

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

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

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
de l'offre de soins

Bureau des relations
avec les professionnels de santé (1B)

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins (R)

Bureau du premier recours (R2)

Instruction DSS/SD1B n° 2012-60 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoires

NOR : ETSS1203487J

Validée par le CNP le 13 janvier 2012. – Visa CNP 2012-25.

Date d'application : immédiate.

Résumé : les ARS doivent rédiger les cahiers des charges qui organiseront la permanence des soins dans leur région conformément aux articles L. 1435-5, L. 6314-1 et R. 6315-6 du code de la santé publique. Le nouveau rôle confié aux ARS nécessite de modifier le circuit et les modalités de liquidation des forfaits de permanence des soins ambulatoire. La présente instruction vise à apporter des précisions concernant la transition entre le dispositif conventionnel actuel et la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoire, à expliciter le rôle de chaque acteur dans le circuit de paiement des forfaits de permanence des soins ambulatoire dans le cadre de la réforme initiée par la loi HPST et à préciser l'articulation du nouveau dispositif avec la mise en place du fond d'intervention régional instauré par la LFSS 2012. Ces précisions permettront aux ARS de finaliser le cahier des charges organisant la permanence des soins ambulatoires.

Mots clés : permanence des soins ambulatoires – médecin libéral – circuit de paiement.

Références :

Articles L. 1435-5, L. 6314-1, R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique ;

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ;

Article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins ;

Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire ;

Instruction n° 2010-279 du 20 avril 2010.

Annexes :

Annexe I. – Schémas relatifs aux circuits de financement des forfaits fixés par la convention médicale et au futur circuit de financement des forfaits fixés par les cahiers des charges des ARS.

Annexe II. – Articulation avec le FIR.

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

Comme indiqué dans l'instruction du 20 avril 2010 n° 2010-279, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ainsi que son décret d'application n° 2010-809 du 13 juillet 2010 ont introduit de nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoires en confiant l'organisation du dispositif aux agences régionales de santé (ARS).

Les ARS seront désormais les acteurs centraux de la permanence des soins ambulatoires. Elles définiront, d'une part, les modalités de son organisation dans le cadre des cahiers des charges prévus à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique et détermineront, d'autre part, les montants des forfaits de régulation et d'astreinte, dans les limites définies par l'arrêté du 20 avril 2011. La publication du cahier des charges par l'ARS déclenchera l'entrée en vigueur de la nouvelle organisation de la permanence des soins dans sa région.

L'entrée en vigueur de ce dispositif emportera des conséquences sur le circuit de paiement des forfaits de permanence des soins. Jusqu'à présent, il appartenait aux partenaires conventionnels de négocier les forfaits de régulation et d'astreinte dans le cadre de la convention médicale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) versaient alors les forfaits de régulation et d'astreinte directement aux médecins sur la base des montants des forfaits prévus dans le texte conventionnel après réception du tableau de garde transmis par le conseil de l'ordre départemental des médecins et des demandes d'indemnisation émanant des médecins (*cf.* schéma explicatif en annexe).

Le nouveau rôle confié aux ARS en matière de rémunération de la permanence des soins ambulatoires nécessite de modifier le circuit et les modalités de liquidation des forfaits de permanence des soins. La présente instruction vise à apporter des précisions concernant la transition entre le dispositif conventionnel actuel et la nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires (I), à expliciter le rôle de chaque acteur dans le circuit de paiement des forfaits de permanence des soins ambulatoires dans le cadre de la réforme initiée par la loi HPST (II) et à préciser l'articulation du nouveau dispositif avec la mise en place du fond d'intervention régional (III).

1. Rédaction, transmission et publication des cahiers des charges

Il est rappelé que les modalités d'organisation de la permanence des soins sont précisées aux articles R. 6315-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

1.1. Contenu des cahiers des charges régionaux

Désormais, les cahiers des charges régionaux revêtiront, pour la permanence des soins ambulatoires, une valeur équivalente à l'actuelle convention nationale médicale et constitueront les documents de référence pour les organismes locaux d'assurance maladie pour procéder au paiement des forfaits. Dès lors, ces cahiers des charges devront être le plus précis possible afin de garantir la fluidité du paiement des forfaits par les organismes locaux d'assurance maladie. Pour mémoire, le décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins prévoit que le cahier des charges est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Le cahier des charges détermine notamment la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique (art. R. 6315-6 du CSP). Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du 20 avril 2011, c'est-à-dire 70 € minimum par heure de régulation et 150 € minimum pour une astreinte d'une durée de référence de douze heures.

