

BULLETIN OFFICIEL DES IMPÔTS

DIRECTION GÉNÉRALE DES IMPÔTS

5 G-2-07

N° 60 du 25 AVRIL 2007

BENEFICES NON COMMERCIAUX. EXONERATION DES REMUNERATIONS PERÇUES AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS PAR LES MEDECINS. COMMENTAIRES DE L'ARTICLE 109 DE LA LOI RELATIVE AU DEVELOPPEMENT DES TERRITOIRES RURAUX (LOI N° 2005-157 DU 23 FEVRIER 2005)

(CGI, art. 151 ter)

NOR : BUD F 0710026J

Bureau B 1

P R E S E N T A T I O N

L'article 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux, codifié à l'article 151 ter du code général des impôts, prévoit l'exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone rurale ou urbaine déficitaire en offre de soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

La définition des zones rurales ou urbaines déficitaires en offre de soins est arrêtée par les missions régionales de santé.

L'exonération porte sur les rémunérations d'astreintes et les majorations spécifiques à la permanence des soins prévues à l'avenant n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 26 mai 2005.

•

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
TITRE 1 : LES REMUNERATIONS RECUES AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS	4
Section 1 : L'organisation de la permanence des soins	4
Section 2 : Les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins	6
Sous-section 1 : La rémunération des médecins de permanence dans le cadre de l'ancien régime	7
Sous-section 2 : La rémunération des médecins de permanence dans le cadre du nouveau régime	10
1. Rémunération de l'astreinte	11
2. Majorations spécifiques des actes effectués	14
TITRE 2 : REGIME D'EXONERATION DES REMUNERATIONS PERCUES AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS	17
Section 1 : Conditions tenant aux lieux d'installation du praticien et d'exercice de la permanence des soins	18
Sous-section 1 : Définition des zones urbaines et rurales déficitaires	19
Sous-section 2 : Inscription au tableau de permanence des soins d'un secteur incluant au moins une zone déficitaire	20
Section 2 : Portée de l'exonération	23
Sous-section 1 : Les recettes exonérées	24
1. Rémunérations d'astreinte et majorations spécifiques pour la permanence des soins	24
2. Computation du délai de soixante jours	26
Sous-section 2 : Modalités d'application	28
1. Une exonération personnelle	28
2. Non-cumul de l'exonération et des déductions forfaitaires propres aux médecins conventionnés	30
3. Modalités déclaratives et justificatifs	32

TITRE 3 : ENTREE EN VIGUEUR

35

Annexe 1 : Extrait de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

Annexe 2 : Dispositif réglementaire relatif à la permanence des soins. Extrait du code de la santé publique.

Annexe 3 : 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. Avenant n° 4.

Annexe 4 : Missions régionales de santé. Extrait du code de la sécurité sociale.



INTRODUCTION

1. Conformément à l'article 109 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, la rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée par les médecins ou leurs remplaçants, installés dans une zone rurale ou urbaine déficitaire en offre de soins, est exonérée de l'impôt sur le revenu, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

2. La permanence des soins en médecine ambulatoire, prévue à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique¹, a pour objet de satisfaire aux besoins des demandes de soins aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Elle repose sur le principe d'une régulation médicale des appels téléphoniques des demandes de soins, préalable à l'accès au médecin de permanence.

Un tableau de permanence où sont mentionnés nominativement les médecins est établi pour chaque secteur géographique défini par arrêté du préfet.

Les conditions de mise en œuvre de la permanence des soins sont régies par les dispositions des articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique. Ce dispositif prévoit notamment la mise en place d'une sectorisation de la permanence des soins, qui peut être différenciée selon les plages horaires et les périodes de l'année, et les modalités de participation des associations de permanence des soins. Les modalités financières sont prévues à la convention des médecins généralistes et des médecins spécialistes, signée le 12 janvier 2005 et approuvée par arrêté du 3 février 2005, ses annexes et avenants, notamment l'avenant n° 4 signé le 22 avril 2005 et approuvée par arrêté du 26 mai 2005.

Le dispositif de la permanence des soins s'accompagne, pour les médecins participants, d'une prise en charge par l'assurance-maladie de rémunérations spécifiques autres que le paiement à l'acte (article L. 162-5 du code de la sécurité sociale). Ce sont ces rémunérations qui sont susceptibles d'être exonérées sur le fondement de l'article 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux. Ce dispositif réserve le bénéfice de l'exonération aux médecins installés dans une zone rurale ou urbaine déficitaire en offre de soins dont le périmètre est arrêté par les missions régionales de santé.

