

Séance d'ouverture négociations conventionnelles médecins post Ségur

Sommaire

1. Contexte, cadre juridique des négociations, orientations, calendrier

2. Pistes de travail sur les soins non programmés

1. Contexte, cadre juridique, orientations et calendrier



Le contexte général et les enjeux de la négociation

→ Ces négociations visent à adapter notre système de santé dans un contexte particulier et inédit :

. dans une période de crise sanitaire, au cours de laquelle les pouvoirs publics ont dû procéder à de nombreux aménagements législatifs et réglementaires, mais aussi organisationnels,

. dans le prolongement des réformes « ma santé 2022 », et du Ségur de la santé qui a permis en juillet 2020 de dégager plusieurs axes de travail afin de poursuivre la modernisation de notre système de santé.

L'objectif de ces négociations est ainsi de tirer collectivement les enseignements de cette crise pandémique, en procédant à des aménagements structurants, via les différentes conventions nationales pluri et mono professionnelles, afin d'adapter et assouplir notre système de santé pour mieux prendre en compte les besoins des professionnels de santé et des assurés.

Les lignes directrices et les orientations du Conseil de l'UNCAM

❑ Les lignes directrices :

- **Ouvrir des négociations avec l'ensemble des représentants des professionnels de santé** pour faire évoluer l'accord conventionnel interprofessionnel sur les communautés professionnelles territoriales de santé (ACI CPTS), afin de renforcer l'exercice pluri-professionnel sur le territoire.
 - **avec les représentants des médecins**, pour prévoir notamment les modalités de financement de la régulation et de l'effectif de la réponse aux demandes de soins non programmés, le développement de la télésanté, de l'amélioration du suivi et de la prise en charge des patients âgés à domicile le renforcement de l'accès aux médecins de second recours
 - **avec l'ensemble des professions médicales et paramédicales pour tirer les enseignements de l'essor de la télésanté et du numérique en santé.**
- ❑ Le Conseil de l'UNCAM a **voté le 10 septembre 2020**, les orientations en vue de l'ouverture de négociations pluriprofessionnelles et de négociations d'un avenant 9 avec les médecins autour des 4 grands axes suivants :
- les soins non programmés,
 - la télésanté,
 - le numérique en santé,
 - divers aménagements de la convention.

Orientation n°1 : Définir les modalités de participation et de financement des médecins libéraux aux soins non programmés

La négociation d'un avenant 9 à la convention médicale doit permettre de définir les modalités d'intervention et de financement des médecins libéraux :

- . pour la régulation**
- . et la réalisation des soins non programmés**

dans le cadre de l'organisation du dispositif « Service d'accès aux soins » (SAS), en lien avec les missions et le déploiement des CPTS.

→ premières pistes de travail en seconde partie de la séance

L'enjeu est de conforter la dynamique constatée concernant la télémédecine au cours de la crise sanitaire.

Il s'agit de :

- capitaliser sur les dérogations autorisées durant la crise sanitaire pour faire évoluer certaines des dispositions conventionnelles fixées dans l'avenant 6
 - *Les points à examiner en particulier* : consultation présentielle dans les 12 mois précédents, recours à des praticiens en dehors du territoire pour des besoins de soins légitimes

- développer la télé expertise afin d'améliorer la prise en charge des patients nécessitant un avis spécialisé .
 - *Les points à examiner en particulier* : élargissement de la population éligible, simplifications de facturation, création d'un troisième niveau de téléexpertise

En lien avec la feuille de route du numérique en santé et dans la perspective du déploiement de l'espace numérique de santé, il s'agit de :

- ❑ **Définir des incitations financières à l'équipement** en services socle tels qu'identifiés dans la feuille de route du numérique en santé.

