

# Commission Paritaire Nationale Médecins



**11 décembre 2019**

# Ordre du jour

---

1. Alternance de la présidence de la CPN
2. Approbation des comptes rendus des réunions de la CPN des 19 juin et 2 octobre 2019
3. Point Nomenclature
4. Bilan de l'expérimentation des Commissions de conciliation
5. Suivi du déploiement des assistants médicaux
6. Télémédecine
7. Point sur l'intéressement des prescripteurs libéraux (Charges et Produits 2020)
8. Dispositifs forfaitaires médecins (ROSP-FORFAIT STRUCTURE)
9. Retours sur le CTPPN Médecins du 14 novembre 2019
10. Questions diverses

---

# 1 – Alternance de la Président de la CPN

---

## 2 – Approbation des comptes rendus des réunions de la CPN des 19 juin et 2 octobre 2019

---

## 3 – Point sur la Nomenclature Prochaines inscriptions

# 3 – Point sur la Nomenclature-prochaines inscriptions

## CHAP électronique du 12 décembre 2019

Annulation de la CHAP initialement prévue le 5 décembre 2019 en raison des mouvements sociaux annoncés

A voter :

- ✓ inscription d'un acte CCAM de destruction de tumeur rénale par radiofréquence par voie transcutanée (utilisation du dispositif médical Leveen)

>> procédure accélérée d'inscription

- ✓ inscription d'un acte CCAM d'instillation vésicale d'agent pharmacologique anticancéreux avec hyperthermie par radiofréquences, par voie urétrale (utilisation du dispositif médical Synergo Rite)

# 3 – Point sur la Nomenclature-prochaines inscriptions

**Publication au Journal Officiel du 27 octobre 2019**

✓ **Décision UNCAM du 3 octobre 2019**

**création du modificateur Z pour une liste d'acte définie**

« Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue à +15,9 %

*Facturation: ne peut pas être facturé avec le modificateur Y »*

✓ **Décision UNCAM du 25 octobre 2019**

**Acte de pose de valve intrabronchique par endoscopie (Zéphyr)**

GELE308 : activité 1 = 271,32 € /activité 4 = 167,48 €

# 3 – Point sur la Nomenclature-prochaines inscriptions

**Décision NGAP du 3 octobre 2019 publiée au JO du 29 novembre 2019 :**

✓ **COE (Article 14.9)**

Seule la 1<sup>ière</sup> consultation dans les huit jours suivant la naissance est prise en charge au titre de la maternité conformément à la modification du code de la sécurité sociale et du code de santé publique.

✓ **CCE (Article 15.9)**

Est ajoutée dans l'article 15.9 l'interdiction de cumul de la CCE avec la Majoration MEG à l'instar des majorations enfants des pédiatres qui étaient déjà mentionnées.

✓ **Avis ponctuel du chirurgien-dentiste spécialiste (Article 18C)**

Le chirurgien-dentiste spécialiste en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale peut donner un avis ponctuel de consultant à la demande explicite du chirurgien-dentiste ou du médecin.

# 3 – Point sur la Nomenclature- prochaines inscriptions

**Décision NGAP du 3 octobre 2019 publiée au JO du 29 novembre 2019 (suite) :**

## ✓ Réécriture de l'article 18 b et de l'article 22 pour les anesthésistes

L'objectif de cette réécriture est de distinguer et rassembler dans un même article les règles de facturation :

de la consultation pré-anesthésique lors d'une intervention programmée  
et de la consultation de l'anesthésiste qui examine le malade pour la 1<sup>ère</sup> fois en vue d'une intervention non programmée en urgence.

Dans ces deux cas l'anesthésiste peut facturer une CS pour des patients ASA<3 et un APC pour un patient ASA = ou > à 3.

La réécriture permet également de :

- préciser les règles de facturation pour un même patient,
- d'acter la possibilité de coter les majorations d'urgence Nuit et jour férié dans le respect de l'article 14 de la NGAP
- de rappeler le parcours de soins coordonnés : «Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants ».

# 3 – Point sur la Nomenclature-prochaines inscriptions

## Prochaines versions CCAM en 2020 :

- ✓ **La version 61 de la CCAM** permet la mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2020 du modificateur Z et de l'acte de pose de valve intrabronchique par endoscopie (Zéphyr)
  
- ✓ **La version 62 de la CCAM** permet la mise en œuvre au 21 février 2020 (avenant 7)
  - Supplément pour avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe réalisée en cabinet sous anesthésie locale
  - Création du modificateur 4 pour 1443 actes
  - Création du modificateur 5 pour 373 actes
  - Ajout des modificateurs J,K,T pour 44 actes
  - Ajout du modificateur O pour 17 actes et suppression pour 8 actes

# 3 – Révision de la nomenclature

## PLFSS 2020

### Création d'un Haut Conseil des Nomenclatures

Il est composé d'un **nombre égal de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers**, ainsi que des personnes qualifiées nommées dans des conditions déterminées par décret.

La HAS, le président de la CHAP médecins et un représentant assistent aux travaux

Le Haut Conseil des nomenclatures **remet chaque année un rapport d'activité** après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation. **Ce rapport est rendu public.**

L'ensemble des actes de la CCAM fera l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation **dans un délai de cinq ans.**

# 3 – Révision de la nomenclature

## Eléments de calendrier

- Jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2020 : décrets d'application, travaux préparatoires, concertation avec l'ATIH et la HAS
- **1er avril 2020 : mise en place du HCN**
- Définition des méthodes de travail → règlement intérieur
- Proposition d'une méthodologie de description et de hiérarchisation et validation par la CHAP médecin
- Choix des premières familles d'actes à étudier
- Constitution des comités cliniques
- Commencement des travaux

---

## 4 – Bilan de l'expérimentation des Commissions de conciliation

## Bilan final sur l'expérimentation des commissions de conciliation

L'expérimentation a débuté, depuis la fin du mois d'avril 2018, dans 13 caisses expérimentatrices pour une durée de 20 mois (échéance : fin déc 19).

Un bilan final a été réalisé auprès des caisses concernées pour avoir un retour de leur part sur cette expérimentation et avoir les impressions des différents intervenants sur cette commission.

> Les 10 Caisses ayant réuni la commission de conciliation ont répondu au bilan final.

Les résultats présentés cumulent les deux bilans : intermédiaire et final.

Au total, **10** commissions de conciliation se sont réunies au moins une fois depuis avril 2018 :

### **10** Commissions déjà réunies

**Hérault (34)**

**Eure-et-Loir (28)**

**Yonne (89)**

**Alpes-Maritimes (06)**

**Isère (38)**

**Paris (75)**

**Seine-et-Marne (77)**

**Yvelines (78)**

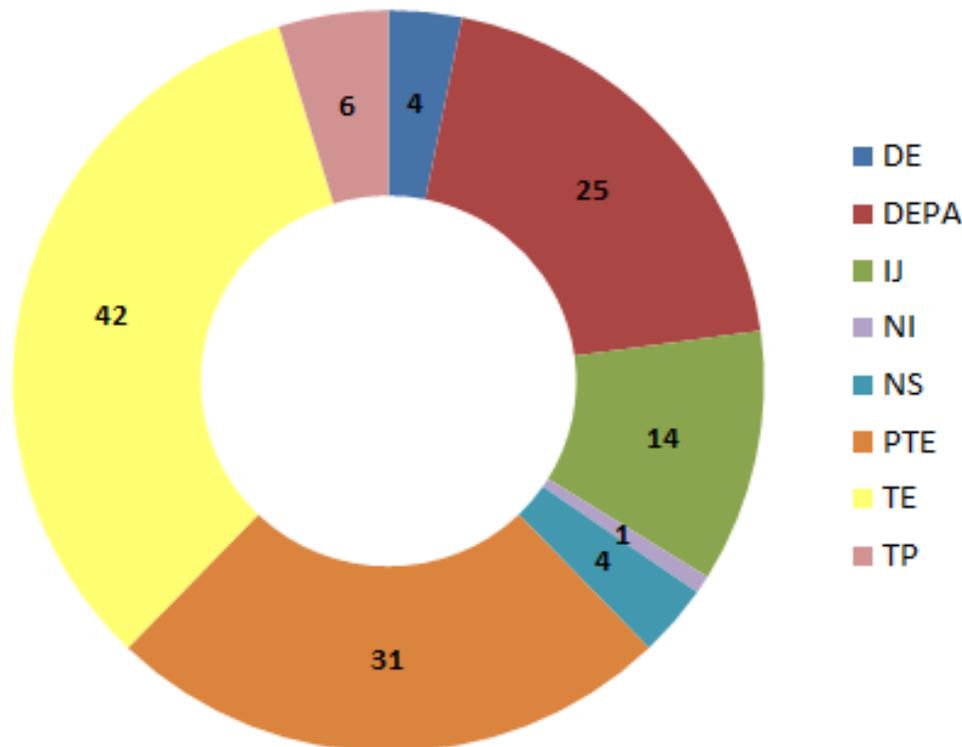
**Essonne (91)**

**Hauts-de-Seine (92)**

## Thématiques abordées dans les commissions

Sur 127 dossiers étudiés, 52 médecins se sont présentés en commission (41%)

Les manquements sur lesquelles les médecins ont été invités concernent:



### Thématiques

**DE:** Utilisation abusive du DE

**DEPA:** Application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables dans les cas où ces derniers sont de droit au regard des dispositions réglementaires et conventionnelles

**IJ:** Prescription d'arrêts de travail ouvrant droit à indemnités journalières au-delà du besoin de repos du patient

**NI:** Non-inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la convention médicale et de la réglementation

**NS:** Utilisation abusive de la mention « Non substituable »

**PTE:** Pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent

**TE:** Non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations

**TP:** Non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS

## Sur les suites données

**Sur les 127 dossiers** présentés, les commissions de conciliation ont confirmé les manquements constatés dans 104 cas (82 %).

Sur ces 104 dossiers, **22 ont fait l'objet d'une suite** (par 6 caisses), comme suit :

Motif de la saisie	Mise sous surveillance	Accompagnement confraternel et/ou DAM	Rappel de la réglementation	Procédure de sanction conventionnelle	Procédure MSO/MSAP
DEPA	1	1	0	1	0
IJ	0	7	0	1	3
TE	0	1	4	1	0
TP	0	1	0	1	0
	1	10	4	4	3

## Principaux retours sur ces premières commissions

### Points positifs



- Climat serein – Mise en confiance du médecin par ses pairs
- Procédure qui permet d'éviter d'engager des procédures conventionnelles plus lourdes et conséquentes
- Dialogues constructifs entre médecins et section professionnelles très appréciés par les médecins invités
- Médecins invités satisfaits d'avoir la possibilité d'apporter des précisions sur leur activité

### Points négatifs



- Lourdeur du dispositif: notamment, la saisine de la commission est à revoir pour plus de souplesse (passage en CPL notamment) ainsi que prépondérance de la voix du président.
- Procédure générant une organisation chronophage
- Certains médecins ont eu « peur » de l'intitulé et de la solennité de la commission de conciliation proche pour eux d'une juridiction

## Décision sur la poursuite ou non du dispositif

**Au vu de ce bilan => quelle décision ?**

- **Extension de l'expérimentation à une trentaine de caisses supplémentaires**
- **Extension de l'expérimentation France entière ?**

---

## 5 – Suivi du déploiement des assistants médicaux

## Le suivi des contrats

→ 300 contrats : 130 contrats déjà signés et 160 en cours

Parmi les 130 contrats signés,

- 19 contrats signés pour la CPAM de Bobigny
- 11 pour les CPAM d'Alençon et de Foix
- 10 pour CPAM de Melun
- 117 concernent des MG, et le reste les spécialités suivantes : chirurgiens, ORL (med et chir), pédiatres, pneumologues, neurologues, radiologue et cardiologue.
- 40 contrats avec option 1/3 ETP, 52 avec option ½ ETP, et 38 avec options 1 ETP

## Nouveautés sur l'application « ameli Mémo »

→ Mise en ligne sur les stores 1<sup>ère</sup> semaine de décembre de la nouvelle version d'ameli-mémo **avec simulateurs d'objectifs**.

→ A ce jour, l'appli assistants médicaux est le module le plus consulté : avec **7 300 consultations**.

