



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHESION SOCIALE

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS
Sous-direction de la régulation
Bureaux R3- R5
Personnes chargées du dossier :
Guillaume LE HENANFF
guillaume.lehenanff@sante.gouv.fr
Adrien DEBEVER
adrien.debever@sante.gouv.fr

Le 19/12/2011

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
Sous-direction 1
Bureau 1B
Cendrine BLAZY
cendrine.blazy@sante.gouv.fr

La Directrice générale de l'offre de soins

à

Mesdames et Messieurs les directrices et
directeurs généraux des agences régionales de
santé

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
et directeurs d'établissements

INSTRUCTION N° DGOS/R3-R5/2011/ du 16 décembre 2011 relative aux modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

Date d'application : immédiate

NOR :

Classement thématique : Établissements de santé

Validée par le CNP le 16 décembre 2011 - Visa CNP 2011-325

Résumé : A compter du 1^{er} janvier 2012, les médecins libéraux participant à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) sont indemnisés à ce titre sur crédits PDSES notifiés par les ARS. Il est mis en place un mécanisme de versement « en direct » de ces crédits par les caisses pivots des établissements concernés. La présente instruction détaille les pré-requis contractuels et les modalités de liquidation.

Mots-clés : permanence des soins en établissement de santé – lignes de garde et astreinte médicales – modalités de paiement des médecins libéraux

Textes de référence :

-articles L. 6112-1, L. 6112-2, L. 6112-3, L. 6112-3-1, L. 6122-7, L. 6122-10 du Code de la Santé Publique
-rubriques PDSES et MSP du guide méthodologique d'élaboration du SROS PRS

Textes abrogés ou modifiés : Néant

Annexes :

- Annexe 1 : Modèle d'arrêté de versement par anticipation des crédits MIG PDES au titre du premier trimestre 2012
- Annexe 2 : Projet d'arrêté relatif aux montants et conditions de versement de l'indemnité forfaitaire des médecins libéraux participant à la PDES
- Annexe 3 : Modèle d'avenant au CPOM
- Annexe 4 : Modèle de contrat tripartite d'accomplissement de la mission de service public de PDES pris en application de l'avenant au CPOM de l'établissement
- Annexe 5 : Modèle de tableau de recensement des médecins intervenant dans l'accomplissement de mission de service public de PDES
- Annexe 6 : Modèle de convention de mandatement conclue entre l'établissement et sa caisse pivot
- Annexe 7 : Modèle de tableau mensuel des gardes et astreintes réalisées
- Annexe 8 : Modèle de demande individuelle de versement
- Annexe 9 : Logigramme

Jusqu'à la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), 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 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 (PDES) 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 PDES, 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.

Dans l'attente de la mise en œuvre des schémas cibles arrêtés dans les SROS-PRS (reconnaissance prioritaire, appel à candidature), l'année 2011 a constitué une période transitoire au terme de laquelle le mode de financement de la PDES sur enveloppe unique et fongible sera élargi aux médecins libéraux assurant la PDS en établissements ex-OQN. Ces derniers intégreront le dispositif de financement sur crédits MIG PDES, à compter du 1^{er} janvier 2012 pour l'indemnisation de leurs médecins libéraux, dans l'attente de la mise en place du Fonds d'intervention régional (FIR) créé par la LFSS 2012.

L'objet de la présente instruction est de préciser, les modalités pratiques de délégation des crédits PDES aux établissements (I) et les mécanismes d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins au sein des cliniques et établissements ex-OQN à but non lucratif (pré-requis contractuels et modalités de liquidation) (II).

I. Délégation des crédits MIG PDES aux établissements ex-OQN à but lucratif et non lucratif

Rappel: Crédits délégués [cf. 3^{ème} circulaire de campagne budgétaire]

- Les crédits MIG PDES 2011 délégués à l'occasion de la première circulaire de campagne budgétaire, représentent 742,5 M€ :

