

## Annexe 6

**CONVENTION TYPE DE PRESTATIONS DE SERVICES  
RELATIVE AU PAIEMENT DES FORFAITS DE GARDE ET D'ASTREINTE DUS  
AUX MEDECINS LIBERAUX DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES  
SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES MENTIONNES AU d) DE  
L'ARTICLE L. 162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE**

Entre d'une part

La caisse primaire d'assurance maladie de ...

Adresse :

représentée par M. ou Mme XXX agissant en qualité Directeur Général  
et M. ou Mme XXX agissant en qualité d'Agent Comptable,

Et d'autre part,

L'établissement de santé X.....,

Adresse :

Représenté par M. ou Mme ... en qualité de...

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

Vu l'arrêté 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 dispositions 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 :

## PREAMBULE

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 (PDSES) en l'érigant 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 PDSES, 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 dispositions 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 dispositions 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 PDSES 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 PDSES sont prévues par les textes. Ainsi, ce circuit de financement spécifique à la PDSES est encadré par un arrêté pris en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. 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 L. 174-18 du code de la sécurité sociale, 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 1<sup>er</sup>**  
**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'ETABLISSEMENT**

L'établissement XXXXXX 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 dispositions 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. 2° 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

La caisse XXX met à disposition de l'ARS XXXX un état récapitulatif des paiements effectués trimestriellement. Cet état récapitulatif des paiements est communiqué à l'établissement par la CPAM au plus tard 2 mois après la dernière date de paiement soit avant le 31 mai de l'année n pour les dépenses du 1<sup>er</sup> trimestre, avant le 31 août de l'année n pour le 2<sup>e</sup> trimestre, avant le 30 novembre de l'année n pour le 3<sup>e</sup> trimestre et avant le 28 février de l'année n+1 pour le dernier trimestre de l'année n.

#### **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 DUREE 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 1<sup>er</sup> janvier 2012 et jusqu'à l'échéance du CPOM.

#### **ARTICLE 7 MODIFICATION ET RESILIATION DE LA CONVENTION**

En cas de modification des dispositions 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 6 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 3 exemplaires (dont un pour transmission à l'ARS signataire du CPOM)

Pour l'établissement

Pour la CPAM XXX