# Assistants médicaux : éléments de mise en œuvre et remontées de terrain

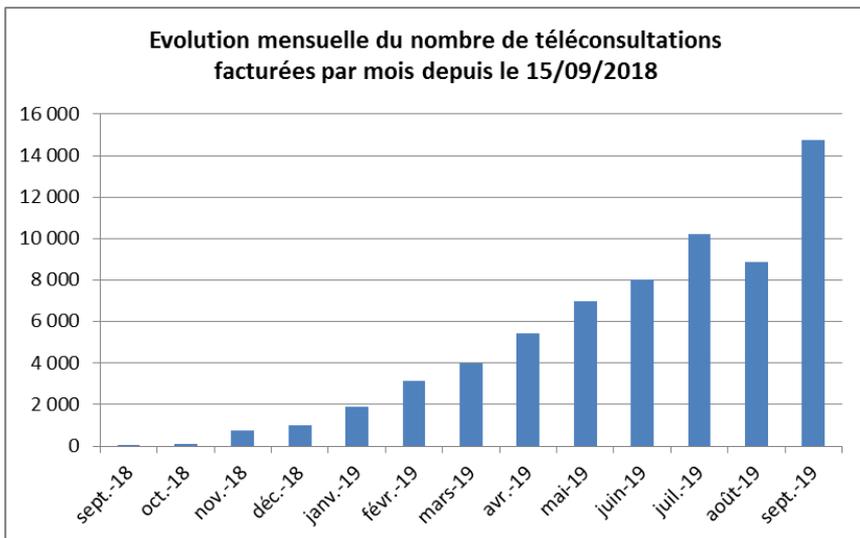
- La circulaire diffusée sur ameli.fr expliquant les modalités de l'avenant 7 a été complétée sur la formation et les missions à confier aux assistants médicaux, après échanges avec le Ministère.
- **De nombreuses questions sur les modalités d'embauche des assistants médicaux par les MSP /SISA** : analyse juridique en cours avec le Ministère en lien avec la Direction du travail
- **Des interrogations de la part des médecins sur le temps minimal de travail (16H)** fixé par l'accord de branche aux personnels des cabinets médicaux
  - => l'option à un 1/3 temps par un seul médecin est possible, mais l'aide conventionnelle ne couvrira pas tous les coûts
- Comme prévu, les **modalités d'un élargissement des zones territoriales** permettant l'embauche d'un assistant médical à plein temps doivent être étudiées par les partenaires conventionnels
  - => **proposition d'un groupe de travail national en janvier 2020 pour étudier les modalités de cet élargissement**

---

## 6 – Télémedecine

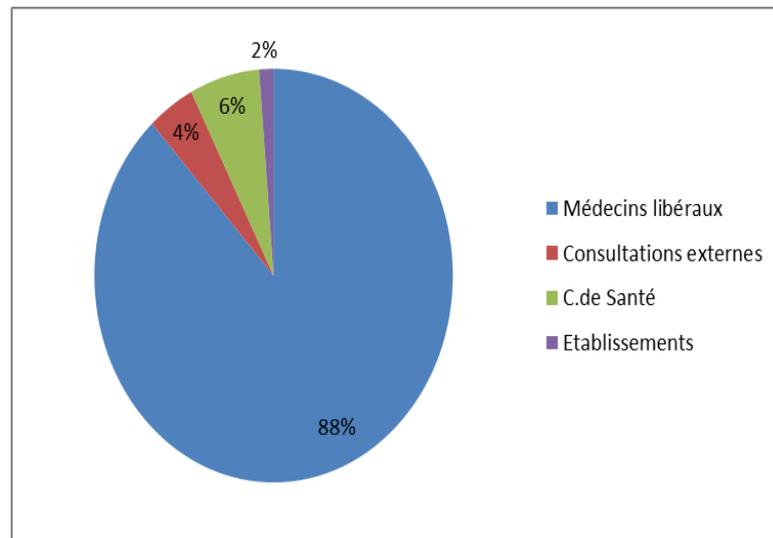
# Télémédecine : Montée en charge de la téléconsultation

## Évolution du nombre de téléconsultations facturées par mois depuis le 15/09/2018



- Au 30 septembre 2019, on comptabilise plus de 65 000 téléconsultations remboursées
- 20 110 téléconsultations ont été remboursées sur le seul mois d'octobre (tous régimes, France Entière)

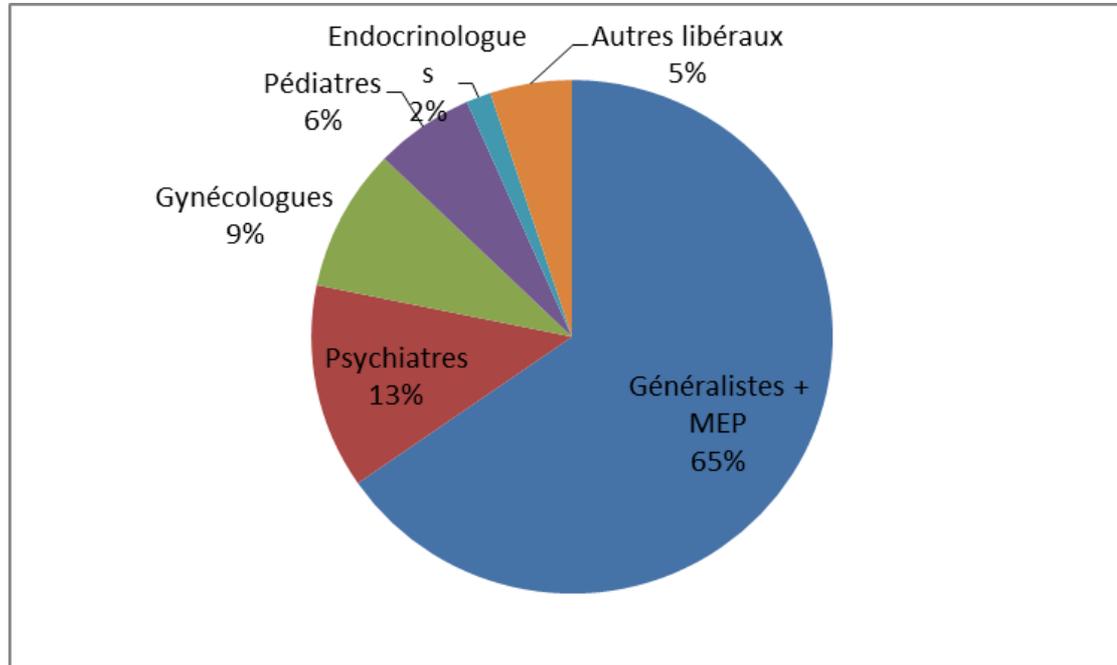
## Répartition des téléconsultations facturées par type de PS



- 88 % des téléconsultations sont facturées par des médecins libéraux, 6% par des centres de santé

➔ Le nombre de téléconsultations facturées chaque mois est en constante augmentation notamment depuis janvier 2019.

## Répartition des téléconsultations des médecins libéraux par spécialité (fin sept 2019)



- Parmi les libéraux, depuis un an, ce sont **les médecins généralistes** qui pratiquent le plus la téléconsultation avec **65 % des actes facturés**
- **Chez les autres spécialistes**, 1 téléconsultation est facturée :
  - ✓ 1 fois sur 7 par un psychiatre,
  - ✓ 1 fois sur 12 par un gynécologue,
  - ✓ 6% sont facturées par un pédiatre.

# Montée en charge des organisations territoriales coordonnées



□ 13 organisations collectives coordonnées territoriales recensées à fin novembre :

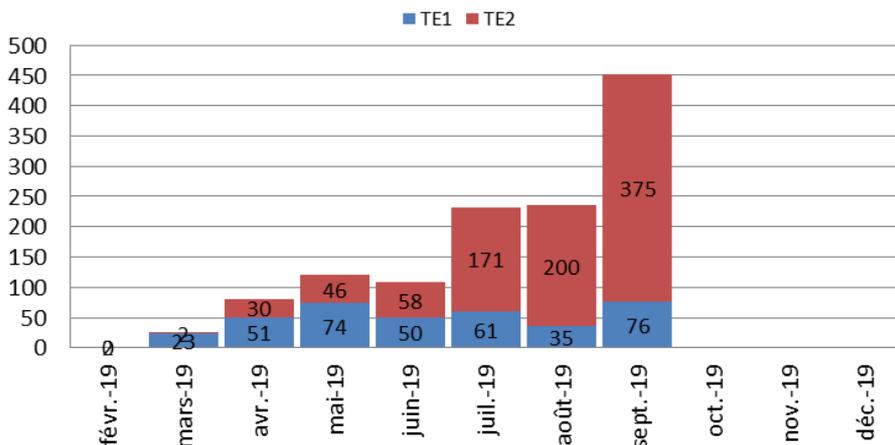
Département	Nom de l'organisation
AISNE	MSP CHAMPAGNE PICARDIE
ALPES-MARITIMES	MSP DE LA ROYA
AUBE	TELEMEDICAL SOLUTION
	MUTUALITE FRANCAISE CHAMPAGNE ARDENNES SSAM
AUDE	MSP TUCHAN-SALSES-FITOU
ESSONNE	RELAJ TELESANTE SUD ESSONNE
ISERE	MAISON DE SANTE BIOL
LOT ET GARONNE	Association pôle de santé du territoire de Casteljaloux
MANCHE	TELEMEDECINE A SAINT GEORGES
MOSELLE	MSP
	MSP DE L'ALBE
VAL DE MARNE	CENTRE MEDICO SOCIAL MUNICIPAL MAI POLITZER
VAL DE MARNE	CENTRE DE SANTE CARDIOMEDICAL

# Télémédecine : Montée en charge des actes de téléexpertise

## ➤ Premier bilan à 6 mois :

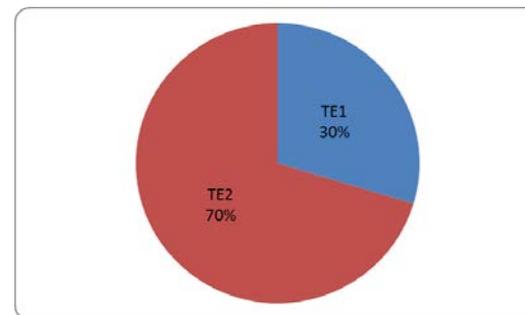
Évolution du nombre de téléexpertises facturées par mois depuis le 10/02/2019

Nombre de téléexpertises facturées depuis février 2019

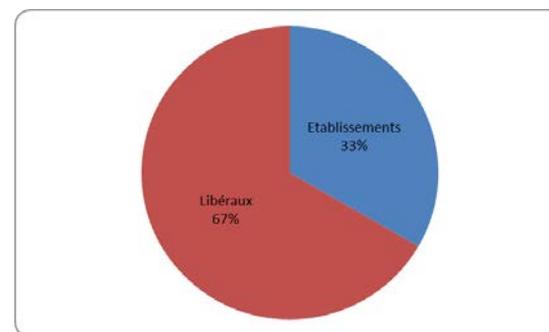


➤ Depuis le 10 février 2019, date d'entrée en vigueur de la téléexpertise, on comptabilise 1 254 téléexpertises facturées

Répartition des téléexpertises facturées par niveau de téléexpertise



Répartition des téléexpertises facturées par type de PS/structures



- 80 médecins libéraux ou structures ont facturé des téléexpertises
- 2/3 des téléexpertises sont facturées par des médecins libéraux

# Télémédecine : études en cours sur la téléexpertise

- Des freins au déploiement de la téléexpertise ont été identifiés notamment :
  - limitation du champ des bénéficiaires de la téléexpertise posée par la convention (ALD, patients en zones sous denses, détenus...)

Compliqué pour les médecins de savoir si ils sont ou non dans le champ de la prise en charge et frein pour l'accès à certaines prises en charge

Ex : téléexpertise en cardiologie (aide à l'interprétation des ECG) : la cible populationnelle fixée par la convention médicale est plus restrictive par rapport aux recommandations de pratiques de l'ECG de la HAS - ne concernerait qu'à peine 5% des téléexpertises réalisées -

- ▶ **Rappel du texte de la convention : avant la fin de l'année 2020**, après observation de la période de montée en charge des premiers actes de téléexpertise, **l'ouverture de ces actes au bénéfice d'autres catégories de patients sera envisagée par les partenaires conventionnels (cf. article 28.6.2.1 de la convention)**

- modalités de facturation
- ▶ **Nécessité pour le médecin requis de transmettre notamment l'identification du médecin requérant lors de la facturation (pour calcul du forfait requérant)** – nécessité de mise à jour du logiciel de facturation avec l'avenant 18 au Cahier des charges SESAM-Vitale pour faciliter cette saisie

## ➤ Actions en cours pour aide au déploiement de la téléexpertise :

- **Une enquête est actuellement menée auprès d'un panel de médecins (généralistes et spécialistes autre que MG) sur :**
  - ✓ les freins identifiés au déploiement de la téléexpertise
  - ✓ l'identification de cas de téléexpertises qui seraient susceptibles de justifier d'un troisième niveau de tarification correspondant à des actes particulièrement complexes permettant d'engager, à partir de 2020, des réflexions sur l'ouverture d'un acte de téléexpertise de niveau 3 tel que prévu par la convention médicale

## ▶ **Les résultats sont attendus pour fin janvier 2020**

- ✓ **Des solutions techniques développées actuellement par des sociétés afin de faciliter le recours à la téléexpertise par les médecins (facilitation des échanges requérant, requis, appui à la facturation)**

---

## 7 – Point sur l'intéressement des prescripteurs libéraux

# Les principes du dispositif proposés en GT

- Dispositif complémentaire :
  - aux dispositifs d'intéressement proposés aux établissements signataires du CAQES (dispositif pérenne et article 51) , et en faisant le pendant, sans cumul de rémunération
  - à la ROSP
- Adhésion pour tous les médecins conventionnés avec possibilité de refus individuel
- 3 biomédicaments retenus
  - Etanercept (Enbrel), Adalimumab (Humira), Follitropine Alfa (Gonal-F)D'autres biomédicaments pourraient être envisagés
- Durée de vie limitée des indicateurs :  
Proposition à déterminer entre 1, 2 ou 3 ans

# Les principes du dispositif proposés en GT

- Rémunération de l'initiation de traitement avec un médicament biosimilaire (étanercept et adalimumab) ou du switch d'un médicament référent vers un médicament biosimilaire
- Définition de l'initiation de traitement: délivrance du médicament biosimilaire non précédée de la délivrance de ce médicament dans les 12 mois
- Définition du switch : constat d'au moins 3 délivrances de médicaments biosimilaires après le passage du patient du médicament biologique de référence au médicament biosimilaire
- L'intéressement est obtenu en multipliant le produit de l'économie générée par d'une clé de répartition à définir
- Paiement annuel de l'intéressement
- Fixation d'un seuil à partir duquel l'intéressement est versé (proposition d'un seuil à 50 €)