- ❑ **D'inciter à l'augmentation significative de l'usage des outils numériques** par les professionnels de santé et notamment du DMP et de la MSS, ainsi qu'à une utilisation de l'ENS lui-même par les professionnels.
 - ❑ *Les points à examiner en particulier : alimentation des DMP, notamment par le Volet de Synthèse Médical*

Orientation n°4 : Aménagements de la convention médicale

- ❑ **Améliorer l'accès aux soins par des mesures tarifaires et de nomenclature**
 - ❑ *Les points à examiner en particulier* : prise en charge des **personnes âgées** et leur maintien à domicile, prise en charge des personnes vivants avec un **handicap**, ainsi que d'autres mesures de nomenclature en particulier pour des **spécialités à forte activité clinique** (psychiatrie, pédiatrie, gynécologie médicale...)
- ❑ **Renforcer la qualité et la pertinence des soins des médecins spécialistes,**
 - ❑ *Les points à examiner en particulier* : dispositif valorisant auprès des médecins la prescription des **médicaments biosimilaires**, démarche d'amélioration de la qualité des **endoscopies** (proposition des rapports Charges et Produits 2019 et 2020),
- ❑ **Réviser certains éléments du dispositif OPTAM-OPTAM CO**
 - ❑ *Les points à examiner* : actualisation de la période de référence, mise en place d'un suivi du dispositif plus réactif.



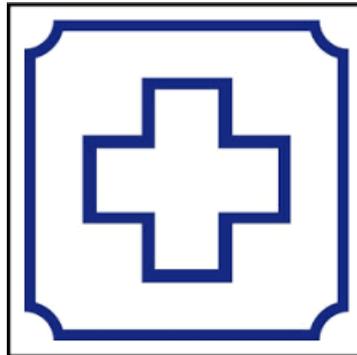
Proposition de calendrier de négociations

Dates	horaires	Thématiques abordées
17/09/2020	14h30-salle B6 029	Ouverture des négociations / piste de travail sur les SNP
30/09/2020	14h-	Télémedecine/numérique
14/10/2020	15h-	Accès aux soins /Qualité-pertinence
12/11/2020	16h30-	Tous les sujets (2eme tour)
25/11/2020	10h30-	Tous les sujets (2eme tour et finalisation)

2. Pistes de travail sur les soins non programmés



Valoriser l'engagement des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés



Données de contexte des soins non programmés et urgents



- 251 millions de consultations en médecine générale dont 5,6 millions de PDSA - entre 25% et 40% de consultations pour soins non programmés
- 43 % des passages aux urgences relèveraient d'une prise en charge en ville, dont 29% par un MG sans plateau technique
- 75 % des passages aux urgences ont lieu entre 8h et 20h les jours de semaine (pics début matinée et début après-midi, moindre activité entre 20h et 8h et week-end)
- Le nombre de passages **annuels aux urgences a doublé en 20 ans** (de 10 à 21 millions de recours annuels)
- **Le Ministre de la Santé souhaite la mise en place du Service d'Accès aux Soins (SAS) reposant sur un partenariat entre les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux.**



Le SAS, articulé autour :

- d'une plateforme digitale
- et d'une prise en charge unique des appels,

visé à assurer au patient, lors de l'absence de son médecin traitant, **un contact unique dans sa demande de conseils, d'avis et de gestion de ses problèmes de santé que ce soit en urgence, en soins non programmés, de jour comme de nuit.**

Les principes posés par le Ministère de la Santé

- **Une articulation forte entre les acteurs de la médecine de ville, les professionnels de l'urgence hospitalière et les SAMU**
- **Des services minimums obligatoires** (régulation médicale d'aide médicale urgente, régulation médicale de médecine générale en articulation avec PDSA, délivrance de conseils médicaux par le médecin urgentiste ou le médecin généraliste de la régulation médicale avec possibilité de prendre RDV en ville rapidement, identification et orientation vers pharmacie de garde)



Principes du Service d'Accès aux Soins

Les recommandations du Ministère de la Santé dans ses lignes directrices :

- Un **numéro d'appel unique** pour les patients avec possibilité de maintien d'autres numéros locaux déjà mis en place
- Pas de substitution du SAS au lien direct entre le patient et son médecin traitant ou avec une organisation collective des médecins ville pour l'accès aux soins non programmés
- Le SAS est un niveau de réponse supplémentaire, conjoint entre médecine de ville et médecine hospitalière, pour répondre au patient qui n'a pas trouvé de réponse
- Les services du SAS pourront être étoffés par des **filières spécifiques** (pharmacies de garde, gériatrie, kinésithérapie, centre anti-poison) en plus des filières urgence et médecine générale



