



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

CONVENTION MÉDICALE MULTILATÉRALE

14 MARS 2024

MÉTHODE ET CONTEXTE

Cette multilatérale a pour objectif de présenter les **propositions complémentaires** ou les **modifications apportées aux propositions présentées lors de la multilatérale du 8 février** ; elles font suite aux échanges lors des bilatérales

La proposition détaillée de l'assurance maladie sur les **enjeux de pertinence** a été transmise préalablement et complète le corpus qui constitue **l'accord global proposé par l'assurance maladie**.

RAPPEL DES PRINCIPAUX ELEMENTS DE LA LETTRE DE CADRAGE

Notre objectif commun : garantir à chacun un égal accès à un système de santé de qualité et réduire les inégalités de santé

ATTRACTIVITÉ

L'attractivité de la médecine libérale, afin que davantage de jeunes médecins s'installent et s'engagent dans le suivi d'une patientèle au long cours, en vue de renforcer l'offre de soins sur le territoire

- Augmentation de la rémunération du médecin au-delà du montant de revalorisation arrêté par le règlement arbitral (rémunération de l'activité clinique et rémunération de l'activité technique dont la nomenclature est en cours de refonte par le HCN).
- Amélioration des conditions d'exercice professionnel (accompagnement au travail aidé et à l'exercice de groupe, simplification administrative, facilitation de l'exercice mixte, modalités de travail en établissement pour les médecins concernés)
- Réduction des déséquilibres de rémunération entre spécialités médicales

PERTINENCE ET QUALITÉ DES SOINS

La pertinence et la qualité des soins dans un contexte de très forte dynamique des dépenses de santé

- Investissement dans la prévention et dans la qualité des parcours des patients atteints de pathologies chroniques
- Pertinence des prescriptions et réduction des actes et consommations de soins inutiles ou redondants
- Sobriété et décarbonation du système de santé
- Leviers concrets pour garantir la pertinence des prescriptions

ORGANISATION DES SOINS

L'évolution du rôle de médecin traitant et la structuration de la médecine spécialisée afin de répondre aux enjeux du vieillissement et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques

- Consolidation du rôle du médecin traitant dans la prise en charge globale des patients (pathologies chroniques, soins non programmés, prévention et santé publique, etc.)
- Organisation de la médecine spécialisée, notamment par la structuration des équipes de spécialistes, pour assurer partout et de manière pérenne une prise en charge adaptée, pertinente et précoce, et améliorer la réponse de second recours

EVOLUTION DES MODALITES DE REMUNERATION

Evolutions des modalités de rémunération des médecins pour répondre aux enjeux d'attractivité, de pertinence, de coordination et de prise en charge globale des patients complexes

- Ouverture à de nouvelles formes de rémunérations et diversification des modèles de financement
- Simplification des différentes rémunérations forfaitaires existantes

RAPPEL DES QUATRE ORIENTATIONS POUR LA NOUVELLE CONVENTION

- **Soutenir l'attractivité de la médecine libérale pour augmenter l'offre médicale**
- **Refondre, diversifier et simplifier les modes de rémunération et de financement de la médecine ambulatoire**
- **Améliorer l'accès territorial et financier aux soins via une organisation du système de santé repensée**
- **Améliorer la pertinence et la qualité des soins**

01.

**SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE
LIBÉRALE POUR AUGMENTER L'OFFRE MÉDICALE**

SOUTENIR L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

- 1 Revaloriser les **consultations cliniques** en priorisant la relation du patient avec son médecin traitant
- 2 Investir sur **les consultations de second recours et d'expertise** pour fluidifier le parcours des patients et structurer la gradation des soins (parcours patient entre le premier et le second recours).
- 3 Tirer les conséquences **des déséquilibres de rémunérations entre spécialités médicales**, et corriger ces écarts en prenant en compte les **besoins spécifiques des spécialités concernées** (de l'usage de la téléconsultation à certains cumuls d'actes)
- 4 Rémunérer **la fonction de médecin traitant**, en tenant compte de la complexité du patient et du temps consacré à son suivi (forfait médecin traitant).
- 5 Tirer les conséquences de **la refonte de la CCAM par le Haut Conseil à la Nomenclature** qui devrait être stabilisée d'ici fin 2024 / début 2025
- 6 Limiter les **démarches et les tâches administratives** qui incombent actuellement aux médecins (téléservices, démarches dématérialisées, etc.) et faire entrer le numérique dans les usages.
- 7 Accompagner et faciliter **le travail aidé, l'exercice de groupe et l'exercice pluriprofessionnel**

2

INVESTIR SUR LES CONSULTATIONS DE SECOND RECOURS ET D'EXPERTISE POUR FLUIDIFIER LE PARCOURS DES PATIENTS ET STRUCTURER LA GRADATION DES SOINS

Cible :

APC

60€

(APY à 67,50€)

La médecine spécialisée est essentielle dans l'offre de soins, elle doit être soutenue pour renforcer l'accès à l'expertise médicale et plus généralement l'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

Afin de renforcer l'accès à l'expertise médicale, il est proposé de **revaloriser l'avis ponctuel de consultant (APC/APY) à la demande du médecin traitant**

Il est proposé d'inscrire la possibilité de **facturer un APC** lorsqu'un patient a besoin d'être vu en consultation **dans le mois** suivant la **télé-expertise** demandée par le médecin traitant.

Cette revalorisation inédite vise non seulement à renforcer l'attractivité de la médecine spécialisée mais également à renforcer le lien médecin traitant – médecin de recours.

TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES (1/5)

Pédiatres

- **Examens obligatoires**
 - Avec certificat (COE) **60 €**
 - 0 à 2 ans (COH) → **50 €**
 - 2 à 6 ans → **35 €**
 - > 6 ans → **31,5 €**→ Tous les certificats et comptes rendus issus des consultations obligatoires de l'enfant devront progressivement être dématérialisés
- **Consultations du pédiatre**
 - 0 à 2 ans → **40 €**
 - 2 à 6 ans → **35 €**
 - > 6 ans → **31,5 €**
- **Consultation de recours à l'expertise pédiatrique (nouveau)**
 - Sur l'ensemble des tranches d'âge, y compris pour les « grands enfants » (7-12 ans) et les adolescents (12-16 ans)
 - Consultation valorisée à **60 €**
 - Sur adressage d'un médecin, de la **médecine scolaire**, de la **PMI**, d'une **sage-femme**, d'un **orthophoniste** ou d'un **orthoptiste**.

Face aux **enjeux majeurs sur la santé des enfants**, en lien avec les 1000 jours et les Assises de la pédiatrie, la convention doit garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et d'améliorer l'accompagnement des enfants aux besoins particulier.

Les consultations obligatoires avec certificat (COE) et sans certificat (COH) pour les moins de 2 ans seront revalorisées

La place de l'expertise du pédiatre doit être également reconnue en particulier en second recours.

TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES (2/5)

Psychiatres

- **Télésanté des psychiatres :**
 - Seuil spécifique de téléconsultations en psychiatrie : 40% (*et dérogation locale possible sans dépasser les 50%*)
- **Revalorisation de la consultation des psychiatres : 57 €**
- **Extension de la MCY (85 €)**
 - **Délai de 4 jours** au lieu de 2 jours pour facturer la MCY à la demande du médecin traitant ou du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS)
- **Revalorisation pour la pédopsychiatrie**
 - Majoration pour les enfants (**MP**) à **15 €** (contre 3 € aujourd'hui)
 - **Nouvelle majoration** pour les **adolescents et les jeunes de 16 à 25 ans** (extension de la MP à **15 €** jusqu'à 25 ans)
 - Majorations des consultations en présence de la famille, pour enfant présentant une pathologie psychiatrique grave (**MAF et MPF**) à **25€** (contre 20 € aujourd'hui)

La pression de la **demande de soins en santé mentale** n'a jamais été aussi forte notamment chez les plus jeunes, les difficultés aussi importantes.

Ces propositions réaffirment une politique forte de promotion et de prévention en santé mentale en proposant des revalorisations significatives pour les psychiatres libéraux.

TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES (3/5)

Géiatres

- Majoration de la consultation des géiatres à **40 €**
- Valoriser l'activité de second recours : **extension aux géiatres de l'APY à 67,5 €**

Médecins MPR

- Majoration de la consultation des MPR (initiation et réévaluation d'un programme de soins) à **40 €**
- Extension de la consultation **EPH* aux MPR**
**Consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier*

Gynécologues médicaux

- Majoration de la consultation des gynécologues médicaux à **40 €**

Endocrinologues

- Consultation spécifique endocrinologie (**MCE**) : **60 €**

Dermatologues

- Consultation de dépistage du mélanome (**CDE**) : **60 €** (contre 47,50€ aujourd'hui)

Infectiologues

- **Extension de la majoration MPT* aux infectiologues**
**Majoration pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue*
- **Extension de la majoration MMF* aux infectiologues**
**Majoration pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue*

Au regard des **déséquilibres de rémunérations entre spécialités médicales**, la convention doit corriger les écarts en prenant en compte les **besoins spécifiques des spécialités concernées**

3

TIRER LES CONSÉQUENCES DES DÉSÉQUILIBRES DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES, ET CORRIGER CES ÉCARTS EN PRENANT EN COMPTE LES BESOINS SPÉCIFIQUES DES SPÉCIALITÉS CONCERNÉES (5/5)

Au regard des évolutions de pratiques, l'assurance maladie propose de nouvelles dérogations sur le cumul « consultation + actes CCAM »

→ **Proposition d'un cumul désormais possible à TAUX PLEIN**

(Contre une majoration de 15 € proposée jusqu'à présent)

Nouvelles dérogations sur le cumul consultation + actes CCAM

Nouvelle proposition de cumul à taux plein

Endocrinologues	KCQM001	Échographie transcutanée de la glande thyroïde
Rhumatologues MPR MG	NZJB001, MZJB001 NZHB002, MZHB002 NZLB001, MZLB001 LHLB001	Évacuation de collection articulaire / Ponction d'une articulation du membre inférieur ou supérieur Infiltrations articulations membre supérieur ou inférieur / articulation vertébrale
Gynécologues MG	JKLD001 JKGD001 JKKD001	Pose, ablation par voie vaginale et changement d'un dispositif intra-utérin
Pneumologues MG	GLQP012	Spirométrie standard (pour dépistage BPCO)
Gynécologues	JQQM10-15-16-17-18-19 JQQM00-1-2-3-7-8 JLQE002	Echographies biométrique et morphologique de grossesse Autres échographies obstétricales (réalisées en dehors d'une hospitalisation) Colposcopie (avenant 9)

3 SURVEILLANCE MÉDICALE DES PATIENTS HOSPITALISÉS

Revaloriser l'implication des médecins dans la surveillance médicale des patients en établissement

- Proposition de **revaloriser les honoraires forfaitaires de surveillance des patients hospitalisés** :
 - C x 0,8 (J1-J20) → **C x 1**
 - C x 0,4 (J21-J60) → **C x 0,5**
 - C x 0,2 (>J60) → **C x 0,25**
- La revalorisation de ces coefficients s'applique à l'ensemble des honoraires de surveillance médicale qui ne bénéficient pas déjà d'un honoraire de Cx1 (art. 20 de la NGAP : surveillance clinique médicale, chirurgicale, obstétricale et maisons de repos et de convalescence).

