

Avenant 9 – Focus

ce qui va changer dans votre exercice, décryptage

mardi 29 mars 2022

L'avenant 9 est un sujet qui suscite le débat depuis plusieurs mois. Son entrée en vigueur aura lieu le **1^{er} avril 2022**. Dans ce contexte, **l'URPS Médecins Libéraux de Bretagne vous informe factuellement sur ces évolutions à venir.**

Notre communication vise à vous présenter les principaux dispositifs de l'avenant 9, qui pourraient avoir un impact sur vos pratiques. Rappelons que les négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie sont menées par les syndicats.

Au sommaire :

Le forfait structure : focus sur les nouveaux indicateurs et prérequis	2
Évolutions tarifaires concernant certaines spécialités et consultations	5
Télémédecine : nouvelles règles pour les téléconsultations et téléexpertises	7
Mon Espace Santé, quelles nouveautés ?	9
Décryptage des modalités de mise en œuvre du SAS (Service d'Accès aux Soins) en Bretagne	12

L'avenant 9 introduit également d'autres dispositions, que nous ne détaillons pas dans cette communication :

- Dispositif d'intéressement à la prescription de produits de santé : **médicaments biosimilaires** (cf. article 6 de [l'arrêté du 22/09/2021](#))
- Activités tarifaires et résultats liés au dispositif **OPTAM/OPTAM-CO : mise en place d'un suivi mensuel** et non plus trimestriel sur l'espace dédié Amelipro (cf. article 7 de [l'arrêté du 22/09/2021](#))
- Valorisation de l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale **pour cause de paternité** (cf. article 8.2 de [l'arrêté du 22/09/2021](#))
- Intégration des praticiens temps partiel hospitalier dans le champ de la convention, et non plus uniquement temps plein (cf. article 8.1 de [l'arrêté du 22/09/2021](#))

Sources :

- Arrêté du 22/09/2021 portant approbation de l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016 ([à consulter en ligne](#))
- Version consolidée de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ([à consulter en ligne](#))
- Infographie synthèse réalisée par Le Quotidien du Médecin, en accès libre ([à consulter en ligne](#))

NB : Les CIS (conseillers informatiques services) et les DAM (délégués de l'assurance maladie) peuvent vous présenter les modalités d'application dans vos cabinets. Le replay d'un webinaire de l'assurance maladie sur l'avenant 9 sera prochainement disponible en ligne. Nous actualiserons notre site en conséquence.

Le forfait structure : focus sur les nouveaux indicateurs et prérequis

Le forfait structure permet aux Médecins Libéraux d'obtenir une **aide financière pour accompagner et faciliter la gestion de leur cabinet**. Mis en place par la convention médicale de 2016, il finance l'organisation et l'informatisation du cabinet.

Le **montant du forfait** se calcule en fonction :

- Du niveau d'atteinte des indicateurs, au 31 décembre de chaque année
- Du nombre de points obtenus (7€/point)
- Des deux volets suivants :
 - o Equipement du cabinet
 - o Démarches et nouveaux modes d'organisation

Un troisième volet existe, il est dédié au recrutement d'un assistant médical.

Attention : les volets 2 et 3 sont accessibles si l'ensemble des indicateurs du volet 1 sont atteints.

Voici la nouvelle architecture du forfait structure mise en place par l'avenant 9 :

		2021	2022	2023	
Volet 1	1 - Disposer d'un logiciel métier compatible DMP et d'un LAP certifié HAS	280 points (Total du Volet 1)	400 points (Total du Volet 1)	<i>Evolution des indicateurs 1 & 2 : Ajout de l'obligation d'avoir un LPS référencé Ségur et LAP certifié HAS</i>	
	2 - Disposer d'une messagerie sécurisée de santé				
	3 - Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale intégrant dernières fonctionnalités				
	4 - Taux de télétransmission > 2/3				
	5 - Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire ameli				
	6 - Implication dans les démarches de prise en charge coordonnée				
		-	<i>Indicateur 6 : Transfert du volet 2 vers le volet 1</i>	400 points (Total du Volet 1)	
Volet 2	1 - Usage des services (cf. diapositive 76)	Usage téléservices	90	100	110
		Usage DMP	-	40	40
		Usage Messagerie Citoyenne Mon espace santé entre PS et patients	-	40	40
		Usage e-prescription	-	-	40
		Usage ApCV	-	-	40
	2 - Capacité à coder	50	50	50	
	3 - Implication dans les démarches de prise en charge coordonnée	120	<i>Indicateur 3 : Transfert du volet 2 vers le volet 1</i>		
	4 - Services offerts aux patients	70	70	70	
	5 - Encadrement étudiants en médecine	50	50	50	
	6 - Equipement pour vidéo-transmission	50	50	50	
	7 - Equipement médicaux connectés	25	25	25	
8 - a) Participation au Service d'Accès aux Soins (SAS)	150	200	200		
8 - b) Effectif Service d'Accès aux Soins (SAS)	-	<i>Jusqu'à 360 points</i>			
TOTAL		605	985	1 075	

(Source : assurance maladie)

Plusieurs changements majeurs sont à signaler dès 2022 dans le forfait structure :

Volet 1

Arrivée de l'indicateur 3 du volet 2 « **Implication dans les démarches de prise en charge coordonnée** » dans le volet 1. Ce qui veut dire qu'il devient un prérequis pour atteindre les volets 2 et 3.

