

# LES GENERALISTES-CSMF

## SYNTHESE GROUPE DE TRAVAIL SNP

- SNP = urgence ressentie
- Problématiques et constats :
  - Comment donner envie aux médecins traitant de faire des SNP ?
    - Dérive des actes lucratifs et courts vers des structures de SNP, les MT ne gardant que le chronique à 25€
    - Concurrence de : SOS, centres de SNP, centre de santé, transformation de certains services d'urgence en centre de SNP
    - Actuellement pas de rémunération des acteurs pour les SNP
  - Doit-on distinguer SNP du Médecin traitant et d'un non médecin traitant ? différence entre SNP et continuité des soins
  - Lien avec la régulation en journée ? Cotation spécifique ? que devient la cotation MRT ?
  - SNP Par la télémédecine ?
  - Les SNP ne concernent que les généralistes ? et les radiologues ? et le second recours ? et les labos ? et qui oriente ?
  - Comment évaluer le service rendu par la médecine de ville sur les SNP : baisse des entrées aux urgences ?
  - Notion de territoire ? sur ceux des CPTS ? et sinon ?
- Synthèse des échanges :
  - Qui est concerné ?
    - normalement obligatoire dans les missions des MSP et CPTS mais sur la base du volontariat pour les autres
    - problématique de la non adhésion obligatoire à la CPTS qui est amené à gérer les SNP, et donc pas d'implication de fait de certains médecins
    - nécessité d'un tableau de garde « de jour » sur un secteur (PDSA ou CPTS quand elle existe)
  - Rémunération :
    - Actuellement Par une astreinte (200€ / jour) = ACI CPTS : Financement insuffisant s'il est pris sur la dotation de la CPTS.  
  
Ex : 200 euro si 30 consult pour 1 journée = + 6.66 euro par consult : RIDICULE

- Difficile de créer un acte de SNP quand on est médecin traitant (dérive, motifs de consultations hiérarchisées des SNP par ex à déployer)

Les SNP ne peuvent donc bénéficier que d'une régulation afin d'orienter vers le médecin concerné

Effectivement il faut définir un cadre

- Cotation quand on n'est pas MT : valorisation de la démarche par une majoration ? mais pour quel motif de consultation ?

Problématique de la rosp qui fait que le % de MT baisse si on prend + de patients non médecin traitant

- Uniquement par les CPTS ? NON car forfait en enveloppe restreinte
- Doit-on défiscaliser les actes de SNP ? mais dans ce cas comment les quantifier ?

Oui idem PDSA

- Par une reversion du forfait de réorientation des urgences que la ville récupérerait ?
  - Quelle est l'intérêt pour un médecin de récupérer un patient en urgences sans majoration possible après examen clinique, alors que l'hôpital ne le consulte pas et le renvoi pour 60€ ? On ne peut avoir moins que 60 euro et c'est non négociable

- La biologie déportée dans les cabinets est elle nécessaire ?

Une solution parmi les autres

- Nécessité de déployer 24h/24 une régulation libérale dans tous les départements

Obligatoire !

- Comment évaluer les SNP et les services rendus :

- Par le suivi des entrées aux urgences sur les hôpitaux à proximité
- Difficilement identifiable si pas de cotation ou acte dédié
- Il faut reporter une partie du budget des urgences vers le SNP libéraux = choix politique. Nous pouvons faire le travail, mais pas à n'importe quel prix.

Il faut avoir une structure et un cheminement lisible

- Agenda partagé entre la régulation libérale et les médecins volontaires qui pourraient accueillir des patients en demande de SNP
- Télémédecine : outil intéressant pour les SNP sur certains territoires

## **Conclusion :**

-sondage à faire auprès des médecins de terrains afin de savoir s'ils souhaitent s'investir plus en laissant des plages de SNP en journée

Beaucoup ne font que du chronique uniquement et ne veulent pas gérer les SNP

-SNP sur toute la France, uniquement en régulation et non ouvert à l'accès direct

Risque de dérive de fréquentation et de faire « un service d'urgences bis »

-éducation du patients obligatoire : bonus / malus pour le patient de se référer à ce système plutôt que d'aller directement aux urgences ?

-nécessité de valoriser les actes de SNP pour être attractifs, car impossible à rendre obligatoire de 2 façons : astreintes et actes

*Le tout doit dépasser le revenu d'un médecin traditionnel, sinon personne ne fera rien*

*L'astreinte permet aussi de compenser le manque à gagner si le médecin investit fait peu d'actes sur sa plage dédiée*

-défiscalisation totale et complète des actes de SNP

-investissement et rémunération identique pour le second recours dans le cadre des SNP

-évaluation par la baisse des actes de CCMU 1 et 2 à l'entrée des services d'urgences ou de telles organisations existent

-territoire : CPTS si existe ou secteur de PDSA (existant dans toute la France)

-**attention à la ROSP** et la baisse des consultations « médecins traitants » préjudiciable pour la rémunération forfaitaire, donc dissocier ROSP et SNP dans la rémunération et dans les calculs d'activité des médecins

-**réversion intégrale du forfait de réorientation des urgences aux libéraux** investit dans la mise en place d'une telle organisation

-hiérarchiser les SNP sur une CCAM (otite différent de la colique néphrétique)

-Traçage DMP

Le seul moyen de stimuler les territoires sera d'être attractif et de valoriser la + value apportée par le médecin sur cette organisation.

**Yannick FREZET**

**Mai 2020**