

Séminaire de négociation entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats médicaux représentatifs

Jouy-en-Josas, les 2 et 3 décembre 2004

Point d'étape

Au terme du deuxième jour du séminaire de négociation des 2 et 3 décembre 2004, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats médicaux représentatifs – Confédération des Syndicats Médicaux Français, Syndicat des Médecins Libéraux, Fédération des Médecins de France, MG France et Alliance – ont défini ensemble une partie des principes généraux de l'accord conventionnel qu'ils souhaitent signer avant la fin de l'année 2004.

Ces principes ont pour objet de préciser les missions du médecin traitant et l'organisation de la coordination des soins (1). Ils fixent en outre des objectifs quantifiés de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, visant à améliorer la qualité des prescriptions et de nature à dégager des marges de manœuvre permettant de revaloriser le métier médical (2). Ils accompagnent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux technique tarifante au 1^{er} mars 2005 (3). Les signataires du présent point d'étape ont évoqué la rémunération des praticiens et le remboursement des dépenses de santé par l'Assurance Maladie en relation avec le parcours des patients dans le système de soins (4). Ils sont convenus de poursuivre leurs discussions dans les meilleurs délais.

1. Missions du médecin traitant et organisation du parcours de soins coordonnés :

Les signataires s'entendent, dès à présent, pour intégrer au texte conventionnel le chapitre suivant, sous réserve de précisions complémentaires :

« 1. PARCOURS DE SOINS ET COORDINATION

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 instaure un nouveau dispositif reposant sur le choix par chaque assuré de plus de 16 ans d'un médecin traitant, autour duquel les partenaires conventionnels mettent en place le parcours de soins coordonnés.

Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient consulte en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et avec son accord, vers un autre praticien : le médecin correspondant. Le patient peut également, tout en restant dans le parcours, consulter directement, pour certains des actes qu'ils effectuent, des médecins relevant de certaines spécialités dites à accès spécifique.

Dans tous les cas, le praticien consulté s'engage, à situation médicale comparable, à assurer des délais d'attente identiques entre patients, que ceux-ci le consultent en accès libre ou qu'ils soient intégrés dans un dispositif coordonné.

Par ailleurs, les cas de consultation en urgence ou lorsque l'assuré est en déplacement, c'est-à-dire éloigné de sa résidence habituelle, sont considérés comme des situations spécifiques. L'urgence est définie comme une situation non prévue plus de huit heures auparavant 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 du médecin.

Nonobstant le parcours de soins, la prolongation d'arrêts de travail, conformément à l'article L 162-4-4 du code de la sécurité sociale, doit être prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré.

1.1. L'ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNES

1.1.1. Le médecin traitant

1.1.1.1. Les missions du médecin traitant

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
- contribuer à la protocolisation des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du PIREs est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le DMP ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

1.1.1.2. Modalités de choix du médecin traitant

Le médecin traitant peut être médecin généraliste ou spécialiste.

Chaque assuré de plus de 16 ans adresse à sa caisse un imprimé intitulé "Déclaration de choix du médecin traitant", complété avec le praticien qu'il a choisi. Le médecin signifie son accord en cosignant l'imprimé précité. L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant.

1.1.1.3. Modalités particulières

- En matière de remplacement :

Lorsque le médecin traitant est indisponible, le remplaçant adoptant la situation du remplacé, il est considéré comme médecin traitant pour l'assuré.

- En matière d'exercice en groupe :

En cas d'indisponibilité du médecin traitant, son remplacement peut être assuré par un médecin participant au cabinet de groupe.

1.1.2. Le médecin correspondant

Missions du médecin correspondant :

- Répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous.
- Contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affections de longue durée.
- Tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre tous éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, comptes rendus d'hospitalisation, etc.

1.1.3. Parcours de soins coordonnés

Le médecin traitant assure les soins courants du patient qui l'a choisi comme tel. Dans certaines situations cependant, le médecin traitant peut faire appel à un médecin correspondant.

Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés sont les suivantes :

1. Médecin traitant (généraliste ou spécialiste) vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel :
Le médecin correspondant a un rôle de consultant, selon des modalités qui seront définies dans l'accord conventionnel. A ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et doit laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.
2. Médecin traitant (généraliste ou spécialiste) vers médecin correspondant pour soins itératifs :
Ces soins sont pratiqués selon :
 - un plan de soins pré-défini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
 - ou selon un protocole affection de longue durée ; le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant selon les périodicités pré-définies.
3. Médecin traitant (généraliste ou spécialiste) vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants :
Par exemple : intervention successive du chirurgien et d'un anesthésiste, etc. Cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.
4. Médecin traitant (généraliste ou spécialiste) vers médecin correspondant généraliste (MEP, etc.) :
Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

1.1.4. Accès spécifiques

Les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant.

1.1.4.1. Champ de l'accès spécifique

Sont concernés certains actes en gynécologie et en ophtalmologie. S'agissant de la psychiatrie et la neuro-psychiatrie, les participants ne sont pas parvenus à un consensus sur ce point.

Pour la gynécologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les actes de dépistage conformes aux référentiels scientifiques,
- le suivi des grossesses,
- l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

L'examen clinique gynécologique périodique et la prescription et le suivi d'une contraception feront l'objet d'une réunion spécifique.

Pour l'ophtalmologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs) (conformément à un référentiel à définir),
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome.

1.1.4.2. Ces praticiens sont intégrés au parcours de soins coordonnés

Dans les situations décrites ci-dessus, le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en terme de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.

1.2. OUTIL DE LA COORDINATION : LE DOSSIER MEDICAL PERSONNEL

Conformément à la loi, les médecins conventionnés consulteront et mettront à jour le dossier médical personnel (DMP) des patients qu'ils prennent en charge.

Le DMP a vocation à suivre le patient tout au long de son parcours de soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, dans le respect des règles du secret médical.

Dans l'attente de la mise en œuvre du DMP, le médecin traitant établit son dossier médical en conformité avec le parcours de soins coordonné.

A cet effet, ce dossier comporte les éléments d'information suivants:

- une synthèse actualisée des éléments du dossier nécessaires à la continuité des soins,
- les protocoles de soins, notamment les protocoles relatifs aux soins de longue durée et les protocoles de dépistage,
- les documents transmis par les professionnels participant à la coordination des soins : courriers de réponses, protocoles de soins proposés, résultats d'examens complémentaires, comptes rendus d'hospitalisation, comptes rendus opératoires, etc.

Les éléments ainsi colligés dans le dossier doivent permettre d'attester de la réalité de la coordination assurée par le médecin traitant. Ils sont remis au patient en cas de changement de médecin traitant. »

2. Objectifs quantifiés de maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé :

Les signataires entendent favoriser la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et parvenir à une inflexion significative de certaines dépenses, dès lors que – au vu de la réglementation applicable et des situations observées dans des pays comparables à la France au plan sanitaire - les évolutions constatées dans notre pays apparaissent manifestement atypiques.

Ils s'accordent sur la nécessité de construire un dispositif conventionnel innovant, reposant sur les principes suivants : un engagement des partenaires sur des objectifs quantifiés, une définition annuelle des thèmes et objectifs de maîtrise ainsi qu'un suivi paritaire et décentralisé. Ils affirment leur volonté d'atteindre ces objectifs.

Sur chacun des thèmes retenus, les engagements conventionnels peuvent répondre aux objectifs suivants :

- réduire des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées ;
- optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable ;
- renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes et prescriptions (indications remboursables, conditions de réalisation, relation avec les affections de longue durée, etc.).

Pour l'année 2005, les parties signataires retiennent comme thèmes de maîtrise, avec des économies attendues de 998 millions d'euros :

Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- un infléchissement de 10 points de la tendance d'évolution de la prescription des antibiotiques (91 millions d'euros d'économies),
- un infléchissement de 10 points de la tendance d'évolution de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques, (33 millions d'euros d'économies),
- une baisse de 1,7 points de la tendance d'évolution de la prescription d'arrêts de travail (150 millions d'euros d'économies),
- un infléchissement de 12,5 points de la tendance d'évolution des remboursements (prise en charge collective) de statines (161 millions d'euros d'économies),
- un meilleur respect de la réglementation de l'ordonnancier bizonne et des feuilles de soins permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une affection de longue durée à hauteur de 5 points (455 millions d'euros d'économies) ;

Sous forme d'accords de bon usage de soins (AcBUS) :

- l'efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (23 millions d'euros d'économies),
- le bon usage des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne (15 millions d'euros d'économies),
- la pratique de la coloscopie après polypectomie (15 millions d'euros d'économies).