Les modalités de déclaration et de comptabilisation seront précisées prochainement par l'assurance maladie.

NB : voici le descriptif qui existait jusqu'à présent pour cet indicateur :

Engagement dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients (maison de santé pluridisciplinaire, équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, réunions de concertation pluridisciplinaire...)

([source de cette définition](#) : Assurance Maladie)

Volet 2

Dans le cadre du déploiement de Mon Espace Santé ([consultez notre actualité dédiée](#)), création d'indicateurs d'usage

- Création d'un indicateur d'usage du DMP lié à son alimentation
- Création d'un indicateur d'usage pour la Messagerie de Santé Mon Espace Santé entre professionnels de santé et patients

Dans le cadre de la mise en œuvre et la généralisation du SAS ([consultez notre actualité dédiée](#))

- Modification de l'indicateur de participation au SAS (création d'un agenda public et inscription auprès de la structure de régulation)
- Création d'un indicateur de valorisation de l'effection des soins non programmés régulés par le SAS

Les changements à venir pour 2023 dans le forfait structure :

Dans le cadre du déploiement de Mon Espace Santé

Volet 1

Validation des indicateurs 1 et 2 conditionnée au référencement Ségur du logiciel de gestion de cabinet que possède le médecin (à voir avec votre éditeur)

Volet 2

- Création d'indicateur d'usage de la e-prescription
- Création d'indicateur d'usage de l'application carte vitale

Evolution en parallèle des téléservices :

Ils figurent dans l'indicateur 1 du volet 2 et sont détaillés de la manière suivante dans le tableau ci-dessous :

	Objectifs			Nombre de points		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Usage téléservice (% de dématérialisation des déclarations réalisées)*						
AAT (Arrêt de Travail en ligne)	60%	80%	90%	22,5	22,5	22,5
CM AT-MP (Certificat Médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle)	20%	30%	45%	22,5	22,5	22,5
PSE (Protocole de Soins Electronique)	70%	80%	90%	22,5	22,5	22,5
DMT (Déclaration de Médecin Traitant)	90%	90%	90%	22,5	22,5	22,5
DSG (Déclaration Simplifiée de Grossesse)	NC	NC	50%	-	-	10
SPE (Prescription Électronique de Transport)	NC	10%	30%	-	10	10
Total des points pour l'usage téléservice				90	100	110
Usage DMP (% de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP)	-	20%	20%	-	40	40
Usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients (% de consultations comprenant un échange par e-mail sécurisé avec le patient via la messagerie de Mon espace santé)	-	5%	5%	-	40	40
Usage e-prescription (% de prescriptions de produits de santé établies via le service e-prescription)	-	-	50%	-	-	40
Usage apCV (% des feuilles de Soins Électroniques réalisées avec l'apCV)	-	-	5%	-	-	40

* Les indicateurs d'usage ont vocation à être transférés dans le volet 1 du forfait structure dans le cadre de la nouvelle convention médicale 2023 (échéance actuelle convention 31 mars 2023). Les conditions de ce transfert seront définies dans le cadre de cette nouvelle convention.

(Source : assurance maladie)

Pour en savoir plus : cf. articles 4 et 5 de l'arrêté du 22/09/2021 portant approbation de l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ([à consulter en ligne](#)).

NB : Les CIS (conseillers informatiques services) et les DAM (délégués de l'assurance maladie) peuvent vous présenter les modalités d'application dans vos cabinets. Le replay d'un webinar de l'assurance maladie sur l'avenant 9 sera prochainement disponible en ligne. Nous actualiserons notre site en conséquence.

Évolutions tarifaires concernant certaines spécialités et consultations

L'avenant 9 introduit des **évolutions tarifaires concernant les médecins spécialistes et généralistes, à compter du 1^{er} avril 2022**. Des évolutions relatives à certaines consultations complexes et très complexes sont aussi à signaler.

Les **principaux domaines concernés** par ces nouveautés sont : la santé mentale, la gynécologie, la pédiatrie, ainsi que la prise en charge des patients en situation de handicap et des personnes âgées à domicile.