Afin de permettre aux organismes locaux d'assurance maladie d'assurer le paiement et le suivi des forfaits dans des conditions satisfaisantes, il vous est demandé de préciser dans votre cahier des charges les montants des forfaits de régulation et les montants des forfaits d'astreinte pour chaque plage horaire. Pour le moment, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ne peut pas intégrer de nouvelles plages horaires dans son système d'information. Il est donc capital de respecter les plages horaires définies ci-dessous sous peine de compromettre le paiement des forfaits.

Les plages horaires doivent obligatoirement être celles actuellement définies par la convention médicale, c'est-à-dire pour l'astreinte :

1. Pour la période de 20 heures à 0 heure ;
2. Pour la période de 0 heure à 8 heures ;
3. Pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8 heures à 20 heures ;
4. Pour le lundi ouvré de 8 heures à 20 heures lorsqu'il précède un jour férié et pour le vendredi de 8 heures à 20 heures lorsqu'il suit un jour férié ;
5. Pour les samedis de 12 heures à 20 heures ;
6. Pour le samedi de 8 heures à 12 heures, lorsqu'il suit un jour férié.

Pour la régulation, la rémunération est fixée sur la base de forfait(s) par heure de régulation pour chaque ARS.

Les montants des forfaits peuvent bien entendu être identiques pour différentes plages horaires, ou différenciés en fonction des sujétions sur une même plage horaire.

Nous rappelons que les montants des actes et des majorations applicables dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins sont quant à eux définis par la convention médicale.

Enfin, à titre informatif, le cahier des charges doit décrire succinctement, dans une annexe, la nouvelle procédure de paiement des forfaits telle qu'explicitée dans la présente instruction (cf. point 2) : documents à fournir, élaboration du tableau de garde, présentation de la répartition des rôles entre les ARS et les CPAM, etc. Une lettre réseau sera également adressée par la CNAMTS aux CPAM afin de leur préciser le fonctionnement du circuit de paiement.

Il n'est néanmoins pas obligatoire de compléter les cahiers des charges déjà rédigés – voire arrêtés – qui ne comportent pas cette description.

Les organismes locaux d'assurance maladie de votre région peuvent utilement être associés à la rédaction des cahiers des charges ou être consultés parallèlement afin de s'assurer qu'aucun blocage n'interviendra lors du paiement des nouveaux forfaits.

1.2. Transition entre le dispositif conventionnel et le nouveau dispositif de permanence des soins ambulatoires piloté par les ARS : transmission et publication des cahiers des charges

Une fois le cahier des charges négocié et finalisé, il est demandé aux ARS de bien vouloir le transmettre à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) dès que les délais de consultations officielles prévus par le décret du 13 juillet 2010 précité sont expirés. L'arrêté fixant le cahier des charges régional est en effet pris après avis des comités départementaux mentionnés à l'article R. 6313-1, de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins. Les conditions d'organisation sont soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins et au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police. Les avis prévus au présent alinéa sont rendus dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'avis. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu (cf. art. R. 6315-6 du code de la santé publique).

Il est important que cette transmission soit effectuée par les ARS dès la fin de ce délai de consultation obligatoire d'un mois afin de permettre à la DGOS de communiquer les cahiers des charges à la CNAMTS. La CNAMTS modifie actuellement son système d'information afin de pouvoir procéder au règlement des forfaits sur la base des montants définis dans les différents cahiers des charges. Pour chaque plage horaire telle que définie au point 1.1 de la présente instruction, un code prestation est affecté dans le système d'information pour régler les forfaits afférents. Jusqu'à présent, les forfaits étant définis au niveau national par la convention médicale, chaque code prestation était affecté d'un montant unique. La mise en place des cahiers des charges régionaux avec des tarifs distincts par région implique de modifier le système d'information de l'assurance maladie pour permettre de procéder au paiement des forfaits sur la base des montants retenus. Cette modification sera opérationnelle à la mi-février 2012 sur l'ensemble du territoire.

Il est demandé de transmettre les cahiers des charges à la direction générale de l'offre de soins, sous-direction de la régulation de l'offre de soins, bureau du premier recours (R2), dgos-R2@sante.gouv.fr.