- Le financement de la participation des médecins libéraux et des cliniques dans un dispositif de financement unique, fongible et commun aux secteurs public et privé, initialement envisagé au 1^{er} juillet 2011 a été reporté au 1^{er} janvier 2012 afin de sécuriser préalablement les conditions de versement des indemnités forfaitaires des médecins libéraux participant à la PDSSES (décision du CNP du 17 juin 2011).
- Compte tenu de ce report, l'effort d'économie attendu en 2011 à hauteur de 60 M€ sur l'enveloppe cumulée des crédits CPP 2010 et MIG PDSH 2010, soit un objectif de 7,21% de réduction des dépenses par région, a été révisé à la baisse. Ce niveau d'optimisation n'est, en effet, envisageable que dans le cadre de la future enveloppe unique et fongible, qui permet, dans chaque région, de répartir l'effort entre le secteur public et le secteur privé en fonction des marges réelles d'économie constatées dans chacun des secteurs.
- Aussi l'objectif d'optimisation des dépenses de PDSSES des établissements du secteur public et des ESPIC se limite, en 2011, à 30 M€ non délégués en début de campagne. Ce montant représente un effort d'économie de 3,88% par rapport à l'enveloppe MIG « PDSH » allouée en 2010.

Eligibilité des établissements ex-OQN aux crédits MIG PDSSES, notification et sécurisation du montant des indemnités des médecins libéraux participants à la PDSSES d'ici au 1^{er} janvier 2012

- L'arrêté MIGAC a été modifié pour ouvrir aux ES ex-OQN l'éligibilité aux crédits MIG PDSSES– cf. publication au JO du 22 mars 2011 de l'arrêté du 9 mars 2011.
- Afin d'offrir une base budgétaire au versement des crédits MIG PDSSES aux cliniques à compter du 1^{er} janvier 2012, 15 Millions d'euros ont été délégués aux ARS dans le cadre de la troisième circulaire de campagne budgétaire. Ils correspondent aux mois de janvier, février et si besoin mars 2012. Ils représentent un trimestre des crédits CPP 2010.
- Ces crédits doivent être notifiés par l'ARS à chaque établissement concerné **de manière spécifique et dédiée**. La notification doit avoir pour seul objet ces crédits MIG PDSSES afin d'en permettre l'enregistrement et le suivi spécifique par la caisse pivot de l'établissement. Cette **notification doit intervenir avant le 31 décembre 2011** pour permettre de couvrir des charges au titre de l'exercice 2012 ; ces crédits constituent donc des produits 2012. Ils seront versés par les caisses pivots directement aux médecins concernés sur l'exercice 2012. Un modèle d'arrêté de notification de ces crédits est proposé en ***annexe 1***.
- Ces crédits sont à déléguer au regard du nombre de plages d'astreintes ou de gardes des mois de janvier, février et mars 2012 :

Mois	Nuits	Dimanches	Samedis
Janvier 2012	31	5	4
Février 2012	29	4	4
Mars 2012	31	4	5

- Les montants par plage restent inchangés mais ne relèvent plus du champ conventionnel à compter du 1^{er} janvier 2012. Ces montants et le circuit de financement spécifique pour l'indemnisation des médecins libéraux participant à la PDSSES en établissement de santé privé sont encadrés par un arrêté ministériel pris en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Le projet d'arrêté sera publié d'ici au 1^{er} janvier 2012 (***annexe***

2). Il introduit également des possibilités de gardes et astreintes de début de nuit ou de nuit profonde.

- Si le circuit de versement s'applique aux seuls établissements ex-OQN, les montants d'indemnisation concernent également les médecins libéraux intervenant en établissement de santé public, lesquels perçoivent, par ailleurs, leurs honoraires dans les conditions prévues par le décret n° 2011-345 du 28 mars 2011 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé et l'arrêté du même jour.
- Une instruction complémentaire précisera les modalités d'entrée en vigueur du fonds d'intervention régional (FIR) qui se substituera aux crédits MIG PDES pour les secteurs public et privé au cours du premier semestre 2012.

II. **Modalités pratiques d'indemnisation des médecins libéraux participant à la PDES (pré-requis contractuels et modalités de liquidation)**

Pré-requis contractuels :

