AVENANT 9

REVALORISATIONS TARIFAIRES – TELEMEDECINE ET BIOSIMILAIRES

Service des Délégués de l'Assurance Maladie – Muriel Michel – 24 mars 2022

LES APPORTS DE L'AVENANT 9

- Des revalorisations en hausse pour les médecins, pour un montant d'investissement à hauteur de 800 millions d'euros
- Une contribution à soutenir la médecine libérale au regard du Ségur de la santé pour l'hôpital
- Des mesures autour de 4 axes majeurs :

- Le renforcement de l'accès aux soins pour les publics prioritaires (personnes âgées, personnes atteintes d'un handicap)
- La mise en place une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés via le SAS
- La consolidation du parcours de soins, par le soutien aux spécialités cliniques et en fixant un nouveau cadre à la télé consultation et la télé expertise
- l'accompagnement du virage numérique pour la médecine de ville

THÉMATIQUES DE L'AVENANT 9

1. La Nomenclature : Modification de facturations, création de nouvelles consultations et revalorisations

2. Télémédecine : Assouplissement et Simplification

3. Biosimilaires

01

LA NOMENCLATURE DANS L'AVENANT 9

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LES ÉVOLUTIONS DE L'AVENANT 9 POUR LES MG

- ✓ Modifie les règles de facturation des prestations suivantes : VL , CTE, MIS
- ✓ Crée de nouvelles consultations : ASE , visite « blanche» et MPH
- ✓ Revalorise le tarif de l'APC

➢ **Ensemble des mesures applicables au 1er avril 2022**

L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

VL - CONSULTATION TRÈS COMPLEXE RÉALISÉE AU DOMICILE DU PATIENT

- **Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant**

  → 1 fois par trimestre de chaque année civile



- **Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant**

  → quatre fois par année civile et par patient



- **Consultation réalisée au domicile du patient de 80 ans et plus en ALD par le médecin traitant :**

  → 1 fois par trimestre de chaque année civile

Au maximum 4 VL sont facturables par an et par patient quelle que soit la situation conventionnelle du médecin



Tarif : 60 €



CTE - CONSULTATION DE REPÉRAGE DES SIGNES DE TROUBLE DU NEURO-DÉVELOPPEMENT (TND) OU D'UN TROUBLE DE LA RELATION PRÉCOCE MÈRE-ENFANT

Objectif : Amélioration de la prise en charge des enfants souffrant d'un trouble du neuro-développement

❑ **Extension de la CTE à l'ensemble des TND et au trouble de la relation précoce mère-enfant**

Cette consultation très complexe réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre :

- Permet de confirmer ou d'infirmer un risque de TND chez un enfant
- Comprend un examen clinique approfondi, un dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage de TND adaptés à l'âge de l'enfant selon les recommandations HAS.
- Comprend si nécessaire la recherche d'un trouble de la relation mère-enfant

Le cas échéant le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluri professionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2ème ligne

Cette consultation est prise en charge à 100 % uniquement si le patient est en ALD.

Code facturation CCE à 60 euros

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MIS – EXTENSION TND

Objectif : Amélioration de la prise en charge des enfants souffrant d'un trouble du neuro-développement

➢ **Extension de la majoration très complexe MIS**

Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave, d'une pathologie neurodégénérative

ou d'un trouble du neuro-développement



Code facturation MTX à 30 euros

Liens utiles :

- Recommandations HAS
- Page Ameli / Médecins et Page Ameli / Assurés

L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

ASE - CONSULTATION COMPLEXE À L'ENTRÉE DU MINEUR DANS LE DISPOSITIF DE PROTECTION DE L'ENFANCE

Objectif : Amélioration de la prise en charge des enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance

Cette nouvelle consultation complexe **ASE** est réalisée par le médecin généraliste ou le pédiatre

- Permet d'effectuer le **bilan de santé et de prévention obligatoire** prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance selon la loi du 14 mars 2016.

- de **repérer les besoins en termes de prévention et de soins**, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE).

Code facturation CCX à 46 euros

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

VISITE « BLANCHE »

Objectif : améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap

- **Introduction d'une dérogation au principe NGAP : «** *La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.* «

Pour une personne en situation de handicap une consultation <u>sans examen clinique</u> pourra être réalisée **dans les deux cas suivants** :

1/ un temps de rencontre <u>planifié</u> avec le médecin réalisé au futur lieu habituel de consultation en préparation de la prise en charge médicale ultérieure

> objectif : est l' accoutumance du patient à l'environnement lié aux soins :
personnel médical, lieu et équipements matériels

2/ lorsque la consultation débutée ne peut être menée à son terme du fait d'une manifestation aiguë du handicap du patient et doit être différée.

