

Négociations convention médicale 2016



**Perspectives d'évolution
de la rémunération forfaitaire
Forfait structure**

Séance du 16 juin 2016

- ❑ Avant la convention de 2011, l'investissement de l'assurance maladie dans l'accompagnement des médecins sur l'organisation du cabinet était consacrée à l'aide à la télétransmission des factures en SESAM-Vitale (aide versée à la FSE transmise).

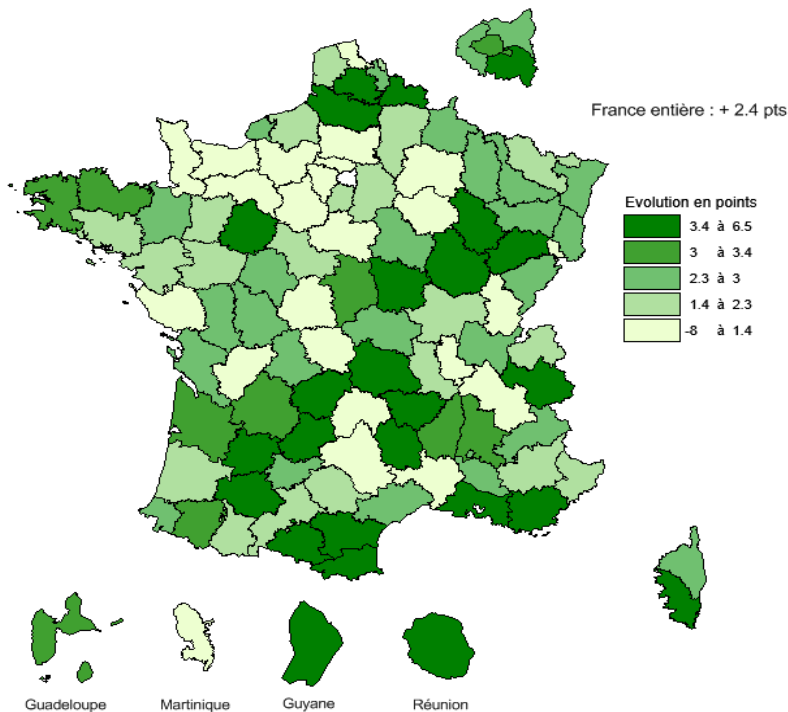
- ❑ La convention de 2011 a marqué un tournant avec la mise en place d'une véritable rémunération pour aider les médecins à s'équiper d'outils susceptibles de les aider pour le suivi de leur patientèle et l'organisation du cabinet :
 - Bloc organisation de la ROSP avec versement d'une rémunération forfaitaire pour l'équipement : logiciel métier permettant notamment l'élaboration de volet de synthèse, LAP, outil de télétransmission et accès aux téléservices de l'AM.

Bloc organisation du cabinet- Taux d'atteinte

MG et MEP - Hors nouveaux installés et avec patientèle MT \geq 200

Taux d'atteinte sur les indicateurs d'organisation du cabinet (organisation MT et non MT)							
	2012	2013	2014	2015	Evolution en pts 2012/2013	Evolution en pts 2013/2014	Evolution en pts 2014/2015
Total MG et MEP	63,3%	76,3%	80,9%	83,3%	13,0	4,6	2,4

Evolution 2014/2015 - Bloc organisation du cabinet
Généralistes + MEP (hors nouveaux installés et avec patientèle MT \geq 200)



En 2015, la rémunération versée pour les indicateurs d'organisation du cabinet atteint **83,3%** de la rémunération potentielle maximale

Evolution territoriale des taux d'atteinte concernant les indicateurs d'organisation du cabinet entre 2014 et 2015

Organisation du cabinet et qualité de service

- La part de médecins disposant des prérequis nécessaires pour être éligibles à la rémunération sur ce volet reste stable.