# Les principes du dispositif proposés en GT

- Cas particulier des indicateurs portant sur les médicaments à prescription restreinte: valorisation des seuls spécialistes autorisés à les prescrire
  - étanercept: rhumatologues, internistes, dermatologues, pédiatres
  - adalimumab : gastro-entérologues rhumatologues, internistes, dermatologues, pédiatres et les ophtalmologistes
  - follitropine alpha: endocrinologues, gynécologues, spécialistes des maladies métaboliques, obstétriciens, urologues

- Paiement de l'intéressement d'étanercept et adalimumab sur la première année :

Proposition de payer l'intéressement l'année du switch ou de l'initiation

- ✓ Pour toute l'année, sans proratisation
- ✓ Pas au-delà d'une année, pour valoriser l'effort à l'occasion du switch et de l'initiation

---

## 8 – Dispositifs forfaitaires médecins

# 1 - ROSP / FORFAIT STRUCTURE : Préparation de la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs

- Période de saisie des indicateurs déclaratifs par les médecins sur amelipro : **du 3 décembre 2019 au 2 février 2020**
- Information dans la e-news médecins sur l'ouverture de la campagne de saisie des indicateurs ROSP et forfait structure :
  - 2 nouveaux indicateurs à saisir dans le volet 2 sur l'équipement pour la réalisation de téléconsultations
- Information sur ameli.fr sur la campagne 2019 de saisie avec mise à disposition d'un guide pour aider à la saisie des indicateurs
- Dates prévisionnelles des paiements :
  - ROSP clinique : Fin avril 2020
  - Forfait structure : mai 2020

# Obligation de dématérialisation des arrêts de travail

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 de transformation de notre système de santé (article 55) impose, à compter du 31.12.2021, une obligation de dématérialisation des arrêts de travail (modification de l'article L 161-35 du CSS) :

- « les arrêts de travail sont prescrits, sauf exceptions, de **manière dématérialisée** par l'intermédiaire d'un service mis à disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie»
- Cette disposition entre en vigueur à des dates fixées, selon les prescripteurs, **par les conventions** mentionnées aux L 162-5 (conv.med) et L162-9 du CSS (conv chir-dent, SF, aux, med,) et **au plus tard au 31.12.2021**  
Ces dernières définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer.
- Si les conventions n'ont pas fixé un tel calendrier dans les six mois suivant la publication de cette loi (**au plus tard le 26.12.2019**), un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale y procède dans un délai de deux mois.

=> **Accord pour négocier un avenant à cet effet ?**

Le CMG a adressé des propositions de modification d'indicateurs de la ROSP

Lors du GT du 06 novembre avec le CMG ont été retenues les pistes suivantes :

- Une réflexion autour des indicateurs de suivi de la glycémie chez les patients diabétiques
  
- Des demandes de test d'indicateurs sur les thématiques suivantes :
  - Indicateurs de durée de prescription des benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques
  - Indicateurs portant sur les antibiotiques
  - Indicateurs de iatrogénie portant sur la liste Laroche

---

## 9 – Retours sur le CTPPN du 14 novembre 2019

# Retours sur le CTPPN du 14 novembre 2019

## Présentations de :

- ▶ **L'outil REZONE Médecins** aide à l'installation médecins qui va être généralisé France Entière d'ici fin novembre (par les représentants de la CPAM de Toulon) – Cf Présentation annexée  
→ L'outil REZONE CPTS en cours de finalisation (fort intérêt pour l'outil également).
- ▶ **L'outil BSI** : La section professionnelle a trouvé l'outil intéressant en termes de coordination des soins infirmiers/médecins.
- ▶ Information sur le lancement de la **campagne de saisie des indicateurs déclaratifs forfait structure et ROSP 2018** du 3 décembre 2019 au 2 février 2020.

**Demande de validation aux membres du CTPPN d'imprimés** de DAP sur les sièges coquilles et oxygénothérapie, et de formulaires sur les prescriptions de TPMR (Transports de personnes à mobilité réduite)

## **Demandes formulées par la section professionnelle :**

- \* Transmission de la liste des éditeurs et logiciels répondant aux exigences de la version du CDC SESAM Vitale addendum 6 exigée pour 2019 au titre du forfait structure
- \* Trouver une solution pour diminuer les cas de rejets liés au tiers payant pour les patients dont les droits ne sont pas à jour - **Proposition d'un GT**
- \* Alléger la charge financière des médecins liée aux logiciels de facturation

---

## 10 – Questions diverses

## → Réforme issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 :

- Suppression de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)
  - Extension de la CMUC aux bénéficiaires de l'ACS
  - Changement de dénomination : la CMUC devient la **Complémentaire santé solidaire**
  - Mise en œuvre : 1<sup>er</sup> novembre 2019
- 
- ✓ La Complémentaire santé solidaire est gratuite jusqu'au plafond de ressources de la CMUC (746€/mois pour une personne seule)
  - ✓ Une participation financière est acquittée pour bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire par les personnes dont les ressources se situent entre le plafond CMUC+35% (1 007€). Le montant de la participation dépend de l'âge de la personne.

- ➔ Actes pris en charge par la Complémentaire santé solidaire = panier de soins CMUC
  
- ➔ Utilisation des modalités de facturation en vigueur pour la CMUC. Seul changement : **sigle C2S au lieu de CMUC** (continuer de facturer à l'aide du code « CMUC » pour un logiciel non encore à jour).
  - Tiers payant intégral sur la part obligatoire et sur la part complémentaire
  - Tarifs des actes et prestations du panier de soins fixés par arrêté
  - Pas de dépassement des tarifs (sauf exigence particulière du patient)
  - Tiers payant coordonné par l'assurance maladie obligatoire
  
- ➔ Pour faire valoir le droit à la Complémentaire santé solidaire de votre patient :
  - Outil de consultation des droits
  - Carte Vitale
  - Attestation de droit à défaut de carte Vitale

- Plus de nouveau contrat ACS signé à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019
- **Les contrats ACS en cours de validité au 01/11/19 vont jusqu'à leur terme (max 31/10/2020)**

Maintien des dispositions propres à l'ACS pendant cette période (prestations prises en charge fonction du type de contrat ACS...)

- Pas d'impact pour les bénéficiaires de la CMUC (seulement un changement de nom du dispositif) = **les attestations de droit CMUC restent valables après le 1<sup>er</sup> novembre**

### Éléments de contexte

→ Création au 1<sup>er</sup> novembre 2019 de la Complémentaire Santé Solidaire en lieu et place de la CMUc et de l'ACS

### Impacts :

- Nécessité de modifier la convention pour mise en cohérence avec le nouveau dispositif de Complémentaire Santé Solidaire
- Correction du libellé de ciblage des médecins pouvant faire l'objet d'une procédure PTE : « ACS » et « CMUc » par un seul critère « Complémentaire santé solidaire »

# La dispensation adaptée des pharmaciens : contexte

➔ Un constat partagé: un grand nombre de médicaments inutilisés se retrouvent aux domiciles des patients

➔ Inscription dans l'avenant 11 à la convention pharmaceutique

« Les partenaires conventionnels confirment leur volonté de poursuivre la recherche permanente de la qualité de la pratique pharmaceutique pouvant conduire à la délivrance des produits de santé et favoriser la pharmacie clinique. Ils soulignent les principaux éléments concourant à cette qualité :

- favoriser une dispensation la plus adaptée possible aux besoins thérapeutiques des patients afin de s'assurer de la juste quantité des médicaments à dispenser nécessaires au traitement et ainsi, éviter tout risque de mésusage, en particulier pour les traitements pouvant faire l'objet d'une adaptation posologique »

# La dispensation adaptée des pharmaciens : définition

- ⑩ Le renforcement du bon usage du médicament et la lutte contre l'iatrogénie, nécessitent une convergence des objectifs prévus par la convention pharmaceutique, la convention médicale et la convention infirmier.
- ⑩ La dispensation adaptée se définit comme une dispensation efficiente renforçant le bon usage, l'observance, la lutte contre le gaspillage et la diminution du risque iatrogénique.

La dispensation adaptée n'est pas une modification ou une adaptation de la prescription médicale ni d'un point de vue de la posologie, ni de la durée de traitement ni des molécules prescrites.

# La dispensation adaptée des pharmaciens : définition

Dans le complet respect de la prescription médicale, et uniquement pour les traitements à posologie variable, le pharmacien peut adapter la dispensation aux besoins du patient, ceux-ci pouvant varier pendant la durée de la prescription.

La dispensation adaptée concerne uniquement les traitements dont la posologie est à ajuster en fonction des symptômes perçus par le patient et pouvant être soumise à sa libre appréciation dans le respect de l'objectif thérapeutique.

Lors de la dispensation, le pharmacien conforte le message donné par le prescripteur sur les précautions d'emploi et la juste posologie nécessaire qui peut être adaptée en fonction de la situation du patient.

# La dispensation adaptée des pharmaciens : les classes éligibles

## → Propositions de classes :

A01A2	ANTISEPTIQUES ET ANTIINFECTIEUX POUR TRAITEMENT BUCCAL
A01A5	AUTRES PREPARATIONS STOMATOLOGIQUES
A02A1	ANTIACIDES NON ASSOCIES
A02A4	ANTIACIDES AVEC ANTIFLATULENTS OU MEDICAMENTS CARMINATIFS
A02A7	ANTIFLATULENTS ET ,OU MEDICAMENTS CARMINATIFS AVEC D'AUTRES SUBSTANCES
A03A	ANTISPASMODIQUES ET ANTICHOLINERGIQUES NON ASSOCIES
A03F	MEDICAMENTS DE LA MOTRICITE DIGESTIVE
A06A1	EMOLLIENTS INTESTINAUX
A06A2	LAXATIFS STIMULANTS
A06A3	LAXATIFS DE LEST
A06A4	LAVEMENTS
A06A6	LAXATIFS OSMOTIQUES
A07A	ANTIDIARRHEIQUES ANTIINFECTIEUX INTESTINAUX
A07H	IHNIBITEURS DU TRANSIT
A07X	AUTRES ANTIDIARRHEIQUES
D02A	EMOLLIENT, PROTECTEUR
D08A	ANTISEPTIQUE ET DESINFECTANT
M01A1	ANTIRHUMATISMAUX NON STEROIDIENS NON ASSOCIES
M01A3	COXIBS NON ASSOCIES
M02A	ANTIRHUMATISMAL TOPIQUE ET ANALGESIQUES
N02B	NON NARCOTIQUES ET ANTIPYRETIQUES
S01K1	LARMES ARTIFICIELLES ET LUBRIFIANTS OCULAIRES

- **Redistribution d'une partie des économies liées à la non dispensation, pour les officines qui ont réalisées des dispensations adaptées, par rapport au tendancier et au prorata du nombre d'interventions pharmaceutiques générées**



## CALENDRIER DES INSTANCES 2020

- **CPN** : mercredi 11 mars à 14h30, les suivantes à déterminer
- **CTPPN** : dates à déterminer
- **Observatoire des mesures conventionnelles** : à déterminer
- **GT critères locaux Assistants médicaux** : date à déterminer

# ANNEXES

# 1. OPTAM et OPTAM-CO : Suivi des adhésions

## État des adhésions au 26/11/2019

- ❑ **17 086** adhérents OPTAM et OPTAM-CO tous secteurs (secteur 2 et 1DP, secteur 1 titrés) contre 16 948 au 17 septembre dernier– soit 138 adhérents de plus par rapport aux derniers chiffres présentés lors de la dernière présentation en CPN.