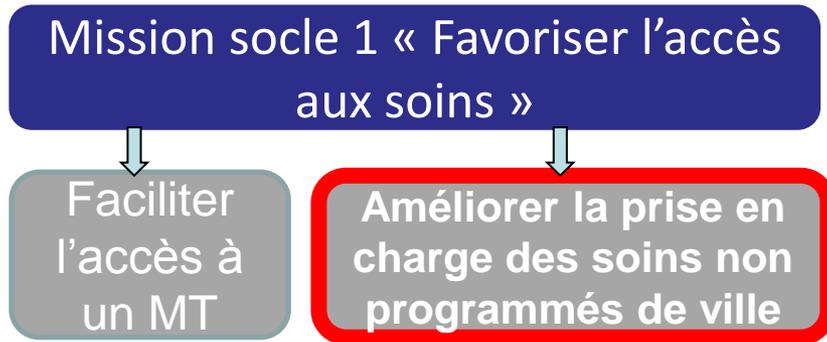
Une articulation avec les dispositifs existants

- Une articulation indispensable **avec les CPTS**, dont l'une des missions se traduit par la mise en place d'une organisation permettant la prise en charge :
- le jour même
 - ou dans les 24h de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale

(voir zoom sur cette mission slides suivantes)

Zoom sur la mission SNP des CPTS

La mission « accès à des soins non programmés » et la mission « accès à un médecin traitant » font partie de la 1^{ère} mission socle de l'ACI des CPTS intitulée « Favoriser l'accès aux soins » :



Attendus mission SNP :

L'ACI précise que la CPTS doit identifier les organisations déjà existantes et les carences pour définir les solutions d'organisation à mettre en place en fonction des besoins identifiés lors du diagnostic territorial, à titre d'exemple :

- plages de soins non programmés à ouvrir par les médecins du territoire dans le cadre d'une organisation régulée mise en place
- accès simple à des examens de radiologie/biologie
- accès à un second recours
- mise en place de protocoles entre PS
- autres dispositions d'organisation propre aux professionnels du territoire

Financement mission 1 « Favoriser l'accès aux soins »

Montant annuel	Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
Volet Fixe / Moyens	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
Volet variable/actions et résultats	15 000 €	17 500 €	25 000 €	30 000 €
Total	30 000€	35 000€	50 000€	60 000€

* : 30 000€ pour une CPTS de taille 1 (<40K habitants) pour la réalisation et l'atteinte de ses objectifs pour la mission 1 « favoriser l'accès aux soins » qui regroupe la mission « Accès à un MT » et la mission « soins non programmés »

Zoom sur la mission SNP des CPTS

Les indicateurs suivis au niveau national pour la mission SNP des CPTS:

- Taux de passage aux urgences générales, pédiatriques et gynéco non suivi d'hospitalisation
- Part des admissions directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville

En complément de la mission 1, des dispositifs spécifiques aux soins non programmés sont prévus par l'accord :

Un accompagnement spécifique pour favoriser la prise en charge des soins non programmés :

Possibilité de dispositif de compensation financière en cas d'éventuelles pertes d'activité liées à l'organisation de soins non programmé pour les PS impliqués dans le dispositif.

Compensation comprise dans la rémunération totale de la mission accès aux soins

Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
10 000 €	12 000 €	15 000 €	20 000 €

Possibilité de mettre en place un dispositif de traitement et d'orientation des demandes de soins non programmés → à minima une orientation téléphonique par un personnel formé

Taille 1	Taille 2	Taille 3	Taille 4
35 000 €	45 000 €	55 000 €	70 000 €

Zoom sur la mission SNP des CPTS

Concrètement :

- ➔ **19 CPTS** parmi les 31 CPTS membres de l'ACI se sont déjà saisies du sujet soins non programmés sur leur territoire et ont démarré leur mission de SNP
- ➔ **Quelques exemples de missions « SNP » en cours de déploiement**

