

Article 50. La prise en charge des soins non programmés en période de permanence des soins ambulatoire

Les partenaires conventionnels s'accordent pour inscrire les majorations et leurs règles de facturation visées à l'Article 49 ci-dessus dans une future version de la NGAP.

Article 50-1 : Les soins non programmés et régulés en période de PDSA

L'accès aux soins doit être garanti aux patients en dehors des heures ouvrables ou lors des jours non travaillés, pour les besoins de soins définis par les pouvoirs publics dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire définie aux articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique.

Les principes d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire sont déterminées dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoire arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

Dans ce cadre, les caisses assurent le paiement des forfaits de régulation et d'astreinte dont le montant est déterminé dans les cahiers des charges régionaux de la PDSA.

Des majorations d'actes spécifiques sont également applicables. Ainsi, lorsque le médecin - inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins en son nom ou au titre de l'association de permanence des soins à laquelle il appartient - intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il facture ses actes à tarif opposable et bénéficie de majorations spécifiques (définies à l'annexe 1).

Les partenaires conventionnels conviennent d'inscrire ces majorations dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) selon les règles suivantes :

- Ces majorations spécifiques sont également applicables, à titre exceptionnel, par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible ;
- Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin de garde intervient sur appel du régulateur dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées ou au domicile d'un patient pour effectuer des actes sur plus d'un patient, la majoration ne peut être facturée qu'une seule fois ;
- Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés (prévues à l'article 14 de la NGAP) ni avec les majorations de déplacements (prévues à l'article 14.2 de la NGAP) – à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la NGAP –, définies dans l'annexe tarifaire de la présente convention ;
- Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire.

Les assurés bénéficient, pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais.

Article 50-2 : Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation

Les consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA, bénéficient d'une majoration de 5 euros (MHP) sous réserve que ces actes soient facturés aux tarifs opposables. Cette majoration n'est pas cumulable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés mentionnés

au précédent article et pour les actes aux horaires PDSA non régulés visées aux articles 14 et 14.2 de la NGAP.

- ***En cas d'urgence justifiée par l'état du malade***

Lorsque le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence, correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles, il peut bénéficier de majorations visées à l'article 14 et 14.2 de la NGAP.

Cette majoration est également facturable par le médecin traitant qui intervient pour ses patients en situation d'urgence clinique.

Au regard de la définition de l'urgence ci-dessus, de facto, ces majorations ne sont pas facturables dans le cadre d'une téléconsultation.

Cette mesure entre immédiatement en vigueur, dès l'expiration du délai mentionné à l'article L. 162 14-1-1 du code de la sécurité sociale et sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- ***Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin dans certaines situations***

L'acte technique YYYY010 - traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes:

- détresse respiratoire ;
- détresse cardiaque ;
- détresse d'origine allergique ;
- état aigu d'agitation ;
- état de mal comitial ;
- détresse d'origine traumatique - est de facto facturé dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation.

La modification du libellé de l'acte sera introduite au 1er janvier 2025.

La CPN définit le cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires peuvent être éligibles à cette cotation après validation en CPL. Préalablement à l'examen en CPL, la caisse de rattachement de l'organisation échange avec l'ARS sur la cohérence du projet par rapport à l'organisation territoriale des soins.

Article 50-3 : Les consultations à domicile en période de permanence des soins ambulatoire (PDSA)

Afin de soutenir la réalisation de consultations à domicile (après régulation ou non) le tarif des visites aux horaires de PDSA est revalorisé de 6,50 euros le 1er janvier 2026 lorsqu'elles sont facturées à tarif opposable.

L'entrée en vigueur des mesures est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.