

Analyse de l'Avenant 1 de l'ACI MSP par rapport à nos demandes du 3/12/2021

La CNAM, lors de la séance de négociation du 1/12/2021, nous avait annoncé nous fournir l'impact des mesures de l'Avenant 9 sur le montant des dotations des MSP en fonction de leur taille. Nous n'avons jamais eu ce document qui est important pour avoir une vision globale d'autant que dans l'article 7 « Autres mesures de revalorisation » des dispositions actuelles de l'ACI MSP sont supprimées et remplacées par d'autres mesures.

On ne peut donc s'engager dans une éventuelle signature de cet Avenant sans avoir un calcul de l'impact de son impact sur les MSP en fonction de leurs tailles, par exemple avec 5 tailles par tranches de 10 000 patients.

Ci-dessous, à partir des demandes de modifications adressées par la CSMF à la CNAM le 3/12/2021 suite à la séance de négociation du 1/12/2021, figurent (en rouge) l'analyse du texte de l'Avenant 1 à l'ACI MSP proposé à la signature.

1. Soins non programmés :

➤ Nos demandes du 3/12/2021

- Il faut définir ce qu'implique la participation des médecins de la MSP au dispositif SAS.
S'il s'agit de la garantie apportée par la MSP de prendre en charge les SNP transmis par le SAS : OK
S'il s'agit de l'obligation pour les médecins de remplir les conditions de l'Avenant 9, la CSMF y est totalement opposée.
- La grande diversité de taille des MSP fait que l'on ne peut pas imposer une participation de l'ensemble des médecins de la MSP au dispositif SAS. Certaines MSP multisites ont une vingtaine de médecins généralistes. L'important n'est pas que tous les médecins participent au dispositif SAS, mais que la totalité des appels transmis par le SAS trouvent une réponse au sein de la MSP.
- Le financement doit comporter une part variable. Ce n'est pas la même organisation à mettre en place, et donc la charge administrative à y consacrer, si vous avez une MSP de 2 médecins généralistes avec 2 000 patients médecins traitants ou une MSP de 20 médecins avec 40 000 patients.

➤ Texte soumis à la signature :

Aucune de nos demandes n'est prise en compte :

- Tous les médecins adhérents à la SISA doivent participer au dispositif du SAS dans les conditions définies par l'Avenant 9 et la structure doit déclarer la liste des médecins à

l'assurance maladie. Ceci signifie qu'une MSP prenant en charge tous les soins non programmés transmis par le SAS, et qui est donc en droit de demander à bénéficier de cette option, doit donc demander aux médecins non volontaires à participer au SAS de quitter la SISA ce qui pénalisera cette dernière car la patientèle qu'elle prend en charge diminuera et que toutes les autres actions de la SISA ne concerneront plus cette patientèle manquante.

- Pas de part variable pour le calcul de la dotation alors que l'organisation à mettre en place est beaucoup plus complexe selon s'il s'agit d'une MSP de 2 médecins généralistes avec 2 000 patients médecins traitants ou d'une MSP multisites de 15 médecins avec 30 000 patients
- Un certain nombre de SISA ont comme adhérents des médecins spécialistes autres que généralistes (radiologues, dermatologues, psychiatres, ...). Le SAS de l'avenant 9 concerne l'ensemble des médecins libéraux même s'il n'est prévu une rémunération spécifique que pour les médecins généralistes. Une SISA pour bénéficier de cette option devra donc imposer à tous ses médecins spécialistes autres que généralistes de participer au SAS au sens de l'Avenant 9, ou alors de démissionner de la SISA!
- Le texte devrait offrir deux possibilités :
 - o Soit la dotation est calculée au prorata du nombre de médecins de la SISA participant au SAS au sens de l'Avenant 9
 - o Soit un engagement de la SISA de prendre en charge tous les appels de soins non programmés transmis par le SAS ce qui est la meilleure garantie d'une prise en charge de toutes ces demandes

2. Démarche Qualité :

➤ Nos demandes du 3/12/2021

- Les niveaux 2 (Planification d'une démarche d'amélioration de la qualité et mise en œuvre) et 3 (Production de résultats et les conclusions) nécessitent un travail totalement dépendant du nombre de professionnels adhérents à la SISA et de la patientèle médecin traitant. Là aussi, il doit exister une part variable prenant en compte la patientèle médecin traitant de la MSP.