Un engagement des médecins à augmenter la prescription des médicaments génériques sera proposé par l'UNCAM, dans l'objectif d'atteindre une économie complémentaire de 55 millions d'euros d'économies.

Enfin, les signataires entendent aborder la question des prescriptions de transports en 2005, en concertation avec les syndicats signataires de la convention nationale des transporteurs sanitaires.

Sous réserve de la conclusion d'un accord conventionnel, les parties signataires s'entendent pour revaloriser le métier médical dans le cadre du futur accord conventionnel par différentes mesures d'un montant total correspondant à la moitié des économies prévues, soit 500 millions d'euros hors classification commune des actes médicaux. Ces mesures seront mises en œuvre progressivement et de manière équilibrée en 2005 et 2006 et accompagnées d'une évaluation. Les parties s'entendent pour s'assurer d'une répartition équitable entre médecins généralistes et spécialistes.

3. Classification commune des actes médicaux :

La mise en place de la CCAM - technique codante et tarifante sera effective au 1^{er} mars 2005, conformément aux accords conclus entre les caisses d'assurance maladie et des syndicats médicaux le 10 janvier 2003.

Les signataires s'entendent pour que, avant le 15 décembre 2004, il soit défini un tarif de référence par l'affectation à chaque acte de la CCAM du tarif le plus proche possible du tarif actuellement pratiqué dans le cadre de la NGAP. Ceci, afin de permettre, d'une part, une observation affinée de l'impact de la CCAM sur les honoraires des médecins et de définir, d'autre part, d'ici le 15 janvier 2005, les modalités d'accession progressive aux tarifs cibles de la CCAM au terme d'une période de 5 à 8 ans de manière à réaliser une première étape dès le 1^{er} mars 2005.

4. Conditions de rémunération des praticiens et prise en charge par l'Assurance Maladie :

Les signataires ne sont pas parvenus à un consensus, à ce stade de la négociation, sur la valorisation du parcours de soins coordonnés pour le médecin traitant et le médecin correspondant, ni sur les modalités relatives aux dépassements d'honoraires.

La compatibilité de l'option médecin référent avec les dispositions légales définissant le médecin traitant ne fait pas l'objet d'un consensus et fera l'objet d'un réexamen.

Les partenaires sont d'accord pour considérer qu'en cas d'urgence médicalement justifiée, le médecin doit respecter les tarifs opposables.

L'option de coordination, ouverte aux médecins en secteur à honoraires différents, a été présentée aux différentes organisations. Son principe a fait l'objet d'un consensus.

Les partenaires conviennent de poursuivre leurs discussions dans les meilleurs délais.

Fait à Jouy-en-Josas, le 3 décembre 2004.

**Pour l'UNCAM,
Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur général**

**Pour la CSMF,
Docteur Michel CHASSANG, Président**

**Pour le SML,
Docteur Dinorino CABRERA, Président**

**Pour la FMF,
Docteur Jean-Claude REGI, Président**

**Pour MG France,
Docteur Pierre COSTES, Président**

**Pour Alliance,
Docteur Félix BENOUAICH, Président**

Points à aborder

- Le remplacement en cas d'indisponibilité du médecin traitant dans le cas d'un regroupement fonctionnel ;
- le parcours de soins pour les moins de 16 ans ;
- la permanence des soins chez les médecins généralistes et spécialistes ;
- les tarifs des actes cliniques ;
- la vie et les procédures conventionnelles ;
- les charges sociales des médecins de secteur 1 ;
- l'informatisation et la télétransmission ;
- la formation professionnelle conventionnelle ;
- le relevé de décisions du 24 août 2004 ;
- et les questions diverses.