L'URPS MLB vous propose ci-dessous des tableaux récapitulatifs pour :

- les médecins spécialistes,
- les médecins généralistes,
- et les consultations complexes et très complexes dont certaines peuvent concerner toutes les spécialités.

MÉDECINS SPÉCIALISTES	
<p>Psychiatres, neuropsychiatres et neurologues</p> <p>Psychiatres : pour les patients de – 16 ans</p> <p>Psychiatres : pour les consultations réalisées dans les 2 jours ouvrables après demande du médecin traitant ou par le régulateur libéral du SAS</p>	<p>CNPSY 42,50 € (au lieu de 39 €)</p> <p>Majoration de 3 €</p> <p>2CNPSY</p>
<p>Gynécologues</p> <p>Consultations ou visites cotées CS ou VS</p> <p>Temps médical et diagnostic dans le prolongement d'une colposcopie</p>	<p>Majoration de 2 €</p> <p>Supplément de 15 €</p>
<p>Endocrinologues</p> <p>Consultation pour diabète compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant ou 1^e consultation pour endocrinopathie complexe</p>	<p>Majoration MCE à 22 € (au lieu de 16 €)</p>
<p>Pédiatres</p> <p>Nouveau forfait pédiatrique (NFP) pour la consultation pour les nourrissons de 0 à 2 ans</p> <p>Création d'une consultation complexe ASE (Aide sociale à l'enfance), afin de réaliser le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance</p> <p>Création d'une nouvelle consultation très complexe MPH : lors du passage du dossier entre ancien et nouveau médecin traitant ou entre pédiatre et nouveau médecin traitant (facturable par les deux médecins) pour les patients vivant avec un handicap sévère ; ainsi que pour le remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH d'un patient.</p>	<p>10 €</p> <p>46 €</p> <p>60 € Facturable 1 fois/patient</p>

MÉDECINS GÉNÉRALISTES	
Avis ponctuel de consultant	55 €
Création d'une consultation complexe ASE (Aide sociale à l'enfance), afin de réaliser le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance	46 €
Création d'une nouvelle consultation très complexe MPH : lors du passage du dossier entre ancien et nouveau médecin traitant ou entre pédiatre et nouveau médecin traitant (facturable par les deux médecins) pour les patients vivant avec un handicap sévère ; ainsi que pour le remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH d'un patient.	60 € Facturable 1 fois/patient
Visite très complexe VL , réalisée par le médecin traitant au domicile du patient : élargissement du champ aux patients de 80 ans et plus en ALD .	Facturable 1 fois/trimestre/patient
Consultations à domicile des patients atteints de maladie neurodégénérative	4/an (au lieu de 3), dans la limite d'1 consultation/trimestre
Consultations réalisées au domicile du patient pour soins palliatifs	4 fois/patient/année civile

CONSULTATIONS COMPLEXES & TRÈS COMPLEXES	
ASE	Création d'une consultation complexe ASE (cf. pédiatres ou médecins généralistes)
MPH	Création d'une nouvelle consultation très complexe MPH (cf. pédiatres ou médecins généralistes)
MIS	Extension aux troubles du spectre de l'autisme et aux troubles de neuro-développement
CTE de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme	Extension du périmètre aux troubles de neuro-développement englobant également les troubles de la relation précoce mère/enfant.
« Consultation blanche »	Visant le temps de rencontre planifié entre le patient vivant avec un handicap et le praticien ainsi que son lieu de consultation (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes) ; ou comme une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient. Ces consultations blanches sont valorisées à même hauteur que la consultation de référence.
Personnes en situation de handicap dans les structures de soins spécialisées	La majoration de déplacement « MD » est facturable, en sus des consultations, dans ce cadre par les médecins, toutes spécialités confondues, pour pratiquer des soins.

Pour en savoir plus : cf. article 1 de l'arrêté du 22/09/2021 portant approbation de l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ([à consulter en ligne](#)).

Télémédecine : nouvelles règles pour les téléconsultations et téléexpertises

Intégrés dans le droit commun depuis 2016, les actes de téléconsultation et de téléexpertise évoluent aujourd’hui avec l’entrée en vigueur de l’avenant 9.

Dans le but de favoriser l’accès aux soins et le déploiement du recours à ce type d’acte, cet avenant dans son article 2, vient préciser **leurs champs d’application, leurs tarifs, leurs modalités de réalisation et leurs facturations**. Nous les détaillons ci-dessous après avoir rappelé les définitions de ces 2 types d’actes.

La téléconsultation

Il s’agit d’une consultation réalisée à distance entre le médecin (généraliste ou spécialiste) et un patient.