5

ETAT D'AVANCEMENT GLOBAL DES TRAVAUX DE RE-DESCRIPTION ET DE HIÉRARCHISATION

L'ensemble de la nomenclature technique des actes médicaux (CCAM : 13 000 actes) est en cours de révision par le **Haut Conseil à la Nomenclature** depuis 2022

35 comités cliniques ont été constitués, réunissant quelques **500 médecins experts**

Les travaux de **hiérarchisation** seront conduits en 2024

Etat d'avancement à mars 2024

	Bilan	A venir
Validation des actes repères	Actes repères validés pour 35 comités cliniques	<i>Etape terminée</i>
Réunion de synthèse	Réunions de synthèse organisées pour 26 comités cliniques	Réunions de synthèse à planifier pour 18 comités cliniques
Validation de l'ensemble des actes	Ensemble des actes validés pour 11 comités cliniques	33 comités cliniques restants pour la validation de l'ensemble des actes



Actuellement **115 demandes de créations** d'actes et **96 demandes de suppressions**



Lancement imminent du **premier comité de hiérarchisation pour la MPR**



Transmission des listes de **fiches HAS** à rédiger pour les demandes de créations et de suppressions d'actes des familles validées

5 ETAT D'AVANCEMENT GLOBAL DES TRAVAUX DE RE-DESCRIPTION ET DE HIÉRARCHISATION

Deux éléments/outils mis place afin d'améliorer la communication et le partage d'informations sur les travaux de re-description :

- ➔ Bulletin d'informations mensuel HCN à destination de l'ensemble des parties prenantes
- ➔ Réunion mensuelle d'informations inter-référents
- ➔ Fiches d'information personnalisées sur l'avancement des travaux de chaque comité clinique
- ➔ Mise en ligne du site internet du HCN

Lancement de travaux sur des thématiques transversales parmi lesquelles :

- **Les procédures construites** : proposition d'inscrire conventionnellement dès la présente convention le fait d'introduire au moins une procédure dite construite – cumul d'actes CCAM entre eux sur une liste fermée – dans la hiérarchisation de 2025 (chirurgie de l'endométriome)
- **Les modificateurs** : proposition d'inscrire conventionnellement dès la présente convention le fait d'introduire un modificateur pour la pédiatrie sur certains actes de chirurgie (d'autres seront proposés dans la suite des travaux)

5

ETAT D'AVANCEMENT GLOBAL DES TRAVAUX DE RE-DESCRIPTION ET DE HIÉRARCHISATION (3/3)

Acte technique

Acte intellectuel
(score travail : temps, difficulté, etc.)

Valeur unique pour chaque acte, défini selon la hiérarchisation du HCN (instance scientifique, indépendante)

Coût de la pratique

Valeur par spécialité, selon une évaluation des coûts de la pratique prenant en compte l'inflation (charges)

1 Convention

+ 10 points sur les modificateurs K et T

Revalorisation de **5%** du coefficient de charge (en base)

2 Avenant CCAM

1/ Nouvelle hiérarchie des actes
2/ Nouvelles règles pour l'OPTAM-ACO

1/ Revalorisation supplémentaire en fonction de **l'enveloppe provisionnée** sanctuarisée dès la convention
2/ Coefficient de coût différencié par spécialité selon les résultats de la réactualisation des coûts de la pratique

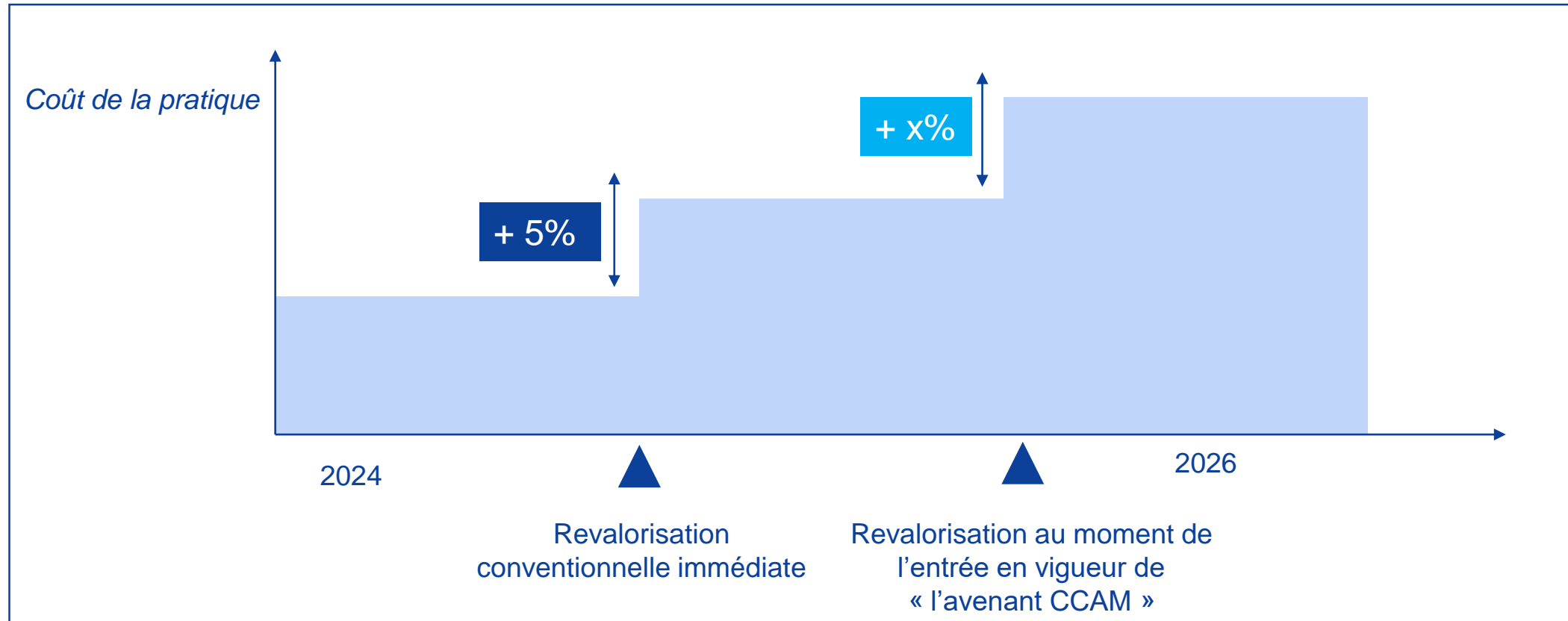
Engagement des partenaires conventionnels dans la convention :

1/ Groupe de travail conventionnel démarrant dès signature de la convention visant à proposer une réactualisation des coûts de la pratique d'ici la fin de l'année 2024

2/ Cadre de l'avenant CCAM : ne concernera QUE la CCAM, enveloppe fermée prédéfinie

5

ETAT D'AVANCEMENT GLOBAL DES TRAVAUX DE RE-DESCRIPTION ET DE HIÉRARCHISATION (3/3)



Enveloppe globale sur le coût de la pratique à définir conventionnellement ; déterminera par anticipation le niveau de revalorisation du coût de la pratique à l'issu de l'avenant CCAM

Possibilité d'imaginer une modalité de « partage des gains » sur la pertinence des actes, qui permettra d'abonder cette enveloppe, soit pour augmenter la revalorisation du coefficient de charges, soit pour compenser provisoirement des actes perdants

CONSULTATION LONGUE DU MÉDECIN TRAITANT (1/2)

- Certaines situations cliniques conduisent à des consultations plus complexes pour les médecins traitants (prises en compte pour partie par les rémunérations forfaitaires).
- La nomenclature actuelle ne répond qu'imparfaitement à ces situations, en particulier pour ce qui concernent les personnes âgées ou en situation de handicap.
- Sur le modèle des avancées faites dans l'avenant 9 (VL, dossier MDPH,...), il est proposé de construire deux types de consultations longues du médecin traitant sur ces populations à enjeux.

CL

60 €

Consultation longue du médecin traitant de la personne âgée (CLA)

Consultation longue du médecin traitant de la personne en situation de handicap (CLH)

CONSULTATION LONGUE DU MÉDECIN TRAITANT (2/2)

En complément de la VL réalisée à domicile, il est proposé de créer 2 consultations longues du médecin traitant

Consultation longue du médecin traitant de la personne âgée (CLA)

(facturable une fois dans l'année, pour les patients de +80 ans, dans les situations suivantes)

- **Consultation de sortie d'hospitalisation**
dans les 30 jours après la sortie, champ étendu à toutes les hospitalisations (par rapport à MIC/MSH) des patients de +80 ans
- **Consultation de dé-prescription de patients hyperpolymédiqués**
patients ayant 10 lignes de traitements – interface avec le pharmacien à travailler (bilan médication)
- **Remplissage du dossier pour l'obtention de l'Allocation personnalisée d'autonomie - APA** *(Travail à mener sur les autres dossiers chronophages, notamment pour les parcours dans le médico-social – Viatrajectoire)*
- **Consultation en présence de l'IPA** *(Travail à mener avec la coordination avec les IDEL sur suivi à domicile)*

Consultation longue du médecin traitant de la personne en situation de handicap (CLH)

(facturable une fois par patient dans les situations suivantes)

- **Remplissage du premier dossier MDPH**
- **Passage de dossier entre ancien et nouveau MT d'un patient avec handicap sévère**

02.

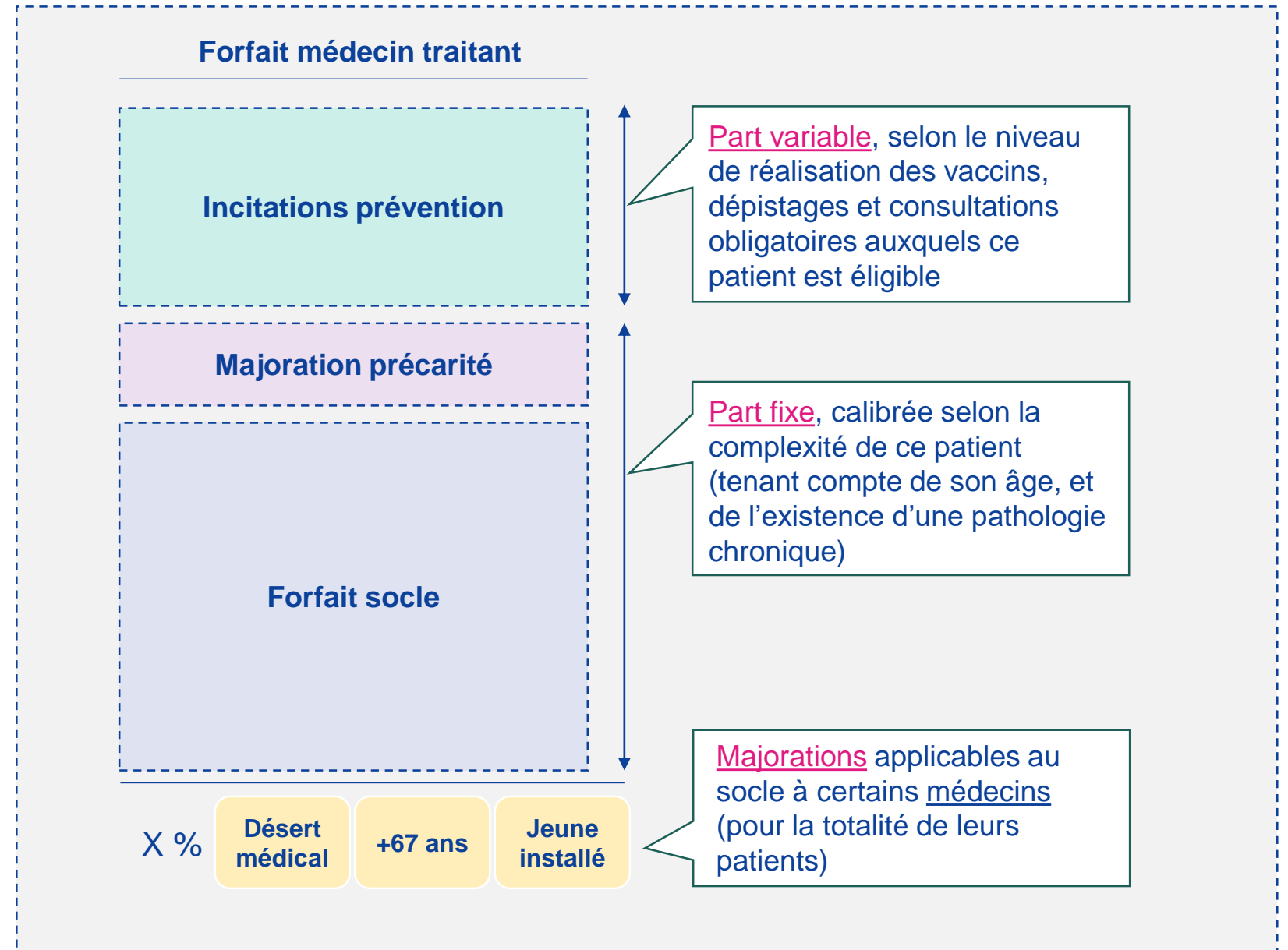
**REFONDRE, DIVERSIFIER ET SIMPLIFIER LES
MODES DE RÉMUNÉRATION ET DE FINANCEMENT
DE LA MÉDECINE AMBULATOIRE**