- **<u>Elle est valorisée comme une consultation de référence.</u>**
  Code facturation G à 25 euros



MPH - CONSULTATION TRÈS COMPLEXE DANS LE CADRE DE L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AVEC HANDICAP

Nouvelle consultation très complexe MPH avec deux contextes distincts de facturation :

1/ Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH

Objectif = valoriser le travail de remplissage complet du certificat médical obligatoire, permettant à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne en situation de handicap de façon pertinente.

le certificat doit contenir les éléments cliniques avec des informations sur les retentissements dans la vie quotidienne et le cas échéant le diagnostic.

La MDPH (**M**aison **D**épartementale des **P**ersonnes **H**andicapées) a besoin de connaître :

- -les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie, les compensations si elles existent;
- -les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ou scolaire, la régularité ou le caractère fluctuant des troubles;
- -les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques, sur la prise en charge avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.

Code facturation CCE à 60 euros

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MPH - CONSULTATION TRÈS COMPLEXE DANS LE CADRE DE L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AVEC HANDICAP

Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH (suite)

Les différents comptes rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat peuvent être utilement joints au certificat médical avec l'accord du patient.
En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints au certificat médical MDPH.

REGLE DE FACTURATION

Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire.

La facturation de la MPH n'est pas autorisée pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.

La MPH est facturable **une seule fois par patient** au titre du remplissage du certificat médical complet tel décrit ci-dessus joint au premier dépôt de dossier MDPH du patient.

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MPH - CONSULTATION TRÈS COMPLEXE DANS LE CADRE DE L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AVEC HANDICAP

2/ Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère

Objectif : valoriser le travail d'échanges d'informations permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleurs conditions du patient en situation de handicap sévère :

-entre l'ancien et le nouveau médecin traitant
-ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant

> hors ou en présence du patient

> La situation de handicap sévère est comprise ici comme l'altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.

L'ancien et le nouveau médecin traitant facturent chacun la MPH d'un montant de 60 €.

code facturation CCE 60,00

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

AUTRES MESURES AVENANT 9 MG

❑ Revalorisation de l'avis ponctuel du consultant à 55 € (au lieu de 50 €)

L'avis ponctuel de consultant est applicable, au cabinet ou en établissement, dès lors que la demande émane du médecin traitant, son remplaçant ou associé.

Le spécialiste consultant doit :

- ❖ adresser une copie du compte rendu et des éventuels examens complémentaires au médecin traitant déclaré
- ❖ s'engager à ne pas revoir dans les 4 mois suivants pour la même demande (même pathologie).

❑ <u>Dérogations existantes</u> *:*

Si pour rendre son avis, le médecin consultant doit :

- réaliser des actes techniques nécessaires à l'établissement de son diagnostic.

➔La 1ère consultation est cotée par un code « avis ponctuel de consultant »
➔ Les actes techniques sont tarifés selon les règles de facturation en vigueur.

- analyser un bilan complémentaire réalisé par un autre professionnel de santé, pour établir son diagnostic.

➔ la première consultation est cotée « avis ponctuel de consultant »
➔la seconde consultation (analyse du bilan complémentaire) est valorisée par une consultation telle que prévue par l'article 18 B de la NGAP.

Code facturation APC ou APV à 55 euros

AUTRES MESURES AVENANT 9 MG

- **Revalorisation des tarifs d'autres spécialités à compter d'avril 2022 :**
  - **Psychiatres**
  - **Pédiatres**
  - **Gynécologues**
  - **Anatomo-cyto-Pathologistes**

DÉCISION UNCAM SUITE LFSS 2022 – CCP ET ACCES A LA CONTRACEPTION

Modification de la CCP renommée : Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles :

- Avant uniquement mineure >> Maintenant, les jeunes hommes jeunes femmes de moins de 26 ans

Nota Bene : L'assuré n'a aucune participation financière liée à cette consultation

- Élargissement de champ : permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale

➔ **Prise en charge à 100 % + droit à l'anonymat**

Date effective : 1er avril 2022

Code facturation CCX à 46 euros

DÉCISION UNCAM SUITE LFSS 2022 – PRESCRIPTION

Prise en charge à 100 % de la contraception, des examens biologiques pour les patientes et patients de moins de 26 ans.