Sur ces **17 086** adhérents :

- ❑ **13 985** adhésions de praticiens de secteurs 2 et 1DP (contre 13 844 au 17 septembre dernier), dont 10 453 OPTAM (+113) et 3 532 OPTAM-CO (+28) dont :
  - **6 442** adhérents sont des ex-CAS (46 %),
  - **3 502** adhérents sont des nouveaux installés (25 %),
- ❑ Taux d'adhésion aux options de 52 % pour les secteurs 2 et 1DP
- ❑ **3 101** adhérents de secteur 1 titrés adhérents (2 745 OPTAM et 356 OPTAM-CO) dont 2 814 ex-CAS

# OPTAM et OPTAM-CO : Mise en place d'un suivi mensuel

Actuellement un suivi trimestriel et une procédure de respect trimestriel et annuel

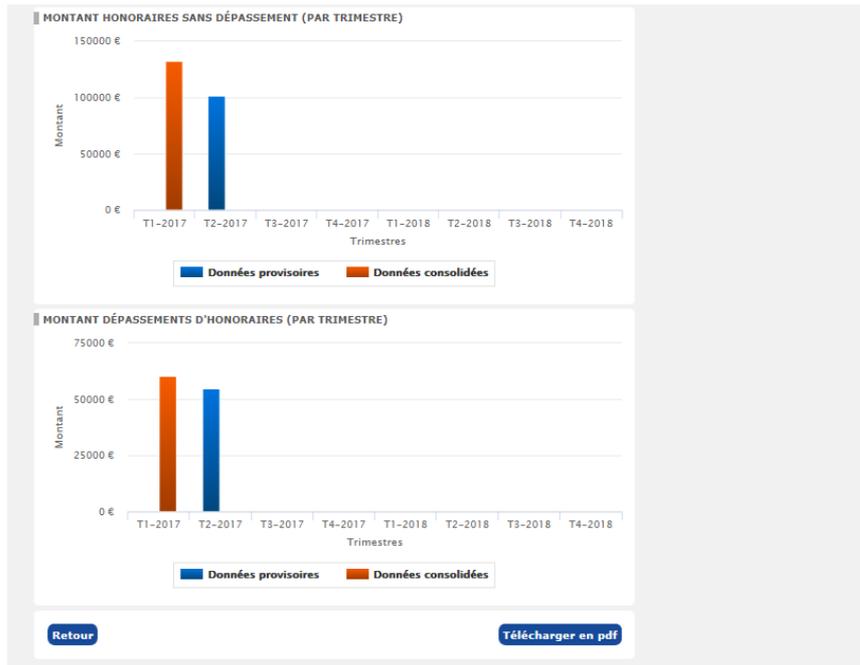
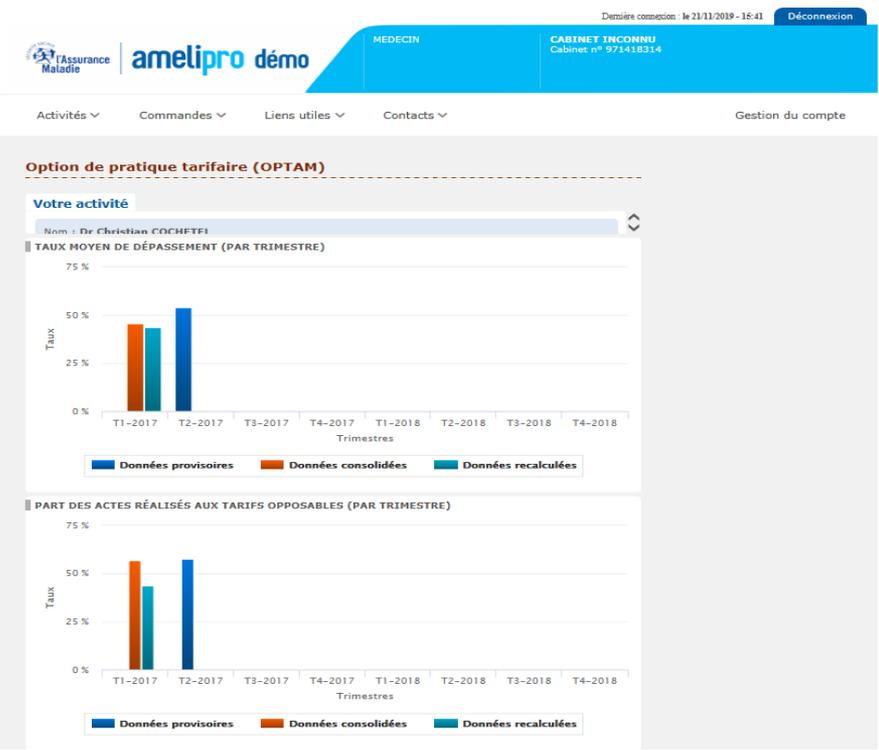
- ❑ Les indicateurs de suivi des adhérents de l'OPTAM/OPTAMCO sont calculés **en date de soins par trimestre** en « 2 temps » : une version provisoire avec 3 mois de liquidation (≈ 75% à 90% de l'activité totale du trimestre), une version consolidée avec 6 mois de liquidation (≈98% de l'activité totale du trimestre).
- ❑ Ces données de suivi sont mises à disposition tous les trimestres auprès des médecins sur ameli.pro et auprès des caisses via le Back office OPTAM, **avec un délai d'1 mois ½** pour les données provisoires et de **3 mois ½** pour les données définitives (*janvier-février-mars disponibles mi-mai en version provisoire et mi-août / début septembre en version définitive*).
- ❑ Les **données de respect** sont envoyées aux médecins par courrier d'information ou d'avertissement quand ils ne les respectent pas sur 2 trimestres consécutifs.
- ❑ Un courrier annuel notifie à tous les médecins adhérents le respect ou non des engagements avec information sur le montant de la prime OPTAM à percevoir

# OPTAM et OPTAM-CO : Mise en place d'un suivi mensuel

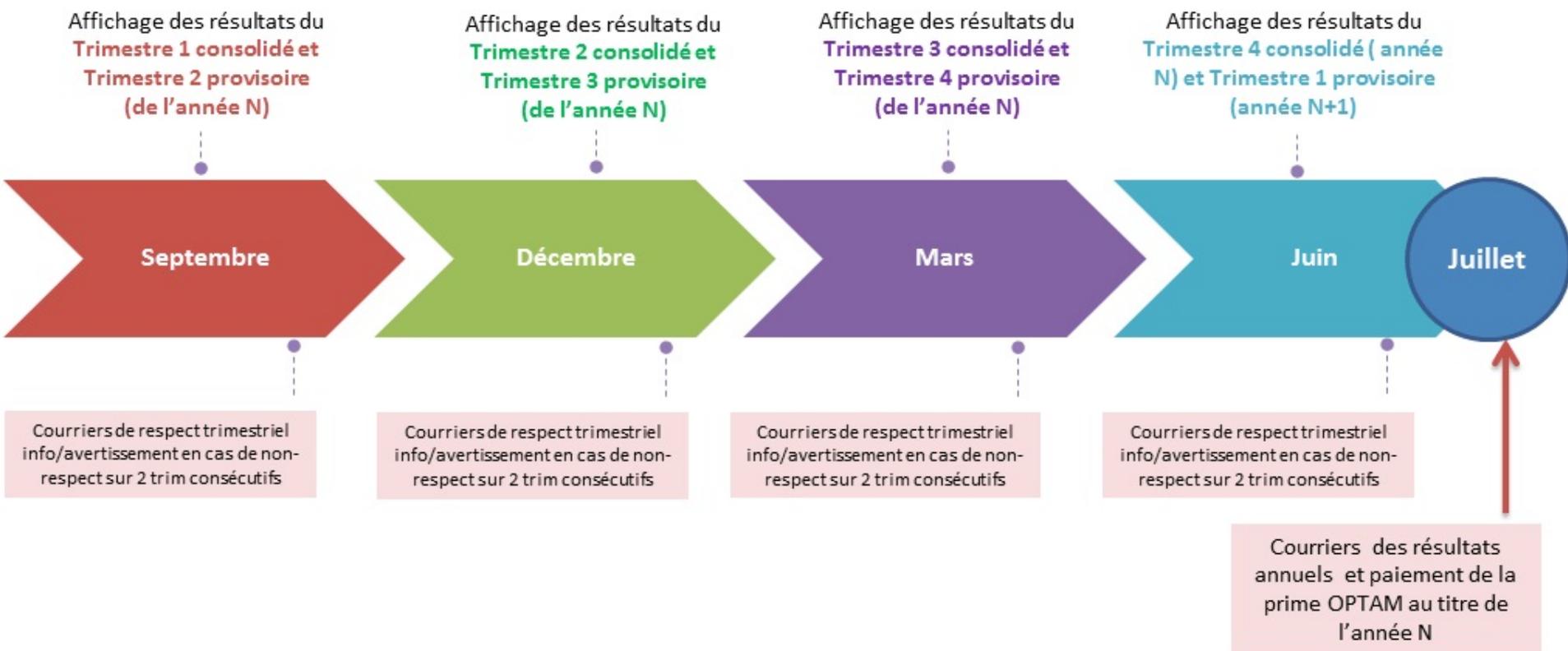
Actuellement : données affichées au médecin sur amelipro

Un affichage des taux d'engagements (TD et TO)

Un affichage des HSD et des montants de dépassements



# OPTAM et OPTAM-CO : Mise en place d'un suivi mensuel



- ❑ Les indicateurs de suivi sont affichés tardivement, ne permettant pas aux médecins un réel pilotage de leur pratiques tarifaire.
- ❑ Le respect des engagements est aussi communiqué tardivement et seulement par courrier (pas sur ameli.pro), au point de devoir régulièrement neutraliser les courriers.
- ❑ Seuls les médecins ne respectant pas sont informés (pas les médecins en respect).

# OPTAM et OPTAM-CO : Mise en place d'un suivi mensuel

Nouvelles modalités : un suivi mensuel plus fréquent et plus réactif

❑ Le calcul des données de suivi se basent sur les 3 derniers mois civils de soins connus en date de liquidation

En mars 2020 sont calculées :

- les données de soins de janvier liquidées en janvier (données provisoires -)

En avril 2020 sont calculées :

- les données de soins de janvier liquidées jusqu'en février (provisoires +)
- les données de soins de février liquidées en février (provisoires -)

En mai 2020 sont calculées :

- les données de soins de janvier liquidées jusqu'en mars (définitives)
- les données de soins de février liquidées jusqu'en mars (provisoires +)
- les données de soins de mars liquidées en mars (provisoires -)

❑ Aux données par mois s'ajoute une consolidation des 3 derniers mois définitifs

En juillet 2020 : les données consolidées des soins de janvier / février / mars en sus :

- des données de soins de mars liquidées jusqu'en mai (définitives)
- des données de soins de d'avril liquidées jusqu'en mai (provisoires +)
- des données de soins de de mai liquidées en mai (provisoires -)

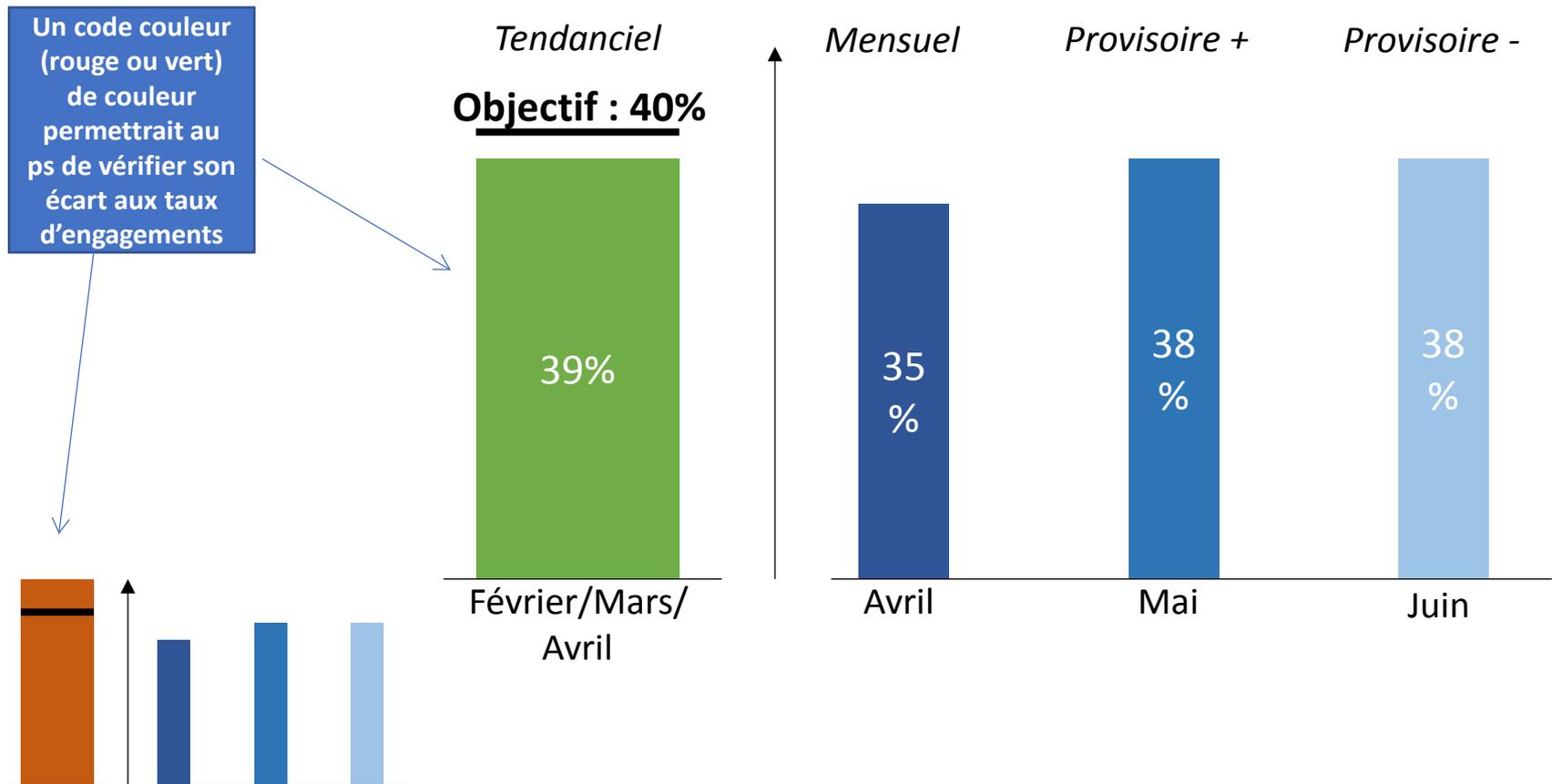
Nouvelles modalités : une alerte sur le respect et une procédure de respect annuel