REFONDRE ET SIMPLIFIER LES MODES DE RÉMUNÉRATION

- 1 Faire du « **forfait médecin traitant** » la rémunération forfaitaire socle du médecin traitant (*paiement selon les caractéristiques du patient, indépendamment du nombre d'actes et de consultations réalisées dans l'année*)
- 2 **Refondre les rémunérations sur objectifs, en particulier sur la santé publique** : moins d'objectifs, plus de transparence sur les modalités de calcul des indicateurs et le niveau d'atteinte des objectifs, un retour d'information plus dynamique, un outillage des médecins sur les données relatives à leurs patientèles
- 3 **Simplifier les rémunérations forfaitaires** afin de les rendre plus lisibles et plus directement liées aux pratiques et à leurs évolutions, **en particulier sur les enjeux numériques**
- 4 Repenser **les aides à l'installation** pour rendre l'installation et le maintien dans les zones fragiles plus incitatifs
- 5 Etudier **les possibilités de mutualisations entre plusieurs médecins travaillant ensemble, prioritairement l'embauche d'un assistant médical**
- 6 Tirer les enseignements des expérimentations en cours en lien avec l'article 51 **relatives au financement collectif à la capitation**, en mettant *ab initio* en place les garde-fous contre la financiarisation de ces modèles
- 7 Identifier les **missions spécifiques des médecins** (santé publique, permanence des soins, recherche, vaccination, maîtrise de stage pour toutes les spécialités, soins palliatifs) y compris pour des missions en établissements.

FAIRE DU « FORFAIT MÉDECIN TRAITANT » LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SOCLE DU MÉDECIN TRAITANT

Création d'un forfait unique annuel, individualisé par patient



UNE REVALORISATION DU FORFAIT MÉDECIN TRAITANT, EN INTÉGRANT UN FORFAIT C2S À 10 € PAR PATIENT (1/2)

Une nouvelle proposition de revalorisation du forfait médecin traitant, prenant uniquement en compte les patients vus dans les **2 ans par le médecin traitant ou son médecin collaborateur...**

Patient	Montant actuel	OPTION 1	OPTION 2 (non consommant sur 2 ans)
(ALD) 80 ans ou plus	70€	80€	100€
80 ans et plus	46€	55€	55€
(ALD) 0-79 ans	46€	55€	55€
75-79 ans	5€	15€	15€
7 à 74 ans	5€	5€	5€
Moins de 2 ans	6€	15€	15€
2 à 6 ans	6€	6€	6€
Patients non vus dans les 2 dernières années	N/A	Pas concerné	5€

... qui intègre une valorisation de la précarité à hauteur de **10 € par patient** (contre 5 € présenté lors de la dernière multilatérale – patients C2S)

REFONDRE LES RÉMUNÉRATIONS SUR OBJECTIFS, EN PARTICULIER SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Thème	Indicateur	Population cible (à affiner)
<u>Vaccination</u>	Vaccin Grippe : 1x/an	≥65 ans OU en ALD*
	Vaccin Covid : 1x/an	≥65 ans OU en ALD*
	Vaccin pneumocoque (23-valent) : rythme des rappels à définir**	Adultes ET en ALD*
	Vaccin ROR : 2 doses reçues depuis la naissance	Enfants de 2 ans
	Vaccin méningocoque C : au moins 1 dose reçue depuis la naissance	Enfants de 1 an
	Vaccin HPV : 2 doses reçues depuis les 11 ans	Enfants de 15 ans
<u>Dépistage</u>	DO cancer colorectal : à faire tous les 2 ans	Hommes + Femmes de 50 à 74 ans inclus
	DO cancer du sein : à faire tous les 2 ans	Femmes de 50 à 74 ans inclus
	DO cancer du col de l'utérus : rythme selon l'âge***	Femmes de 25 à 65 ans inclus
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun : à faire tous les 3 ans	≥45 ans ET en ALD*
	Dépistage de la MRC par Albuminurie + Créatininurie + Créatininémie : 1x/an	Adultes ET en ALD*
<u>Suivi</u>	Suivi du diabète par dosage HbA1c : 2x/an	ALD diabète
	Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé de l'enfant : J8, M9	Enfants de 1 an
	Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé de l'enfant : M24	Enfants de 2 ans
	Examen bucco-dentaires annuel : 1x/an	Enfant de 3 à 17 ans inclus

***ALD** : la liste des ALD concernées dépend de l'indicateur (cf. tableau en annexe, à affiner)

****Vaccin pneumocoque** : délais entre les rappels chez l'adulte à définir (recos HAS : « au moins 5 ans entre chaque injection »)

*****DOCCU** : Cytologie à faire tous les 3 ans entre 25 et 29 ans inclus, puis test HPV tous les 5 ans à partir de 30 ans

REFONDRE LES RÉMUNÉRATIONS SUR OBJECTIFS, EN PARTICULIER SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

	Taux d'atteinte actuel	source
Vaccination antigrippale (indicateur regroupé)	55%	résultat ROSP
Vaccination covid	43%	VAC-SI : 43% de patients vaccinés campagne 2023 (sept-dec 2023)
Dépistage du cancer du sein	65%	res trimestriel ROSP 202212
Dépistage du cancer du col	55%	res trimestriel ROSP 202212
Dépistage du cancer colorectal	36%	res trimestriel ROSP 202212
Nombre de dosages HbA1c chez le diabétique	78%	res trimestriel ROSP 202212
Dépistage du diabète	70%	nouveau
Dépistage maladie rénale chronique	15%	résultat ROSP
Vaccination pneumocoque	11%	résultat ROSP
HPV	25%	OMS : taux 42% chez les filles, 9 % chez les garçons
ROR	86%	res trimestriel 202212
Méningocoque	98%	res trimestriel 202212
Consultation obligatoire J8, M9	90%	nouveau
Consultation obligatoire M24	90%	nouveau
Examen bucco-dentaire annuel 3 - 17 ans	28%	Taux MT Dents 28%
Moyenne actuelle des indicateurs	56%	
Moyenne pondérée des indicateurs	52%	

Transposition de la totalité de l'enveloppe ROSP actuelle

Point de départ : 5 € par indicateur, en partant du taux d'atteinte actuel des différents indicateurs (en moyenne 52%)

Possibilité d'augmenter globalement l'enveloppe dédiée à la prévention si les indicateurs s'améliorent

03.

**AMÉLIORER L'ACCÈS TERRITORIAL ET
FINANCIER AUX SOINS VIA UNE ORGANISATION
DU SYSTÈME DE SANTÉ REPENSÉE**

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS TERRITORIAL ET FINANCIER

- 1** Renforcer le rôle du médecin traitant et **permettre à chaque patient d'y avoir accès** pour réduire les inégalités de santé
- 2** **S'accorder sur les objectifs collectifs partagés entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux en matière d'accès aux soins**
- 3** Favoriser la collaboration entre les médecins et **les autres professions de santé pour atteindre ces objectifs**
- 4** Soutenir les médecins ayant des **files actives** et des « **patientèles médecin traitant** » **importantes**,
- 5** Favoriser le déploiement **d'équipes de soins spécialisées**, en charge d'organiser le second recours sur leurs territoires pour fluidifier les parcours des patients et l'articulation avec le premier recours et les services hospitaliers, et évaluer leur efficacité.
- 6** **Renforcer l'offre de soins dans les déserts médicaux, en rendant** l'installation et le maintien dans les zones fragiles plus incitatifs, et en incitant à la réalisation de **consultations « avancées »** pour couvrir tous les territoires, (sans oublier les territoires atypiques)
- 7** Poursuivre la dynamique de **réduction des restes à charge**, impulsée notamment par l'OPTAM et l'OPTAM-CO

DÉMOGRAPHIE ET ACCÈS AUX SOINS (1/6)

DE NOUVELLES PROPOSITIONS POUR RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS

- 1 **Pour les primo-installés**, majorer le FPMT pour renforcer l'envie de s'installer en libéral (en ZIP)
 - **Majorer de 30%** le FPMT pendant 2 ans post-installation (en ZIP)
 - **Aide ponctuelle de 10 000€** pour les primo-installés (en ZIP) et de **5 000€** pour les primo-installés en ZAC

- 2 **Pour les médecins installés en ZIP**, majorer le FPMT pour renforcer leur en activité dans ces zones
 - **Majorer de 10%** le FPMT tant que le médecin exerce en ZIP

- 3 **Pour les médecins âgés de plus de 67 ans**, majorer le FPMT pour les inciter à maintenir leur activité
 - **Majorer de 10%** le FPMT tant que le médecin reste en exercice

DÉMOGRAPHIE ET ACCÈS AUX SOINS (2/6)