Evolution du principe de prise en charge des actes de téléconsultation par l’assurance maladie dans le cadre de l’avenant 9

3 conditions cumulatives sont à respecter :

- S’inscrire dans le respect du **parcours de soins coordonné** avec orientation préalable du médecin traitant
- **Alterner** les consultations en présentiel et les téléconsultations
- S’inscrire dans une **logique d’ancrage territorial** de réponse aux soins

Toutefois, quelques exceptions demeurent pour faciliter l’accès aux soins :

Exceptions au parcours de soins	même règles que celles applicables à la consultation (spécialités en accès direct et patients de moins de 16 ans)
	exceptions spécifiques du recours aux organisations territoriales coordonnées de télémédecine (article 28.6.1.2)
	patients résidant en zone sous dense et sans médecin traitant
Exception à la territorialité	patient résidant en zone sous-dense et absence d’organisation territoriale coordonnée de télémédecine pour les TLC des M spé, et en plus absence de MT pour les TLC des MG
	patient orienté vers une téléconsultation par le médecin régulateur du SAS
Exception à l’alternance	patient orienté vers une téléconsultation par le médecin régulateur du SAS

(source : Assurance Maladie)

La téléexpertise

C’est une expertise ou avis, sollicité par un médecin dit « requérant » et rendu par un médecin dit « requis » en raison de sa formation ou de sa compétence particulière.

Evolutions du principe de prise en charge des actes de téléexpertise par l’assurance maladie dans le cadre de l’avenant 9 – à partir du 1^{er} avril 2022

- Ouverture de la téléexpertise à **tous les patients**

- Possibilité **pour les autres professionnels de santé** de réaliser des demandes auprès des médecins comme « requérant »
 - o Sous réserve d'intégration dans les accords conventionnels de chaque profession et dans la limite de 4 actes/an/patient
- Création d'un **niveau unique de téléexpertise**
 - o Acte valorisé à hauteur de 20€/acte dans la limite de 4/an/médecin requis pour un même patient
- Création d'un **acte requérant code « RQD »**
 - o Acte valorisé à hauteur de 10€/acte limité à 4 actes/an/médecin requérant pour un même patient

Note de l'URPS MLB :

Nous vous proposons un **service de téléexpertise en cancérologie cutanée, OncoBreizh Télédermato**. Pour en savoir plus, consultez notre page dédiée : www.urpsmlb.org/actualite_urps/oncobreizh-teledermato/

Pour en savoir plus :

- cf. article 2 de l'arrêté du 22/09/2021 portant approbation de l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ([à consulter en ligne](#)).
- diaporama de l'assurance maladie « Mode opératoire télémédecine 02/2022 » ([téléchargeable en ligne](#)).

Mon Espace Santé, quelles nouveautés ?

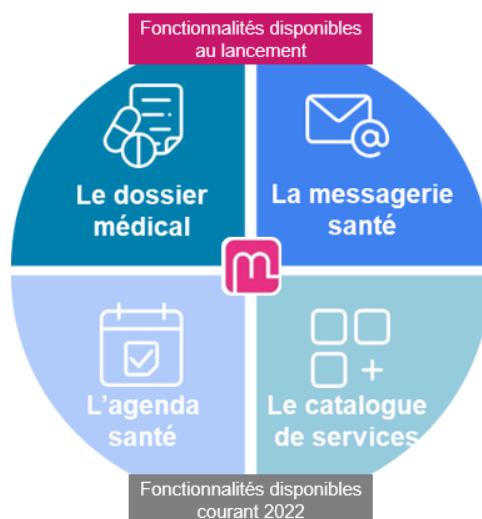
Afin de favoriser la transformation numérique et l'utilisation des services numériques en santé, le gouvernement, dans la dynamique enclenchée par le Ségur de la Santé, a lancé Mon Espace Santé. Porté par l'Agence du Numérique en Santé, ce nouvel Espace vient **faciliter la communication entre les professionnels de santé et les patients**, et fournir un réel service de carnet de santé numérique à la population.

Pour les médecins, qu'est-ce que Mon Espace Santé change dans la pratique ?

Pas grand-chose !

Pour le médecin, cet espace numérique s'inscrit **dans la continuité des services déjà existants**, notamment du Dossier Médical Partagé (DMP) et de la messagerie sécurisée.

D'autres services, tels que l'agenda santé et un catalogue seront ouverts aux citoyens **dans le courant de l'année 2022**.



(source : Assurance Maladie)

L'ouverture d'une messagerie sécurisée de santé est l'une des nouveautés côté usagers. Elle leur permet de communiquer avec les professionnels de santé qui les prennent en charge. Pour les médecins, cela veut dire que, depuis leur messagerie sécurisée, ils pourront initier une communication avec le patient et décider du moment où ils y mettent fin.

Il est à noter que l'inverse n'est pas possible, afin de limiter les sollicitations des usagers vers les professionnels de santé.

Les gros changements dans la pratique médicale se concentrent sur **l'intégration de l'évolution de ces services par les logiciels de gestion de cabinet** (qui devront être référencés Ségur) et sur **l'atteinte des cibles d'usage**, afin d'encourager les médecins à l'utilisation de ces services.