3. La présente instruction précise :

- la nature des rémunérations versées au titre de la permanence des soins (Titre I) ;
- la portée de l'exonération d'impôt sur le revenu, pour les titulaires de bénéfices non commerciaux, instituée par l'article 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Titre II) ;
- l'entrée en vigueur de cette mesure (Titre III).

Sauf mention contraire, les articles cités sont ceux du code général des impôts et de ses annexes.

TITRE 1 : LES REMUNERATIONS REÇUES AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS

Section 1 : L'organisation de la permanence des soins

4. Dans chaque secteur géographique, défini par arrêté préfectoral, un tableau nominatif des médecins de permanence, validé par le conseil départemental de l'ordre des médecins, est établi.

5. Dans le cadre de la nouvelle organisation de la permanence des soins définie aux articles R. 6315-1 et suivants précités, la permanence des soins est ouverte aux médecins exerçant à titre libéral ainsi qu'aux médecins des associations de permanence de soins (exemple : SOS médecins), qui n'exercent pas en cabinet².

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU ou par un centre d'appel d'une association de permanence des soins, s'il est interconnecté avec le SAMU³.

A la demande du médecin chargé de la régulation, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite.

¹ Cf. annexe II, avec les textes réglementaires pris pour la mise en œuvre de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

² Articles R. 6315-1 et R. 6315-2 de code de la santé publique (en annexe II).

³ Article R. 6315-3 du code de la santé publique (en annexe II).

Section 2 : Les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins

6. Les médecins qui participent à la permanence des soins dans les conditions indiquées aux n^{os} 4 et 5 bénéficient de rémunérations spécifiques définies dans le cadre de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Ces rémunérations ont été fixées en premier lieu par les avenants n^{os} 8 et 10 respectivement approuvés par les arrêtés des 31 janvier 2002 et du 28 juin 2002 (ancien régime) et mentionnés aux points 8.14.1 et 8.14.2 en annexe de la convention médicale du 12 janvier 2005, puis par l'avenant n^o 4 approuvé par l'arrêté du 26 mai 2005 (nouveau régime qui a succédé au précédent)⁴.

Sous section 1 : La rémunération des médecins de permanence dans le cadre de l'ancien régime

7. En application des avenants n^o 8 et n^o 10 précités, les médecins d'astreinte dans le cadre de la permanence des soins bénéficient par astreinte de 12 heures d'une rémunération de 50 €.

8. L'astreinte rémunérée est celle effectuée⁵ :

- la nuit de 20 heures à 8 heures ;
- le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures.

9. Ce dispositif s'applique tant que l'arrêté préfectoral définissant la nouvelle sectorisation de la permanence des soins du département concerné n'est pas entré en vigueur ou que l'arrêté de sectorisation antérieur à la publication de l'avenant n^o 4 à la convention médicale n'a pas été confirmé.

Sous section 2 : La rémunération des médecins de permanence dans le cadre du nouveau régime

10. Dans le cadre de la nouvelle organisation de la permanence des soins modifiée en 2005, l'avenant n^o 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par arrêté du 26 mai 2005, précise les nouvelles conditions financières liées à la participation des médecins à la permanence des soins. Elles consistent, d'une part, en la rémunération de l'astreinte versée par la caisse d'assurance maladie et, d'autre part, en une majoration spécifique des actes pratiqués dans le cadre de la permanence des soins.

L'application de ce nouveau dispositif de rémunération était subordonnée à la publication de nouveaux arrêtés préfectoraux de sectorisation de la permanence des soins ou la confirmation des arrêtés antérieurs à la publication de l'avenant n^o 4, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence. Il est précisé que ces arrêtés sont révisables annuellement.

1. Rémunération de l'astreinte

11. Les médecins de permanence, inscrits au tableau de permanence, 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.

12. Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous les moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais.

La rémunération de l'astreinte est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence et pour une même période.

⁴ L'arrêté et l'avenant sont reproduits dans l'annexe III.

⁵ Si l'article R. 6315-1 du code de la santé publique laisse la possibilité d'organiser la permanence des soins également le samedi après-midi et les lundi qui précèdent un jour férié ainsi que les vendredi et samedi qui suivent un jour férié, ces dispositifs n'ont pas encore fait l'objet, à la date de la publication de la présente instruction, d'une traduction dans la convention médicale. Elles sont donc à ce stade hors du champ de l'exonération.

