

4^{ème} Séance de négociations

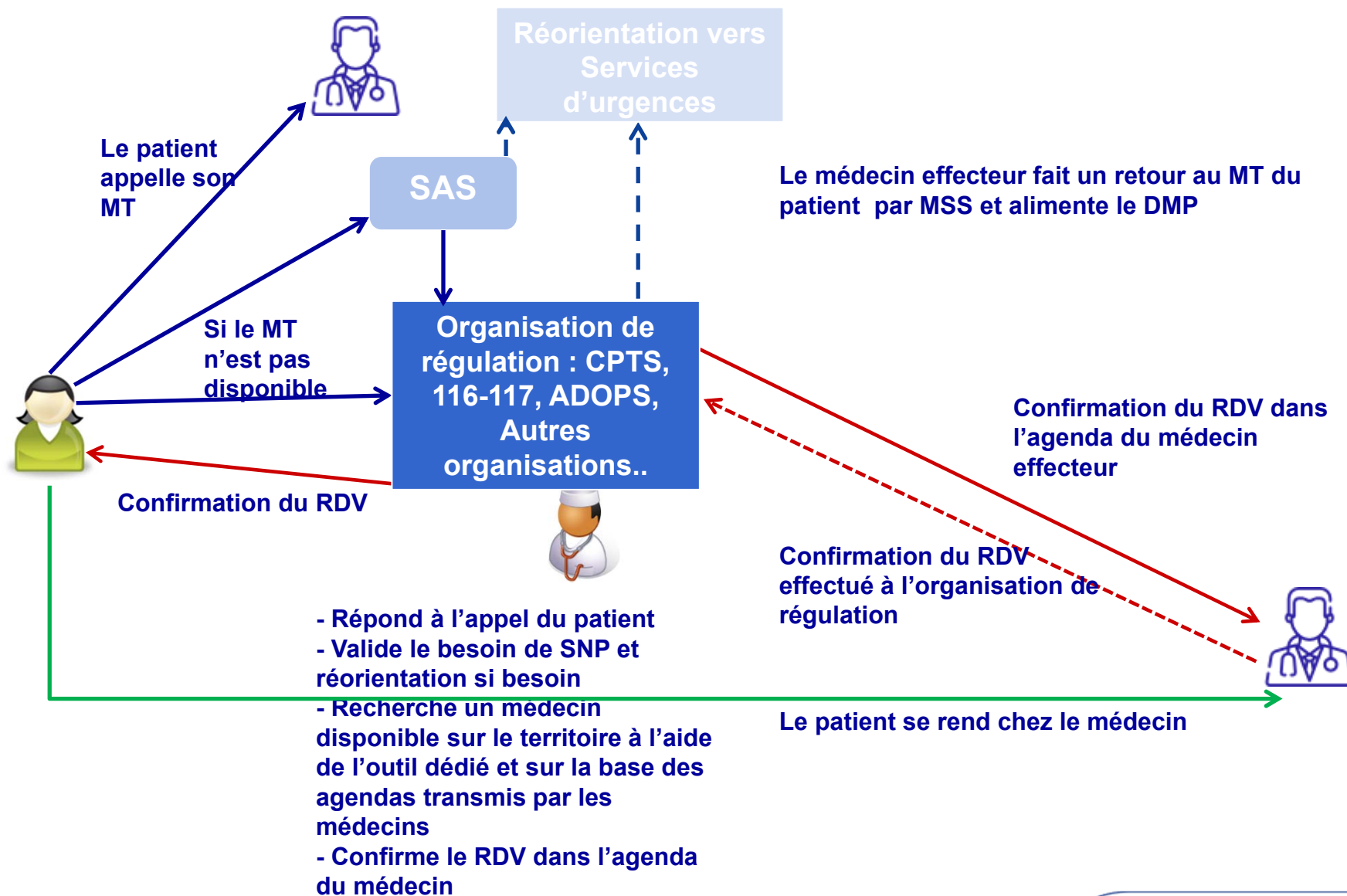
12 novembre 2020



Mesures portant sur les soins non programmés



Schéma de prise en charge des soins non programmés régulés





La régulation libérale

Les pré-requis

- Mise en place d'une organisation libérale de régulation départementale
- Sur la base du volontariat assurée par des médecins généralistes libéraux
- Possibilité d'effectuer la régulation de façon délocalisée
- Nécessité d'une formation des régulateurs libéraux
- En articulation avec la PDSA (hors horaires de PDSA)
- 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)
- La mission soins non programmés des CPTS devra s'appuyer sur l'organisation libérale départementale en charge des soins non programmés des médecins