Ces éléments se retrouvent traduits par l'évolution des indicateurs dans le forfait structure ([consultez notre actualité dédiée](#)).

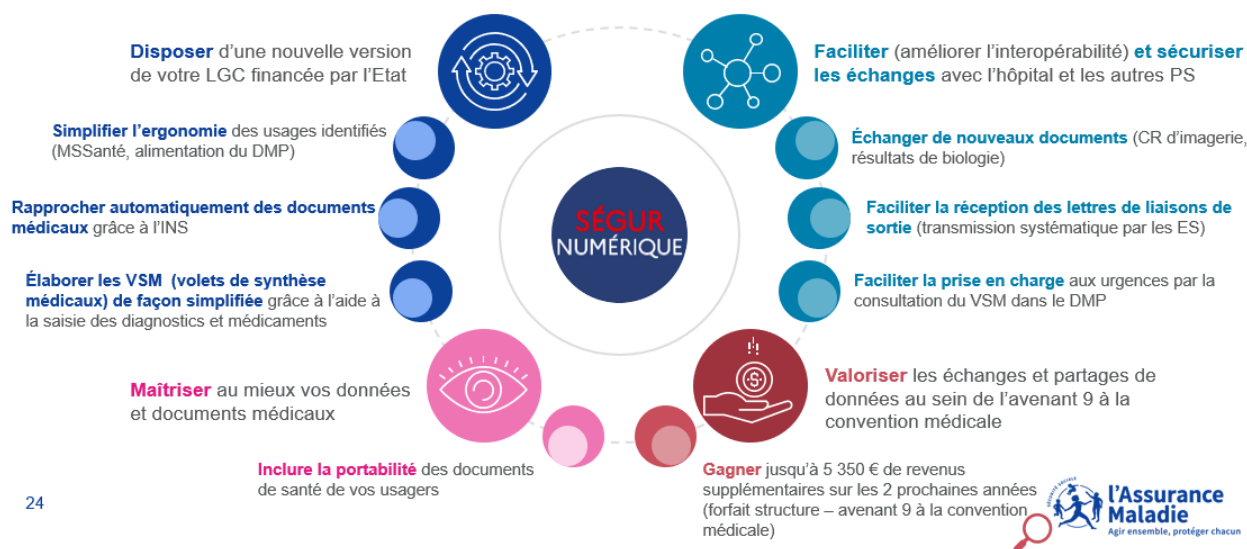
1. Obtenir un logiciel référencé Ségur

Conscient que la problématique de **l'interopérabilité des systèmes informatiques** est au cœur de l'évolution de l'échange et du partage de documents entre professionnels de santé mais aussi auprès du patient, l'Etat donne un gros coup d'accélérateur. Il incite en effet les éditeurs à se mettre en conformité avec les exigences techniques de partage et d'échange instaurées dans le cadre du Ségur de la santé. Le principe socle est **la prise en charge financière par le gouvernement de ces évolutions** pour qu'elles ne soient pas à la charge du professionnel de santé.

En pratique, **pour les Médecins Libéraux, à partir de 2023, les indicateurs 1 et 2 du volet 1 du forfait structure évoluent**. Pour les valider, vous devrez avoir fait évoluer votre logiciel de gestion de cabinet, avec une solution référencée Ségur.

Actuellement, vos éditeurs de logiciels sont en train de faire le nécessaire pour obtenir ce référencement. Ils réalisent donc une mise en conformité de leurs fonctionnalités pour qu'elles puissent répondre aux exigences du Ségur, qui s'illustre par :

- **L'intégration dans le logiciel métier des documents et données numériques** reçus des professionnels de santé par MSSanté ou provenant du DMP de l'utilisateur
- La génération de certains types de documents et de données numériques, en particulier le **Volet de Synthèse médicale (VSM)**
- L'intégration optimisée des **comptes rendus de biologie structurés** (alerte, mise en évidence des valeurs hors norme...)
- **L'envoi de ces documents et données numériques par messagerie sécurisée de santé MSSanté** vers un professionnel de santé ou vers l'utilisateur et leur alimentation systématique dans le DMP



24

(source : assurance maladie)

Pour cela, comment faire ?