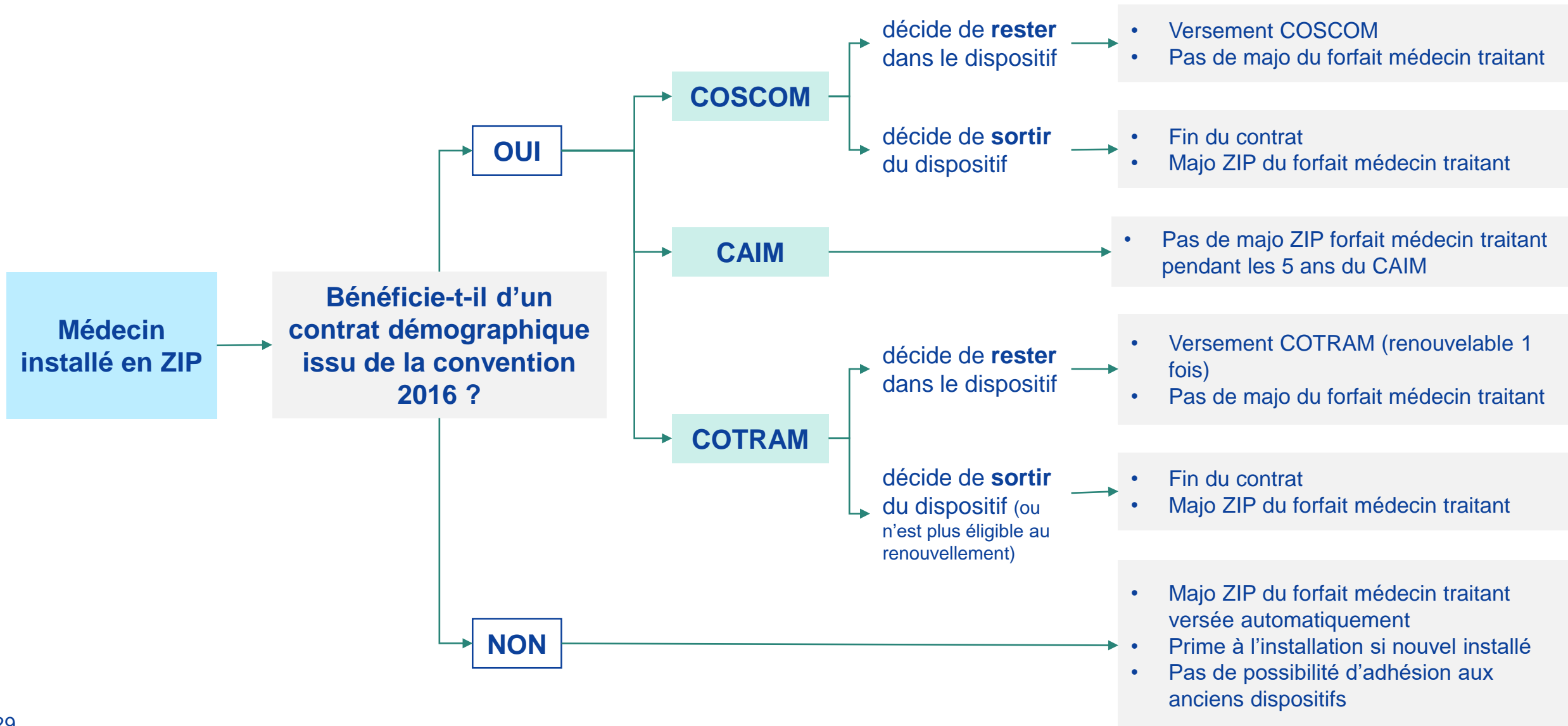
DES CONTRATS EXISTANTS DONT LE RECOURS EST FAIBLE

Année de remboursement	Nombre de médecins impliqués				
	CAIM	CSTM	COTRAM	COSCOM	TOTAL
2017	269	0	0	0	269
2018	676	32	21	367	1 095
2019	874	52	62	1 867	2 846
2020	923	83	81	2 488	3 563
2021	921	101	94	2 620	3 717
2022	1 171	82	91	2 489	3 815
2023	1 526	96	95	3 134	4 831

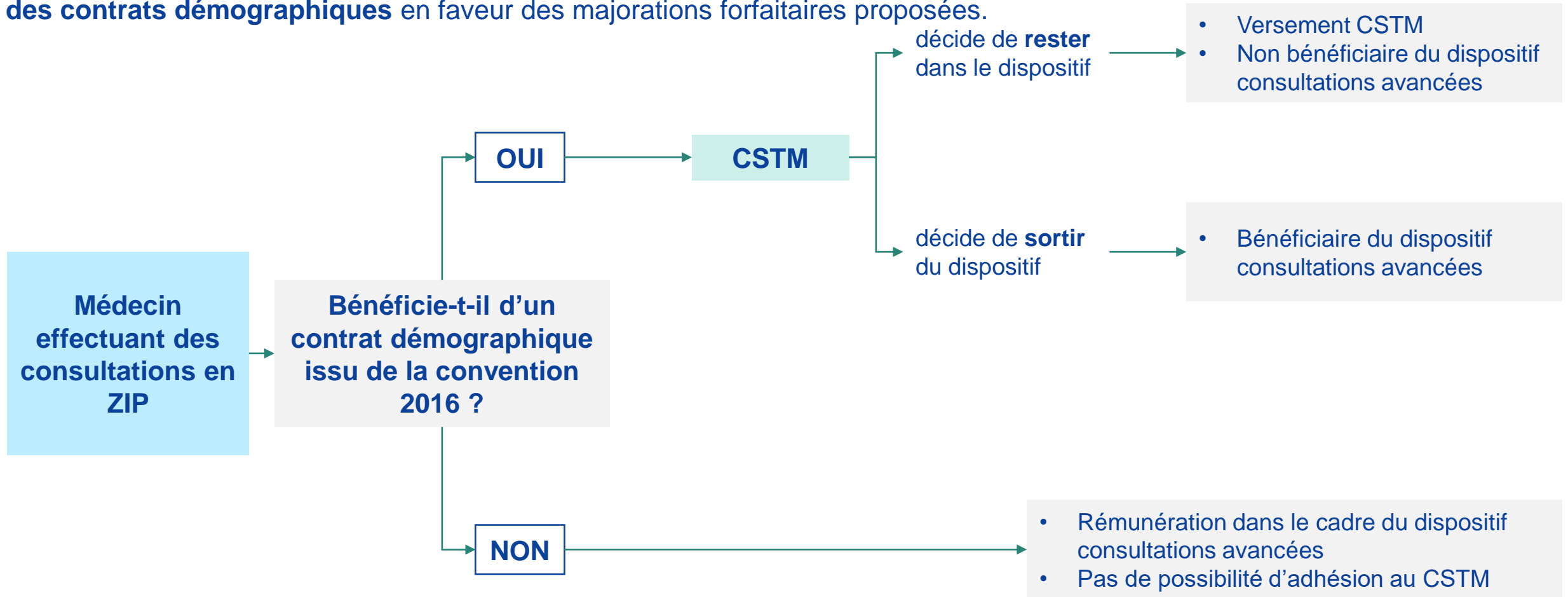
DÉMOGRAPHIE ET ACCÈS AUX SOINS (3/6)

UN MÉCANISME DE TRANSITION POUR ACCOMPAGNER LE REMPLACEMENT DES CONTRATS DÉMOGRAPHIQUES EXISTANTS PAR LES NOUVELLES MAJORATIONS

Un **accompagnement** sera proposé afin de garantir **qu'aucun médecin ne soit perdant dans le cadre de la suppression des contrats démographiques** en faveur des majorations forfaitaires proposées.



Un accompagnement sera proposé afin de garantir qu'aucun médecin ne soit perdant dans le cadre de la suppression des contrats démographiques en faveur des majorations forfaitaires proposées.



DÉMOGRAPHIE ET ACCÈS AUX SOINS (5/6)

UNE PROPOSITION DE RENFORCEMENT DE L'ACCÈS AUX SOINS SPÉCIALISÉS EN ZONES SOUS-DENSES

L'accessibilité géographique aux soins est au cœur des enjeux de cette convention.

Sur le champ de la médecine spécialisée, il peut être entendu, notamment au regard de la lourdeur des plateaux techniques de certaines spécialités, que le maillage soit plus distendu que dans le champ de la médecine de spécialité générale.

Néanmoins, et en particulier pour les spécialités dites cliniques, il est indispensable que les patients les plus éloignés et/ou les moins mobiles puissent avoir accès régulièrement et en proximité à un médecin spécialiste. Ce renforcement de l'accessibilité est également indispensable à un exercice plus serein des MG de ces zones qui pourront s'appuyer sur ces spécialistes experts.

Pour accompagner et renforcer les dynamiques existantes (ex. en Nouvelle Aquitaine) il est proposé: Pour les médecins spécialistes* effectuant des **consultations avancées en ZIP à tarif opposable**, de valoriser cet exercice par un forfait de **400 € / jour**, dans la **limite de 3 jours / mois**.

*28 125 spécialistes S1, S2 et S2 OPTAM (tous les cardiologues, dermatologues, endocrinologues, gastroentérologues, gériatres, gynécologues, ORL, pédiatres, pneumologues, rhumatologues et ophtalmologues libéraux, hors anesthésistes, chirurgiens, médecins nucléaires, radiologues, hématologues, médecine génétique, psychiatres et stomatologues)

Des travaux complémentaires à mener avec l'ensemble des acteurs pour :

- L'organisation locale (en lien avec les ARS),
- La mise à disposition de locaux, articulation avec les hôpitaux de proximité, etc

DÉMOGRAPHIE ET ACCÈS AUX SOINS (6/6)

UNE VALORISATION DES MISSIONS SPÉCIFIQUES DES MÉDECINS : MAÎTRE DE STAGE ET PARTICIPATION AU SAS

Propositions pour tous PS

Maître de stage

Revalorisation du forfait annuel :

- 800 € par médecin MSU en ZIP (+450€)
- 500 € par médecin MSU (hors ZIP) (+150€)

Participation au SAS

Proposer d'un forfait pérenne, plus simple et ciblant plus de médecins **de 1 000 € / annuel** pour la participation au SAS à condition de remplir les deux conditions suivantes :

- S'inscrire sur la plateforme numérique SAS ;
- Accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour mise en visibilité des disponibilités en cas de besoin de la régulation SAS.

Suppression de la notion de 2h, pas de lien avec le volet 1 du DONUM.

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS SUR LA PÉRIODE DE LA CONVENTION

1. Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de **2%** dès 2025
2. Augmenter le nombre de primo-installé en médecine générale de **+5% par an**
3. Maintenir le nombre de consultations/actes cliniques annuel moyen des médecins généralistes à 5000 **par an**
4. Augmenter la patientèle moyenne des médecins traitants de **+2% par an**
5. Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de **+2% par an**
6. Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes
7. Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et **+ 10% par an** à compter de 2026
8. Augmenter le nombre de médecins qui participent au SAS et à la PDSA et **couvrir 100%** du territoire couvert par ces dispositifs
9. Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de **5% par an**
10. Augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous dotée de **7% par an**

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS (1/5)

Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de 2% dès 2025

Assurance maladie

- Déploiement local du plan d'accompagnement patient par patient
- Revalorisation du FMT (forfait socle) : revalorisation de la prise en charge des patients en ALD
- Création d'une consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD
- Déploiement des assistants médicaux et soutien du dispositif Asalée
- Ajustement des courriers adressés aux médecins pour prendre des nouveaux patients

Médecins conventionnés

- Prioriser la prise en charge MT de nouveaux patients en ALD
- Anticiper les cessations d'activité pour prévenir le risque
- Pour les jeunes installés, accepter les patients sans MT proposés par l'AM
- Inciter à l'installation en libéral (vs. CSNP)
- Accueillir les patients après un bilan de prévention

Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale de +5% par an

Assurance maladie

- Majoration du FPMT automatique pour jeunes installés
- Pour les primo-installés en zones sous denses, majoration du FPMT pour renforcer l'attractivité :
- Majorer de 30% le FPMT pendant 2 ans post-installation (ZIP)
- Aide ponctuelle de 10 000€ pour les primo-installés (en ZIP) et de 5 000€ pour les primo-installés en ZAC
- Proposer une offre d'accompagnement attractive à l'installation