Part des PS ayant les prérequis	Tous médecins	MG et MEP	Autres spécialistes
2013	82%	88%	75%
2014	86%	91%	79%
2015	85%	91%	78%

- L'usage des logiciels d'aide à la prescription a progressé de + 2 points par rapport à 2014 pour l'ensemble de ces médecins (58%) et de 3 points chez les MG et MEP (78%).
- L'usage des téléservices a augmenté de manière assez nette : + 5 points pour l'ensemble des médecins (52% en 2015 vs 47% en 2014); avec une hausse identique chez les MG et MEP (77% vs 72%) et les autres spécialistes (17% vs 12%).

Organisation du cabinet et qualité de service

Part des médecins retenus pour l'indicateur considéré parmi ceux ayant les prérequis

Indicateur	Retenu	Tous médecins		MG et MEP		Autres spécialistes	
		Nb de PS	%	Nb de PS	%	Nb de PS	%
Logiciel métier	Oui	67 407	72%	45 383	84%	22 024	56%
	Non	26 145	28%	8 824	16%	17 321	44%
	Total	93 552	100%	54 207	100%	39 345	100%
LAP	Oui	54 542	58%	42 163	78%	12 379	31%
	Non	39 010	42%	12 044	22%	26 966	69%
	Total	93 552	100%	54 207	100%	39 345	100%
TLS	Oui	48 398	52%	41 844	77%	6 554	17%
	Non	45 154	48%	12 363	23%	32 791	83%
	Total	93 552	100%	54 207	100%	39 345	100%
Horaires	Oui	81 056	87%	51 685	95%	29 371	75%
	Non	12 496	13%	2 522	5%	9 974	25%
	Total	93 552	100%	54 207	100%	39 345	100%
Synthèse	Oui			44 961	83%		
	Non			9 246	17%		
	Total			54 207	100%		

□ Rémunération moyenne 2015* : hors volet de synthèse

- Ensemble des médecins (82 324 médecins) : 1 300 €
- Ensemble des omnipraticiens (52 121 médecins) : 1 493 €
- Médecins Généralistes (47 229 médecins) : 1 524 €
- MEP (4 892 médecins) : 1 187 €
- Autres spécialistes (30 203 médecins) : 967 €
(y.c. cardiologues et gastroentérologues)

* données calculées sur les médecins rémunérés

Montant de la rémunération du bloc organisation de la RO SP en 2015

- **La rémunération totale** versée pour l'année 2015 au titre du **bloc organisation du cabinet** (hors volet de synthèse réservé au médecin traitant et réaffecté a priori au forfait patientèle) se décompose de la manière suivante :
- 72,0 M€ pour les médecins généralistes
 - 5,7 M€ pour les MEP
 - 29,2 M€ pour les autres spécialistes

Soit une enveloppe totale de 107 M€ environ

Quelle architecture pour la valorisation sur l'organisation du cabinet ?

- ❑ Deux options possibles pour valoriser l'engagement des médecins dans la mise en place d'organisations nouvelles au sein de leurs cabinets pour leur permettre de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et recentrer leur activité sur la pratique médicale :
 - 1^{ère} option : maintenir un bloc organisation dans le cadre de la RO SP,
 - 2^{ème} option : mettre en place un forfait spécifique déconnecté de la RO SP laquelle serait centrée uniquement sur les indicateurs d'amélioration de la pratique clinique.

- ❑ Quelle que soit l'architecture finalement retenue, l'objectif de cette valorisation est d'aider les médecins :
 - à investir sur des outils informatiques facilitant le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients,
 - à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Proposition de l'UNCAM sur le forfait structure

- ❑ L'objectif de ce forfait dit « structure » est d'aider les médecins à investir dans des outils et modes d'organisation facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien.
- ❑ Ces outils et modes d'organisation peuvent revêtir plusieurs formes:
 - Pour les outils :
 - ✓ Équipement facilitant la pratique médicale et le suivi des patients : logiciel métier, LAP par exemple
 - ✓ Outil avec des fonctionnalités facilitant les échanges et la coordination des interventions entre professionnels et structures assurant la prise en charge des patients (DMP, messagerie sécurisée, etc.)
 - ✓ Services facilitant les échanges entre les médecins et l'assurance maladie : acquisition des dernières versions de logiciels de facturation avec des fonctionnalités qui facilitent le suivi des facturations (norme noemie 580, etc.) et recours aux téléservices
 - Pour les modes d'organisation
 - ✓ Encourager les professionnels qui s'engagent dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné (avec un projet de santé partagé par exemple) et d'appui aux patients avec des ressources internes ou extérieures au cabinet.