- ❑ Calculer les données de suivi mensuel et les données de respect trimestrielles représente une trop forte charge statistique
- ❑ L'envoi de courriers d'avertissement et d'information prévue par la convention est peu efficace pour alerter les médecins
- ❑ La proposition est un **système d'alerte** (ou « **warning** ») chaque mois sur ameli.pro pour les médecins en écart sur leurs objectifs sur les 3 derniers mois consolidés (par rapport aux derniers engagements en cas d'avenant)
- ❑ Le respect serait calculé une fois par an, et communiqué par courrier lors du paiement de la prime Optam et de l'éventuelle procédure de résiliation pour non respect (selon la même méthodologie de calcul du respect actuel)
- ❑ Pour les médecins qui ne consulteraient pas ameli.pro, un mail osmose pourrait être envoyé pour leur rappeler de le consulter

# Affichage sur amelipro – taux de dépassement

## Maquette d'affichage au mois d'août 2020

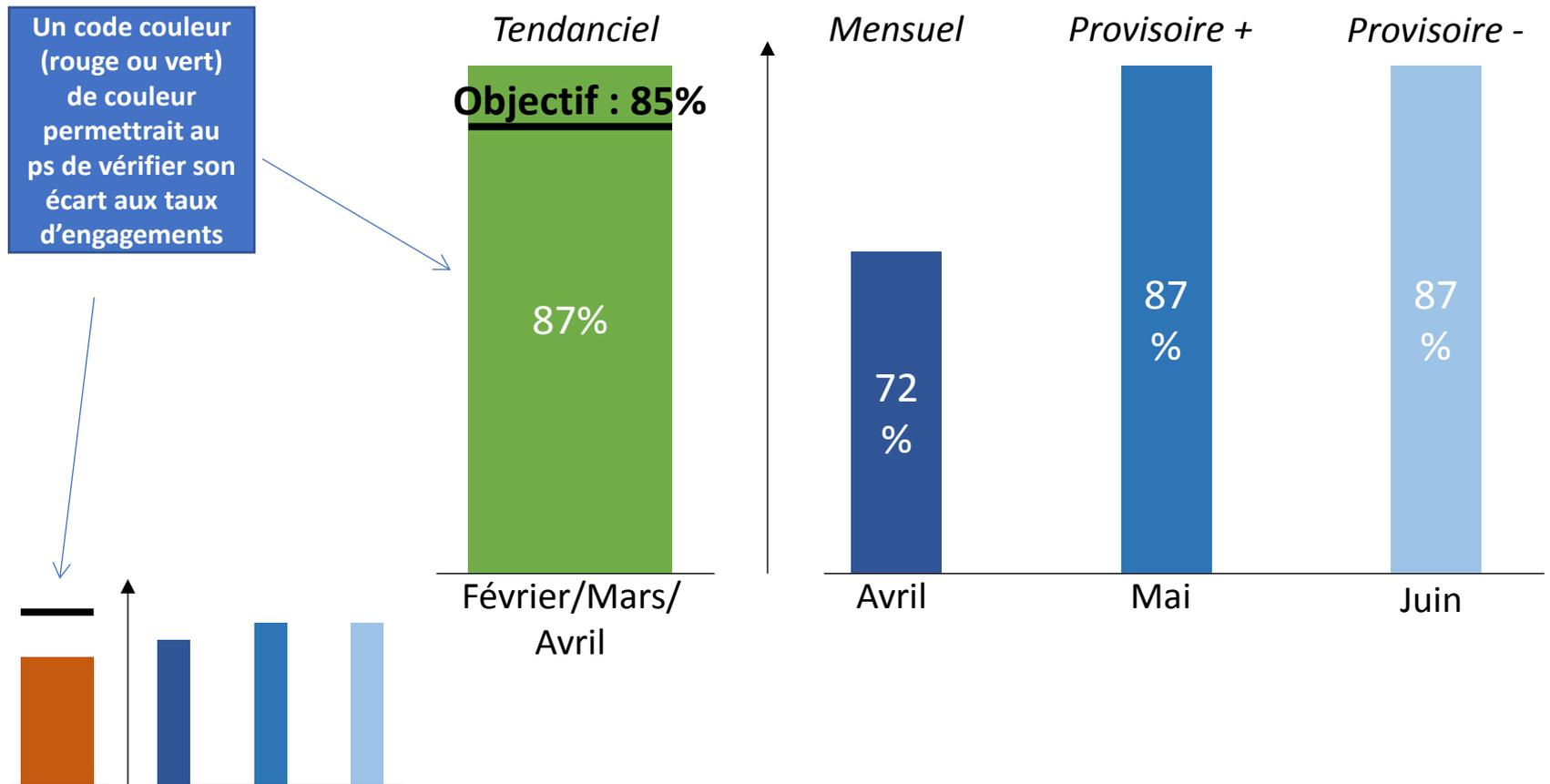
### Taux dépassement



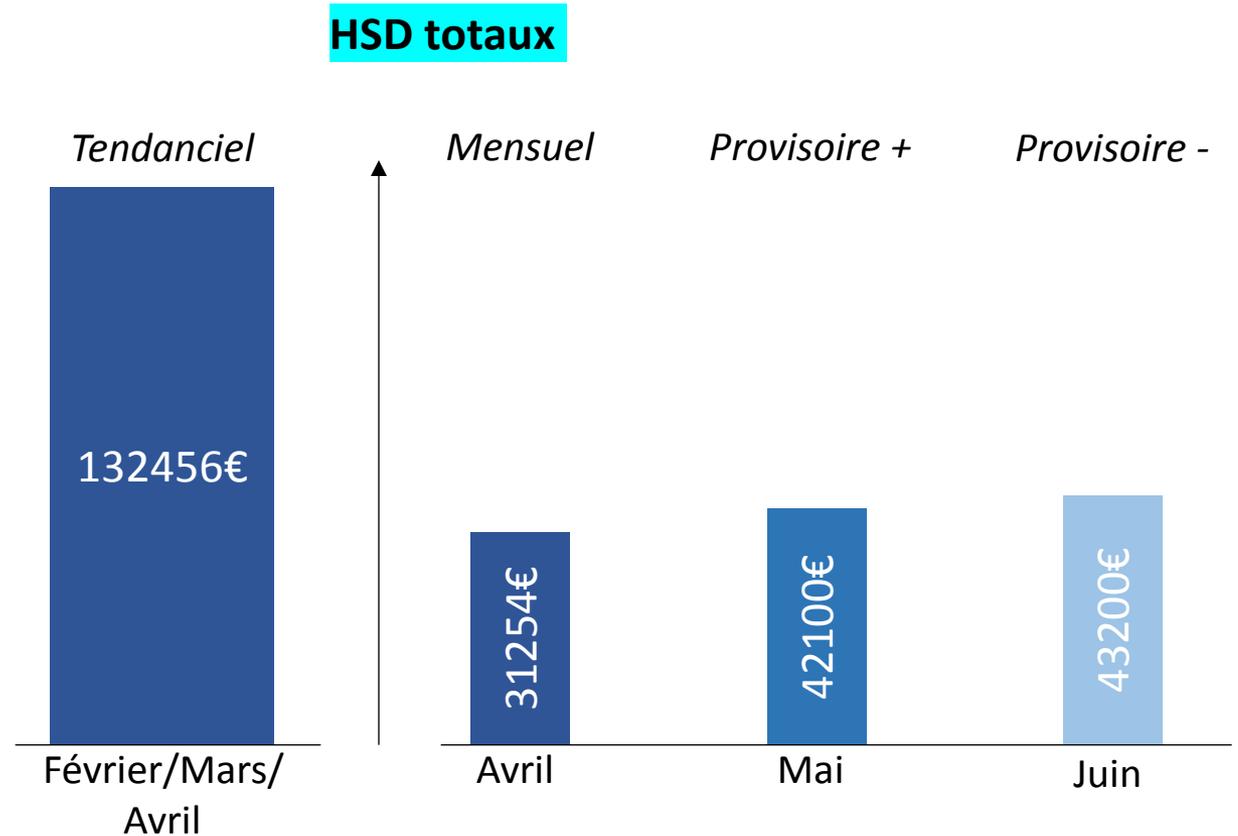
# Affichage sur amelipro – taux d'opposable

## Maquette d'affichage au mois d'aout 2020

### Taux activité tarif opposable

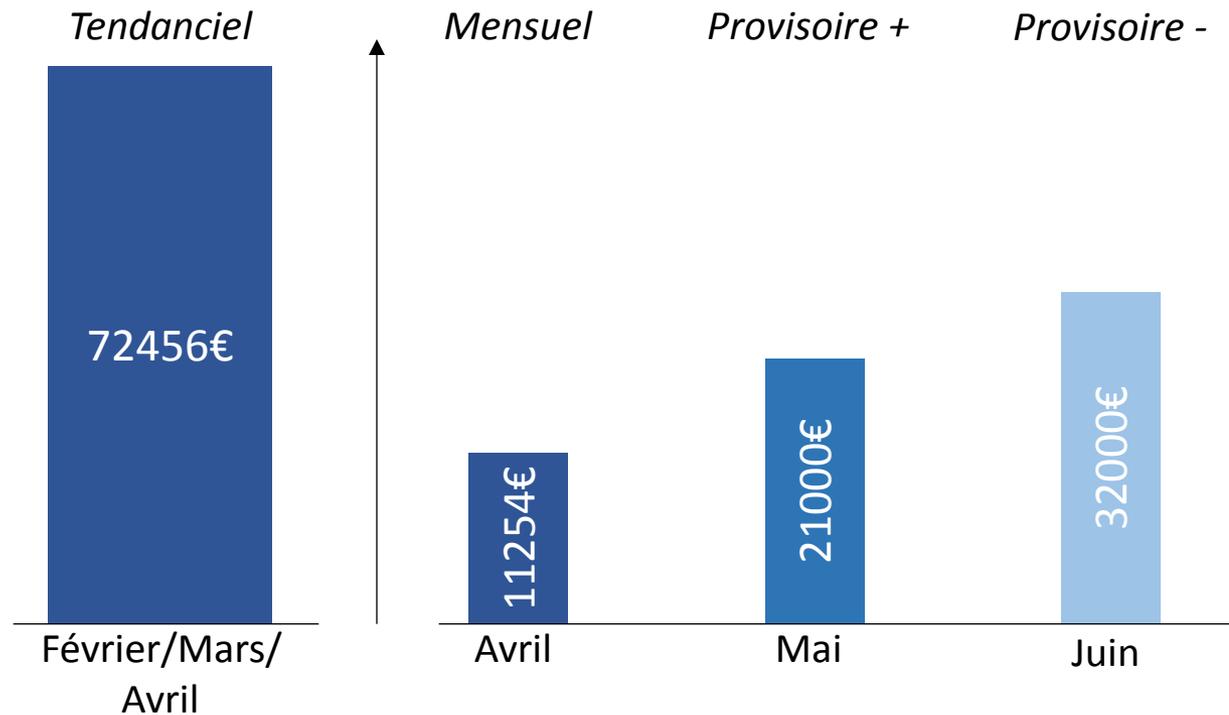


# Affichage sur amelipro – HSD Totaux



# Affichage sur amelipro - HSD- montant des dépassements

## Montant dépassements



# OPTAM et OPTAM-CO : Mise en place d'un suivi mensuel

- Nouvelles modalités : Evolutions SI prévues
  - ❑ L'outil de gestion BO OPTAM ne peut recueillir que des données trimestrielles (suivi et respect trimestriel / annuel) ; son réaménagement n'est pas dans la ROADMAP 2020
  - ❑ Le suivi mensuel sera pris en charge dans un nouvel outil 'générique' BO CO à partir de juin 2020
  - ❑ Les caisses auront donc deux outils : BO optam pour la gestion des contrats, BO CO pour le suivi mensuel
  - ❑ L'écran d'affichage Ameli.pro va évoluer, et s'appuyer sur un circuit d'alimentation des données automatisé plus réactif (aujourd'hui manuel, avec 3 semaines de délai)