Médecins conventionnés

- Prendre des collaborateurs
- Devenir MSU
- Accompagner l'installation de jeunes sur son territoire
- Valoriser la fonction de médecin traitant dans la communication

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS (2/5)

Maintien du nombre moyen de consultations / actes cliniques annuel 5000 par an
Augmenter la patientèle moyenne des médecins traitants de +2% par an
Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de +2% par an

Assurance maladie

- Revalorisation, assouplissement et simplification du dispositif « assistants médicaux »
- Réduction du temps passé sur les outils numériques (amélioration d'amelipro, déploiement de SCOR, Mon espace santé, etc.)
- Feuille de route sur la simplification administrative, dont la question des certificats inutiles
- Amélioration des synergies « inter-régimes »
- Renforcement des outils de collaboration en particulier avec les infirmiers (ASALEE, IPA, binôme IDE / médecin)
- Facilitation de l'accès au 2d recours (ESS)
- Revalorisation conséquente du FPMT

Médecins conventionnés

- Ne pas diminuer leur temps de travail et augmenter leur patientèle
- Recruter une équipe, notamment un assistant médical
- Renforcer les collaborations avec les autres professionnels de santé (IPA, Asalée, etc.)
- Organisation du second recours par les spécialistes via des ESS pour que les patients adressés par les MT soient priorités

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS (3/5)

Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes

Assurance maladie

- Favoriser le développement des ESS
- Revalorisation de la consultation d'expertise de 2nd recours (APC)
- Autorisation de la cotation APC après TLX (dans le mois)

Médecins conventionnés

- Développement des ESS au sein des territoires et adhésion des médecins volontaires
- Priorisation des patients adressés par le MT

Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et + 10% par an à compter de 2026 (base contrats signées au 1^{er} janvier 2024)

Assurance maladie

- Revalorisation de l'aide conventionnelle
- Prise en compte de la fin de carrière des médecins dans les objectifs à atteindre ;
- Les NI bénéficient d'une année supplémentaire pour atteindre les nouveaux objectifs fixés (après atteinte du P50)

Médecins conventionnés

- Contractualiser avec l'AM pour bénéficier de l'aide à l'emploi d'un assistant médical – employer (directement ou via un GE) un assistant médical

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS (4/5)

100% du territoire couvert par la PDSA et le SAS

Assurance maladie

- Simplification de l'indicateur SAS
- Soutenir les solutions innovantes et qui fonctionnent sur les territoires
- Examiner les évolutions réglementaires ou conventionnelles qui seraient nécessaires

Médecins conventionnés

- Participation au SAS et à la PDSA en régulation ou effecton

Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de 5% par an

Assurance maladie

- Ouverture aux anesthésistes (OPTAM-ACO)
- Revalorisation de + 10 points des modificateurs K et T
- Révision des procédures pour dépassement excessif

Médecins conventionnés

- S'engager en S1 ou S2 OPTAM
- Assurer des soins à tarifs opposables pour une partie de la population
- Limiter les dépassements d'honoraires

ENGAGEMENTS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS (5/5)

Augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous dotée de 7% par an

Assurance maladie

- Des mesures spécifiques au soutien de l'activité en zones sous-denses :
- Pour les primo-installés, majorer le FPMT pour renforcer l'attractivité du libéral en zones sous denses
 - Majorer de 30% le FPMT pendant 2 ans post-installation (en ZIP)
 - Aide ponctuelle de 10 000€ pour les primo-installés (en ZIP) et de 5 000€ pour les primo-installés en ZAC
- Pour les médecins installés en ZIP, majorer le FPMT pour accompagner le maintien dans ces zones en majorant de 10% le FPMT tant que le médecin exerce en ZIP
- Pour les médecins âgés de plus de 67 ans, majorer le FPMT pour les inciter à maintenir leur activité : Majorer de 10% le FPMT tant que le médecin reste en exercice

Médecins conventionnés

- Prendre des collaborateurs
- Devenir MSU, notamment en ZIP

MISE EN PLACE D'UN OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS

En appui de la démarche partagée entre l'assurance maladie et les médecins d'améliorer l'accès aux soins des patients, un **observatoire conventionnel de l'accès aux soins** sera mis en place au niveau national, placé sous l'égide de la **commission paritaire nationale**

L'objectif de cet observatoire est de

- suivre les 10 indicateurs d'engagements collectifs partagés
- définir de nouveaux indicateurs supplémentaires utiles au suivi de l'accès aux soins autant que de besoin
- prendre collégalement toute mesure facilitant l'atteinte des objectifs

Cet observatoire conventionnel se réunira au moins **deux fois par an**.

Ses travaux seront rendus publics

Une déclinaison locale en CPL sera également mise en place pour suivre et accompagner les dynamiques locales au plus près des enjeux du terrain, notamment pour répondre aux enjeux spécifiques de certains territoires (QPV, territoires ruraux...)

Des remontées en CPN seront prévues

ENJEUX SOINS NON-PROGRAMMÉS – PDSA (1/2)

Travaux à mener entre partenaires conventionnels et en lien avec l'Etat pour renforcer la continuité des soins = la réponse aux besoins de soins non programmés et pendant les périodes de PDSA autour des priorités suivantes:

- Favoriser pour les médecins traitants l'accueil des SNP en journée pour sa patientèle traitante
- Accompagner le déploiement du SAS partout sur le territoire permettant de répondre à l'ensemble des demandes de soins non programmés en journée et ainsi éviter un déport sur les horaires PDSA
- Consolider sur l'ensemble des territoires le fonctionnement de la PDSA

Sur les dispositifs de régulation des soins non programmés, le SAS et la PDSA, et en lien avec les acteurs concernés : ARS et CDOM

- Garantir la qualité et la transparence des dispositifs de régulation par des cahiers des charges efficaces et concertés
- Evaluer de manière régulière les dispositifs et partager ces évaluations dans les instances conventionnelles
- Adapter les conditions de la régulation aux besoins de terrain.

ENJEUX SOINS NON-PROGRAMMÉS – PDSA (2/2)

Sur le champ plus particulier de la PDSA

- Cibler prioritairement la première partie de la PDSA (« début » de nuit de semaine) où la demande est la plus forte
- Examiner les zones blanches en première partie de nuit (5% des zones) pour poser le diagnostic et identifier les réponses possibles en lien avec le Ministère en charge de la santé et les ARS
- Anticiper les tensions sur les zones tendues et préparer les réponses
- Soutenir les solutions innovantes et qui fonctionnent sur les territoires
- Examiner les évolutions des règles tarifaires qui seraient nécessaires

VALORISER LES PRISES EN CHARGE APRÈS RÉGULATION ET PARTICULIÈREMENT LES VISITES

Valoriser l'effectif régulée

- Pérenniser l'incitation à s'inscrire au SAS en simplifiant son indicateur pour permettre à plus de médecins de le percevoir : 1 000 € pour s'inscrire sur la plateforme et interfacer son agenda en supprimant la notion des 2h par semaine - plus de préalable au volet 1 du forfait structure
- Revalorisation des cotations SNP et MRT à 20€ entre 19h et 21h pour accompagner la transition entre le SAS et la PDSA (mêmes conditions de recours et de plafonnement)
- Le médecin peut facturer une majoration de 10€ en cas de visite à domicile avec un délai court (<24h) après appel de la régulation

CONCENTRER LES ACTIVITÉS NON RÉGULÉES SUR LES BESOINS COMPLÉMENTAIRES

Valoriser les visites en horaires PDSA

- Création d'une majoration de +6,50 € sur les visites
 - Samedi après-midi / dimanche
 - Nuit profonde et non profonde

CONCENTRER LES ACTIVITÉS NON RÉGULÉES SUR LES BESOINS COMPLÉMENTAIRES

Préciser les conditions de recours aux majorations non régulées

- Clarifier la **condition de facturation** liée au **patient**
 - Proposition de reprise de la définition d'urgence existant à la CCAM : « pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles. », plutôt que la rédaction actuelle « en cas d'urgence justifiée par l'état du malade ».
 - Contrôle des conditions de mise en place et de fonctionnement par l'ARS et l'assurance maladie des centres de soins non programmés
 - Autres conditions ?
- Dans les autres cas de consultations non régulées pendant les horaires PDSA, **création d'une majoration** (valeur à définir) sur une consultation à tarif opposable (et donc **impossibilité de coter MN, MM et F**)
- **Impossibilité pour les sociétés de TLC de facturer ces majorations non régulées**

Centrer le périmètre de l'acte **YYYY010**

- Au regard du périmètre de l'acte **YYYY010**, proposition **de restreindre aux situations où :**
 - **l'intervention du médecin est suivie de l'intervention d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation**
 - Intervention régulée et identifiée comme urgente par le régulateur (à étudier) ?

« Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique. »,

DÉVELOPPER LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

Conditions

- **Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, *a minima*, **départemental** (avec une cible possible régionale pour les ESS arrivées à maturité), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée
- **Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins **20%** des professionnels de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre, à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration de la d'au moins **50 %** des spécialistes de la spécialité concernée présents sur son territoire

Financement

- Le financement d'une ESS s'effectue selon **deux dotations** :
 - Un **crédit d'amorçage de 80 000 euros**, à l'acceptation de la lettre d'intention simplifiée, afin de pouvoir rédiger le projet de santé.
 - Une **dotation annuelle dès la première année entre 50 000 et 100 000 euros pour les missions socles** en fonction de la taille (selon le nombre de PS par ex.), puis complément en fonction des missions optionnelles
- Un suivi régulier de la montée en charge du dispositif est proposé, afin d'ajuster le cas échéant les modalités d'accompagnement financier de ces équipes, notamment pour prendre en compte la diversité de leurs tailles

04.

RENFORCER LA PERTINENCE ET LA QUALITÉ DES SOINS

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

- 1 Favoriser la **pertinence des prescriptions**, pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients, garantir le juste soin et limiter la redondance des actes en veillant à la juste allocation de la dépense publique
- 2 S'accorder sur une **dizaine de programmes de pertinence**, appuyés sur des référentiels scientifiques et accompagnés d'objectifs chiffrés, partagés entre partenaires conventionnels
- 3 Identifier les **leviers** qui permettront de sécuriser la juste prescription des produits de santé, des arrêts de travail, des transports sanitaires et des soins ambulatoires prescrits..
- 4 Inventer de **nouveaux mécanismes vertueux d'incitation financière** à une prescription de qualité (incitations collectives & individuelles)
- 5 **Valoriser les comportements de sobriété** dans la prescription de médicaments, dans un triple objectif de santé publique, de réduction de l'empreinte carbone du système de santé et de soutenabilité financière de l'assurance maladie.
- 6 S'accorder sur la nécessité de **corriger les atypies de pratiques** par rapport aux référentiels scientifiques, et sur les modalités d'accompagnement des professionnels concernés, tout en tenant compte l'hétérogénéité de certaines situations cliniques.
- 7 **Lutter collectivement contre les pratiques frauduleuses** d'une minorité de praticiens et protéger la médecine libérale des dérives du système (financiarisation, centres de santé déviants, sites frauduleux...).