- **Vous rapprocher de votre éditeur actuel** (ou de l'éditeur de votre choix si vous souhaitez en changer) pour savoir si son logiciel sera référencé Ségur, ou bien [vous rendre sur le lien suivant](#) pour voir si cet éditeur est déjà référencé
- **Passer commande auprès de l'éditeur de votre choix** – la première vague de commande est ouverte jusqu'au 15 juillet 2022.
- **Programmer l'installation de votre logiciel** (prise en charge par l'Etat auprès de votre éditeur) – votre éditeur doit avoir réalisé la mise à jour avec le pack Ségur avant le 15 octobre 2022

2. Atteinte des cibles d'usage

Pour soutenir l'intégration de ces nouveaux services dans la pratique et le quotidien des médecins, **des indicateurs d'usages intègrent le forfait structure**. Ce dernier évolue donc entre 2022 et 2023, au rythme de l'activation des services prévue de la manière suivante :

En 2022 :

- **Indicateur d'usage et de remplissage du DMP – 40 points (280€)**
Atteint si 20% des consultations donnent lieu à l'alimentation d'un document
- **Indicateur d'usage de la messagerie sécurisée – 40 points (280€)**
Atteint si au moins 5% des consultations comprennent un échange par mail sécurisé avec un patient

En 2023, la e-prescription et l'application Carte Vitale feront leur entrée :

- **Indicateur d'usage de la e-prescription – 40 points (280€)**
Atteint si 50% des prescriptions des produits de santé du médecin sont émises via le service de e-prescription
- **Indicateur d'usage de l'application carte Vitale – 40 points (280€)**
Atteint si 5% des Feuilles de Soins Electroniques sont réalisées avec l'application Carte Vitale

Voici un tableau récapitulatif de l'ensemble des indicateurs d'usage des services prévus dans le forfait structure pour 2022 et 2023, et l'équivalent en point avec un focus sur les indicateurs des services numériques.

	Objectifs			Nombre de points		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
Usage téléservice (% de dématérialisation des déclarations réalisées)*						
AAT (Arrêt de Travail en ligne)	60%	80%	90%	22,5	22,5	22,5
CM AT-MP (Certificat Médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle)	20%	30%	45%	22,5	22,5	22,5
PSE (Protocole de Soins Electronique)	70%	80%	90%	22,5	22,5	22,5
DMT (Déclaration de Médecin Traitant)	90%	90%	90%	22,5	22,5	22,5
DSG (Déclaration Simplifiée de Grossesse)	NC	NC	50%	-	-	10
SPE (Prescription Électronique de Transport)	NC	10%	30%	-	10	10
Total des points pour l'usage téléservice				90	100	110
Usage DMP (% de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP)	-	20%	20%	-	40	40
Usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients (% de consultations comprenant un échange par e-mail sécurisé avec le patient via la messagerie de Mon espace santé)	-	5%	5%	-	40	40
Usage e-prescription (% de prescriptions de produits de santé établies via le service e-prescription)	-	-	50%	-	-	40
Usage apCV (% des feuilles de Soins Électroniques réalisées avec l'apCV)	-	-	5%	-	-	40
* Les indicateurs d'usage ont vocation à être transférés dans le volet 1 du forfait structure dans le cadre de la nouvelle convention médicale 2023 (échéance actuelle convention 31 mars 2023). Les conditions de ce transfert seront définies dans le cadre de cette nouvelle convention.						

(Source : Assurance maladie)

Pour en savoir plus : cf. articles 4 et 5 de l'arrêté du 22/09/2021 portant approbation de l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ([à consulter en ligne](#)).

NB : Les CIS (conseillers informatiques services) et les DAM (délégués de l'assurance maladie) peuvent vous présenter les modalités d'application dans vos cabinets. Le replay d'un webinar de l'assurance maladie sur l'avenant 9 sera prochainement disponible en ligne. Nous actualiserons notre site en conséquence.

Décryptage des modalités de mise en œuvre du SAS (Service d'Accès aux Soins) en Bretagne

Qu'est-ce que le SAS ?

En tant que Médecins Libéraux, vous êtes concernés par la mise en œuvre du SAS (Service d'Accès aux Soins). Le dispositif concerne aujourd'hui les médecins généralistes. Mais il sera ensuite ouvert aux spécialistes, ainsi qu'aux autres professionnels de santé dans un second temps.



Le SAS est un dispositif prévu par le Pacte de refondation des urgences de 2019, dont l'expérimentation a été lancée en janvier 2021 dans 22 sites pilotes en France. **Deux départements bretons sont sites pilotes : le Finistère et l'Ille et Vilaine.**

L'extension du SAS aux Côtes d'Armor et au Morbihan interviendra dans les prochains mois.

Le SAS est **complémentaire des prises en charge des soins non programmés déjà fortement assurées par les médecins généralistes**, que ce soit en cabinet de ville ou dans des organisations coordonnées (CPTS, MSP).

Le SAS fonctionne **en journée, en dehors des horaires de PDSA** (Permanence des soins ambulatoires), c'est-à-dire de 8h00 à 20h00 en semaine, et de 8h00 à 12h00 le samedi matin.