2. Circuit de liquidation et de paiement des forfaits de permanence des soins ambulatoire

Afin d'assurer la fluidité du circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte pour la permanence des soins ambulatoires, il est fortement conseillé de décrire ce circuit dans le cahier des charges.

2.1. Rappel : Élaboration et transmission des tableaux de garde à l'ARS (cf. art. R. 6315-2)

Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois. Ce tableau de garde concerne à la fois les plages et horaires pour les astreintes et la régulation.

L'élaboration de ce tableau doit respecter une procédure et répondre à des critères prévus par les textes réglementaires (art. R. 6315-2 du code de la santé publique) rappelés ci-après.

Le tableau de garde précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin.

Le tableau de garde doit être transmis au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre au conseil départemental de l'ordre des médecins concerné. Le conseil départemental de l'ordre des médecins vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

Toute modification de ce tableau est communiquée au conseil départemental dans les plus brefs délais.

Cas des médecins intervenant dans le cadre d'une association de permanence de soins : la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire est transmise par l'association au CDOM dans le délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le conseil départemental au directeur général de l'agence régionale de santé, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, aux services d'aide médicale urgente, aux médecins et associations de permanence des soins concernés ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie. Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais.

Dès lors, l'ARS dispose des tableaux de garde définitifs, c'est-à-dire les tableaux qui prennent en compte l'ensemble des modifications intervenues après transmission du tableau de garde prévisionnel.

Afin de ne pas retarder l'entrée en vigueur du cahier des charges, il est conseillé aux ARS de veiller à ce que les tableaux de garde prévisionnels correspondant au nouveau dispositif soient établis suffisamment en avance pour être utilisables et opérationnels dès son entrée en vigueur et transmis au plus vite au conseil départemental de l'ordre des médecins.

2.2. Contrôle du tableau des régulations et astreintes par les ARS et transmission des ordres de paiement aux organismes locaux d'assurance maladie (cf. schémas en annexe I)

À compter de la publication du cahier des charges régional, l'ARS procédera à la vérification et à la validation des tableaux de garde transmis par le conseil départemental de l'ordre des médecins afin de veiller à ce que ces derniers respectent le cahier des charges (et par là même l'enveloppe allouée à l'ARS).

La transmission du tableau de garde validé par l'ARS à l'organisme local d'assurance maladie vaudra ordre de paiement et déclenchera ainsi le processus de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte aux médecins inscrits au tableau de garde. Il est précisé que l'ARS transmettra l'ordre de paiement à l'organisme local de rattachement du médecin inscrit au tableau de garde.

2.3. Liquidation et paiement des forfaits par les organismes locaux d'assurance maladie

Sur la base de l'ordre de paiement transmis par l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie de rattachement du médecin procédera au contrôle du « service fait », puis au paiement des forfaits de régulation et d'astreinte. Pour effectuer le contrôle du service fait et au paiement des médecins concernés, l'organisme local doit être destinataire des documents suivants :

1. Le tableau de garde validé transmis par l'ARS ;
2. La demande individuelle de paiement des forfaits transmise par le médecin à sa CPAM de rattachement. Ce document doit comporter les éléments suivants :
 - le récapitulatif du secteur et des périodes (dates et plages horaires) couverts ;
 - les demandes d'indemnisation ;
 - les attestations signées de participation à la permanence des soins.

Des documents complémentaires devront être transmis aux organismes locaux d'assurance maladie dans le cas où le médecin qui participe à la permanence des soins n'est pas conventionné (médecin salarié, médecin retraité, médecin qui n'a pas adhéré à la convention médicale, médecin remplaçant participant à la permanence des soins en son nom propre). Une instruction spécifique relative à la participation de ces médecins à la permanence des soins vous sera communiquée ultérieurement.

Il est précisé que, dans le cas où les organismes locaux rencontreraient une difficulté lors du contrôle du service fait ou du paiement des forfaits, ces derniers devront immédiatement en informer les ARS, qui devront alors prendre les mesures adéquates pour mettre fin à cette difficulté.

2.4. Suivi de la consommation de l'enveloppe allouée à la permanence des soins

Les organismes locaux d'assurance maladie communiqueront aux l'ARS *via* les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR) un état trimestriel des forfaits de régulation et d'astreinte versés aux médecins, ainsi que les actes et majorations d'actes.