CPTS de Metz :

- Mise en place d'un numéro unique pour orienter les patients vers les cabinets de ville pour éviter le recours aux urgences avec un outil dédié mis à la disposition du Centre 15 pour faire le lien avec les disponibilités des médecins de ville
- Extension des horaires de cabinet de garde avec possibilité de téléconsultation (18h-20h et samedi matin)

CPTS Val de Sambre

- Ligne téléphonique dédiée
- planning de médecins volontaires les après midi et samedi matin à l'aide d'un agenda partagé en lien avec la MMG
- Orientation vers d'autres professionnels si nécessaire (second recours, radiologie, biologie,..)



Une mise en place en coherence avec les dispositifs existants

- **L'indicateur 8 du forfait structure** introduit via l'avenant 7 à la convention médicale
- ⇒ Ce nouvel indicateur valorise à hauteur de **150 points, dès 2020**, la « **participation des médecins libéraux à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale** ».
 - « Ce nouvel indicateur est mis en place pour valoriser l'implication des médecins dans le cadre d'une **organisation territoriale régulée**, pour répondre aux besoins de soins non programmés hors dispositifs de PDSA (demande de prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures émanant de patients du territoire en situation d'urgence non vitale).
 - Cette organisation s'inscrit notamment dans le cadre des missions mises en place par les Communautés Professionnelle Territoriale de Santé.**
 - Cette réponse implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours quelle que soit leur spécialité médicale. »

Éléments de cadrage et principe du dispositif conventionnel

- L'objet de la négociation porte sur la prise en charge des soins non programmés régulés
- Les discussions visent à définir des mécanismes pour valoriser
 - la participation des médecins libéraux à la régulation
 - la prise en charge des soins non programmés régulés par les médecins libéraux,
 - le cas échéant l'aide à l'acquisition des outils nécessaires (en cohérence avec ce qui est déjà valorisé via le forfait structure)
- Le dispositif est complémentaire à la PDSA
- Le dispositif doit s'inscrire dans le cadre d'organisations territoriales, telles que mises en place notamment par les CPTS
- La mesure et la valorisation du service effectivement rendu par les médecins libéraux dans ce cadre aux patients seront nécessaires
=> souhait d'un financement au résultat.



1. Les pré-requis

- Sur la base du volontariat assurée par des médecins généralistes libéraux, à l'instar de la PDSA
- Possibilité pour les médecins généralistes régulateurs d'être en délocalisé
- Nécessité d'une formation des régulateurs libéraux
- Besoin d'identification par l'assurance maladie des médecins intervenants dans la régulation, à l'instar de ce qui est fait sur la PDSA (où les médecins participants sont identifiés via leur inscription sur le tableau de gardes)

2. Les premières questions soulevées

- Valorisation de la participation des médecins régulateurs sur une base horaire
 - Quelle articulation avec la mission « régulation des SNP » des CPTS ?
- (l'accord ACI CPTS prévoit un volet optionnel avec enveloppe fléchée de 35 000 € à 70 000 € pour le traitement et l'orientation des demandes de soins non programmés)



La réalisation des soins non programmés

1. Les pré-requis

- Définition d'un plafond d'activité de soins non programmés
- Besoin d'outils spécifiques pour assurer la prise en charge et la régulation territoriale : partage d'agendas, prises de rendez vous.

2. Les premières questions soulevées

- Des modalités de participation des médecins libéraux intervenant dans la prise en charge des soins non programmés qui peuvent être différentes selon les territoires : astreinte, créneaux horaires mis à disposition ?
- Quelles spécificités pour les soins non programmés des médecins spécialistes ?
- Qui gère l'organisation des soins non programmés sur le territoire (notamment la gestion des astreintes) : les CPTS ? d'autres organisations type PDSA ?
- Comment définir le service rendu à la population et évaluer l'effectivité de la réponse ?
En reprenant les deux indicateurs de suivi de la mission SNP des CPTS ? En les appliquant à toutes les organisations de SNP ?
- Définir les mécanismes de financement