

Service d'accès aux soins / Soins non programmés

- Cadre :
 - o **Il faut tout d'abord définir les missions de chacun : la 1^{ère} ligne pour les soins primaires et les spécialités en accès libre, la 2^{ème} ligne pour la médecine spécialisée en ambulatoire et les établissements de soins, la 3^{ème} ligne pour les établissements de soins**
 - o SAS et soins non programmés n'est pas systématiquement superposable : il n'y a pas besoin d'un SAS pour organiser la prise en charge des soins non programmés et les liens ville/ hôpital et ville/médicosocial. Ceci existe déjà sur un certain nombre de territoires et sans SAS.
 - o **Ne doit pas concerner que les demandes de soins de médecine générale mais aussi celles de tous les soins ambulatoires ?**
 - o Les DAC (anciennes PTA) sont un élément important du dispositif
 - o Un cadre national avec des possibilités d'organisations locales différentes
 - o travail sur le SNP aux heures ouvrées des cabinets afin de ne pas remettre en cause les organisations de PDSA
 - o organisation territoriale, départementale si possible, pour mutualisation éventuelle des ressources
 - o pas d'obligation de participation mais mesures incitatives
 - o ne pas favoriser des organisations professionnelles qui ne s'inscrivent pas dans l'organisation territoriale afin d'éviter les effets d'aubaine
 - o ne pas mettre en place des unités de soins non programmés (USNP) à la porte des SAU
 - o possibilité de régulation médicale délocalisée
 - o ne pas exclure la possibilité pour l'ambulatoire d'individualiser totalement son organisation avec leurs propres ARM dans un cadre départemental ou interdépartemental
 - o intégrer le samedi matin aux heures de PDSA
- Supports juridiques possibles :
 - o **Il ne doit pas y avoir de forme juridique obligatoire au SAS.** Si le GCS peut correspondre à certains partenariat existant Samu / ADOPS, cela ne doit pas être la règle car cela crée une couche organisationnelle supplémentaire de gouvernance à laquelle refuseront de participer les professionnels de santé libéraux (chronophage pour la gestion du GCS)
 - o ADOPS
 - o InterCPTS
- Logigrammes adaptés aux organisations territoriales choisies par les professionnels de santé du territoire :
 - o **Numéro d'entrée dédié aux SNP ambulatoires : 116 117**
 - o Opposition totale au numéro santé unique 113
 - o Possibilité de décrocher par un ARM dédié ou une secrétaire formée dédiée
 - o Régulation médicale libérale si possible
 - o Activité du MRL équivalente à celle aux heures de PDSA
 - o Médecin d'astreinte par territoire ou envoi des patients à des médecins volontaires grâce à une application numérique ou un agenda partagé. Même chose pour les autres professionnels de santé de l'ambulatoire concernés
 - o Organisation à valider en CPL médecin et éventuellement en CPL CPTS
- Financement :
 - o De la structure qui porte l'organisation
 - o Médecins régulateurs : 4G/H
 - o Médecins effecteurs : Forfait + Majoration de l'acte si régulation médicale au préalable.
 - o Rémunération incitative pour les autres professionnels de santé impliqués dans le dispositif
 - o Possibilité de tiers-payant intégral avec la part complémentaire prise en charge par le régime obligatoire
- Autres :
 - o Transport des patients remboursé intégralement par le régime obligatoire s'il est nécessaire
 - o En fonction des besoins, possibilité de travailler en binôme (MG/IDE) au sein des USNP

Dr Luc DUQUESNEL
Président Les Généralistes-CSMF
18/06/2020