

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES FAMILLES,
DE L'ENFANCE
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des relations avec les professionnels de santé

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau du premier recours

Instruction n° DSS/1B/DGOS/2016/325 du 27 octobre 2016 relative aux modalités de mise en œuvre de la dérogation de financement de la permanence des soins ambulatoire instaurée par l'article 69 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016

NOR : AFSS1631454J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP, le 7 octobre 2016. – Visa CNP 2016-148.

Résumé : l'article L. 1435-5 du code de la santé publique a été modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Il prévoit désormais la possibilité de confier à une agence régionale de santé la gestion d'une enveloppe globale de financement de la permanence des soins ambulatoire, incluant non seulement les forfaits d'astreinte mais aussi l'activité réalisée par les médecins lors des permanences. Une autorisation ministérielle est ainsi délivrée aux ARS qui se portent volontaires pour bénéficier de cette modalité de financement. La présente instruction vise à préciser le contenu du dossier de demande initiale de dérogation au financement de la permanence des soins, des évaluations annuelles ainsi que les éléments à transmettre à l'appui d'une demande de renouvellement de l'autorisation de dérogation.

Mots clés : permanence des soins ambulatoire – financement.

Références :

Articles L. 1435-5 et L. 6314-1 du code de la santé publique ;

Article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale ;

Article 69 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Annexe : indicateurs d'évaluation et de suivi annuels.

Diffusion : agences régionales de santé, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, caisses primaires de l'assurance maladie.

Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins à Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs généraux des agences régionales de santé.

L'article 69 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 prévoit un dispositif dérogatoire de financement de la permanence des soins ambulatoire (PDSA).

Cet article permet, aux agences régionales de santé se portant volontaires d'être autorisées à financer, par des crédits du fonds d'intervention régional qui leur sont délégués à cet effet aussi bien la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, que la rémunération des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins. Cette dotation peut être autorisée dans tout ou partie des secteurs de la permanence des soins ambulatoires.

Dans ce cas, les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins par les professionnels de santé sont financés par le fonds d'intervention régional, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés. Dès lors, la rémunération des actes effectués par les professionnels de santé dans le cadre de la permanence des soins n'est plus mise à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

L'autorisation ministérielle est accordée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour une durée qui ne peut dépasser trois ans. Elle peut être renouvelée à l'issue de ce délai, en fonction des réalisations de l'agence présentées dans le cadre du bilan mentionné à l'article L. 1435-10 du code de la santé publique.

La présente instruction vise à apporter des précisions concernant les modalités de mise en œuvre de la dérogation précitée.

1. Détermination du montant de l'enveloppe des actes affectée à la mission de PDSA dans le cadre de la dérogation

Les ARS volontaires et pour lesquelles l'autorisation dérogatoire de financer la PDSA sur le fonds d'intervention régional aura été accordée disposeront de crédits qui leurs seront délégués à cet effet. Ces crédits correspondent à une enveloppe intégrant le montant des actes qui étaient antérieurement à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie. Le montant de cette enveloppe est fixé au niveau de l'enveloppe des actes de l'année précédant la demande de dérogation. Ce montant tiendra compte des revalorisations prévues dans le cadre de la convention médicale signée le 25 août 2016.

2. Contenu du dossier de demande initiale de dérogation au financement de la permanence des soins

Les dossiers transmis par les ARS devront comporter les éléments suivants :

- l'état des lieux de la PDSA dans la région précisant ses modalités d'organisation et son coût ;
- la détermination du territoire concerné : dans la mesure du possible, l'intégration de plusieurs départements au sein d'une même région afin de présenter une organisation globale de la permanence des soins sur la zone concernée par la dérogation. La présentation d'une organisation couvrant l'ensemble de la région est un élément favorable pour la sélection ;
- le schéma cible régional d'organisation de la PDSA proposé dans le cadre de cette demande de dérogation, précisant les modalités envisagées d'organisation et de gouvernance des différents acteurs de la PDSA. Ce schéma cible précise notamment l'articulation envisagée avec les dispositifs hospitaliers existant (SAMU, SMUR, services d'urgence, création d'accueil pré-porte notamment) ;
- le modèle économique associé au schéma cible régional proposé. Une simulation financière du projet proposé précise notamment les moyens mobilisés dans le cadre du projet intégrant par tranche de PDSA : le nombre de participants, le nombre d'heures de régulation et d'effectif, le montant des astreintes de régulation et d'effectif et les paramètres de modulation envisagés ainsi que la réduction prévisible du nombre d'actes.

Le caractère consensuel du dispositif auprès des partenaires locaux. Le projet doit être élaboré par les ARS avec l'ensemble des acteurs locaux et remporter leur adhésion avant toute mise en œuvre, dans la mesure où les nouvelles modalités de rémunération des professionnels participant à la permanence des soins s'imposent sur l'ensemble du territoire concerné par la dérogation. Par conséquent, le projet doit avoir été présenté au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

Par ailleurs, les organismes locaux d'assurance maladie de chaque région peuvent utilement être associés à la rédaction du dossier de demande ou être consultés parallèlement afin de s'assurer qu'aucun blocage n'interviendra lors du paiement des professionnels de santé.