- Sur une ordonnance ISOLÉE

- Mentions obligatoires :
  - identité du patient
  - date de naissance de l'assuré (e)

  Avec l'indication « *contraception mineur (e)* » pour les assurés de moins de 18 ans

➔ **Prise en charge à 100 % + droit à l'anonymat, en laboratoire et pharmacie**

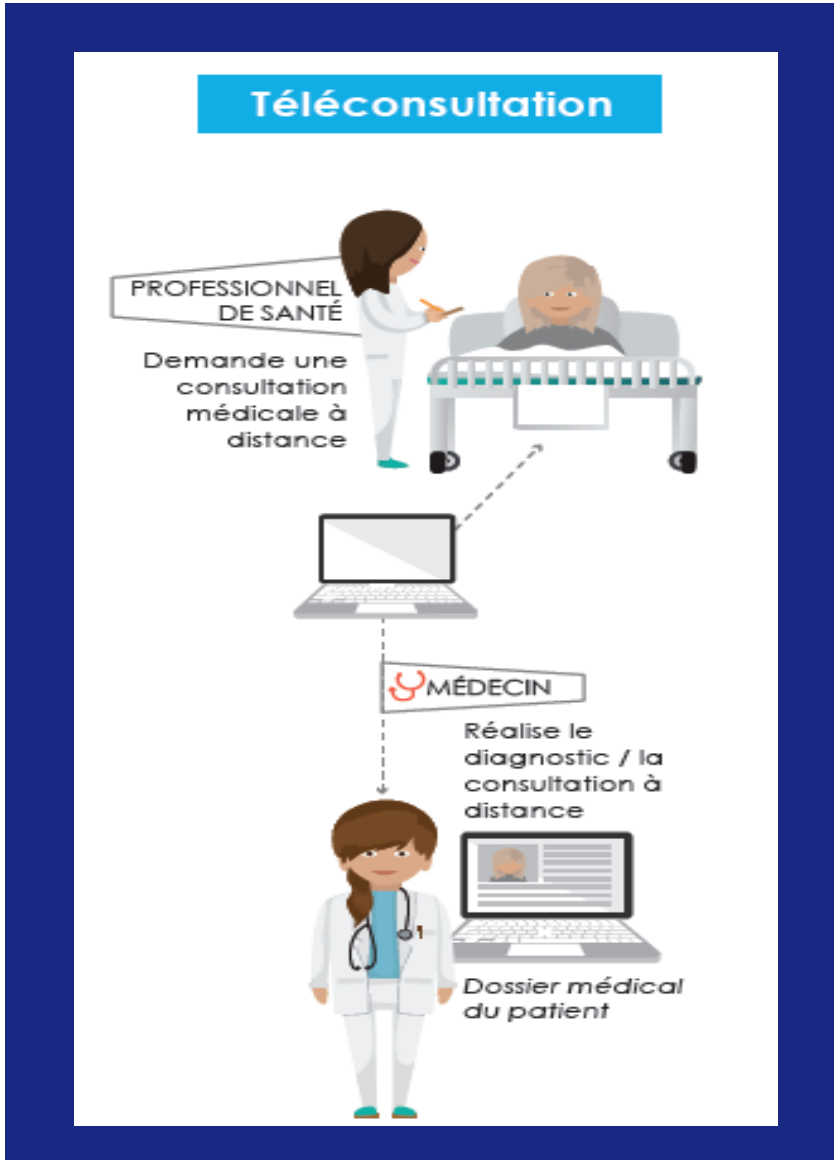
Site utile : ***https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception***

02

LES MESURES TÉLÉMÉDECINE PRÉVUES DANS L'AVENANT 9

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

DES ASSOUPLISSEMENTS POUR LES TÉLÉCONSULTATIONS EN ZONES SOUS DENSES



- **Quand ?**
  - Depuis la publication de l'avenant 9, le 26 septembre 2021
- **Qui est concerné ?**
  - tout patient, quel que soit son lieu de résidence, et tout médecin quelle que soit sa spécialité médicale
  - accompagnement possible du patient par un autre PS
- **Modalités (facturation code TLC : 25 €)**
  - recours obligatoire à un échange vidéo (vidéotransmission)
  - connexion à une solution sécurisée
  - consentement du patient
  - compte rendu à conserver dans le dossier patient
- **Les règles de prise en charge :**
  - respect du parcours de soins coordonné
  - alternance de consultations en présentiel et de téléconsultations
  - logique territorialité de la téléconsultation
- **Les assouplissements de l'avenant 9**
  - Un 1er contact à distance est possible pour initier une prise en charge = suppression du critère de connaissance préalable
  - Pour les patients résidant en zone sous-dense = le patient peut avoir recours à une téléconsultation en dehors de son territoire en l'absence d'organisation territoriale coordonnée de télémédecine et en absence de MT ou sur régulation du SAS après échec d'un rendez-vous avec un médecin du territoire

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

LA TÉLÉEXPERTISE



- **Accord conventionnel :** avenant 6 à la convention médicale de 2016 a inscrit dans le droit commun la tarification des actes de téléexpertise

- **Quand ?**
  - Depuis le 10 février 2019

- **Qui est concerné ?**
  - Tout médecin libéral et/ ou exerçant en établissement de santé, quelle que soit sa spécialité médicale
  - Limitation patients : ALD, maladies rares, zones sous denses, EHPAD, détenus
    > Ouverture tous patients en 2022

