 1.2.3 de la présente convention ;
- le suivi annuel du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés ;
- le suivi annuel de la permanence des soins.

Elle installe le comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle et délibère sur les orientations nationales dans ce domaine. »

A l'alinéa suivant, après les mots : « la CPN » sont rajoutés les mots : « réunie en formation exécutive ».

Le reste du paragraphe 5-3-1 sur les missions est inchangé à l'exception de l'alinéa suivant : « – installation du comité paritaire national de formation professionnelle conventionnelle dont le rôle est défini au chapitre 6 (Fixation des orientations nationales) » qui est remplacé par : « mise en œuvre des orientations fixées en matière de formation professionnelle conventionnelle ».

Au début du paragraphe « Missions » de l'article 5-3-2 est rajouté :

« La CPR réunie en formation "orientations" délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional. Elle peut installer, sur demande du CPN-FPC, un comité paritaire régional de formation professionnelle conventionnelle tel que prévu au chapitre 6 de la présente convention. »

A l'alinéa suivant, après les mots : « la CPR », sont rajoutés les mots : « réunie en formation exécutive ».

Le reste du paragraphe 5-3-2 sur les missions est inchangé à l'exception de l'alinéa « peut installer, sur demande du CPN-FPC, un comité paritaire régional de formation professionnelle conventionnelle tel que prévu au chapitre 6 de la présente convention » qui est supprimé.

Au début du paragraphe « Missions » de l'article 5-3-3 est rajouté :

« La CPL réunie en formation "orientations" suit la mise en œuvre au niveau local des orientations de politique conventionnelle. »

A l'alinéa suivant, après mots : « la CPL » sont rajoutés les mots : « réunie en formation exécutive ».

## Article 2

A L'article 5.3.4, après les mots : « de chacune des instances », sont ajoutés les mots : « réunies en formation exécutive ». Est ajoutée ensuite la phrase suivante : « Le président de la section sociale de chacune des instances réunies en formation orientation est désigné par la section sociale parmi les conseillers membres de cette instance. »

Le chapitre 8.12 « Vie conventionnelle : règlements types des instances » est modifié comme suit :

L'article 8.12.1 est modifié comme suit :

### « Réunions

L'instance nationale se réunit en formation orientations au minimum deux fois par an, en formation exécutive au minimum quatre fois par an. »

L'article 8.12.2 est modifié comme suit :

### « Réunions

L'instance régionale se réunit en formation orientations au minimum une fois par an, en formation exécutive au minimum deux fois par an. »

L'article 8.12.3 est modifié comme suit :

### « Réunions

L'instance locale se réunit en formation orientations au minimum une fois par an, en formation exécutive au minimum six fois par an. »

Fait à Paris, le 14 avril 2005.

Pour l'UNCAM :

*Le directeur général,*

F. VAN ROEKEGHEM

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

*Le président,*

M. CHASSANG

Pour le SML :

*Le président,*  
D. CABRERA

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

*Le président,*  
F. BENOUAICH

Pour la CSMF :

*Le président,*  
M. CHASSANG

Pour le SML :

*Le président,*  
D. CABRERA

## A V E N A N T N° 4

### À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX 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'utilisateur 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<sup>er</sup>

#### *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, fondée 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 20 heures et 8 heures, 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 20 heures-0 heure/6 heures-8 heures .....	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit 0 heure-6 heures .....	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 13 (C) 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 20 heures à 0 heure ;
- de 100 € pour la période de 0 heure à 8 heures ;
- et de 150 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8 heures à 20 heures.

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 (UPATOU), 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 cinquième, septième, huitième et douzième alinéas du 2<sup>o</sup> 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 la nuit à intervenir à la suite d'un accouchement ayant eu lieu au cours de cette 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 22 avril 2005

Pour l'UNCAM :

*Le directeur général,*

F. VAN ROEKEGHEM

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

*Le président,*

M. CHASSANG

Pour le SML :

*Le président,*

D. CABRERA

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

*Le président,*

F. BENOUAICH

Pour la CSMF :

*Le président,*

M. CHASSANG

Pour le SML :

*Le président,*

D. CABRERA

## A N N E X E

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 20 heures à 8 heures. 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 (20 heures-0 heure).