13. Le paiement de la rémunération de l'astreinte est assuré par la caisse d'assurance maladie du lieu d'exercice principal du médecin sur transmission, par celui-ci, d'un document récapitulatif précisant notamment le secteur et les périodes (dates et plages horaires) couverts, accompagné de la demande d'indemnisation et d'une attestation signée de participation à la permanence.

2. Majorations spécifiques des actes effectués

14. Les médecins, inscrits au tableau de permanence et qui interviennent à la demande du médecin de régulation, peuvent majorer les tarifs de la visite au domicile du patient ou de la consultation au cabinet des montants suivants :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit de 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 €

15. A titre exceptionnel, ces majorations spécifiques peuvent être également applicables par un médecin qui ne serait pas inscrit au tableau de permanence mais qui interviendrait sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

16. Dans toutes les autres situations (ex. : intervention d'un médecin auprès de ses patients) et dans tous les cas où il n'y a pas de régulation préalable par le SAMU ou un centre d'appel interconnecté avec le SAMU, le médecin intervenant pendant les horaires de permanence (la nuit de 20 heures à 8 heures, le dimanche et les jours fériés) n'a pas droit à ces majorations spécifiques.

TITRE 2 : REGIME D'EXONERATION DES REMUNERATIONS PERÇUES AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS

17. Afin d'inciter les médecins à participer à la permanence des soins dans les zones déficitaires en offre de soins, l'article 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux précitée, codifié à l'article 151 ter du code général des impôts, exonère d'impôt sur le revenu les rémunérations perçues au titre de la permanence des soins par les médecins, ou le cas échéant leurs remplaçants, installés dans une zone définie en application de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

Cette exonération d'impôt sur le revenu concerne, pour la catégorie des bénéficiaires non commerciaux :

- les médecins libéraux installés dans une zone urbaine ou rurale déficitaire en offre de soins ;
- la rémunération de l'astreinte et les majorations spécifiques définies au titre I mises en place, dans une limite de 60 jours de permanence par an.

Section 1 : Conditions tenant aux lieux d'installation du praticien et d'exercice de la permanence des soins

18. Pour bénéficier de l'exonération, les médecins libéraux doivent être installés dans une des zones urbaines ou rurales déficitaires en offre de soins définies par les missions régionales de santé.

Sous section 1 : Définition des zones urbaines et rurales déficitaires

19. Les zones urbaines ou rurales déficitaires en offre de soins sont définies par les missions régionales de santé⁶.

⁶ Cf. annexe IV.

La décision de la mission régionale de santé arrêtant les zones déficitaires est publiée au recueil régional des actes administratifs. La définition de ces zones est révisable à tout moment.

La liste des communes concernées à la date de publication de la présente instruction est consultable sur le site Internet du ministère de la santé, à l'adresse suivante :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/demographie_medicale/zones_deficitaires.pdf.

Sous-section 2 : Inscription au tableau de permanence des soins d'un secteur incluant au moins une zone déficitaire

20. En principe, seuls sont concernés par l'exonération mise en place par l'article 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux, les médecins installés dans les zones déficitaires et qui participent à la permanence des soins dans ces mêmes zones, étant précisé que le lieu d'exercice d'un médecin (article R. 4127-5 du code de la santé publique) est :

- celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des médecins ;

- ou celui d'un cabinet secondaire, ouvert sur autorisation du conseil départemental au tableau dans le ressort duquel l'exercice est envisagé.

21. Toutefois, pour l'application des dispositions de l'article 109 de la loi pour le développement des territoires ruraux, il est admis, notamment pour faire bénéficier du dispositif les médecins des associations de permanence des soins, que la condition d'exercice dans une zone déficitaire est remplie lorsque le secteur pour lequel le médecin est inscrit au tableau de permanence comprend au moins une zone urbaine ou rurale telle que définie au n°19.

Il appartient donc au médecin de justifier, d'une part, de son inscription au tableau de permanence des soins⁷ et, d'autre part, de la présence d'au moins une commune, ou le cas échéant d'une partie d'une commune (quartier, arrondissement, lieu-dit), dans une zone urbaine ou rurale déficitaire en offre de soins dans le secteur pour lequel ce tableau est établi.

22. Il n'est pas exigé que la permanence soit assurée dans une zone déficitaire de manière continue tout au long de l'année. En cas de déménagement, de changement de zone ou de tableau de permanence, les rémunérations reçues au titre de la période de permanence des soins dans la zone urbaine ou rurale déficitaire sont exonérées dans les conditions indiquées ci-après.