3. Financement de la permanence des soins ambulatoires par le fonds d'intervention régional (FIR) partir du 1^{er} mars 2012

À partir du 1^{er} mars 2012, la permanence des soins sera financée par le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Un projet de décret en cours d'examen devrait préciser que le fonds, au titre des missions mentionnées au 1^o de l'article L.1435-8, financera les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins dans les conditions définies aux articles R. 6315-2 et R. 6315-3 du code de la santé publique.

La création du FIR n'aura pas d'impact sur l'organisation du circuit de liquidation tel que détaillé au point 2 de la présente instruction. Ce circuit est lié à la date d'entrée en vigueur du cahier des charges régional.

Toutefois, le FIR finance les forfaits de permanence des soins dès son entrée en vigueur, prévue le premier jour du mois suivant la publication du décret, soit en principe dès le 1^{er} mars 2012, quelle que soit la date de publication du cahier de charges.

Deux scénarios sont ainsi envisageables (cf. annexe II).

3.1 Hypothèse d'une entrée en vigueur du cahier des charges régional avant le 1^{er} mars 2012

À compter de l'entrée en vigueur du cahier des charges, l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie procèdent à l'engagement, à la liquidation et au paiement des dépenses de forfaits de PDSA selon les modalités décrites dans la partie 2 de la présente instruction. Les dépenses sont comptabilisées sur le « risque » jusqu'à la date d'entrée en vigueur du FIR, le 1^{er} mars 2012.

À compter du 1^{er} mars, les dépenses de forfaits de PDSA seront financées par le FIR. Le circuit de paiement et de liquidation n'est pas modifié.

Dans l'annexe II, cette situation est illustrée par l'exemple de la région A.

3.2 Hypothèse d'une entrée en vigueur du cahier des charges régional après le 1^{er} mars 2012

Du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} mars 2012, la permanence des soins ambulatoires est organisée par la convention médicale. Les forfaits de PDSA – fixés par la convention médicale – sont financés par l'assurance maladie sur le « risque ». Les ARS n'interviennent pas dans le cadre de ce dispositif et préparent leur cahier des charges.

Du 1^{er} mars 2012 jusqu'à l'entrée en vigueur du cahier des charges, la permanence des soins ambulatoires est toujours organisée par la convention médicale. Les tarifs des forfaits appliqués par les organismes locaux d'assurance maladie sont ceux prévus par la convention médicale, mais ils sont désormais financés par le FIR. Les ARS n'interviennent pas dans le cadre de ce dispositif.

À compter de l'entrée en vigueur du cahier des charges, l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie procèdent à l'engagement, à la liquidation et au paiement des dépenses de forfaits de PDSA selon les modalités décrites dans la partie 2 de la présente instruction.

Dans l'annexe II, cette situation est illustrée par l'exemple de la région B.

Une instruction spécifique relative au fonctionnement du FIR vous sera transmise prochainement après publication des textes d'application.

CONCLUSIONS

En résumé, afin d'assurer l'opérationnalité du cahier des charges dès sa publication, il vous est demandé de bien vouloir :

- transmettre les cahiers des charges dès la fin des consultations prévues à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique à la direction générale de l'offre de soins.
- veiller à ce que les tableaux de garde prévisionnels correspondant au nouveau dispositif soient établis suffisamment en avance pour être utilisables et opérationnels dès son entrée en vigueur.

Afin d'assurer la fluidité du circuit de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte, il vous est recommandé de détailler la procédure de liquidation, d'ordonnancement et de paiement des forfaits telle qu'explicitée dans la présente instruction dans une annexe de votre cahier des charges.

Enfin, il vous est demandé de bien vouloir publier votre cahier des charges avant le 30 septembre 2012 afin que l'ensemble des ARS bascule dans le nouveau dispositif avant la fin de l'année 2012.

Nous vous remercions de nous faire connaître les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente instruction. Nos services sont à votre disposition pour de plus amples informations.

