

## GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS

### 1° Un renforcement de la prise en charge des soins non programmés (régulés)

- Pérennisation de 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 (hors préalable du volet 1 du forfait structure)
- Revalorisation des cotations SNP [régulation SAS] et MRT [régulation 15] à 20 € (contre 15 € aujourd'hui) entre 19h et 21h pour accompagner la transition entre le SAS et la PDSA (mêmes conditions de recours et de plafonnement)

### 2° Une revalorisation des visites pour répondre aux demandes de soins non programmés

- Majoration de 10 € en cas de visite à domicile avec un délai court (< 24h) après appel de la régulation SAS
- Majoration de 6,5 € sur toutes les visites à tarif opposable pendant les horaires PDSA (visites régulées ou non régulées)

### 3° De nouvelles règles de facturation des soins non-programmés non régulés

- Facturation des majorations MN, MM et F :
  - uniquement en cas d'urgence telle que définie ci-dessus ;
  - non facturable en téléconsultation
- Urgence : « 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 » (définition CCAM)
- En dehors des situations d'urgence : création d'une majoration (5 €) sur une consultation à tarif opposable (ouvert en TLC) non-cumulable avec les majorations MRT et SNP

## GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS

### **4° La mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance Maladie**

1. Vérification de l'appel aux praticiens réalisé après 19h
2. Contrôle de la justification de l'urgence
3. Respect des conditions dimanches / jours fériés

### **5° Une clarification de l'acte YYYY010**

*(Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin )*

- Recentrer cet acte aux situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation
- Validation en CPL du cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires peuvent être éligibles à cette cotation

### **6° Harmoniser les rémunérations des médecins exerçant en services d'urgence**

- Depuis la réforme des urgences de 2022 : disparité des actes facturés selon que le passage est suivi d'hospitalisation (NGAP) ou non (forfaits définis par arrêtés)
- Convergence les 2 systèmes de rémunération et tenir compte des autres revalorisations conventionnelles
  - Patients CCMU 1 et 2 : consultation standard (revalorisation à 30 €)
  - Patients CCMU 3 : U03 (revalorisation à 40 €)
  - Patients CCMU 4 et 5 : U45 (revalorisation à 50 €)
- Sur le modèle des passages non suivi d'hospitalisation, création d'un supplément pour les arrivées via ambulance/SAMU pour les personnes âgées (>75 ans, sur le modèle des forfaits définis par arrêtés) : +20 €
- Engager un groupe de travail conventionnel, avec le ministère de la santé (DGOS), sur les suites de cette réforme.

### **7° PDSES – revalorisation des gardes à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 pour converger avec les praticiens hospitaliers et lancement des réflexions sur les astreintes – chantier ministère, non conventionnel.**