Section 2 : Portée de l'exonération

23. Les médecins libéraux inscrits au tableau de permanence des soins d'un secteur comprenant au moins une commune d'une zone rurale ou déficitaire ne doivent pas comprendre dans leurs recettes imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux les rémunérations perçues au titre des astreintes et les majorations spécifiques à la permanence des soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

Ces rémunérations et majorations doivent être perçues à titre personnel.

Les recettes ainsi exonérées ne sont pas prises en compte pour la détermination de la déduction spéciale dite groupe III et de la déduction complémentaire de 3 % applicables aux médecins conventionnés (secteur I).

⁷ Sans préjudice de la situation visée au n° 15. Dans ce cas, l'exonération s'applique pour le médecin remplaçant en tenant compte de la zone couverte par le tableau sur lequel est inscrit le médecin de permanence indisponible.

Sous-section 1 : Les recettes exonérées

1. Rémunérations d'astreintes et majorations spécifiques pour la permanence des soins

24. Les rémunérations susceptibles d'être exonérées sont celles régulièrement versées à ce titre par la caisse d'assurance maladie et définies à la deuxième section du titre I, soit dans le cadre de l'ancien, soit dans le cadre du nouveau régime de permanence des soins (n^{os} 6 et suivants).

25. Il est précisé que les autres actes facturés aux patients lors de la visite à domicile ou de la consultation (visite ou consultation, actes techniques,...) n'entrent pas dans le champ de l'exonération.

2. Computation du délai de soixante jours

26. Pour déterminer la limite de 60 jours de permanence par an, un jour de permanence correspond à l'une des périodes d'astreinte mentionnées au n^o 8 ou au n^o 11.

Toutefois, dans le cadre du nouveau régime de permanence des soins, la réalisation de deux astreintes au cours d'une même nuit de permanence (astreinte de 20 heures à 0 heures et de 0 heures à 8 heures) est retenue pour une seule journée de permanence.

Exemple : Un médecin a assuré la permanence au cours de 3 débuts de nuit (période de 20 heures à 0 heure), de 5 nuits complètes (périodes de 20 heures à 0 heure et 0 heure à 8 heures) et de 2 dimanches.

Il a donc effectué 10 jours de permanence pour la mise en œuvre de la présente exonération, les 5 nuits complètes étant représentatives de 5 jours de permanence quand bien même il y a deux périodes d'astreinte rémunérées.

27. En cas de dépassement sur une année civile de la limite de 60 jours de permanence, il appartient au médecin de répartir, sous sa responsabilité, les journées de permanence assurées entre celles qu'il souhaite inclure dans le décompte de 60 jours pour l'application de l'exonération et celles qu'il souhaite exclure de ce décompte. Il répartit alors librement les rémunérations perçues pour ces permanences entre celles attachées à la période exonérée et celles excédant le seuil.

A titre de simplification, il sera admis que, dans l'hypothèse d'un dépassement de cette limite, la partie des rémunérations exonérée au titre de la permanence des soins soit calculée de manière forfaitaire en appliquant à l'intégralité des sommes perçues au cours de l'année civile le rapport suivant :

Soixante / Nombre de jours de permanence

Exemple : Entre le 25 février et le 31 décembre 2006, un médecin a assuré la permanence des soins au cours de 70 débuts de nuit (période de 20 heures à 0 heure) dans une zone déficitaire en soins, telle que définie par la mission régionale de santé. Il a effectué dans ce cadre 160 visites à domiciles.

Toutes les sommes qu'il a perçues ont été liquidées dans le cadre du nouveau régime de rémunération de la permanence des soins (cf. n^{os} 10 et suivants).

Il a perçu à ce titre des rémunérations d'astreinte pour : $70 \times 50 = 3\,500 \text{ €}$

Il a reçu des majorations spécifiques pour : $160 \times 46 = 7\,360 \text{ €}$

Soit un total de : $7\,360 + 3\,500 = 10\,860 \text{ €}$

La quote-part de rémunération de permanence exonérée peut être ainsi calculée :

$10\,860 \times 60/70 = 9\,308 \text{ €}$

S'il le souhaite, le médecin peut opter pour la méthode de l'affectation réelle et exonérer les sommes reçues effectivement au titre de chacune des journées de permanence accomplies en choisissant les journées exonérées pour le calcul des soixante jours.