➤ Texte soumis à la signature :

- Cette demande a été prise en compte et des points variables seront attribués pour les niveaux 2 et 3.

3. Implication des usagers :

➤ Nos demandes du 3/12/2021

- Le niveau 1 (La consultation, l'information et sensibilisation des patients) nécessite pour la MSP un travail dont l'importance sera dépendante de la population concernée. Entre 2000 et 40 000 usagers, l'ampleur des actions à mettre en œuvre est totalement différent. Il doit donc être mis en place une part variable.

➤ **Texte soumis à la signature :**

- Cette demande n'est pas acceptée ce qui sera très pénalisant financièrement pour les structures qui voudront impliquer les usagers et qui prennent en charge une population importante. C'est un frein à impliquer les usagers dans les MSP de taille moyenne ou importante.

4. Parcours :

➤ **Nos demandes du 3/12/2021**

Concernant la valorisation de la coordination pour les MSP proposant un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité. Il est surprenant de voir le nombre de points fixes diminués (de 200 à 100) alors que les actions à mettre en œuvre impliquent non seulement plusieurs professions de santé mais aussi d'autres acteurs (médecine scolaire, secteur médico-social, ...). Là aussi, le temps consacré à la mise en œuvre du parcours et à son suivi dépendra du nombre d'enfants à prendre en charge et il doit donc exister une part variable.

➤ **Texte soumis à la signature :**

Cette demande n'a pas été prise en compte et amènera donc des MSP à considérer qu'il ne s'agit pas d'une priorité en termes de santé publique.

5. Intégration des IPA dans les MSP :

➤ **Nos demandes du 3/12/2021**

- Aucune réponse n'a été apportée suite à la séance de négociation du 18/11/2021 :
 - Que se passe-t-il lorsqu'une IPA est embauchée à temps partiel ?
 - Est-il possible qu'au départ une IPA embauchée à temps plein ce voit confier temporairement d'autres missions au sein de la SISA (coordinatrice parcours, ...) ?
- L'aide à l'embauche d'une IPA doit être rétroactive à toutes les SISA qui auront embauché une IPA en 2021
- Les réunions de concertation pluriprofessionnelles, à minima IPA / Médecin traitant, nécessitent pour le professionnel concerné un temps de réunion dont la nomenclature



le syndicat de tous les spécialistes
en médecine générale

mono-professionnelle ne permet pas une rémunération. La rémunération accordée au travers des 1200 points à ces réunions concerne donc l'organisation de ces réunions par l'IPA mais aussi la rémunération des autres professionnels de santé participant à ces réunions. Il doit donc y avoir une part variable dépendant du nombre de patients pris en charge par l'IPA.

➤ **Texte soumis à la signature :**

- L'aide sera accordée à partir de 0,50 ETP d'IPA au prorata du temps de travail ce qui laisse une certaine souplesse pour permettre d'adapter le temps de travail aux besoins de la SISA et à une montée en charge progressive.
- L'aide financière supplémentaire liée aux concertations pluri professionnelles (200 points) devient une aide variable comme nous le demandions
- Les MSP ayant embauché une IPA plus d'un mois avant la mise en œuvre de cet Avenant ne pourront pas bénéficier de cette aide car le contrat SISA/IPA doit être fourni dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier. Au-delà de la pénalisation financière par absence d'aide pour les structures ayant déjà embauché une IPA, cela représente aussi un frein à une embauche rapide d'une IPA puisqu'il faudra embaucher au plus tôt un mois avant la mise en œuvre de cet Avenant 1.

6. Article 7

Si cet article s'intitule autres mesures de revalorisations, des indicateurs en vigueur actuellement sont supprimés ou modifiés avec un impact sur la dotation des MSP.

Il semble que les nouvelles dispositions relatives à la fonction de coordination vont impacter tout particulièrement certaines MSP en fonction de leur taille.

Là aussi la CNAM doit nous fournir une projection de l'impact éventuel des mesures figurant dans l'avenant 7 sur la dotation actuelle des MSP en fonction de leur taille (taille déterminée au minimum par tranches de 10 000 patients).

Dr Luc DUQUESNEL,
Président
07/01/2022