=> Solution opérationnelle pour juillet 2020

# OPTAM et OPTAM-CO : Mise en place d'un suivi mensuel

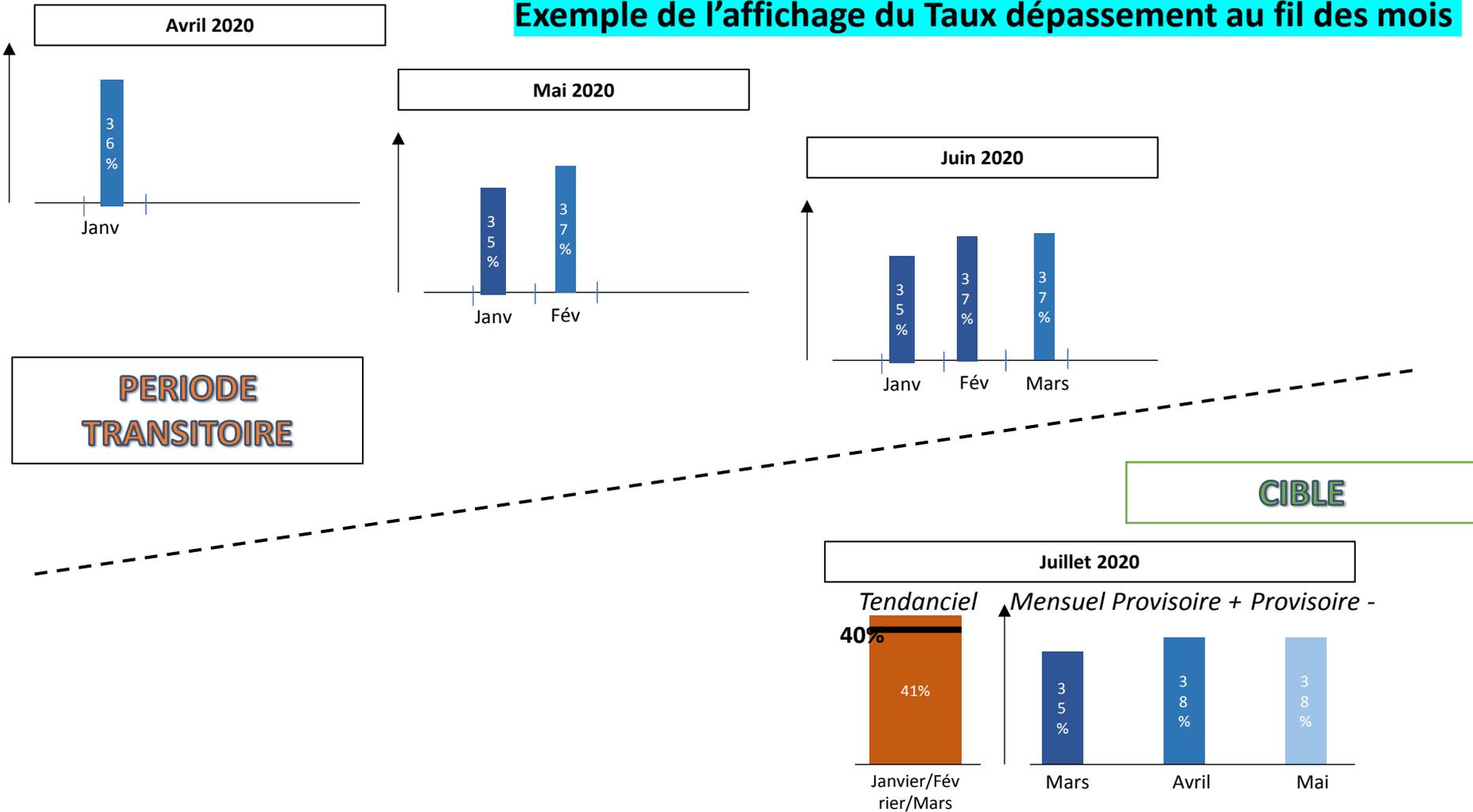
Calendrier : affichage mensuel 'transitoire' dès avril 2020, affichage 'cible' pour août 2020

- ❑ **Le premier suivi mensuel sera calculé en mars (données de soins de janvier liquidées en janvier)**
  
- ❑ **Proposition d'adaptation de l'affichage actuel sur amelipro :**  
**remplacer les trimestres par les mois et retirer la notion de provisoire / définitif**
  - > en avril 2020, affichage des données de soins de janvier 2020
  - > en mai 2020, affichage des données de soins de janvier et février 2020
  - > en juin 2020, affichage des données de de soins janvier / février / mars 2020

**puis affichage cible en juillet 2020**

# Affichage sur amelipro : période transitoire et cible

## Exemple de l'affichage du Taux dépassement au fil des mois



## 2. Rémunérations forfaitaires : FPMT & MPA

### ➤ Paiements versés en novembre 2019

#### ➤ FPMT



Le paiement du 3ème acompte du FPMT 2019 a eu lieu le 20 novembre dernier :

- montant total versé : 194,6 Millions d'euros,
- 75 637 médecins ont reçu un versement,
- montant moyen par médecin traitant : 2 533 euros.

#### ➤ MPA



Le paiement du 3ème acompte de la MPA 2019 a eu lieu le 26 novembre dernier :

- montant total versé : 7,3 Millions d'euros,
- 68 147 médecins ont reçu un versement,
- montant moyen par médecin : 108 euros.

## 3; Aides forfaitaires démographiques

### ➤ Paiements versés en 2019 au titre de l'année 2018

Paiements 2019 au titre de 2018	Médecins					
	Option démographique	Option SST (hors prise en charge des frais de déplacement)	COTRAM	CSTM	COSCOM <sup>2</sup>	CAIM <sup>2</sup>
Nombre d'adhérents	1 582	6	61	68	2 207	978
Nombre de PS percevant une aide	1 462	2	61	53	1 014	474
Part des PS percevant une aide	92%	33%	100%	78%	46%	48%
Montant de l'aide	18 980 442 €	8 650 €	510 382 €	147 109 €	3 405 074 €	11 648 212 €
Montant moyen par professionnel	12 983 €	4 325 €	8 367 €	2 627 €	3 358 €	24 574 €

# CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE 2019-2020

65 ans  
et +

Personnes atteintes  
d'une maladie chronique

Femmes  
enceintes

## Retour sur la saison grippale 208-2019

L'hiver dernier (2018-2019), l'épidémie de grippe, malgré sa courte durée (8 semaines), a été caractérisée par une importante sévérité.

### Chiffres clés

- 1.8 million de consultations en médecine de ville
- plus de 65 600 passages aux urgences
- plus de 10 700 hospitalisations pour syndrome grippal
- plus de 1 890 cas de grippe grave admis en réanimation
- 8 100 décès attribuables à la grippe durant l'épidémie

Répartition des cas graves de grippe selon les facteurs de risque :



## Couverture vaccinale des personnes à risque

Une couverture vaccinale en hausse (+1,2 point par rapport à la saison précédente) mais encore insuffisante chez les personnes à risque : 65 ans et plus, personnes souffrant de certaines maladies chroniques, femmes enceintes, personnes obèses.

**Encore moins d'une personne fragile sur deux est vaccinée (46,8 %)**, bien en deçà de l'objectif de 75 % de taux de couverture vaccinale recommandé par l'Organisation mondiale de la Santé.



**51 %**  
chez les 65 ans et plus  
(+1,3 point)



et à



**29,2 %** chez  
les personnes à risques  
de moins de 65 ans  
(+0,3 point)

Le taux de couverture vaccinale des femmes enceintes est estimé dans le rapport périnatalité à 7,4%.

# Organisation de la campagne de vaccination

Dates de campagne : 15 octobre 2019 au 31 janvier 2020

## Une campagne qui s'inscrit dans le cadre de la simplification du parcours vaccinal, selon l'avis de la HAS du 25 juillet 2018 :

- Toutes les personnes majeures éligibles à la vaccination peuvent retirer leur vaccin en officine sur présentation de leur bon de prise en charge et se faire vacciner par le professionnel de santé de leur choix : médecin, infirmier, pharmacien volontaire ou sage-femme (pour les femmes enceintes et l'entourage familial des nourrissons à risque de grippe grave).
- Les personnes mineures éligibles à la vaccination doivent bénéficier d'une prescription médicale préalable.

## Plus de 13 millions d'assurés invités par le régime général :

- 1 courrier expliquant le parcours vaccinal - 1 bon de prise en charge (modèle adapté à l'âge) – 1 flyer

**Vaccination anti-grippale**  
**LA VACCINATION CONTRE LA GRIPPE VOUS EST RECOMMANDÉE :**  
 Pour les personnes majeures, la loi permet la vaccination de façon simplifiée, sans prescription médicale.

**Volet 1 - Prise en charge du vaccin anti-grippal :**  
 à compléter directement par le pharmacien lors de la délivrance gratuite du vaccin.

**Volet 2 - Prise en charge de l'injection :**  
 à compléter par l'infirmier ou le pharmacien qui effectue la vaccination sans prescription médicale. La copie des deux volets est à conserver par l'infirmier ou le pharmacien.

Le pharmacien reporte, au dos du bon, les informations permettant d'effectuer le rapprochement avec la feuille de soins et de garantir aux assurés une bonne information sur les prestations servies.  
 Le bon original est remis à l'assuré.  
 L'infirmier ou le pharmacien envoie la copie du bon à l'organisme d'assurance maladie selon les modalités habituelles.  
 L'assuré n'a rien à envoyer à sa caisse.

**Vaccin anti-grippal**  
**Prise en charge valable du** (Volet 1)  
(art. L. 262-1, R 261-2 et R 163-2 du Code de la sécurité sociale) à compléter par le pharmacien

N° d'immatriculation : Exp :  
 Bénéficiaire de la prise en charge :  
 Date et rang de naissance du bénéficiaire :  
 Code organisme :

A remplir par le pharmacien		
Spécialité délivrée	Date de délivrance	Identification et signature du pharmacien

**Injection du vaccin anti-grippal**  
**Prise en charge valable du** (Volet 2)  
(art. L. 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale - décret n° 2016-806 du 25.09.2016 et arrêté du 25.09.2016, décret n° 2016-267 du 23.04.2016 et arrêté du 23.04.2016)

En l'absence de prise en charge au titre de l'ALD ou de l'assurance maternité, l'assuré doit régler la part des honoraires représentant le ticket modérateur de l'injection.

N° d'immatriculation : Exp :  
 Bénéficiaire de la prise en charge : Copie à conserver par l'infirmier ou le pharmacien qui a réalisé l'injection sur le support de son choix.  
 Date et rang de naissance du bénéficiaire :  
 Code organisme :

A remplir par l'infirmier ou le pharmacien	
Date d'exécution de l'injection	Identification et signature de l'infirmier ou du pharmacien

Numéro du kit

Conformément au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification, vos données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de vos Délégés à l'Information des Assurés.  
 En cas de diffusion dans l'application de vos droits, vous pouvez introduire vos réclamations auprès de la Commission nationale Informatique et Libertés.  
 Nous vous remercions de l'assurance que le service de données de santé de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Régime Général est conforme au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.  
 Quant aux données de santé de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Régime Général, elles sont traitées en vertu de l'article L. 111-1 du Code de la sécurité sociale.

610 CNAM - version 04/2019

**certificat**  
 n° 11254102  
**vaccination anti-grippale**  
 notice d'utilisation

**volet 1 - prise en charge du vaccin anti-grippal :**  
 A remplir par votre médecin pour la prescription du vaccin anti-grippal et par votre pharmacien pour la délivrance gratuite de ce vaccin.

**volet 2 - prescription de l'injection du vaccin anti-grippal :**  
 A remplir par votre médecin, s'il le souhaite, pour la prescription de l'injection par un(e) infirmier(e) et à compléter par l'infirmier(e) s'il (elle) effectue la vaccination.  
 Ce volet 2 est à retourner à votre centre de paiement avec la feuille de soins remise par votre infirmier(e).

**prise en charge du vaccin anti-grippal**  
**valable du** au (volet 1)  
(art. L. 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale) à remettre à votre pharmacien

N° d'immatriculation : Exp :  
 Bénéficiaire de la prise en charge :  
 Date et rang de naissance du bénéficiaire :  
 Code organisme :

A remplir par le médecin		A remplir par le pharmacien	
spécialité prescrite	identification et signature du médecin	date de délivrance	identification et signature du pharmacien

date de prescription

**prescription de l'injection du vaccin anti-grippal**  
**prise en charge du vaccin valable du** au (volet 2)  
(art. L. 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale) à adresser à l'organisme de sécurité sociale pour remboursement avec la feuille de soins auxiliaire médical(e)

N° d'immatriculation :  
 Bénéficiaire de la prise en charge :  
 Date et rang de naissance du bénéficiaire :  
 Code organisme :

A remplir par le médecin		A remplir par l'infirmier(e)	
injection par un(e) infirmier(e)	identification et signature du médecin	date d'exécution de l'injection	identification et signature de l'infirmier(e)

date de prescription

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. **83323c**

Bon de prise en charge pour les personnes majeures

Ajout de la mention de l'injection par le pharmacien

Bon de prise en charge pour les personnes mineures.

Sans changement.



# La campagne de communication

« **Cette année encore, la grippe va faire très mal.** » : une nouvelle campagne d'information pour convaincre les personnes éligibles à la vaccination de se faire vacciner et mobiliser les professionnels de santé.

## Une campagne grand public :

- Une campagne TV, via un nouveau spot télévisé diffusé à partir du 27 octobre sur les principales chaînes de la TNT
- une campagne digitale, avec notamment la diffusion d'un film dédié aux femmes enceintes
- une campagne d'insertions presse dans les principaux titres de la presse quotidienne
- une campagne d'affichage vidéo, sur les écrans du parcours de soins (hôpitaux, maisons de santé et pharmacies)
- des actions de proximité dans les caisses
- des partenariats médias (M6/RTL, Grand-Mercredi, WeMoms), inscrits dans le temps

Dans un second temps, en décembre, une nouvelle campagne sera lancée pour favoriser l'apprentissage et l'adoption des **gestes barrières** à mettre en place pour limiter la transmission du virus.



