

Le 5 octobre 2009

JORF n°0229 du 3 octobre 2009

Texte n°43

DECRET

Décret n° 2009-1173 du 1er octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire

NOR: SASS0917580D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports et du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifié par l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 23 juillet 2009 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 juillet 2009 ;

Vu l'avis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 30 juillet 2009 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 20 mai 2009 ;

Vu les avis des organisations syndicales représentatives des médecins,

Décète :

Article 1

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent, parmi celles qui se sont déclarées volontaires, les missions régionales de santé qui participent aux expérimentations prévues au II de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 susvisé, sur la base du cahier des charges annexé au présent décret.

Ils peuvent décider de l'arrêt des expérimentations avant leur terme, au regard des résultats de l'évaluation annuelle.

Article 2

Le projet d'expérimentation élaboré par la mission régionale de santé est transmis pour avis au comité mentionné à l'article R. 6313-1 du code de la santé publique.

Article 3

La mission régionale de santé informe le préfet et les caisses locales d'assurance maladie des départements concernés par l'expérimentation des modalités d'expérimentation ainsi que du montant et de la nature des rémunérations qu'elle a fixés.

Article 4

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Annexe

A N N E X E

CAHIER DES CHARGES RELATIF AUX EXPÉRIMENTATIONS

EN MATIÈRE DE RÉMUNÉRATION DE PERMANENCE DE SOINS

1. Objet et cadre de l'expérimentation

Le II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifié par l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2008, ouvre la possibilité pour les missions régionales de santé (MRS) volontaires de mettre en place des expérimentations de rémunération des médecins assurant la permanence de soins, qui dérogent aux dispositions de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale en en fixant le montant et les modalités.

L'objectif de ces expérimentations est d'améliorer, dans tout ou partie d'un département ou d'une région, l'effectivité de la réponse aux demandes de permanence des soins en médecine ambulatoire, ainsi que son efficience.

La mise en place de ces expérimentations s'inscrit dans le cadre des principes fondant l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire :

— une sectorisation du département ou de la région adaptée à l'offre et à la demande de soins et selon les différentes plages horaires ;

— une régulation préalable départementale ou régionale des demandes de permanence des soins, qui devra être accessible par le numéro de téléphone national en vigueur sur le territoire. Cette régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels ;

— une organisation définie dans le cadre d'un cahier des charges départemental.

Ces expérimentations concernant les rémunérations des médecins de permanence des soins (régulateurs, effecteurs), financées sur le risque, peuvent être complétées par des dispositifs financés par :

— des fonds d'intervention, tels le fonds d'intervention de qualité et de coordination des soins (FIQCS) (par exemple : l'investissement dans des maisons médicales de garde, [MMG] ou la prise en charge des transports vers les points de consultation dans le cadre de la permanence des soins) ;

— des financements de droit commun (par exemple le financement du transport sanitaire) ;

— d'autres personnes morales (par exemple les collectivités territoriales ou les établissements de santé). Si des marges de manœuvre sont dégagées sur les crédits correspondant aux soins de ville, elles peuvent être réaffectées aux soins hospitaliers ou autres.

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations ont été définies après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, des organisations syndicales représentatives des médecins et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale précisera les limites (maximales) dans lesquelles les missions régionales de santé pourront fixer les montants unitaires des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque mission régionale volontaire.

2. Désignation des MRS

Pour l'année 2009, 5 ou 6 MRS volontaires seront choisies, après appel à candidatures, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour mener des expérimentations.

Les MRS sont sélectionnées sur la base de leur projet et des critères suivants :

— amélioration de l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Il faudra notamment mesurer l'amélioration apportée sur le plan de l'effectivité de la réponse, des conditions de travail des médecins libéraux et des établissements (répartition de la charge de la permanence des soins) par le dispositif proposé par rapport au

dispositif existant ;

— lisibilité de la réponse aux besoins des assurés. Une partie des problèmes actuels de la permanence des soins est liée à la difficulté pour les assurés de connaître les moyens de répondre à un besoin de soins au cours des périodes de permanence ;

— coût du dispositif proposé. Le nouveau dispositif devra être plus efficient que le dispositif antérieur. Une enveloppe globale regroupant le paiement des astreintes des régulateurs et des effecteurs ainsi que le paiement des actes effectués lors des périodes de permanence des soins (C, V et majorations associées) sera déléguée aux MRS et devra être respectée ;

— acceptation du dispositif par les partenaires locaux (comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, ordre des médecins, syndicats, association départementale d'aide médicale urgente) ;

— intégration, dans la mesure du possible, de plusieurs départements au sein d'une même région afin d'impulser une réorganisation plus globale de la permanence des soins sur la zone. La présentation d'une expérimentation couvrant l'ensemble de la région — en préfiguration du dispositif futur dans le cadre des agences régionales de santé — est un élément favorable pour la sélection ;

— articulation avec les dispositifs hospitaliers existant (SAMU, SMUR, services d'urgence, création d'accueil pré-porte notamment).

Les membres de la mission nationale d'appui donneront un avis sur les projets proposés par les MRS (effectivité, réalité du besoin, globalité du projet) au regard de l'objectif poursuivi, d'une part, et de la cohérence, d'autre part, notamment par rapport aux principes d'organisation de la permanence des soins et aux améliorations proposées par rapport aux organisations existantes.

3. Modalités de l'expérimentation

Avec cette expérimentation, les MRS peuvent organiser différemment la permanence des soins ambulatoire et prévoir de nouveaux modes de rémunération, en développant des coopérations innovantes entre les professionnels de santé. Il n'y a pas de réelle contrainte à ces évolutions, sous la condition que la réponse aux assurés s'en trouve améliorée. Par ailleurs, il n'est pas envisageable de modifier la période de permanence de soins même si l'organisation peut varier au cours de cette période.