Son objectif est de répondre au besoin d'un patient qui, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant, ne parvient pas à trouver de rendez-vous pour une consultation « urgente » (dans les 24h à 48h), et qui s'auto-orienter parfois de manière inadaptée vers les SAU (Service d'Accueil des Urgences). La **régulation libérale du SAS** orientera ainsi le patient, en cas de nécessité, vers la prise en charge adaptée, libérale ou hospitalière.

L'**avenant 9**, qui entre en vigueur au 1^{er} avril 2022, prévoit les modalités de valorisation de la participation des Médecins Libéraux aux soins non programmés, dans le cadre du SAS.

Comment fonctionne le SAS ?

Lorsqu'un **patient appelle le 15**, la régulation départementale du SAS, assurée par des **médecins régulateurs libéraux**, prend en charge la demande pour la qualifier et l'orienter.

Lorsque la demande nécessite une prise en charge par un médecin généraliste dans un délai court (24-48h), les médecins régulateurs libéraux du SAS sollicitent le médecin traitant du patient en première intention, ou les confrères volontaires du territoire dans un second temps.

1. En tant que Médecin généraliste Libéral, en quoi suis-je concerné par le SAS ?

>> Une gestion sécurisée de la continuité des soins de mes patients :

Le SAS assure à mes patients une réponse adaptée, lorsque je suis absent ou indisponible (hors remplacements).

>> Une organisation territoriale solidaire :

En échange et en concertation avec mes confrères et consœurs, **je mets à disposition de ma communauté médicale de proximité quelques créneaux de consultation par semaine pour recevoir des patients en situation urgente.**

>> Une régulation assurée par l'un de mes pairs :

Le motif pour lequel un patient me sera éventuellement adressé aura été « **validé** » **par un généraliste**. Si le motif d'appel ne justifie pas un contact médical dans les 48 heures, le patient est renvoyé vers le circuit ordinaire de prise de rendez-vous.

2. En tant que Médecin généraliste Libéral, comment puis-je m'impliquer dans le SAS ?

>> Être médecin effecteur de SNP (= réaliser des soins non programmés)

Le SAS ne fonctionnera que si un grand nombre de médecins participe, condition pour que la charge de travail reste « négligeable » pour chacun.

Vous pouvez être volontaire à plusieurs niveaux selon l'organisation de votre territoire :

- Vous pouvez vous porter volontaire **au niveau de votre cabinet** (seul, en groupe ou en MSP) en mettant à disposition du SAS des créneaux de disponibilité sur la Plateforme Numérique Nationale.
- Vous pouvez participer à l'organisation de SNP mise en place **par votre CPTS**, si elle existe sur votre territoire.

(Cf. ci-dessous dans le 3. les modalités pratiques détaillées pour devenir effecteur du SAS)

3. Les modalités pratiques pour devenir effecteur du SAS

a) Je m'inscris sur la plateforme du SAS

NB : les médecins membres d'une organisation CPTS ne sont pas concernés – cf. infra b)

AJOUTER OU MODIFIER DES DISPONIBILITÉS

Vous pouvez superposer vos disponibilités sans rendez-vous, sur rendez-vous à domicile. Lorsque vous êtes en congés, pensez à supprimer vos disponibilités.

Date *:

De *:

A *:

Je souhaite rendre visible un créneau disponible
(Ex. : 10h00-10h15, 10h15-10h30, ...)

Je peux recevoir patients sans RDV sur cette plage horaire

Type de consultation :

Consultation en cabinet Téléconsultation Visite à domicile

Sur la plateforme SAS, vous pourrez indiquer en quelques clics vos créneaux de disponibilités.

Afin d'y accéder, les demandes d'inscriptions des médecins généralistes doivent au préalable être validées par un référent départemental à solliciter par mail.