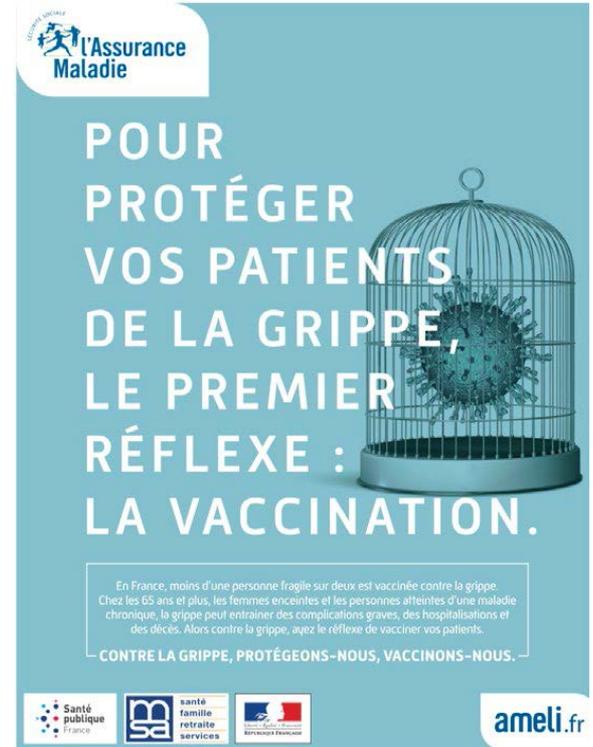
Caisse Nationale

# La campagne de communication

**Des actions spécifiques pour accompagner les professionnels de santé dans leur travail de conviction auprès des patients à risque et les encourager à se faire eux-mêmes vacciner.**

- des affiches de sensibilisation envoyées aux professionnels de santé libéraux à destination des salles d'attente pour inciter les patients à se faire vacciner
- des annonces presse pour inciter les professionnels de santé à se faire vacciner seront diffusées dans les revues spécialisées : Egora, Infirmières Magazine, Profession Sages-Femmes...
- des affiches de sensibilisation envoyées aux directeurs des Ehpad pour inciter le personnel à se faire vacciner
- des visites des délégués de l'Assurance Maladie organisées auprès des sages-femmes sur les sujets de prévention, et particulièrement sur la vaccination antigrippale.

Les modalités pratiques de la vaccination sont rappelées par des **mémos** mis à disposition sur [ameli.fr](http://ameli.fr).



L'Assurance Maladie

**POUR PROTÉGER VOS PATIENTS DE LA GRIPPE, LE PREMIER RÉFLEXE : LA VACCINATION.**

En France, moins d'une personne fragile sur deux est vaccinée contre la grippe. Chez les 65 ans et plus, les femmes enceintes et les personnes atteintes d'une maladie chronique, la grippe peut entraîner des complications graves, des hospitalisations et des décès. Alors contre la grippe, ayez le réflexe de vacciner vos patients.

CONTRE LA GRIPPE, PROTÉGEONS-NOUS, VACCINONS-NOUS.

Santé publique France | sante famille retraite services | ameli.fr

# L'outil REZONE : Le zonage et les TVS

A partir de la promulgation du **zonage des médecins libéraux** par chaque Directeur Général d'Agence Régionale de Santé, REZONE propose au médecin de repérer les **différents Territoires de Vie Santé (TVS)** et tout particulièrement ceux éligibles à des aides à l'installation ou au maintien à l'activité et **permet d'estimer la nature et les montant de ces aides.**

**REZONE** MÉDECIN

Assurance Maladie

AIDE

Installez-vous dans votre zone de préférence  
Utilisez la recherche ou cliquez directement sur la carte

Communes ...



**Rézone une aide à l'installation**

Pour une commune et son territoire de vie santé (TVS), découvrez les données de la démographie médicale ou de la patientèle ainsi que les hôpitaux, cliniques, maisons et centres de santé et autres structures de proximité et de recours.

Le simulateur de l'Assurance Maladie vous informe des aides possibles et conseils pour votre installation en libéral.

ZONAGE REPÈRES / TVS COMMUNES

Légende

Options d'affichage



© CNAM 2019. Tous droits réservés

Sources des données | Mentions légales | CGU | V 0.1.6



# LA NATURE ET LE MONTANT DES AIDES



# L'outil REZONE : Les aides à l'installation

issues des **dispositifs conventionnels** et des nouveaux **contrats démographiques**.

> **CAIM** : Contrat d'Aide à l'Installation

> **COSCOM** : Contrat de Stabilisation et de Coordination

> **COTRAM** : Contrat de Transition

> **CSTM** : Contrat de Solidarité Territoriale

LES ARCS (83004)  
TERRITOIRE DE VIE SANTÉ (TVS) de ARCS (LES)

ZONE INTERVENTION PRIORITAIRE



Vous pouvez bénéficier d'aides et de conseils lors de votre exercice dans cette zone

▶ CHIFFRES CLÉS : ARCS (LES) - TVS

▼ SIMULATEUR DE L'ASSURANCE MALADIE

Êtes-vous installé en libéral dans le territoire de vie santé Arcs (Les) ?

OUI NON

S'INSTALLER À LES ARCS

Consultez les aides des organismes



▼ SIMULATEUR DE L'ASSURANCE MALADIE

Vos réponses :

- Êtes-vous installé en libéral dans le Territoire de Vie Santé Arcs (LES) : OUI
- Zone aidée : OUI
- Depuis moins d'un an ? : OUI
- Vous relevez d'un secteur 1 ou 2 avec Optam/OptamCO ? : OUI

Vous êtes éligible au Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM). Vous pouvez prétendre à une aide forfaitaire\* de 50000 €\*\* versée en 2 fois et dégressive en cas d'activité libérale partielle. Dans le cadre d'un exercice partiel dans un hôpital de proximité, une majoration de 2 500 € pourra vous être attribuée et sera versée en 2 fois.

\* : Sous réserve d'exercer dans la zone pendant 5 ans en secteur 1 ou 2 optam/optamco, de participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire (sauf dérogation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins) et de s'impliquer dans une démarche d'exercice coordonnée.

Nbre jours / semaine d'exercice en ZIP	2,5 j	3 j	3,5 j	4 j
** aide forfaitaire	31 250 €	37 500 €	43 750 €	50 000 €

Contrat non reconductible.

Selon les régions, vous pouvez obtenir une majoration des aides pouvant aller jusqu'à 20% selon contrat type régional.

Les chiffres/montants indiqués sont non contractuels.

Vérifiez également votre éligibilité au dispositif contractuel de Praticien Territorial de Médecine Générale ou de Médecine Ambulatoire en répondant aux questions du SIMULATEUR ARS (ci-dessous).

# L'outil REZONE : Les aides à l'installation

issues des **dispositifs de l'État** et proposées dans chaque région.

> **PTMG** : Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale

> **PTMA** : Contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

> **PTMR** : Contrat de Praticien Territorial Médical de

**LE VAL (83143)**  
TERRITOIRE DE VIE SANTÉ (TVS) de BRIGNOLES

**ZONE ACTION COMPLÉMENTAIRE**

Vous pouvez bénéficier d'aides et de conseils lors de votre exercice dans cette zone

► CHIFFRES CLÉS : LE VAL - COMMUNE

► CHIFFRES CLÉS : BRIGNOLES - TVS

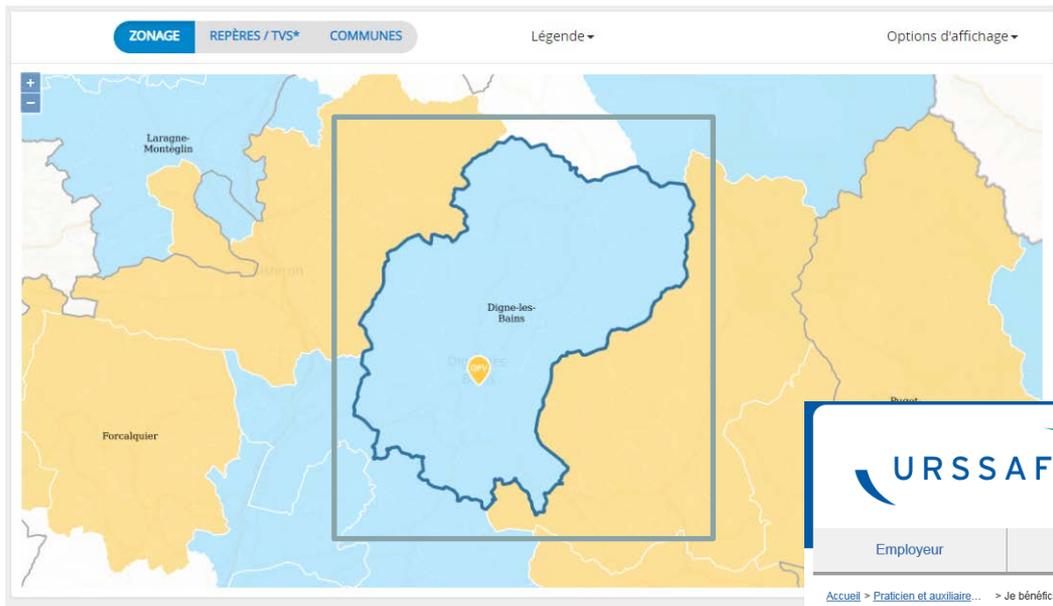
► **SIMULATEUR DE L'ASSURANCE MALADIE**

**S'INSTALLER À LE VAL**

Consultez les aides des organismes

# L'outil REZONE : Les aides à l'installation

mais aussi d'autres **organismes et institutions**.



**URSSAF**

Employeur Indépendant

Je bénéficie d'une exonération ou d'une prise en charge

- Je crée mon activité
- Mes cotisations
- Je paie mes cotisations
- Je bénéficie d'une exonération ou d'une prise en charge
  - La modulation de la cotisation d'allocations familiales
  - La prise en charge d'une partie de mes cotisations
- J'embauche

**Je bénéficie d'une prise en charge**

**Le contrat incitatif**

Vous êtes infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme, orthophoniste, chirurgien-dentiste.

Une participation financière à l'équipement et une prise en charge de la cotisation d'allocations familiales sont mises en œuvre si vous souhaitez vous installer au sein de certaines zones territoriales.

La prise en charge de votre cotisation d'allocations familiales est totale, pendant 3 ans, sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires ou sur les bases forfaitaires de début d'activité.

Pour obtenir un formulaire d'adhésion au contrat incitatif contactez directement votre **Cnam**.

> URSSAF

> Conseil  
départemental

> Conseil  
régional

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance  
Maladie**



# LES DIFFÉRENTES FONCTIONNALITÉS



# L'outil REZONE permet :



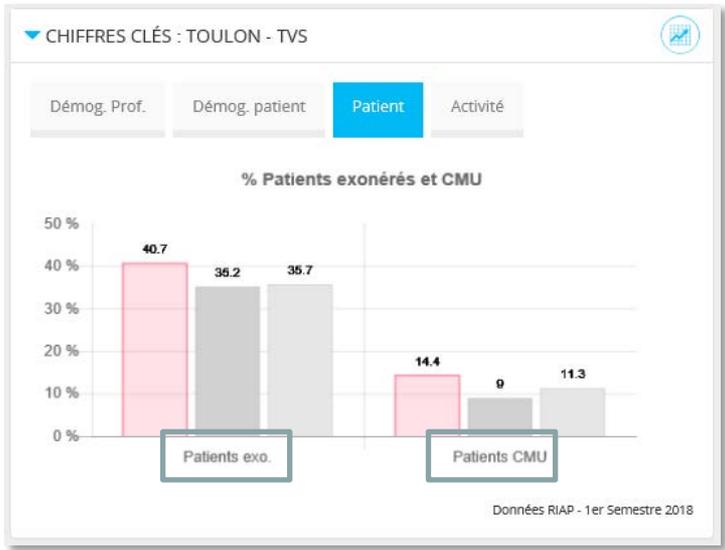
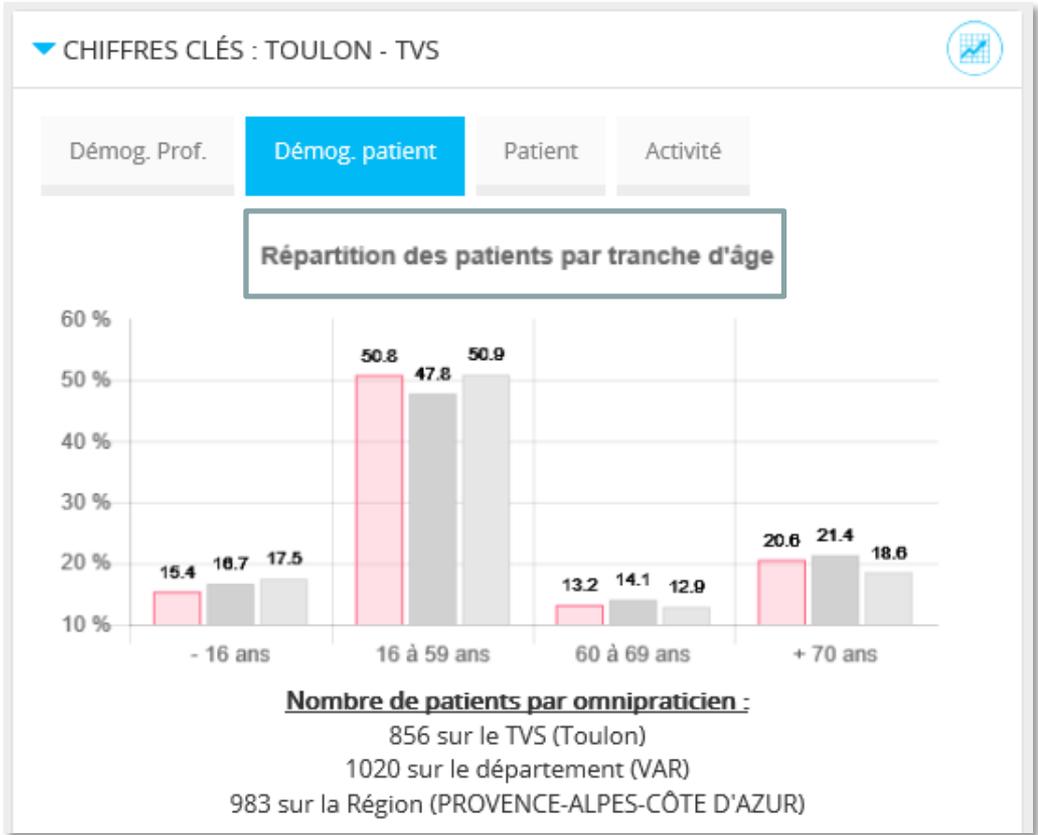
> d'être renseigné sur l'**offre de soins** présente sur chaque territoire : nombre, âge, secteur conventionnel des médecins installés