- 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) conclu entre l'Agence régionale de santé (ARS) et l'établissement de santé après avis du responsable du réseau de permanence des soins de l'établissement et, du président de la commission médicale d'établissement ou de la conférence médicale et concertation avec les praticiens de l'établissement en application des dispositions du dixième alinéa de l'article L. 6112-2 du code de la santé publique. Cet avenant précise notamment les spécialités concernées, le nombre de lignes de gardes et d'astreintes et le montant de l'enveloppe allouée à l'établissement ainsi que les obligations de l'ensemble des parties prenantes. Un modèle d'avenant au CPOM est joint en **annexe 3**.
- Les engagements issus des dispositions du présent contrat sont mis en œuvre au sein de l'établissement dans le cadre d'un ou plusieurs contrats tripartites d'accomplissement de la mission de service public de PDES conclu(s) entre le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur de l'établissement et les médecins qui s'engagent à y participer (modèle proposé en **annexe 4**).
- Ce ou ces contrat(s) est (sont) conclu(s) pour une, plusieurs ou toutes les lignes de permanence retenues dans le cadre du CPOM avec l'ensemble des médecins participant à chacune de ces lignes. L'ensemble des lignes de permanence retenues dans le CPOM est couverte par ces contrats tripartites.
- Un tableau de recensement des médecins participant à la PDES y est annexé (modèle proposé en **annexe 5**). Il est transmis pour information à la caisse pivot.
- Ces documents devront être **signés d'ici au 31 janvier 2012** puis transmis pour information à la caisse pivot de l'établissement.

Modalités de liquidation :

- L'établissement de santé étant seul attributaire de la mission de service public, la notification des crédits PDES à ce dernier est incontournable. Mais il convient de dissocier cette approche budgétaire (notification des crédits) de l'attribution des crédits correspondants.
- Des modalités spécifiques de versement des forfaits de gardes et d'astreintes aux médecins participant à la mission de service public de PDES ont été prévues. L'arrêté ministériel pris en

application de l'article 65 de la LFSS 2012 mentionné précédemment 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 aux articles 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. Ces modalités de versement des crédits PDSES sont précisées dans le modèle de convention de mandatement conclue entre l'établissement et sa caisse pivot joint en **annexe 6**.

- Ainsi la clinique, dans le cadre de la convention avec sa caisse pivot, sollicitera l'appui de cette dernière comme tiers payeur à l'égard des médecins libéraux. Pour les établissements concernés, la notification des crédits PDSES par l'ARS à l'établissement, n'entraînera pas le versement des crédits correspondants par la Caisse Pivot ; cette dernière utilisera ces fonds pour payer directement les médecins libéraux dans la limite des crédits notifiés à l'établissement.
- Le Fonds d'intervention régional qui prendra le relais du financement sur crédits MIG en application de l'article L. 1435-11 du code de la santé public adopté dans le cadre de la LFSS 2012 fonctionnera selon les mêmes principes.

Modalités d'ordonnancement :

- Afin d'assurer le contrôle du respect de cette enveloppe de crédits, l'établissement transmettra chaque mois à l'ARS et à sa caisse pivot un tableau mensuel des gardes et astreintes réalisées attestant du contrôle du service fait et du respect du plafond de dépenses autorisées (modèle proposé en **annexe 7**). Ce document vaudra ordre de paiement pour la CPAM, après réception des demandes individuelles de versement. Il sera également transmis pour information à l'ARS. Cela permettra à l'établissement de s'assurer du respect de ses obligations vis-à-vis de l'ARS et d'envisager, le cas échéant avec cette dernière et les médecins libéraux concernés, les moyens de surmonter d'éventuelles difficultés.
- Il appartiendra ensuite à chaque médecin de transmettre une demande individuelle de versement de ses indemnités, directement ou via l'établissement (modèle proposé en **annexe 8**).
- Le paiement des indemnités par la caisse pivot à compter de début février 2012 au titre du mois de janvier nécessitera donc au préalable la validation et la transmission de l'ensemble des documents suivants :
 1. Avenant au CPOM,
 2. Contrat(s) tripartite(s) d'accomplissement de la mission de service public et tableau de recensement des médecins participant à la PDSES,
 3. Convention de mandatement signée entre l'établissement et sa caisse pivot,
 4. Tableau mensuel des gardes et astreintes réalisées attestant du service fait,
 5. Demandes individuelles de versement des indemnités de gardes et d'astreintes.
- La CPAM transmettra chaque trimestre à l'ARS et à l'établissement un état des sommes décaissées au titre de la PDSES afin que ces charges puissent être enregistrées comptablement par la clinique attributaire de la MSP (dans la limite de la recette MIG/FIR correspondante notifiée par l'ARS).

Le logigramme joint en **annexe 9** présente de façon schématique ces différentes étapes, circuits d'information et documents à transmettre.

Je vous remercie de veiller à diffuser la présente instruction auprès de l'ensemble des établissements et médecins concernés pour information et mise en œuvre, la CNAMTS se chargeant d'en informer les caisses pivots appelés à participer à ce dispositif.

**La Directrice Générale
de l'Offre de Soins**



Annie PODEUR