Afin d'accompagner cette évolution de l'organisation, les MRS peuvent, alternativement ou cumulativement :

— globaliser l'ensemble des éléments de rémunération forfaitaires ou à l'acte rémunérant la participation des médecins au dispositif de permanence des soins ;

— moduler le niveau de ces astreintes en fonction de critères divers (zone, lieu d'exercice de la permanence de soins, nombre d'actes effectués, spécialisation des actes pour une patientèle, etc.) ;

— modifier le niveau de l'astreinte de l'effecteur ;

— modifier le niveau de l’astreinte du régulateur.

L’expérimentation peut conduire à une harmonisation des tarifs sur le territoire pour des situations identiques, ce qui laisse la place à des rémunérations différentes selon la situation des secteurs (zone rurale, zone urbaine, présence ou absence d’une MMG, d’un hôpital), selon les périodes (avant, après minuit), selon les effecteurs (densité, pénibilité/fréquence des gardes).

La dotation financière porte sur l’ensemble des sommes servant au paiement des astreintes des régulateurs et des effecteurs ainsi que sur les sommes servant aux paiements des actes effectués lors des périodes de permanence des soins.

Par exemple, un effecteur qui prendrait une garde sur deux secteurs pourrait bénéficier d’un montant d’astreinte plus élevé.

Les MRS peuvent également compléter les financements par des crédits du FICQS.

Par exemple, dans le cadre d’une meilleure collaboration entre les médecins libéraux exerçant en ville et les établissements hospitaliers, notamment si la permanence des soins en seconde partie de nuit est assurée exclusivement ou principalement par les établissements de santé, dégager des crédits qui pourront servir à financer le transport de patients vers le centre hospitalier ou une MMG via des véhicules mobilisés dans le cadre de la garde ambulancière (les crédits seront versés via un avenant au contrat pluriannuel d’objectif et de moyens de l’établissement de santé ; le montant de l’enveloppe relative aux missions d’intérêt général correspondante pourra être augmenté). Par ailleurs, des partenariats associant les médecins libéraux et les établissements de santé publics ou privés pourront être mis en place pour assurer une meilleure réponse à la demande de permanence des soins.

L’expérimentation peut couvrir un bassin de vie, un territoire infradépartemental, départemental, infrarégional, régional ou encore une zone blanche. En revanche, tous les médecins ou les associations de permanence des soins exerçant dans le territoire choisi pour l’expérimentation devront être rémunérés selon les modalités définies par l’expérimentation. Il ne pourra pas y avoir coexistence des nouvelles modalités expérimentées avec les modalités de rémunération de la permanence des soins actuellement définies par la convention nationale.

Dans tous les cas, la participation financière de l’assuré ne pourra pas être supprimée, même si les rémunérations forfaitaires ou à l’acte des médecins sont globalisées. Un ticket modérateur doit donc être maintenu, quelles que soient les modalités de rémunération choisies.

4. Mise en place de l’expérimentation sur le terrain

Le projet doit être élaboré par les MRS avec l’ensemble des acteurs locaux, y compris les associations de permanence des soins, 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 choisi.

Par voie de conséquence, lors de la phase de préparation, il est impératif que les MRS associent les services de la préfecture, le comité de l’aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, le conseil départemental de l’ordre des

médecins ainsi que les associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS) et les associations regroupant les médecins participant à la permanence des soins (par exemple : SOS Médecins ou Urgence médicale de Paris) de la zone concernée par l'expérimentation. Elles doivent également associer, le cas échéant, les établissements de santé.

Les modalités de rémunération des professionnels participant à la permanence de soins dans le cadre de l'expérimentation sont définies par décision du directeur de la MRS.

5. Evaluation

Les MRS réalisent annuellement l'évaluation des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettent aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'au Parlement.

L'évaluation a pour objet de vérifier que le fonctionnement global de la permanence des soins est amélioré et rendu plus efficient par l'expérimentation.

Elle est réalisée sur la base des critères de suivi et d'évaluation listés ci-dessous.

En matière de suivi du dispositif :

— suivi mensuel du coût du dispositif expérimental par rapport à la prévision et suivi mensuel de l'enveloppe régionale globale (effectué par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [CNAMTS]) ;

— effectivité de la réponse : remplissage des tableaux de permanence et présence à la régulation. Taux de volontaires par rapport aux médecins généralistes inscrits dans le département.

En matière d'évaluation annuelle :

— nombre d'actes réalisés par période de permanence des soins, par secteur, rapporté à la population. Nombre d'actes régulés et d'actes non régulés ;

— nombre d'actes effectués en MMG et en visite, ratio ;

— nombre d'actes médico-administratifs ;

— nombre d'actes suivis d'une hospitalisation, d'un envoi aux urgences, d'un envoi d'un SMUR ;

— activité de la régulation par plages de permanence des soins, nombre de régulateurs mobilisés par appel et par heure ;

— nombre et nature des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins ;

— activité des services d'urgence aux horaires de permanence des soins, nombre de patients réorientés des services d'urgence vers les MMG et inversement ;

— comparaison avec l'activité des SAMU aux horaires de permanence des soins et

régulation ;

— nombre de transports effectués pendant les périodes de permanence des soins par les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ou par des entreprises de transports sanitaires.

Tout autre indicateur jugé pertinent par la MRS, ainsi qu'une appréciation qualitative, pourra être ajouté.

Fait à Paris, le 1er octobre 2009.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,
Roselyne Bachelot-Narquin
Le ministre du budget, des comptes publics,
de la fonction publique
et de la réforme de l'Etat,
Eric Woerth