A partir des données de l'exemple précédent, il est supposé que les rémunérations perçues se répartissent de la façon suivante :

	60 permanences avec au moins une visite à domicile pour chacune (160 au total)	10 permanences sans déplacement ni consultation
Rémunération correspondante	$(60 \times 50) + (160 \times 46) = 10\,360 \text{ €}$	$10 \times 50 = 500 \text{ €}$
Total	10 860 €	

La quote-part de rémunération exonérée est alors de 10 360 €

Sous-section 2 : Modalités d'application

1. Une exonération personnelle

28. Seuls les praticiens ayant participé personnellement à la permanence des soins peuvent bénéficier de cette exonération.

29. L'exercice en association (associations de permanence des soins) ou en société (sociétés civiles professionnelles,...), dans la mesure où les médecins participants sont imposés en leur nom à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux, ne fait pas obstacle à l'application de l'exonération.

Cependant, les rémunérations d'astreintes et les majorations spécifiques pour la permanence des soins doivent être individualisées pour chaque praticien au sein de l'association ou de la société pour la détermination de sa quote-part de bénéfices correspondant à ces droits. Chaque médecin ayant participé à la permanence des soins est imposé sur la quote-part du résultat lui revenant, diminué des rémunérations correspondant aux permanences qu'il a personnellement effectuées et qui ouvrent droit à l'exonération.

2. Non-cumul de l'exonération et des déductions forfaitaires propres aux médecins conventionnés

30. Les médecins conventionnés qui pratiquent des honoraires conventionnels (secteur I) et qui relèvent du régime de la déclaration contrôlée bénéficient d'une déduction spéciale dite du groupe III, fonction des recettes provenant d'honoraires conventionnels (cf. DB 5 G 4411, n^{os} 33 et suivants et BOI 5 G-1-02). De plus, ils sont autorisés à opérer, sur la même assiette que le groupe III, une déduction complémentaire de 3 % (cf. DB 5 G 4431, n^{os} 4 et suivants).

Les rémunérations d'astreintes et les majorations spécifiques de permanence des soins ne sont pas comprises dans la base de calcul de ces déductions lorsqu'elles sont exonérées dans les conditions prévues par la présente instruction.

31. L'exonération des rémunérations d'astreintes et des majorations spécifiques pour la permanence des soins est en revanche sans incidence sur l'assiette de l'abattement de 2 % représentatif des frais de représentation, de réception, de prospection, cadeaux professionnels, travaux de recherche, blanchissage, petits déplacements (cf. DB 5 G 4431 n^{os} 2 et suivants).

3. Modalités déclaratives et justificatifs

32. S'agissant des obligations déclaratives, pour les médecins soumis au régime de la déclaration contrôlée :

- En cas d'exercice à titre individuel : le montant des recettes exonérées en application de l'article 151 ter du code général des impôts doit être mentionné en « Divers à déduire » à la ligne CI « dont exonération permanence des soins des médecins » de l'imprimé n° 2035-B (compte de résultat fiscal) joint à la déclaration des revenus non commerciaux et assimilés n° 2035 ;
- En cas d'exercice en société : la quote-part du résultat mentionné au cadre III « Répartition des résultats entre les associés » de la déclaration des revenus non commerciaux et assimilés n° 2035 est diminuée des recettes exonérées en application de la présente mesure.

33. Pour les médecins soumis au régime déclaratif spécial (« micro-BNC »), les recettes exonérées sont retranchées du montant des recettes déclarées sur la déclaration d'impôt sur le revenu n° 2042.

34. En cas de contrôle, le médecin doit justifier de la réalité des permanences effectuées. A titre de règle pratique, il est admis qu'il justifie des périodes d'astreinte réalisées au moyen des documents transmis à la caisse d'assurance maladie (cf. n° 13).

TITRE 3 : ENTREE EN VIGUEUR

35. Les dispositions de l'article 109 de la loi pour le développement des territoires ruraux s'appliquent aux rémunérations et majorations perçues au titre de la permanence des soins à compter du 25 février 2005⁸.

36. Il est précisé que la date de la première décision de la mission régionale de santé arrêtant les zones urbaines et rurales déficitaires en offre de soins (cf. n° 19), dans le ressort duquel exerce le médecin participant à la permanence des soins, est sans incidence sur l'entrée en vigueur de la mesure.

Par conséquent, pour l'application de la présente exonération, les décisions de la mission régionale de santé ont un effet rétroactif qui autorise les médecins à en bénéficier pour les rémunérations perçues à compter du 25 février 2005 au titre de la permanence des soins dans les secteurs considérés.

