

Séance du 25 novembre 2020

négociations conventionnelles médecins

post Ségur

1. Les propositions relatives aux modalités de participation et de financement de la prise en charge des soins non programmés dans le cadre de la mise en place du SAS





Les pré-requis pour la mise en place de la régulation libérale territoriale dans le cadre du SAS

- Mise en place d'une organisation libérale de régulation à l'échelon départemental
- 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

Les pré-requis pour la réalisation des soins non programmés

- Besoin d'outils spécifiques pour permettre la prise en charge et la régulation territoriale : partage d'agendas, fonctions de prises de rendez vous
- 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 »
- Identifier la facturation de l'activité de soins non programmés régulés pour valoriser les effecteurs par la création d'un nouveau code
- 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 => plafond à 10%

Zoom sur les spécialistes dans le cadre du SAS

□ Les principes actuels :

- Application du parcours de soins : recours au spécialiste après orientation par le médecin traitant, hors spécialités en accès direct
- Cotation de la MCU pour une consultation réalisée à la demande du médecin traitant dans les 48h

□ La régulation libérale dans le cadre du SAS

- Maintien des règles du parcours de soins – la régulation libérale du SAS n'a pas vocation à se substituer au médecin traitant
 - En cas d'indisponibilité du médecin traitant, la régulation libérale oriente le patient vers un autre médecin généraliste, qui pourra lui-même orienter le patient vers un spécialiste dans les 48h
- ➔ ouverture de la cotation de la MCU pour la consultation d'un spécialiste (hors médecine générale et hors accès direct) réalisée à la demande du MG, même si celui-ci n'est pas le MT du patient, après orientation par la régulation libérale.
- Pas d'accès direct à un spécialiste par la régulation libérale sauf pour les spécialistes à accès direct pour la part d'activité autorisée

Besoin de soins non programmés pour :		Modalités d'orientation	Tarif actuel	Tarif proposé pour les SNP
Médecin traitant	Médecin traitant disponible	.Pas d'orientation par la régulation	.Pas de majoration (inclus dans le FPMT)	Pas de majoration complémentaire
	Médecin traitant non disponible	.Orientation par la régulation vers un autre MG	.Pas de majoration	Nouveau Forfait SNP
Spécialistes .Pas d'accès direct à un spécialiste par la régulation seule	Spécialiste en accès direct	.Pas besoin d'orientation par le MT pour une partie de l'activité .Orientation possible par régulation	.Pas de majoration	Pas de valorisation complémentaire
	Autre spécialiste	.Orientation par son MT	.Cotation MUT pour le MT .Cotation MCU pour le spé	Même valorisation
		.Si MT non disponible le patient contacte la régulation pour un RDV avec <u>un autre MG que son MT</u>	.Pas de cotation de la MUT ni de la MCU car ce n'est pas le MT qui fait l'orientation vers le spécialiste	Cotation de la MCU au spécialiste même si ce n'est pas le MT qui fait l'orientation

Un patient sans MT déclaré peut recourir à la régulation libération en cas de besoin de soins non programmés avec un médecin généraliste. Dans ce cas le patient devra s'acquitter de la majoration du TM.

Propositions de financement de la régulation libérale



- 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)

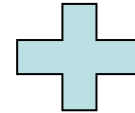
Proposition de financements pour réaliser des soins non programmés

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 5 à 10 actes : 75€
- De 11 à 40 actes : 200€
- De 41 à 70 actes : 400€
- De 71 à 100 actes : 650€
- Plus de 100 actes : 800€

Exemples de rémunération pour un médecin généraliste

❑ 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 200 € /trimestre (800€ /an)
- ✓ s'il réalise 5% de son activité en soins non programmés, cela représente 61 consultations par trimestre soit 400€ / trimestre (1 600€ / an)
- ✓ s'il réalise 100 consultations ou plus en soins non programmés, il atteint le plafond, soit 800€ /trimestre (3 200€ / an)

2. Les propositions relatives à la télésanté

Évolution du cadre de la téléconsultation

- **Des principes** réaffirmés dans le cadre conventionnel afin d'éviter de dévoyer l'esprit du dispositif :
 - Garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge en télémédecine
 - Confirmer le rôle du médecin traitant dans le parcours de soins
 - Éviter le développement de pratiques ou d'exercices exclusif à distance par téléconsultation ou depuis l'étranger, de manière permanente ou ponctuelle
 - Maintenir l'alternance entre une prise en charge présenteielle et à distance

Les propositions d'évolution pour la téléconsultation

- Supprimer la règle d'une consultation présenteielle dans les 12 mois précédents pour l'ensemble des spécialités et le médecin traitant
- Permettre le recours à des praticiens en dehors du territoire du patient pour des besoins de soins légitimes pour l'ensemble des médecins spécialistes autres que spécialistes en médecine générale
- Mettre en place un seuil maximal d'activité de télémédecine (téléconsultation + téléexpertise) à hauteur de 20% de l'activité annuelle par médecin

Les propositions d'évolutions pour la télé-expertise

- ❑ **Permettre à toute la population d'être éligible à la télé expertise afin d'améliorer la prise en charge des patients nécessitant un avis spécialisé**

- ❑ **Simplifier le recours à la téléexpertise en fusionnant les 2 niveaux 1 et 2 pour un montant de rémunération de 20€ pour le médecin qui effectue la téléexpertise (médecin requis) dans la limite de 2 actes par an par médecin et par patient.**

- ❑ **Simplifier le mode de rémunération du médecin requérant**
 - Suppression du forfait requérant
 - Création d'un acte facturé par le médecin requérant au tarif de 10€ (fusion des 2 niveaux de TLX) dans la limite de 2 actes par an et par patient

3. Les propositions relatives aux conditions de l'essor du numérique en santé

Numérique en santé : proposition d'indicateurs d'usage

- **Une montée de version avec les services socles avant fin 2023**
- **Pour les généralistes : développer l'alimentation du VSM dans le DMP**
 - Objectif : la moitié des patients ALD avec un VSM dans leur DMP d'ici fin 2022
 - Forfait
 - 1500 € si le médecin fait la moitié de sa patientèle ALD
 - 3000 € si le médecin fait l'ensemble de sa patientèle ALD d'ici fin 2022
 - ✓ 20% en plus si plus de 50% des VSM sont structurés
- ✓ **Pour les radiologues**
 - Objectif : au moins 100 CR alimentés par mois
 - Forfait de 700 € par an
 - Objectif : au moins 100 pointeurs image par mois à partir de 2022
 - Forfait de 700 € par an
- ✓ **Pour tous les médecins, un forfait de 400 € pour les usages**
 - 2021 : MSS (600 messages par an) + alimentation d'au moins 300 documents DMP par an
 - A partir de 2022 et 2023 : idem 2021 + ePrescription (taux de prescription électronique en fonction du nombre de FSE) et apCV (X% de ses FSE avec une ApCV)

→ **Une enveloppe globale pour développer le numérique en santé de 235 M€ sur 2021-2023**

4. Les propositions relatives à la nomenclature

Renforcer la continuité des soins à domicile

Valoriser les visites gériatriques

- ❑ **Création d'une visite gériatrique pour les patients de plus de 75 ans en ALD (dans la limite de 3 par an)**

→ valorisée à 40 euros + 10 euros de MD, soit 50 €

Coût AMO : 61 M€

- ❑ **Revalorisation de la Majoration de déplacement pour les patients de plus de 85 ans à 15 euros (augmentation de 5 euros), hors VL**

→ *soit 40€ pour une visite à domicile*

Coût AMO : 37 M€

- ❑ **Gériatres : ouverture de la VL à cette spécialité**

Coût AMO : 1 M€

Revalorisation d'actes de consultations des spécialités dont l'activité est caractérisée par un faible recours aux actes techniques

Mesures pour les spécialistes

Pédiatrie - Améliorer la prise en charge des enfants

- ❑ **Revalorisation de la NFP des pédiatres pour la prise en charge des moins de deux ans : + 3 euros soit une consultation à 35€**

Coût AMO : 10 M€

- ❑ **Création de nouvelles consultations : 4 M€**

- ✓ Consultation de dépistage des troubles du neuro-développement 60 € (élargissement de la CTE)
- ✓ Consultation de mise en place de la stratégie thérapeutique pour trouble du neuro-développement 60 € (autisme et autres troubles)
- ✓ Bilan des enfants entrant dans l'ASE 46€

Revaloriser les actes des psychiatres

11,5 millions de CNPSY à 39 euros

78 600 consultations en urgence 1,5 CNPSY à 58,50 euros

→ CNPSY à 41 euros (+ 2€)

→ 1,5 CNPSY devient 2 CNPSY, soit 78 euros pour les consultations des psychiatres en urgence.

Coût AMO : 23 M€

Autre spécialités

Endocrinologues : MCE à 30 € (soit + 14 €)

Coût AMO : 5 M€

Gynécologues :

Valorisation spécifique de la MPC de + 3 euros (total 5 €)

Autoriser l'association colposcopie et consultation

Coût AMO : 17 M€

Rhumatologues :

Valorisation spécifique de la MPC de + 3 euros (total 5 €)

Coût AMO : 5 M€

Majoration dans les DROM

Actes CCAM dans les DROM

7,5 millions d'actes réalisés dans les DROM pour un montant remboursés de 295 M€.

Une majoration de 5% conduirait à un coût pour l'assurance maladie de 15 M€.

++ Intégration de Mayotte aux majorations déjà existantes pour les actes ACP.

→ Inscription de deux nouveaux actes CCAM de test HPV

La distinction du contexte de réalisation du test HPV nécessite la création de deux nouveaux actes CCAM, avec ajout de notes en tête pour la définition du dépistage organisé (DO) et du dépistage individuel (DI).

ZZQX628 et ZZQX603 au tarif de 27 euros contre 17 euros pour l'examen cytopathologique.

→ Convergence des tarifs pour les deux formes de tests.

	2021	2022	2023
Tests HPV	27 €	24,30 €	20 €
Test cyto	17 €	19 €	20 €

Mesures visant à favoriser l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap

Favoriser la prise en charge des patients vivant avec un handicap

❑ Création de nouvelles consultations :

- ✓ Passage d'un pédiatre traitant à un MG traitant pour les enfants vivant avec un handicap (ou changement de MT) 60€
- ✓ Remplissage du dossier MDPH 60€
- ✓ Consultation « blanche » rémunérée pour les personnes nécessitant la mise en place de ces consultations sans examen du patient 25€

+ Autoriser la majoration de déplacement (MD) pour les médecins se déplaçant dans les structures de soins spécialisées (type Handiconsult) pour pratiquer des soins.

Coût AMO : 18 M€

5. Les propositions relatives à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO

Evolution de l'OPTAM

- ❑ **Hausse du modificateur K** applicable aux actes de chirurgie et d'accouchements de 20 à 21% pour le secteur 1 et les adhérents OPTAM-CO
- ❑ **Hausse de 1 point des taux par spécialité pour la prime OPTAM.** Les taux par spécialité sont appliqués aux honoraires réalisés aux tarifs opposables.
- ❑ **Nouveaux adhérents.** Augmentation du nombre d'adhérents aux dispositifs OPTAM et OPTAM-CO.

		Impact HSD	Impact AMO
Hausse du K	1 point	6,2 M€	6,2 M€
Hausse des taux par spécialité pour la prime OPTAM	1 point	10,3 M€	10,3 M€
Hausse du nombre d'adhérents	1,5%	3,9 M€	3,9 M€
Total		20,4 M€	20,4 M€

6. Les propositions pour la mise en œuvre de l'intéressement des médecins libéraux à la prescription de médicaments biosimilaires

Rappels des enjeux et objectifs

□ Enjeux

- Disposer d'un **catalyseur de changement de pratique** en médecine libérale pour une prescription plus efficiente à **qualité, sécurité et efficacité identiques**
- Améliorer l'accès à l'innovation pour plus de patients
- Baisser la sensibilité du marché aux accidents de production/ruptures de stock

□ Objectifs

- Créer une incitation économique visant à promouvoir une prescription plus efficiente
- Partager avec les médecins l'économie générée par les changements de pratiques
- Valoriser le temps passé à accompagner le patient dans le changement de pratique

Modalités proposées du dispositif

- Dispositif **souple et réactif** - adhésion pour tous les médecins, avec possibilité de refus individuel
- Médicaments proposés : étanercept (Enbrel®), adalimumab (Humira®), tériparatide (Fostéo®), follitropine Alfa (Gonal-F®), énoxaparine (Lovénox®)
- Intéressement au **switch** d'un médicament bioréfèrent vers un médicament biosimilaire **ou à l'initiation de traitement** par un médicament biosimilaire (valorisation du changement de pratique) sur la première année
- Basé sur **l'économie totale du traitement** sur toute une année, quelque soit la date de prescription du traitement et une **clé de répartition** de l'économie générée : **20%** pour le professionnel et 80% pour l'assurance maladie
- Paiement annuel de la rémunération, avec plafond (toutes molécules confondues) fixé à 7 000€
 - Pour les gastro- entérologues, un intéressement moyen estimé à 1074€
 - Pour les rhumatologues, une intéressement moyen de 1786€

Récapitulatif des mesures 2021-2022

Tableau récapitulatif	Coût AMO
Majoration des visites gériatriques	100 M€
Mesures pédiatriques	13 M€
Mesures psychiatres (et neurologues)	23 M€
Mesures gynécologues	17 M€
Mesures endocrinologues	5 M€
Mesures rhumatologues	5 M€
Valorisation des actes CCAM dans les DOM-TOM	15 M€
Sous-total mesures de nomenclature spécialistes	78 M€
Soins non programmés	150 M€
Evolution de la téléconsultation et de la téléexpertise	5 M€
Mesures handicap et prise en charge ASE	20 M€
Evolution de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO	20 M€
Numériques en santé	175 M€
TOTAL	549 M€