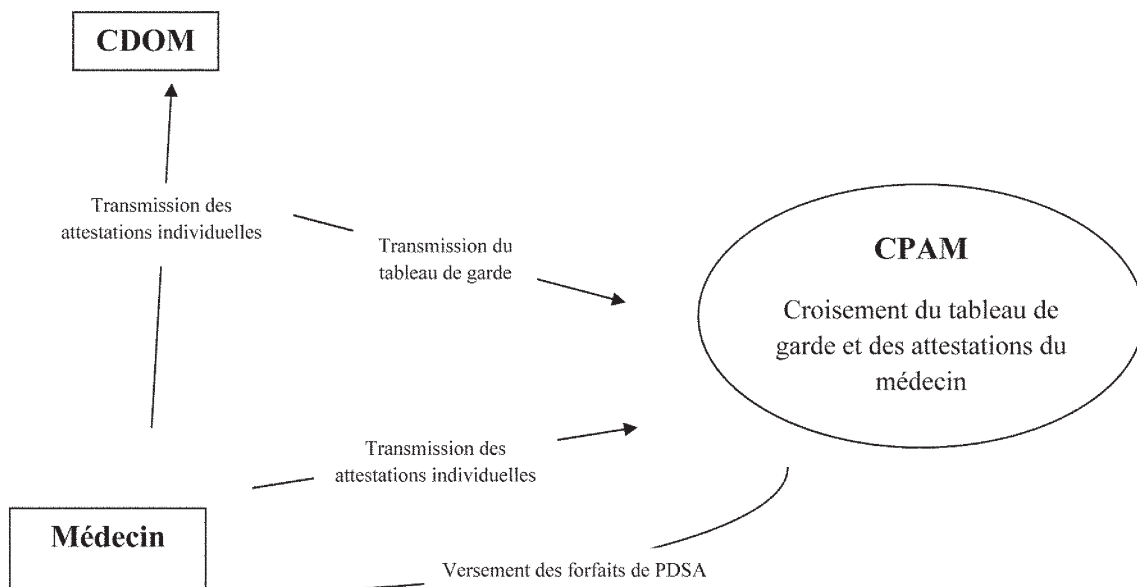
La directrice générale de l'offre de soins,
A. PODEUR

Le directeur de la sécurité sociale par intérim,
J.-L. REY

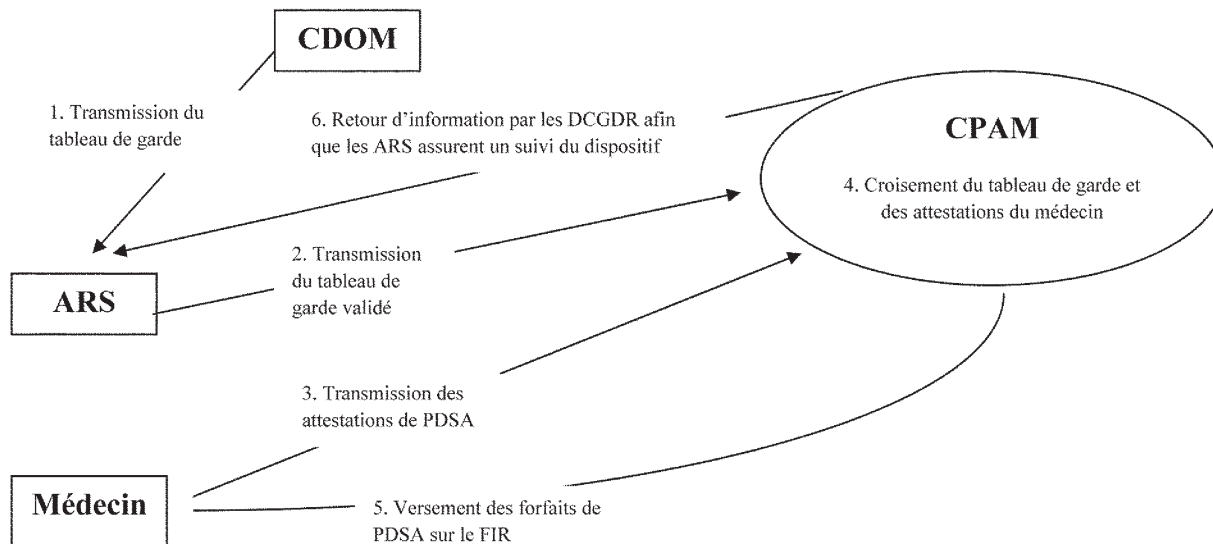
ANNEXE I

CIRCUITS DE FINANCEMENT DES FORFAITS

1. CIRCUIT ACTUEL DE PAIEMENT DES FORFAITS DE PDSA : LE DISPOSITIF CONVENTIONNEL PILOTE PAR L'ASSURANCE MALADIE



2. FUTUR CIRCUIT DE PAIEMENT DE PDSA : DISPOSITIF REFORME PILOTE PAR LES ARS



ANNEXE II

RÉPARTITION PAR RÉGION DES NOUVEAUX DISPOSITIFS MAIA FINANCÉS EN 2012