- **Modalités?**
  - Echange via messagerie sécurisée de santé en direct (synchrone) ou en différé (asynchrone)
  - Pas de connaissance préalable du patient requise

SIMPLIFICATION DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA TÉLÉEXPERTISE

Pour qui ?	**Tous les patients**
Quelles modalités ?	**4 TLX / an /patient** **Tous les professionnels de santé peuvent solliciter une TLX auprès d'un médecin** **Pour les médecins dans la limite de 4 actes / an pour un même patient**
Comment facturer ?	**Pour le requis : Une seule cotation - TE2 à 20 € (au lieu de deux précédemment)** **Pour le requérant : Un nouvel acte - RQD à 10 € (au lieu du forfait requérant)**
Quand ?	**A compter du 1er avril 2022**

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MISE EN PLACE D'UN SEUIL MAXIMAL D'ACTIVITÉ À DISTANCE

Pour qui ?	**Tous les médecins conventionnés**
Quelles modalités ?	• **Calculé par année civile, soit du 1er janvier au 31 décembre sur une année N** • **Calculé par médecin libéral : tous régimes, au titre de l'activité de l'ensemble des cabinets (principaux et secondaires)** • **Règle de calcul : rapport entre le nombre d'actes de téléconsultations et de télé expertises et le nombre total d'actes cliniques et techniques réalisés** • **Pas plus de 20 % d'actes de télémédecine (téléconsultation et téléexpertise)**
	Suivi trimestriel sur amelipro
Quand ?	**A compter du 1er janvier 2022**

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

03

BIOSIMILAIRES

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

DISPOSITIF D'INTÉRESSEMENT BIOSIMILAIRES

- Le dispositif proposé est le pendant en ville des dispositifs d'intéressement proposés aux établissements signataires du **C**ontrat d'**A**mélioration de la **Q**ualité et de l'**E**fficience des **S**oins (CAQES)

- **Objectif du dispositif:**

Valoriser l'engagement des médecins libéraux dans une démarche de qualité et d'efficience des prescriptions et dans l'accompagnement de leurs patients au changement de prescription. Il valorise l'effort et le temps consacrés par le médecin à accompagner le patient.

- **Le principe :**

L'intéressement est basé sur le partage de l'économie générée par la prescription d'un médicament biosimilaire en initiation de traitement ou en remplacement du médicament de référence (ou bioréférent).

- **4 critères d'inclusion des molécules au dispositif:**

- inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux ;
- prescription possible par les médecins libéraux ;
- taux de pénétration des médicaments biosimilaires présentant une marge de progression d'au moins 5 points, objectif à 80% (en volume)
- Ne pas faire l'objet d'un indicateur d'efficience de la ROSP ou de tout autre dispositif de rémunération en ville y compris auprès d'autres professionnels de santé.

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

DISPOSITIF D'INTÉRESSEMENT BIOSIMILAIRES

❖ **Dispositif souple et réactif avec une durée de vie des indicateurs courte**

❖ **6 substances actives incluses dans le dispositif à la date de signature de l'avenant 9 :**

✓ 3 à prescription restreintes: l'adalimumab, l'étanercept et la follitropine

✓ 3 à prescription toutes spécialités: le tériparatide, l'insuline asparte et l'énoxaparine

✓ **A noter: Le tériparatide, dont le générique a été commercialisé fin 2021, est exclu du dispositif, conformément à l'article 27 *bis* 7-2 de l'avenant 9 à la convention médicale**

❖ Adhésion pour tous les médecins conventionnés avec possibilité de refus individuel

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

DISPOSITIF D'INTÉRESSEMENT BIOSIMILAIRES

❖ **Modalités de calcul de l'intéressement:**

= (nombre de patients initiés +switchés) * économie réalisée sur le cout d'un traitement en année pleine pour un patient * clé de répartition

- ✓ **Initiation de traitement** : délivrance du médicament biosimilaire non précédée de la délivrance du médicament biosimilaire ou de son bioréférent dans les 12 mois.
- ✓ **Switch** : constat d'au moins 3 délivrances de médicaments biosimilaires après le passage du patient du médicament bioréférent au biosimilaire
- ✓ Exemple de l'économie annuelle par traitement pour l'insuline asparte:

MOLECULE	économies potentielles MAX (en M€)	économie annuelle /traitement
INSULINE ASPARTE	17,93	126 €

- ✓ basé sur une **clé de répartition** de l'économie générée :
  - à 30 % pour les médecins libéraux et 70 % pour l'assurance maladie en 2022
  - à 20% pour les médecins libéraux et 80 % pour l'assurance maladie en 2023
- ✓ **Paiement annuel de la rémunération**: premier versement fin du premier semestre 2023 sur les délivrances de 2022, suivi du dispositif par les PS sur Améli Pro

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun



QUESTIONS / RÉPONSES

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION ☺