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (1/3)

Champ	Assiette	Objectif
IJ	16 Md€	1. Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et <u>ralentir l'évolution de la dépense de 2% par an</u> en agissant auprès des 3 parties prenantes (employeurs, assurés, prescripteurs)
PRODUITS DE SANTE	0,4 Md€	2. Lutter contre l' <u>antibiorésistance</u> en diminuant la consommation d'antibiotiques <u>de 10% dès 2025 et de 25% à horizon 2027</u> et pour rejoindre la moyenne européenne
	7,7 Md€	3. Au vu du risque iatrogénique, diminuer le nombre de patients <u>polymédiqués</u> (6,7M de patients chez les + 65 ans), dans un double objectif de diminution globale de la polymédication et d'attention spécifique sur les hyper-polymédiqués (1,6M de patients) : <u>réduire de 20 % le nombre de patients polymédiqués</u>
	1,4 Md€	4. Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement <u>recommandées par la HAS</u> pour viser <u>100% de prescriptions conformes (NR/ou ITR)</u> en utilisant les outils d'accompagnement renforcé à la prescription de l'assurance maladie. Accompagner prioritairement la conformité de la prescription des AGLP-1 pour les non-diabétiques.
	1,1 Md€	5. Favoriser le développement des <u>biosimilaires</u> en primo prescriptions, et au moment du renouvellement, par les spécialistes libéraux. Cibler en particulier la pénétration des biosimilaires prescrits en ophtalmologie (traitement de la DMLA), ainsi qu'en gastroentérologie, rhumatologie et dermatologie (anti-TNF) : <u>atteindre 80 % de pénétration des biosimilaires</u>

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (2/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRODUITS DE SANTE	0,3 Md€	6. Compte tenu des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance , en les classant en assimilés stupéfiants et <u>diminuer leur volume prescrit et délivré de 10 %</u>
	1,3 Md€	7. Renforcer la pertinence de la prescription et de la délivrance des dispositifs médicaux dits « du quotidien » , pour lesquels un gaspillage économique et écologique est établi (bandelettes glycémiques, compléments nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie): ajuster les prescriptions en nombre et en type de CNO et pansements post chirurgie au plus près des besoins et <u>diminuer ainsi leur dépense de 5 %</u> et <u>faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour la totalité des patients</u>
	1,2 Md€	8. Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des orthèses d'avancée mandibulaires, dans le cadre des recommandations scientifiques : augmentation des <u>initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à 30 % à terme</u> en s'appuyant notamment sur les dernières recommandations de la société française de pneumologie faisant l'objet d'une nouveau dispositif de DAP dématérialisée
	0,3 Md€	9. Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS. Diminuer les prescriptions inutiles d'IPP dans les différentes classes d'âges, soit pour : <ul style="list-style-type: none"> - les enfants de moins de 2 ans hormis pour de rares indications* chez qui ils entraînent un risque d'infection - les adultes de moins de 65 ans sans facteur de risque lorsqu'ils sont par ailleurs traités par des AINS - les plus de 65 ans, au-delà de 8 semaines de traitement. <p>L'objectifs visé est une <u>baisse de 20% de prescription d'IPP</u></p>

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (3/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRESCRIPTIONS NON MÉDICAMENTEUSES	1,1 Md€	10. <u>Diminuer les actes d'imagerie redondants</u> et inutiles et améliorer la pertinence en renforçant les actions déjà engagées (lombalgie, radiographie de thorax, ASP, crâne) et en accompagnant la pertinence de la prescription sur la base des dernières recommandations HAS sur d'autres pathologies/actes (gonalgie, scapulalgie, cervicalgie)
	9,3 Md€	11. Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers (renseignement des informations nécessaires pour l'exécution de la prescription) et la validation systématique des BSI
	4,8 Md€	12. Au regard de l'impact environnemental des transports sanitaires et de la nécessaire recherche d'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient, renforcer la pertinence de la prescription de transports en <u>limitant le nombre de transports en ambulance et en généralisant la prescription de transports partagés lorsque l'état de santé du patient le permet.</u>
	5 Md€	13. Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles <u>en diminuant d'au moins 90% le nombre (ou le tarif) de ces actes</u> dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires et qui contiendra a minima la vitamine D, la T3/T4, le groupe sanguin, le fer sérique et la vitesse de sédimentation
AUTRE	/	14. Renforcer le juste recours à l' ordonnance bizonne pour les patients en ALD, laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement à 100%
	52 Md€	15. Assurer le dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque (diabète, MRC, BPCO, SCC, IC), ainsi que le dépistage précoce du cancer, pour favoriser l'entrée précoce dans le parcours de soins

DES ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES POUR RÉPONDRE À CES ENJEUX

De l'Assurance
Maladie

- ① **Mise à disposition d'informations**
Accessibilité des référentiels de bonne pratique, retours sur la pratique
- ② **Communication sur les enjeux de pertinence**
Communications ciblées auprès des PS et des patients
- ③ **Mise à disposition d'outils efficaces**
Outils numériques efficaces pour l'accompagnement de la prescription

Des médecins
conventionnés

- ① **Des prescriptions aux meilleurs standards de pertinence**
Respect des indications remboursables, des référentiels de bonnes pratiques lorsqu'ils existent, ...
- ② **Sobriété des prescriptions**
Moins de sur stockage de médicaments (ex : paracetamol), moins d'actes inutiles
- ③ **Utilisation renforcée des outils numériques et qualité de la prescription**
Prescriptions dématérialisées des arrêts de travail, déploiement de l'ordonnance numérique, vigilance sur les éléments réglementaires de la prescription etc

ENGAGEMENTS COMMUNS À TOUTES LES THÉMATIQUES

Assurance maladie

- **Informier :**
 - Partager avec l'ensemble des professionnels les **indications recommandées définies par la HAS** et le ministère et les **référentiels de bonne pratique**, et les informer des mises à jour
 - Informer les **assurés et les PS** sur les conditions de prise en charge et l'importance de la prévention et du juste soin / relancer des campagnes de communication grand public notamment le bon usage du médicament
- **Accompagner :**
 - Renforcement du **dispositif des groupes d'analyse de pratique**
 - Accompagner de manière ciblée les PS (libéraux et ES) présentant des écarts significatifs aux référentiels et aux pratiques, via des actions des **DAM et des PC**
 - Renforcer les **modes d'accompagnement attentionnés** dans les situations délicates, en permettant un recours spontané des médecins à l'Assurance Maladie
 - Saisir la HAS sur le cadre de **prescription en téléconsultation**
- **Outiller :**
 - Mettre à disposition sur Amelipro des **outils de datavisualisation** permettant aux médecins d'avoir un retour d'information sur sa pratique
 - Développer des **téléservices adaptés** pour sécuriser l'authenticité des prescriptions
 - Soutenir le recours des médecins à des **outils numériques tiers** efficaces et reconnus par la profession
 - Simplifier les démarches administratives des médecins et co-construire une doctrine en matière d'indus

Médecins conventionnés

- **Prescrire aux meilleurs standards de pertinence**
 - Respecter les **ITR et les référentiels de la Haute Autorité de santé**. S'informer et se former à cette fin.
 - S'appuyer sur l'expertise spécifique des autres professionnels de santé
- **Respecter le principe de sobriété des prescriptions**
 - **Prescrire moins** à chaque fois que cela est possible, à pertinence et qualité des soins équivalente
- **Respecter les qualités techniques des prescriptions**
 - Bascule généralisée de **l'ordonnance numérique**
 - Utiliser les **outils d'accompagnement** à la prescription et l'ensemble des téléservices de l'assurance maladie
 - Accepter **l'accompagnement** des délégués d'assurance maladie et les entretiens avec les praticiens conseils
 - Accepter le principe du **contrôle** et de la récupération d'indus, dans le cadre contradictoire permis par la convention médicale

3 DISPOSITIFS D'INTÉRESSEMENT PROPOSÉS

La mise en place de mécanismes d'intéressement permettant un **partage financier direct** des économies pour l'assurance maladie permises par des prescriptions **plus pertinentes et plus sobres**, est proposé sur 3 des programmes de pertinence, pour contribuer à :

- **Augmenter la part de biosimilaires** (existant – avenant 9) ;
- **Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS**
- **L'augmentation des initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) jusqu'à 30 % à terme**

RETOUR SUR L'INTÉRESSEMENT À LA PRESCRIPTION DES BIOSIMILAIRES

Les objectifs

- Valoriser l'augmentation du nombre de patients auxquels sont prescrits, conformément aux recommandations de bonne pratique, des médicaments biosimilaires par les médecins libéraux
- Augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires
- Augmentation des «switchs» des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires

Les critères d'inclusion des molécules

- elles sont inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux;
- elles peuvent être prescrites par les médecins libéraux;
- leur taux de pénétration des médicaments biosimilaires présente une marge d'amélioration élevée caractérisée par une marge de progression d'au moins 5 points pour atteindre l'objectif de 80 % (en volume) du taux de pénétration des médicaments biosimilaires sur leur marché de référence
- elles ne font pas l'objet d'un indicateur d'efficience de la ROSP

CALENDRIER ACTUEL ET MODALITÉS DE RÉPARTITION DES ÉCONOMIES

Au total 6 molécules sont concernées avec une clé de répartition fixée conventionnellement selon les modalités suivantes :

- à 30 % pour les médecins libéraux et 70 % pour l'assurance maladie pour la 1^{ère} année;
- à 20 % pour les médecins libéraux et 80 % pour l'assurance maladie pour la 2^{ème} année;
- à 10 % pour les médecins libéraux et 90% pour l'assurance maladie pour la 3^{ème} année

→ Pour les nouvelles molécules la même clé de répartition est appliquée sur 3 ans

Molécules	Date d'entrée dans le dispositif	Répartition en 2024
Etanercept	01/01/2021	90%/10%
Adalimumab	01/01/2021	90%/10%
Follitropine alpha	01/01/2021	90%/10%
Tériparatide	01/01/2021	90%/10%
Insuline asparte	01/01/2021	90%/10%
Enoxaparine	01/01/2021	90%/10%
Ranibizumab	01/07/2023	70%/30%

FOCUS SUR LES ANTI VEGF

Assiette anti VEGF : plus de 900 M€

→ Les deux produits les plus anciens anti VEGF (LUCENTIS et EYLEA) arrivent **en tête des dépenses en ville** faites par les spécialistes.