Proposition de l'UNCAM sur le forfait structure

- Dans un premier temps, les bases de ce forfait à définir dans la future convention médicale pourront être financées par la réaffectation des montants valorisant les indicateurs de l'actuel bloc organisation de la ROSP (à l'exception de la synthèse médicale qui serait affectée au forfait patientèle évoqué lors de la séance du 1er juin) soit environ 107 M€.
- Il n'est pas possible de déterminer à ce stade l'enveloppe supplémentaire pouvant être consacrée à ce forfait dans la nouvelle convention médicale ; en effet, il sera nécessaire d'avoir une vision globale et consolidée sur l'ensemble des valorisations souhaitées par les partenaires conventionnels sur les différentes composantes de la rémunération forfaitaire des médecins (ROSP, forfait patientèle) pour déterminer le montant affecté à cette rémunération en faveur d'une meilleure organisation des cabinets médicaux, dans la limite des capacités de financement de l'Assurance Maladie.

Proposition de l'UNCAM sur le forfait structure

- ❑ Quelle que soit l'hypothèse retenue, la future convention pourrait poser les bases de ce nouveau mode de rémunération.
- ❑ Les moyens investis par l'assurance maladie dans ce dispositif pourront évoluer, dans le cadre d'avenants conventionnels et des conventions à venir, en fonction de l'évaluation des besoins et des marges de financement disponibles.
- ❑ Il s'agit donc aujourd'hui de fixer l'architecture de ce dispositif (soit au sein de la RO SP, soit par la mise en place d'un forfait dédié).

Proposition de l'UNCAM sur le forfait structure

1. **Premier volet : rémunération forfaitaire « Socle » pour investir dans l'équipement du cabinet (qui représenterait environ 60% de la part du forfait)**
 - ❑ **Les indicateurs de ce volet 1 sont des prérequis**, qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet 1 et conditionnent la rémunération du volet 2
 - ❑ Les indicateurs proposés sont :
 - logiciel métier avec LAP, compatible DMP et intégrant une messagerie sécurisée de santé pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée ;
 - version du cahier des charges SV intégrant les avenants publiés sur le site du GIE au 31/12 de l'année N -1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération (*ce qui laisse 1 ou 2 ans selon la date de publication de l'avenant dans l'année N-1 pour s'équiper de la version*). L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie : par exemple fonctionnalité de suivi des factures avec des retours d'information (norme NOEMIE 580) pour faciliter les rapprochements comptables ;
 - taux de télétransmission (actuellement 66%), la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
 - affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé.

Proposition de l'UNCAM sur le forfait structure

2. Deuxième volet « Bonus » : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients (qui représenterait environ 40% de la part du forfait)

□ Ce volet 2 est conditionné par l'atteinte des prérequis du volet 1

- ➔ Chaque indicateur donnerait lieu à rémunération indépendamment des autres
 - Taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices (DCMT, PSE, AAT, CMATMP) : tranches de rémunération en fonction du taux atteint **(30% du volet)**
 - Capacité à coder certaines données permettant un suivi par requête des données de patientèle : rejoint la proposition de MG France pour que les médecins soient producteurs de données de santé en ambulatoire sur la base des synthèses médicales qu'ils élaborent dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins **(15% du volet)**.

Proposition de l'UNCAM sur le forfait structure

- Implication du médecin dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) **(15% du volet)**.
- Services offerts aux patients : prise de rendez-vous avec les correspondants, accompagnement des parcours complexes, prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soit au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifié, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel) **(40% du volet)**.