La réalisation des soins non programmés

□ Les pré-requis

- Besoin d'outils spécifiques pour permettre la prise en charge et la régulation territoriale : partage d'agendas, fonctions de prises de rendez vous
- Identifier lors de la facturation l'activité de prise en charge des soins non programmés régulés pour valoriser les effecteurs
- Champ des soins non programmés : actes cliniques (consultations, visites) réalisés après appel de la régulation libérale départementale en moins de 48h
 - Pas de cumul avec les autres majorations dédiées aux soins urgents (MRT, MU) ou PDSA
 - Exclusion des consultations complexes et très complexes du champ des SNP
 - Exclusion des consultations de SNP réalisées pour les patients « médecin traitant »
- Pour les spécialistes cotation de la MCU pour une consultation non programmée réalisée à la demande du médecin traitant et après régulation libérale départementale
- Obligation de facturer les soins non programmés au tarif opposable quel que soit le secteur d'exercice du médecin
- Définition d'un plafond d'activité de soins non programmés annuel pour éviter l'activité exclusive en soins non programmés

Les hypothèses de montée en charge

□ Potentiel total d'environ 13 millions de consultations de soins non programmés / an :

- 9 millions de SNP pour les patients non MT (donnée DREES = 30 millions de SNP/an -> dont 30% pour les patients non MT)
- 4 millions de passages aux urgences évitables (source Cour des comptes)

□ Hypothèse de montée en charge au regard du déploiement progressif du SAS et de la mise en place des organisations de régulation et l'effectation par les médecins libéraux :

- En 2021 : 3 millions d'actes cliniques de soins non programmés
- En 2022 : 6 millions d'actes cliniques de soins non programmés

Propositions de financement de la régulation libérale



1. La régulation

- Valorisation de la participation des médecins régulateurs à hauteur de 85 € par heure (moyenne pour la régulation PDSA) avec prise en charge des cotisations sociales
- Pas de plafond d'activité de régulation
- Paiement par la caisse primaire a posteriori sur présentation des justificatifs par l'organisation chargée de la régulation, et de justificatifs des médecins (comme sur PDSA)

1. Aide pour disposer des outils nécessaires à la réalisation des SNP régulés sur le territoire

Équipement/abonnement pour s'équiper d'un agenda partagé compatible avec l'outil retenu par l'organisation de régulation (consultation des agendas des effecteurs et inscription de RDV par l'organisation de régulation)



Adaptation de l'indicateur actuel du volet 2 :
« participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale comportant un agenda partagé compatible avec prise de RDV - 200 points



2. Pour les MG : Forfait de valorisation de l'activité de soins non programmée régulée sur le territoire

Proposition d'un forfait trimestriel progressif jusqu'à un plafond (calculé a posteriori)

- De 1 à 15 actes : jusqu'à 90€
- De 16 à 30 actes : jusqu'à 210€
- De 31 à 75 actes : jusqu'à 660€
- Plafond maximal à 75 actes

❑ Pour un MG à l'activité standard :

- ✓ s'il réalise 2% de son activité en soins non programmés, cela représente 25 consultations par trimestre soit 170 € /trimestre (680 € /an)
- ✓ s'il réalise 5% de son activité en soins non programmés, cela représente 60 consultations par trimestre soit 520 € / trimestre (2080 € / an)
- ✓ s'il réalise 75 consultations ou plus en soins non programmés, il atteint le plafond, soit 660€ /trimestre (2 640 € / an)