La Directrice de la Législation fiscale

Marie-Christine Lepetit



⁸ La loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux a été publiée le 24 février 2005 au *Journal Officiel*.

ANNEXE I

Extrait de la loi relative au développement des territoires ruraux

J.O n° 46 du 24 février 2005 page 3073

LOIS

LOI n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux

NOR: AGRX0300111L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

[...]

Article 109¹

La rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée en application de l'article L. 6315-1 du code de la santé publique par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone définie en application de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an.

[...]

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.



¹ Ce texte est désormais codifié à l'article 151 ter du code général des impôts.

ANNEXE II

Dispositif législatif et réglementaire
relatif à la permanence des soins.

Extrait du code de la santé publique

Article L. 6314-1

Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent à la mission de service public de permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat.

Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale.

[...]

Article R. 6315-1

La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.

La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

- 1° Le samedi à partir de midi ;
- 2° Le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;
- 3° Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Toutefois, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 peut prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa du présent article. Ces modalités sont définies en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département.

Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1.

A cette fin, le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence de soins, aux besoins de la population.

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel.

Article R. 6315-2

Dans chaque secteur un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en oeuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. Il en est de même pour les médecins des centres de santé.

Dix jours au moins avant sa mise en oeuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au service d'aide médicale urgente, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

Article R. 6315-3

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente.

Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service d'aide médicale urgente. Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le service d'aide médicale urgente et l'association de permanence des soins. La convention précise également les modalités de collaboration entre le service d'aide médicale urgente et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. La convention est approuvée par le préfet après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée.

Article R. 6315-4

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Il peut prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le conseil départemental avec le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2.

Article R. 6315-5

A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins dans les conditions prévues à l'article R. 6315-3, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite.

Article R. 6315-6

Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du comité départemental prévu à l'article R. 6313-1.

Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières. Il précise les modalités de participation des médecins spécialistes. Il détermine également les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation du fonctionnement de la régulation prévue à l'article R. 6315-3 et, le cas échéant, des centres d'appel des associations de permanence des soins, ainsi que de l'ensemble du dispositif de permanence des soins.

Le cahier des charges précise, le cas échéant, si la permanence des soins est organisée pendant les périodes mentionnées aux 1^o à 3^o de l'article R. 6315-1, sur tout ou partie des secteurs du département.

Lorsque le cahier des charges prévoit que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa de l'article R. 6315-1, il précise alors l'organisation prévue pour répondre aux demandes de soins.

Lorsque le cahier des charges prévoit la participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente en dehors des périodes pendant lesquelles la permanence des soins est organisée, il en précise les modalités.

Le cahier des charges peut prévoir une mise en commun entre plusieurs secteurs des moyens nécessaires pour assurer la permanence des soins.

Le cahier des charges détermine les conditions du recueil et du suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins ainsi que les modalités selon lesquelles le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires est informé de ces incidents.

Article R. 6315-7

La mission régionale de santé, prévue à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, élabore ses propositions relatives à l'organisation du dispositif de permanence des soins compte tenu de l'état de l'offre de soins et d'une évaluation des besoins de la population dans la région.

La mission régionale de santé soumet pour avis ses propositions au conseil régional de l'ordre des médecins, aux représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, à l'union des médecins exerçant à titre libéral mentionnée à l'article L. 4134-1 ainsi qu'aux représentants désignés au niveau régional par les organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant la médecine d'urgence dans les établissements hospitaliers. Elles sont également soumises pour avis aux associations de professionnels participant à la permanence des soins. L'avis de ces organisations est transmis à la mission régionale de santé dans un délai de trente jours à compter de la date de réception du projet de propositions.

La mission régionale de santé transmet au préfet de chaque département ses propositions ainsi que les avis recueillis.



ANNEXE III

Approbation de l'avenant n° 4 à la convention nationale
des médecins généralistes et des médecins spécialistes

J.O n° 126 du 1 juin 2005 page 9765

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 :

[...]

Article 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.

Article 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° 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'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^{er}

Cadre réglementaire renouvelé

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 oeuvre 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-8heures.....	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° 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

•

ANNEXE IV

Missions régionales de santé

Extrait du code de la sécurité sociale

Article L. 162-47

Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 ;

2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

3° Le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;

4° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect.

Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique.

Chaque année, la mission soumet les projets de programme mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en oeuvre de ces programmes.

La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux.

La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique.