

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016

NOR : AFSS1712818V

A fait l'objet d'une approbation en application des dispositions de la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, conclu le 8 février 2017, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes (MG), le syndicat « Le BLOC » et la Fédération des médecins de France (FMF).

AVENANT N°2

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15.

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au *Journal officiel* du 23 octobre 2016.

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

et

La Fédération française des médecins généralistes ;

La Fédération des médecins de France ;

Le Bloc,

Pour répondre à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous, les partenaires conventionnels se sont accordés sur la définition d'actes de télémedecine pour faciliter la prise en charge des patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les parties signataires à la convention nationale ont également convenu de procéder à quelques rectifications techniques dans le texte conventionnel.

Les parties signataires de la convention nationale conviennent de ce qui suit.

Article 1^{er}

L'article 28.6 de la convention nationale est remplacé par les dispositions suivantes.

« Article 28.6. – Le développement du recours à la télémedecine.

L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges entre professionnels notamment avec le déploiement de la télémedecine (téléexpertise et téléconsultation) participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Les partenaires conventionnels entendent donc promouvoir le déploiement de la télémedecine dans le respect des dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010.

Dans ce cadre, ils souhaitent plus particulièrement renforcer l'accès aux soins et le suivi des personnes âgées résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les partenaires conventionnels conviennent donc de favoriser la création des actes de télémedecine suivants.

Acte de téléexpertise entre deux médecins généralistes pour un patient admis en EHPAD

Les partenaires conventionnels proposent la création un acte de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD lesquels sont très souvent amenés à changer de médecin traitant compte tenu de l'éloignement de ce dernier par rapport à leur nouveau lieu de vie.

Ainsi, en cas de changement de médecin traitant pour un patient nouvellement admis en EHPAD, le nouveau médecin traitant aurait la possibilité, sous réserve du consentement du patient ou de son représentant légal, de solliciter l'avis du précédent médecin traitant par téléexpertise.

Cette téléexpertise qui serait réalisée de façon simultanée, permettrait d'identifier les points d'attention dans le dossier du patient et les situations à risque, notamment celles liées à la iatrogénie dans une démarche de conciliation médicamenteuse.

Le compte rendu de cette téléexpertise devra être inscrit dans le dossier du patient, et pourra l'être dans le dossier médical partagé, et mis à disposition du médecin coordonnateur de l'EHPAD sauf opposition du patient ou de son représentant légal.

Cet acte de téléexpertise dénommé TDT (téléexpertise dossier traitant) serait valorisé à hauteur de 15 euros et facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient ainsi que par le précédent médecin traitant.

Cet acte pourrait être facturé une seule fois lors de l'admission du patient en EHPAD et au plus tard dans un délai de 2 mois après le changement de médecin traitant.

Acte de téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital relevant d'un appel au centre de régulation des urgences

Les parties signataires proposent la création d'un acte de téléconsultation réalisé par le médecin traitant au profit des patients résidant en EHPAD à la demande d'un professionnel de santé de l'établissement qui constaterait une modification de l'état lésionnel ou fonctionnel du patient sans mise en jeu du pronostic vital qui relèverait alors d'un appel au centre de régulation des urgences. En l'absence du médecin traitant, cette téléconsultation peut être réalisée par son remplaçant ou l'organisation territoriale de la garde vers laquelle le patient est orienté.

Dans le cadre de cet acte, le professionnel de santé requérant l'avis du médecin traitant devrait être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin traitant, par moyen sécurisé, les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

La téléconsultation réalisée avec l'accord du patient ou son représentant légal comporterait à l'aide d'un moyen visuel, un interrogatoire, un recueil des éléments de l'examen clinique réalisé par le professionnel de santé et, s'il y a lieu, une prescription médicale adressée par moyen sécurisé au professionnel de santé de l'établissement requérant.

Le compte rendu de cette téléconsultation devra être inscrit dans le dossier du patient, et pourra l'être dans le dossier médical partagé, et mis à disposition du médecin coordonnateur de l'EHPAD sauf opposition du patient ou de son représentant légal.

Cet acte de téléconsultation dénommé TTE (téléconsultation médecin traitant avec EHPAD) serait valorisé à hauteur d'une consultation C ou CS auquel s'ajouterait la majoration pour les médecins généralistes (MMG) définie à l'article 28.1 de la présente convention ou pour les médecins traitants d'une autre spécialité que la médecine générale la majoration MPC définie à l'article 2 *bis* de la nomenclature générale des actes professionnels.

Cet acte ouvrirait droit à la cotation des majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins définies à l'annexe 9 de la convention nationale et aux majorations nuit, dimanche et jour fériés définies à l'article 14 de la nomenclature générale des actes professionnels.

Article 2

L'article 27.5.2 de la convention nationale intitulé « Evolution du dispositif de la ROSP » est modifié comme suit.

Avant le premier alinéa sont ajoutés les termes suivants : « Conformément aux dispositions de l'article 74 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et. ».

Les deuxième et troisième alinéas de l'article sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes : « Les parties signataires s'accordent sur la procédure décrite au présent article. ».

Article 3

L'article 28.1 de la convention nationale intitulé « La consultation de référence » est modifié comme suit.

Après les termes « 1^{er} mai 2017 » sont ajoutés les termes suivants : « cette majoration MMG est également applicable par les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables pour les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire et pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS. ».

Les termes « un code spécifique sera créé afin de simplifier la facturation par les médecins (facturation unique sur le poste de travail sans recours à la cotation directe de la majoration créée) » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes : « Afin de simplifier la facturation des médecins, la facturation de la majoration MMG s'effectue sous les cotations suivantes : G (correspondant à la facturation de la C+MMG), GS (correspondant à la facturation de la CS+MMG), VG (correspondant à la facturation de la V+MMG) et VGS (correspondant à la facturation de la VS+MMG). »

Article 4

L'article 28.3.1 de la convention nationale intitulé « Consultations à fort enjeu de santé publique » est modifié comme suit.

Après les termes « COE (consultation obligatoire de l'enfant) réalisées à tarif opposable par un médecin (généraliste ou pédiatre) qui serait valorisée à hauteur de » les termes suivants sont supprimés et remplacés par les termes suivants : « 39 euros à compter du 1^{er} mai 2017 et 46 euros à compter du 1^{er} novembre 2017. ».

Dans ce même article, la phrase « Dans le cadre de la mise en œuvre des deux consultations précitées, la majoration MBB et FPE du généraliste seraient supprimées. » est supprimée et remplacée par la phrase suivante : « Dans le cadre de la mise en œuvre des deux consultations précitées, la majoration FPE du généraliste serait supprimée au 1^{er} mai 2017 et la majoration MBB du pédiatre au 1^{er} novembre 2017. ».

Article 5

L'article 84. 3 de la convention nationale intitulé « Rôle de la commission paritaire locale » est modifié comme suit.

A la fin du premier alinéa, le terme « régional » est remplacé par le terme « local ».

Article 6

A l'article 2.1 de l'annexe 15 de la convention nationale intitulé « les indicateurs pour les médecins traitants » dans le paragraphe consacré aux indicateurs sur la grippe dans les deux items intitulés « fréquence de mise à jour des données » le terme « mensuelle » est remplacé par le terme « trimestrielle. ».