# L'outil REZONE permet :



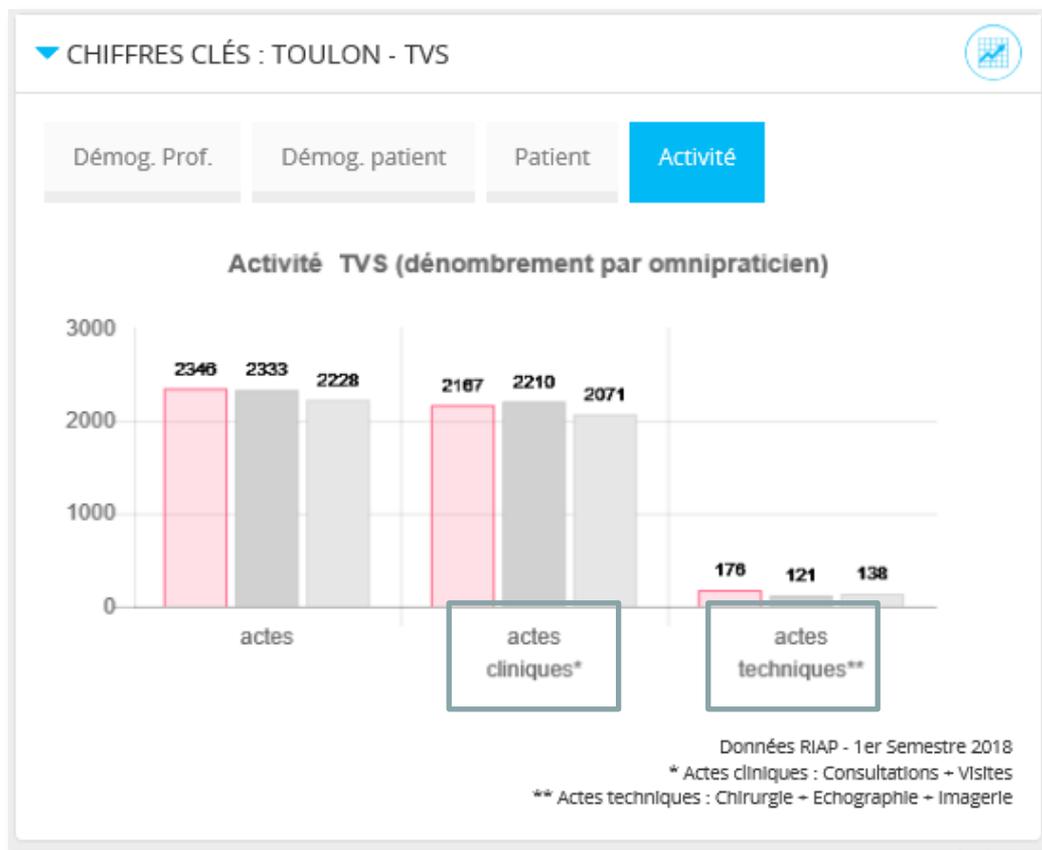
> de connaître les **caractéristiques essentielles de la patientèle** : âge, ALD, CMU



# L'outil REZONE permet :

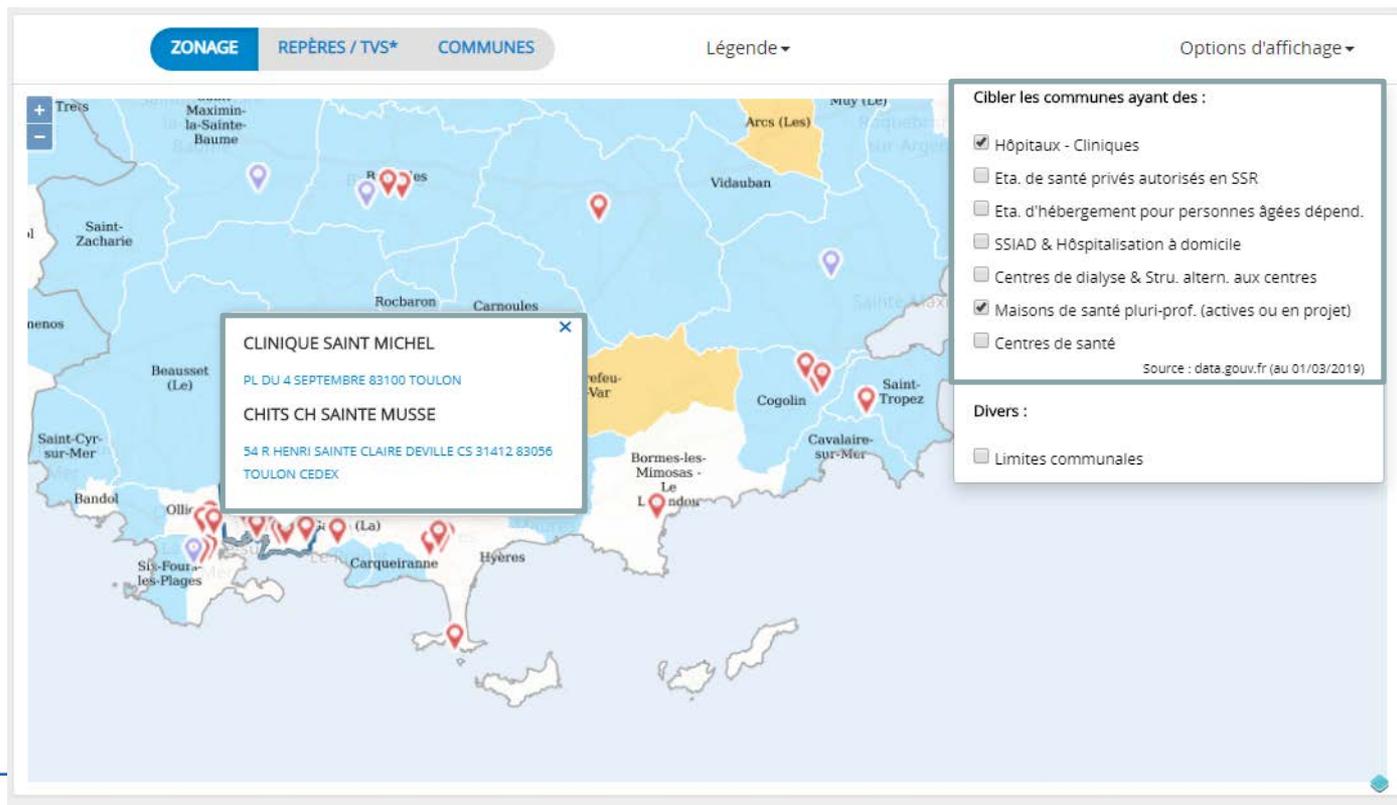


> d'avoir une **estimation de l'activité médicale** réalisée en actes cliniques et actes techniques



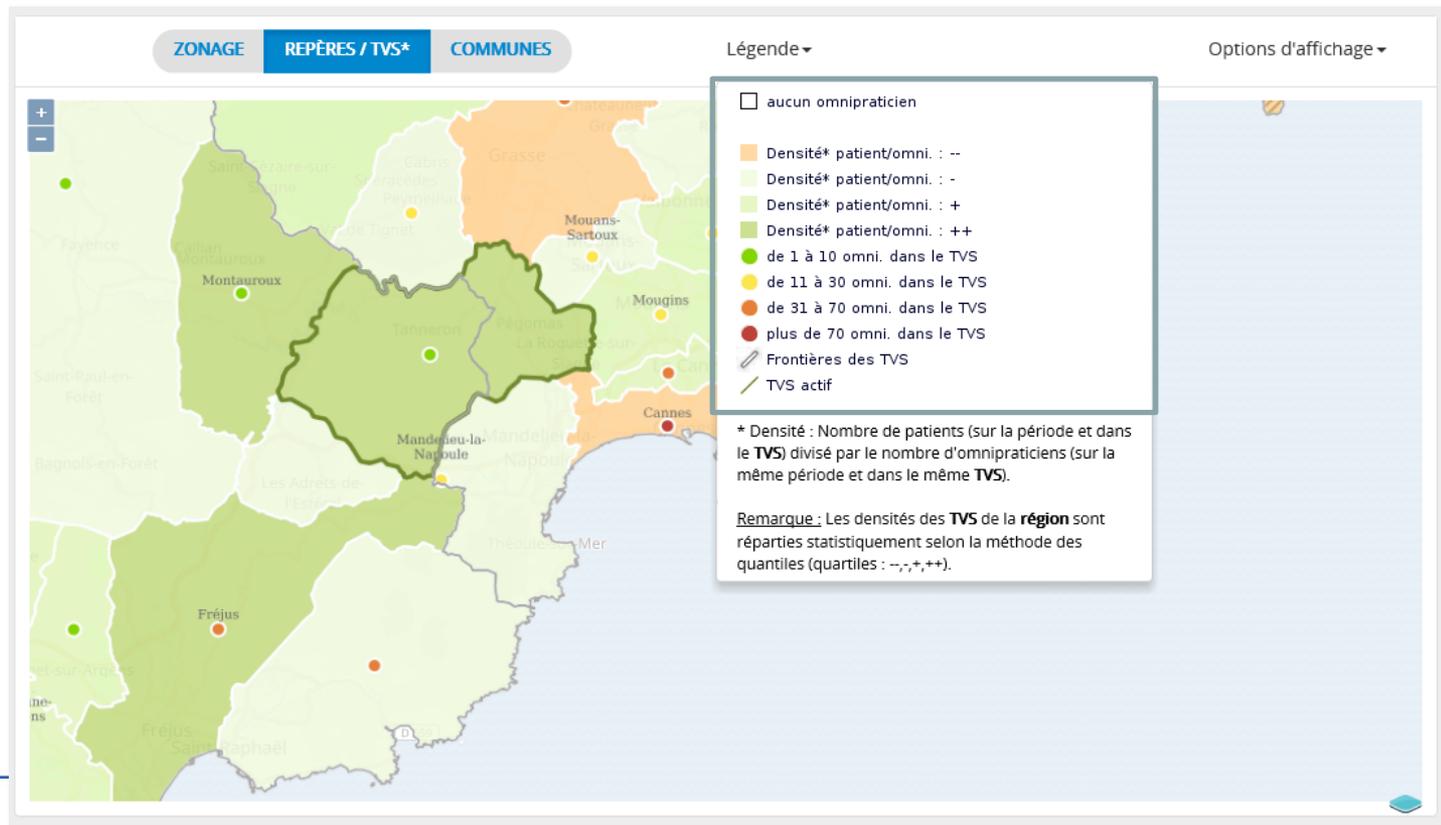
# L'outil REZONE permet :

> de géolocaliser l'environnement hospitalier et l'environnement sanitaire et médico-social (HAD, SSIAD, SSR ou EPHAD) ainsi que l'exercice coordonné par la référence aux maisons de santé pluri-professionnelles et aux centres de santé.



# L'outil REZONE permet :

> d'identifier le **potentiel de développement d'une activité et d'une patientèle** en présentant par quartiles les densités patient par omnipraticien sur chaque territoire et/ou commune et le nombre de médecins présents sur le même territoire



- > **lien avec Carto Santé**, extranet statistique de l'ARS, pour accéder à des données plus affinées et des portraits et diagnostics de territoire
- > accrochage avec le **télé-service « Installation en ligne » de l'Assurance Maladie**
- > ergonomie **compatible avec smartphone et tablette**

**REZONE** est un outil pour  
raisonner et éclairer un choix d'installation,  
pour contribuer à l'organisation du système de santé  
et au maintien de l'accès aux soins en tout point du  
territoire.

SECURITE SOCIALE



**l'Assurance  
Maladie**



# PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION



# Quel avenir pour REZONE ?

---

Avec des perspectives d'évolution déjà en cours de développement :

- > **Ouverture de l'application aux différentes professions de santé sur l'ensemble du territoire** : pour celles concernées par des dispositifs de régulation démographique, REZONE indiquera le nombre de places disponibles sur chaque bassin de vie, renseignera sur les demandes d'installation en zone sur et très sur dotée, conseillera sur les contrats incitatifs pour les zones très sous dotées
- > **évolutions en fonction des besoins** exprimés par les utilisateurs et de l'actualité conventionnelle

# Améliorer l'Information des médecins sur les droits et prestations en cas d'arrêt de travail suite à maladie/maternité

- Un nouveau référencement des informations sur ameli.fr (rubrique professionnels de santé) est en cours d'ici le début d'année 2020 pour une meilleure visibilité
- Des instructions aux caisses revues et actualisées seront diffusées en janvier 2020 pour une uniformisation des connaissances des agents, un traitement uniformisé des dossiers et un meilleur niveau d'information à apporter aux médecins les interrogeant
- Les parcours d'accompagnement mis en place au sein des caisses seront réactualisée à compter du 1<sup>er</sup> trimestre 2020, avec une information systématique des caisses aux jeunes médecins sur leurs droits et prestations sociales lors d'une installation ou d'un remplacement à l'occasion du rendez-vous avec la Caisse

- En cours de finalisation