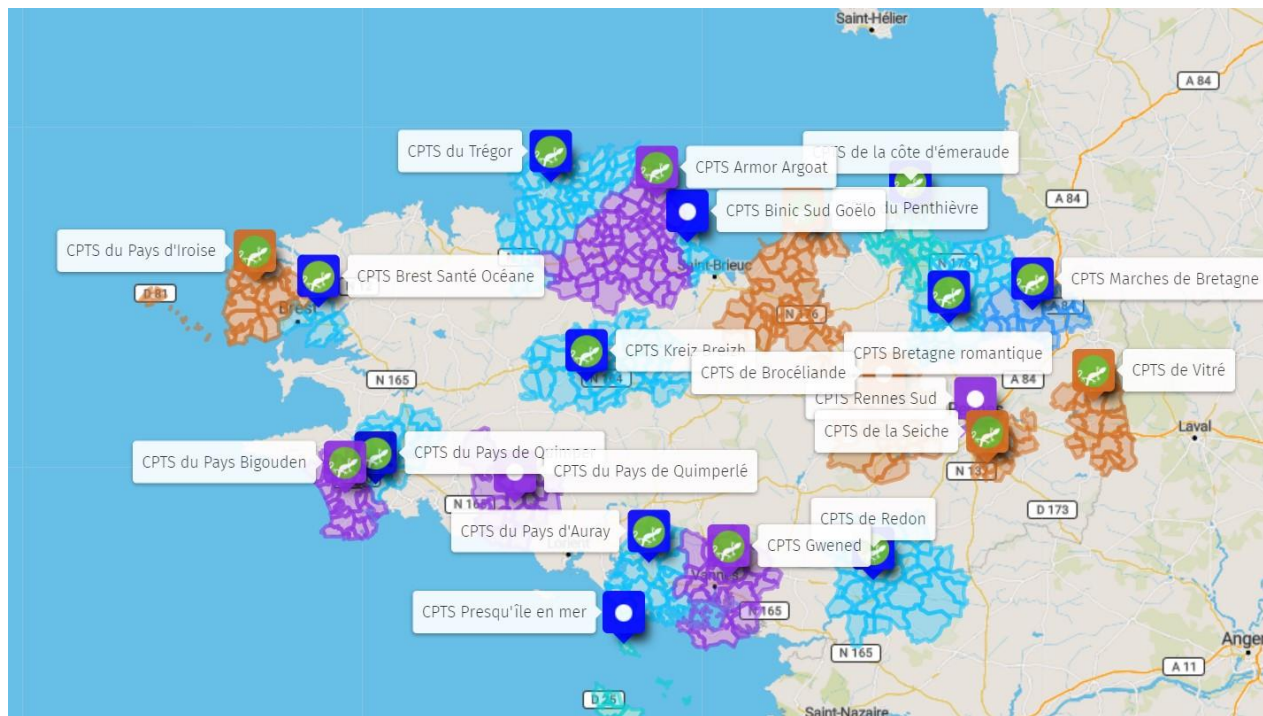
Modalités de contact du référent en l'Ille-et-Vilaine : contactez plateforme@sas35.fr

Une fois que vous serez inscrit, vous pourrez interfacer votre outil de gestion d'agenda avec la plateforme, si cet outil est agréé (liste des logiciels agréés au 15/03/2022 : Monmedecin.org ; MAIIA ; MainCare ; ClicDoc ; KelDoc ; Medunion – NB : il s'agit d'une première liste qui va s'étoffer au fil du temps, d'outils de prise de rdv ou d'outils métiers).

b) Je suis membre d'une CPTS

Je prends contact avec ma CPTS pour connaître l'organisation de mon territoire. En effet, c'est la CPTS qui sera mon interface auprès du SAS et de la plateforme nationale.

Voici une cartographie interactive des CPTS en Bretagne ([consultable en ligne](#)) :



(source : [association GECCO Lib'](#))

Si vous souhaitez être mis en relation avec votre CPTS, n'hésitez pas à nous solliciter à l'adresse contact@urpsmlb.org.

c) Mode de rémunération (avenant 9)

>> Evolution des indicateurs :

L'avenant 9 modifie l'indicateur 8 du forfait structure, qui est désormais intitulé « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge des soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS ».

« Pour 2021, cet indicateur est valorisé à hauteur de 150 points [soit 1 050 €].

A compter de 2022, les [deux] conditions de validation de l'indicateur sont :

- **avoir un agenda** ouvert au public (ou partagé avec la structure de régulation du dispositif SAS) permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes par semaine ;
- **ET être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant** à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS. A partir de 2022, l'indicateur est majoré de 50 points pour atteindre 200 points ».

Les deux conditions ci-dessus doivent être cumulées.

>> Rémunération pour les médecins effecteurs :

Les actes doivent être facturés au tarif opposable, quel que soit le secteur d'exercice du médecin.

L'indicateur 9 est créé « pour valoriser l'effection des soins non programmés **régulés par le SAS** ». Autrement dit, les SNP non régulés par le SAS ne font pas l'objet d'une rémunération supplémentaire.

« Les modalités de cette rémunération sont organisées selon le barème suivant :

- 10 points [70 €] de 5 à 15 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 30 points [210 €] de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 50 points [350 €] de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 70 points [490 €] de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 90 [630 €] au-delà de 45 SNP réalisés sur le trimestre ».

L'indicateur concerné est **suivi trimestriellement** et payé annuellement lors du paiement du forfait structure, qui intervient une fois par an à N+1.

« L'assurance maladie s'engage à étudier la faisabilité d'un versement trimestriel de cette rémunération sans attendre le paiement annuel du forfait structure ».

>> Rémunération pour les médecins régulateurs :

La **régulation libérale est valorisée 90 € par heure**, avec prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1.

Pour en savoir plus : cf. articles 3 et 5 de l'arrêté du 22/09/2021 portant approbation de l'avenant 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie ([à consulter en ligne](#)).