→ **LUCENTIS, et bientôt EYLEA, disposent de biosimilaires.**

Classement	Produit	Classe	Dépenses remboursables à fin juin 2023
1	EYLEA	Médicaments ophtalmologiques	332 M€
2	LUCENTIS	Médicaments ophtalmologiques	300 M€

Levier

→ **Partage des économies** entre les ophtalmologues libéraux et l'Assurance maladie générées par la prescription des biosimilaires avec l'intégration du ranibizumab dans le champ de l'intéressement de l'avenant 9 : permet aux ophtalmologues de bénéficier d'un **reversement de 129,52 € par PS et par patient** pour les prescriptions de 2023 et 2024 (sur la base de 4 injections par an et par patient)

→ Etudier la possibilité d'un dispositif d'intéressement complémentaire en lien avec l'enveloppe de l'avenant CCAM pour les ophtalmologues

→ Plus généralement : objectif d'atteindre **un taux de pénétration de 80% pour l'ensemble des biosimilaires**

→ **Cette amélioration de la pénétration des biosimilaires est un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et notre capacité à financer un égal accès de tous à l'innovation thérapeutique.**

Etat des lieux de la prescription des IPP – Cas particuliers

**Patients de moins de 65 ans
avec co-prescription d'IPP et d'AINS**

Nombre de patients

Prescription non
recommandée



4,7 M
15-64 ans

Montant global remboursé



16 M€

**Patients de 65 ans et plus sous IPP (seul ou en
association) et dont la durée a dépassé 8 semaines**

Nombre de patients

Prescription non
recommandée



3,6 M
65 ans et plus

Montant global remboursé



90 M€



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

Intéressement forfaitaire à la déprescription des IPP Présentation du dispositif

**Patients de moins de 65 ans
avec co-prescription d'IPP et
d'AINS**

**Patients de 65 ans et plus sous
IPP (seul ou en association) et
dont la durée a dépassé 8
semaines**

Année de référence (2023)



Part de l'économie pour
l'Assurance maladie



Part de l'économie pour
le médecin



Part de l'économie pour
l'Assurance maladie



Part de l'économie pour
le médecin

Année 1 (2025)

70%

30%

70%

30%

Année 2 (2026)

80%

20%

80%

20%

Année 3 (2027)

90%

10%

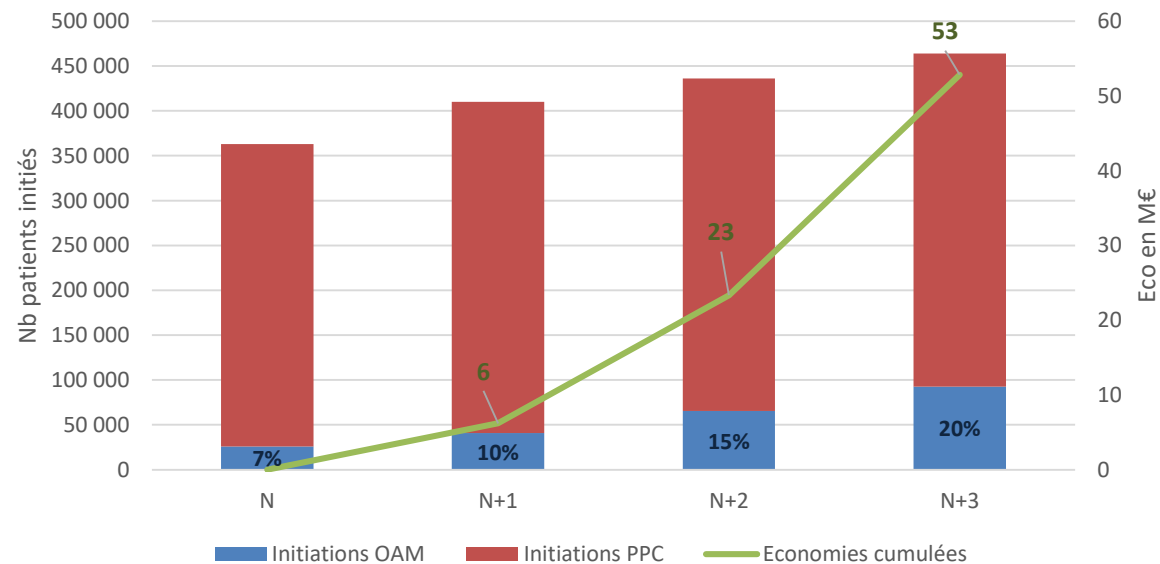
90%

10%

DISPOSITIF D'INTERESSEMENT AUX OAM : mise en place progressive pour augmenter le taux d'initiation par OAM

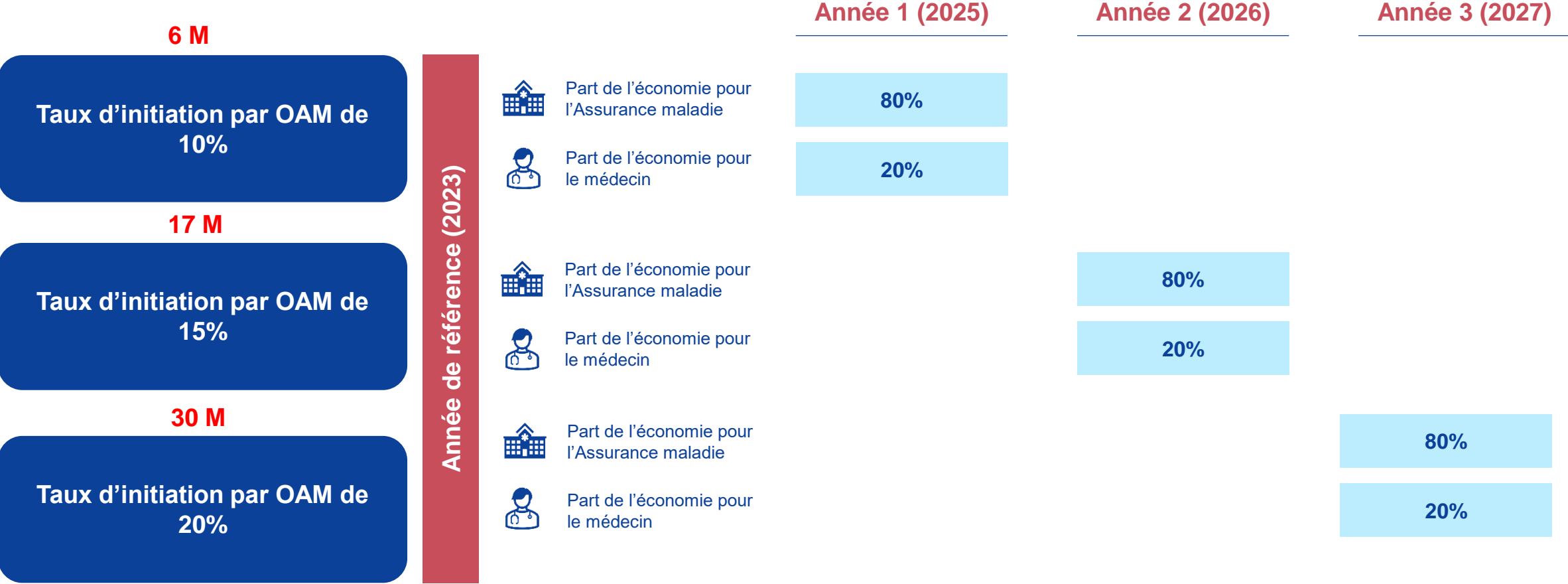
- Le taux d'initiation d'OAM en 2022 est de 7 %
- La population traitée pour un SAHOS augmente de 15% par an en moyenne.*
- Dans le rapport C&P pour 2024, Assurance Maladie entend promouvoir la prescription d'OAM plutôt que de PPC en mettant en place un indicateur national Cages avec un **objectif de 30 %** de prescriptions initiales hospitalières d'OAM en s'appuyant sur les recommandations HAS de bon usage.

Estimations économies potentielles avec objectif taux initiation OAM 20% (sur données 2022)



Intéressement forfaitaire à l'initiation d'OAM

Présentation du dispositif



- Une économie cumulée de **42,4 millions d'euros** sur 3 ans (en déduisant l'intéressement)
- Un intéressement s'élevant à 10,6 millions d'euros pour les PS sur 3 ans avec un gain croissant dans le temps

Détail des mesures d'économies

Intéressement forfaitaire à l'initiation d'OAM Potentiel d'économie pour l'Assurance maladie

Augmenter le taux d'initiation par OAM

Potentiel d'économie maximal sur 3 ans (CNAM)

42,4 M€

Prévoir une montée en puissance sur 3 ans

Année 1
Taux d'initiation à 10% (CNAM)

80%/20%

4,8 M€

Année 2
Taux d'initiation à 15% (CNAM)

80%/20%

13,6 M€

Année 3
Taux d'initiation à 20% (CNAM)

80%/20%

24 M€

Exemples de rémunérations pour le médecin avec nos hypothèses

Exemple pour le Docteur C

Selon le taux d'initiation national, l'intéressement obtenu est équitablement réparti entre les PS concernés

- Nombre de PS concernés : 6294
- Montant de l'intéressement = 10,6 M€

Sur 3 ans

1680 €

190€ - 540 € - 950 €

ENJEU ENVIRONNEMENTAL DANS LA CONVENTION (1/4)

SOBRIÉTÉ DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS AFIN DE RÉDUIRE LEUR IMPACT CARBONE



- Parmi les émissions carbone du système de santé (8% des émissions nationales), **50% sont les produits de santé** dont 29% pour le médicament (14,5M T CO2)
- Objectif de la stratégie nationale bas carbone : **réduire de 75 % nos émissions de gaz à effet de serre (GES) d'ici 2050**



- Afin de participer à l'atteinte de cet objectif, **créer un dispositif permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leur prescription de médicament par rapport à la pratique nationale et de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments.**

Les dépenses remboursées de médicaments en officine s'élèvent à **24 Md€**, avec une croissance de **+7,6 % en un an** (+1,7 Md€ entre oct21-sept22 et oct22-sept23)

- Près de la **moitié** des dépenses sont générées par **les établissements** (11,4 Md€), qui contribuent le plus à la croissance des dépenses (à hauteur de +1,13Md€ soit les 2/3)
- **Un tiers** des dépenses (8Md€) sont générées par les **omnipraticiens libéraux (MG+MEP)** (+235 M€ en 1 an soit une croissance de 3%)



ENJEU ENVIRONNEMENTAL DANS LA CONVENTION (2/4)

SOBRIÉTÉ DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS AFIN DE RÉDUIRE LEUR IMPACT CARBONE

Médecins (43 760)

- MG et MEP libéraux (omnipraticiens)
- Conventionnés, actifs au 31/12, non installés dans l'année
- Avec plus de 100 patients MT fidèles* annuels vus dans l'année
- Au moins 1 prescription d'un médicament suivi dans l'année



Patients (30 M)



- Patients MT fidèles* consommants** de plus de 16 ans
- Non décédés dans l'année

* Couples de patients-MT identiques en 2021 ET 2022.

** ayant bénéficié d'au moins 1 consommation de soins dans l'année en soins de ville.

Les médicaments suivis

- Médicaments délivrés et remboursés
- Prescrits par le MT à sa patientèle MT (on exclut les prescriptions faites par un autre médecin que le MT)
- Exclusion des vaccins et des médicaments de « spécialité » par la sélection des ATC5 qui ont été initiés majoritairement par des omnipraticiens (>50% d'initiation des patients par un omnipraticien)



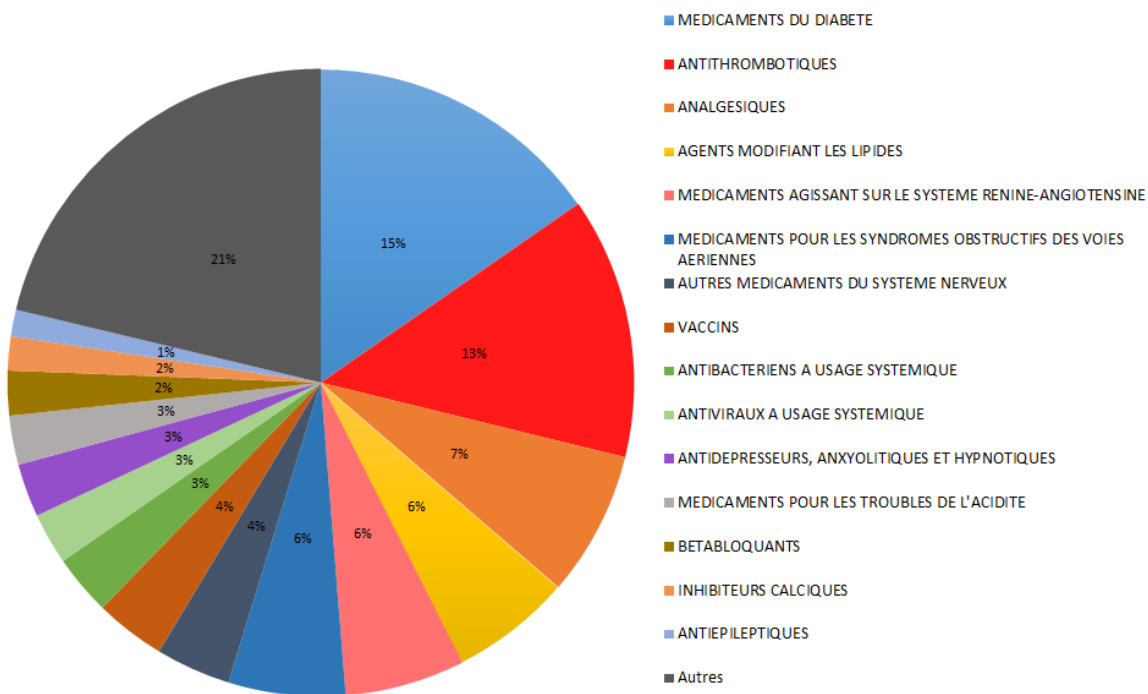
Définition de l'initiation : médicament qui a été prescrit par un MG sachant qu'aucun autre médecin n'a prescrit ce médicament au patient dans les 6 mois précédents

L'accompagnement et la sensibilisation à la sobriété cibleraient les dépenses remboursées à hauteur de 2,8 Md€ soit 36% du montant de la prescription par des médecins généralistes.