3. Suivi des actions mises en place durant la période dérogatoire

Les ARS réaliseront annuellement une évaluation des actions qu'elles ont conduites et la transmettront aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à l'adresse fonctionnelle suivante: DGOS-R2@sante.gouv.fr.

Ces évaluations ont pour objet de vérifier que le fonctionnement global de la permanence des soins est amélioré et rendu plus efficient par la mise en œuvre du financement dérogatoire.

L'évaluation annuelle est réalisée sur la base d'indicateurs de suivi et d'évaluation listés ci-dessous et dont le détail figure en annexe :

- taux de participation à la permanence des soins ambulatoire ;
- mise en place d'une procédure de suivi financier ;
- activité de régulation ;
- activité d'effectation ;
- recueil des incidents ;
- système d'informations ;
- activité des services d'urgence ;
- comparaison avec l'activité de régulation des SAMU ;
- recours aux transports de patients ;
- actions de communication mises en place.

Ce bilan pourra être complété par tout autre indicateur jugé pertinent par l'ARS, ainsi que par une appréciation qualitative.

4. Éléments à transmettre à l'appui d'une demande de renouvellement de l'autorisation de dérogation

L'autorisation de déroger au financement de la PDSA peut être renouvelée sur demande de l'ARS. Dans ce cadre, l'ARS transmet un bilan aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, *via* la boîte fonctionnelle suivante : DGOS-R2@sante.gouv.fr, neuf mois avant le terme de l'autorisation dérogatoire. Une décision accordant le renouvellement ou non de la dérogation est notifiée par la direction générale de l'offre de soins et la direction de la sécurité sociale dans les deux mois suivant la demande de renouvellement par l'ARS.

En vue d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de déroger, l'ARS transmet tous les éléments de nature à justifier la pertinence de l'organisation mise en œuvre pendant la période initiale de dérogation. Une analyse des actions mises en œuvre pour améliorer l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire est ainsi fournie. Sont notamment attendus :

- une synthèse des évaluations annuelles transmises ;
- des éléments permettant d'apprécier l'efficience du dispositif mis en œuvre. En tout état de cause, le nouveau dispositif devra permettre de limiter les consultations et visites inutiles, en renforçant et en professionnalisant la fonction de régulation, et en développant d'éventuels dispositifs innovants.

Vous voudrez bien rendre compte de la mise en œuvre de cette instruction et signaler à l'adresse DGOS-R2@sante.gouv.fr les difficultés que vous pourriez rencontrer.

Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,*
K. JULIENNE

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE

INDICATEURS D'ÉVALUATION ET DE SUIVI ANNUELS

Indicateurs relatifs à l'activité de PDSA (pour évaluation)

OBJECTIFS	INDICATEURS DE SUIVI
Taux de participation à la PDSA	<ul style="list-style-type: none"> – Taux de volontaires par rapport aux médecins généralistes inscrits dans le département. – Taux de remplissage des tableaux de permanence.
Suivi financier	<ul style="list-style-type: none"> – Suivi mensuel du coût du dispositif dérogatoire par rapport à la prévision. – Suivi mensuel de l'enveloppe régionale globale affectée à la PDSA en précisant la répartition des coûts liés à la régulation et à l'effectation.
Activité de régulation	<ul style="list-style-type: none"> – Évolution du nombre de régulateurs mobilisés. – Montant et modalités de rémunération de la régulation. – Répartition de l'activité de régulation de PDSA par tranche horaire de permanence (20h-24h / 24h-8h / WE). – Évolution de la répartition des décisions de régulation (conseils médicaux, orientation vers un point fixe d'effectation, déclenchement d'une visite, orientation vers les urgences, déclenchement d'un transport etc.).
Activité d'effectation	<ul style="list-style-type: none"> – Évolution du nombre d'effecteurs mobilisés. – Montant et modalités de rémunération de l'effectation. – Évolution du nombre d'actes moyen par période de garde. – Évolution du nombre d'actes. – Répartition des montants entre forfaits et actes par médecin par tranche horaire de permanence (20h-24h / 24h-8h / WE). – Évolution de la répartition des décisions suite à la visite (hospitalisation, orientation vers les urgences, recours aux transports). – Nombre d'actes médico-administratifs.
Recueil des incidents	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre et nature des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDSA.
Système d'Information entre les acteurs	<ul style="list-style-type: none"> – Modalités SI mises en œuvre pour les échanges entre les acteurs mobilisés.
Actions de communication sur le dispositif mis en place	<ul style="list-style-type: none"> – Actions de communication pour améliorer la connaissance des patients sur le dispositif de PDSA mis en place.

Indicateurs relatifs à l'interaction avec les acteurs locaux aux heures de PDSA (pour information)

OBJECTIFS	INDICATEURS DE SUIVI
Activité des services d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de patients réorientés par les services d'urgence vers les MMG pendant les périodes de PDSA. – Évolution du nombre de forfaits accueil et traitement des urgences.
Activité des SAMU	<ul style="list-style-type: none"> – Comparaison avec l'activité globale de régulation des SAMU aux horaires de permanence des soins ambulatoires.
Recours aux Transports de patients	<ul style="list-style-type: none"> – Nombre de transports de patients effectués après régulation pendant les périodes de permanence des soins ambulatoires.