ENJEU ENVIRONNEMENTAL DANS LA CONVENTION (3/4) SOBRIÉTÉ DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS AFIN DE RÉDUIRE LEUR IMPACT CARBONE

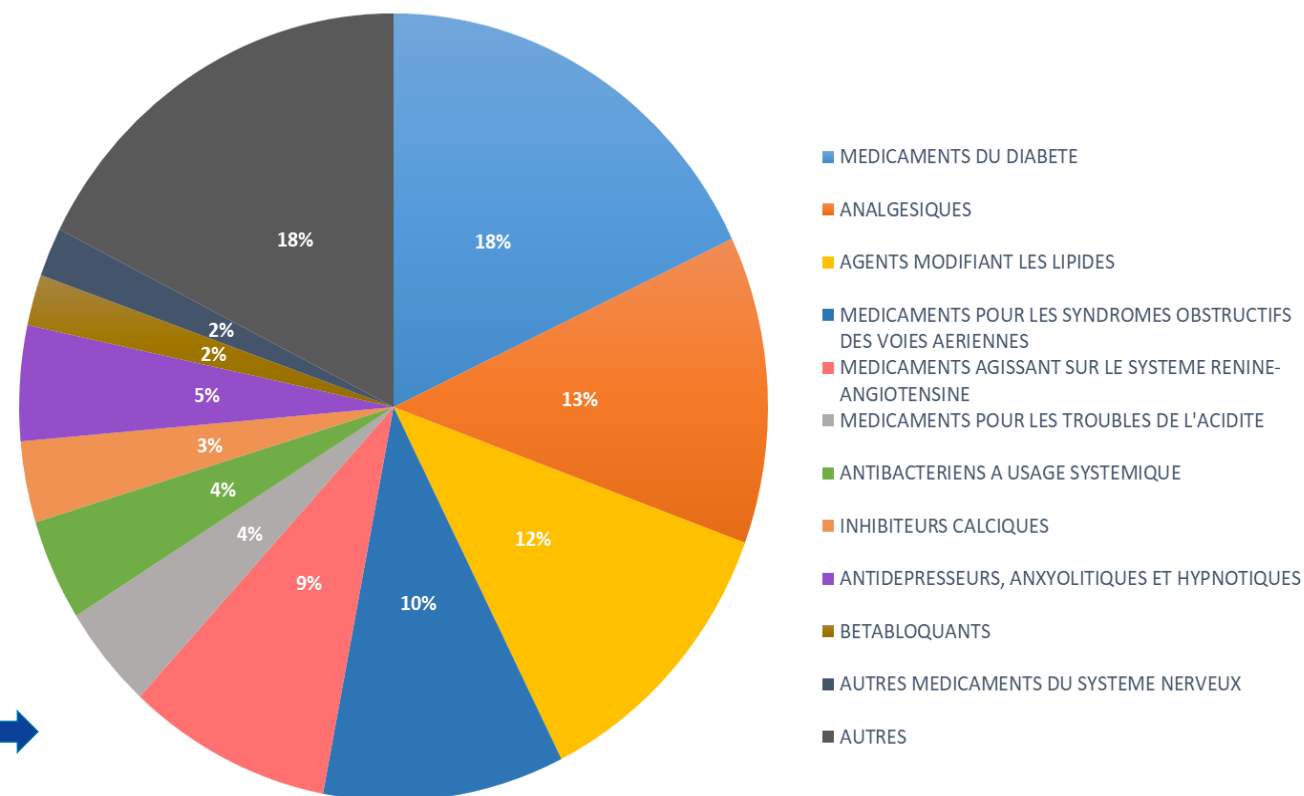
Omnipraticiens : toutes prescriptions médicamenteuses

Répartition des montants remboursés pour l'ensemble des prescriptions des omnipraticiens (oct22-- sept 23) sur 7,9 Md€ remboursés



Omnipraticiens : médicaments suivis (initiés par un omnipraticien et prescrits à sa patientèle fidèle consommatrice)

Répartition des montants remboursés par classe de médicament en 2022 (sur 2,8 Mrd€ remboursés*)



Autres : MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEUX, ANXIOLYTIQUES, VITAMINES, DIURETIQUES, ANTIINFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX, MEDICAMENTS DE LA THYROIDE, ANTIHISTAMINIQUES A USAGE SYSTEMIQUE, ANTIGOUTTEUX, MEDICAMENTS UROLOGIQUES, PREPARATIONS NASALES,

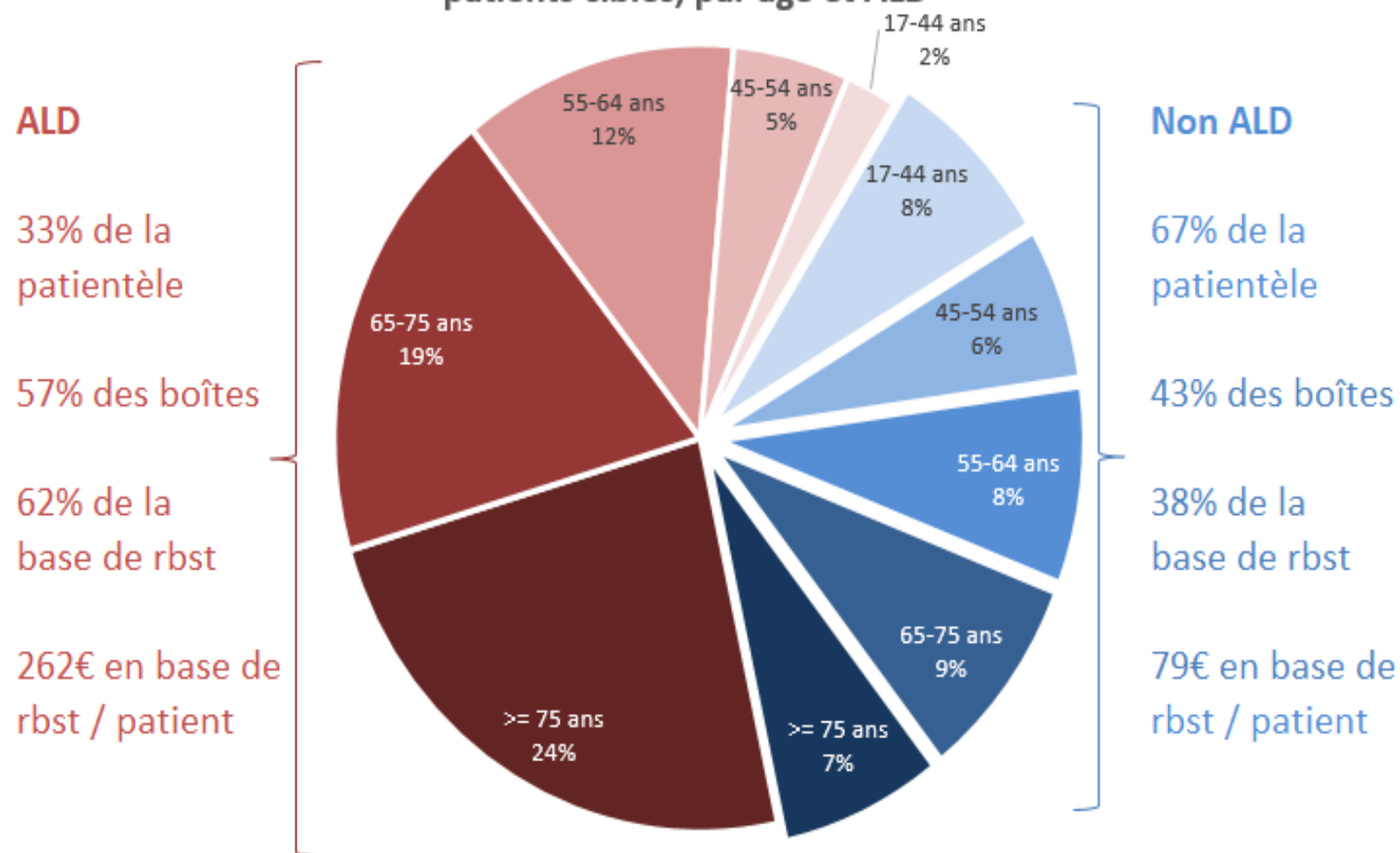
ZOOM SUR LA STANDARDISATION ET LE RÉSULTAT SUR LE RATIO

QUELS CRITÈRES POUR PRENDRE EN COMPTE LA DIVERSITÉ DES PATIENTÈLES

Critères de diversité de patientèle :


- Classes d'âge (5)
- Sexe
- ALD (oui/non)
- C2S (oui/non)

Répartition de la base de remboursement des médicaments et patients ciblés, par âge et ALD




ENJEU ENVIRONNEMENTAL DANS LA CONVENTION (4/4)

SOBRIÉTÉ DES PRESCRIPTIONS DE MÉDICAMENTS AFIN DE RÉDUIRE LEUR IMPACT CARBONE



Pour accompagner les prescripteurs, fournir un **indicateur de sobriété** permettant aux médecins de se situer par rapport à leurs pairs en prenant en compte les disparités de patientèles

Indicateur : Ratio entre la base de remboursement observée et la base de remboursement simulée à partir du comportement moyen de l'ensemble des médecins en France et des caractéristiques de la patientèle du médecin (âge, sexe, ALD et C2S)



Pour souligner l'investissement en faveur de la sobriété des prescriptions, envisager le versement d'un bonus pour les médecins qui ont les prescriptions les plus sobres ou dont la pratique évolue vers plus de sobriété

05.

PROCHAINES ÉTAPES

PROCHAINES ÉTAPES

Du côté de l'Assurance maladie, nous attendons les **retours sur l'ensemble des propositions faites lors des deux dernières multilatérales.**

Une prochaine multilatérale sera organisée **fin mars - début avril.**

D'ici à la prochaine multilatérale, l'Assurance maladie s'engage à fournir des **premiers éléments de rédaction** sur des **parties non tarifaires** de la convention.