



Projet Conventionnel de MG France

1^{er} juin 2011

LE SYNDICAT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Restaurer la confiance, valoriser le métier généraliste, simplifier l'exercice, encourager l'initiative, reconnaître les efforts de qualité

Une convention au service d'un exercice médical moderne et accessible, centré sur le service rendu au patient, à la patientèle, à la population.

Constatant une absence d'investissement depuis de très nombreuses années, MG France fait de la valorisation de la médecine générale un des objectifs stratégiques du prochain exercice conventionnel.

Cette valorisation est au service d'un système de santé organisé, plus efficace et mieux adapté aux besoins de la population.

Le forfait médecin traitant est le support de la valorisation de l'activité des médecins généralistes.

Il s'appuie sur un socle commun, majoré en fonction des services rendus au patient et à la population.

Il se construit progressivement selon les aspirations du médecin généraliste et les besoins de santé de ses patients.

Une part de la rémunération du médecin est optionnelle. Elle concrétise les initiatives et soutient l'innovation, elle reconnaît les efforts de qualité réalisés.

Le dispositif conventionnel met en place progressivement les éléments de cette valorisation de l'exercice professionnel, il facilite et simplifie les conditions de travail des médecins.

Le système de santé modernisé, s'appuie sur des critères d'efficience reconnus que sont :

- une gestion intégrée des soins de premier recours et de la santé par le médecin généraliste
- l'analyse des pratiques professionnelles
- la mise en place de stratégies de prise en charge garantissant un Service Rendu (SR) à chaque Patient (P), à chaque Patientèle (P), à la Population (P) : le SR3P.

L'équilibre financier de l'assurance maladie, l'efficience du système de santé, l'amélioration de la qualité des soins, ne sont que la conséquence de la cohérence et de l'organisation du système de santé, autour de la prise en charge par un médecin généraliste traitant travaillant en équipe de soins de premier recours, reconnu dans sa fonction de gestionnaire de la santé des patients, de la patientèle, de la population, revalorisé dans ses revenus, en capacité d'initiative et de modernisation de son exercice. Investir dans la médecine générale est désormais indispensable pour maintenir l'accès aux soins et répondre aux besoins de santé de la population.

Fort de ces constats, MG France poursuit trois objectifs :

- Redonner aux généralistes confiance en leur avenir et augmenter leurs revenus
- Améliorer l'attractivité du métier, choisir soit même les éléments de sa rémunération
- Faciliter le quotidien des professionnels et l'accès aux soins.

La convention devra atteindre ces objectifs pour garantir à la population les soins dont elle a besoin. L'attractivité de la médecine générale est notamment conditionnée par l'équité des rémunérations entre spécialités.

Les trois objectifs de MG FRANCE

Ces objectifs sont formalisés dans la convention dans un volet conventionnel « métier généraliste ». Ils sont proposés à chaque médecin généraliste qui décide lui-même de son niveau d'engagement. La rémunération forfaitaire est modulée selon ses choix.

1) **Redonner confiance** : la convention doit concrétiser un tournant majeur pour les médecins généralistes :

- **La médecine de premier recours devient la priorité stratégique des partenaires conventionnels**
 - Un plan pluriannuel flèche prioritairement sur la médecine générale les évolutions à venir des honoraires médicaux, en inversant ce qui s'est passé de 2005 à 2010 (25% des revalorisations ont été consacrées aux généralistes qui représentent pourtant 50% des médecins).
 - La loi confère aux médecins généralistes, la responsabilité de la coordination des soins de premiers recours : cette fonction de management et de régulation du système de santé est progressivement valorisée de façon à développer un système de santé de premier recours intégré, conformément aux recommandations internationales.
 - Le forfait médecin traitant est le support de cette valorisation.
- **Le contrat conventionnel est conforté**
 - L'ASV est un élément fondamental du contrat conventionnel, contrepartie du respect des tarifs, représentant 40% de la retraite. L'équilibre du système est fondé sur un effort partagé entre l'Etat, l'Assurance-Maladie et les médecins. La participation de l'Assurance-Maladie est maintenue selon la règle 2/3 - 1/3. Cet effort partagé est la condition du maintien du secteur 1.
 - Les régimes complémentaires, qui bénéficient autant que les régimes obligatoires des honoraires opposables, sont mis à contribution pour participer également à la prise en charge des avantages sociaux des médecins du secteur 1.
- **La formation professionnelle continue est préservée**
 - Sa gestion par les instances conventionnelles maintenant admise par tous est le gage de son indépendance.
 - Le développement professionnel continu (DPC) des médecins libéraux relève également de la responsabilité des partenaires conventionnels

2) **Améliorer l'attractivité du métier de médecin généraliste traitant**

- **Le forfait médecin traitant devient un élément important de la rémunération des médecins généralistes**
 - A côté de la rémunération à l'acte sous sa forme actuelle, ce forfait contribue, en plus des actes, et à hauteur de 20 à 50%, à la rémunération globale. Son montant est actualisé tous les ans selon le plafond de la Sécurité Sociale.
 - Le forfait médecin traitant est élargi à tous les patients, dès la naissance, sans modulation du TM lié au parcours de soins avant 16 ans. Il rémunère la constitution et l'actualisation du dossier professionnel concernant ce patient, tâches actuellement non rémunérées. Son montant est de l'ordre de 35€ (0,1% du PSS : Plafond de la Sécurité Sociale)
 - Ce montant est porté à 0,15% du PSS* par patient en ALD, ou poly pathologique (53€).
 - Son montant peut être valorisé en fonction des économies dégagées par la fonction managériale du médecin traitant dans le cadre d'un « système de soins primaires intégrés ». A terme, cette rémunération du médecin traitant pourrait atteindre 100 € (0,3% du PSS) ou plus, selon les responsabilités de management assumées par les médecins traitants et leurs impacts sur les dépenses totales de santé.
 - Le recueil et la production de données individuelles, permettent au médecin traitant de produire chaque année un **plan de santé personnalisé (PSP)**. Ce travail majore la valeur du forfait (« service rendu au patient »).
 - A partir des PSP, le médecin traitant peut décider un **plan d'action** concernant les patients qui l'ont choisi, formalisé sous forme d'un « **tableau de bord des indicateurs à améliorer** ». Ces indicateurs sont validés par le Collège de la médecine générale. Le résultat de ce plan d'action permet la modulation du forfait médecin traitant (« service rendu à la Patientèle »). Il peut s'agir d'action systématique concernant l'organisation du cabinet (horaires d'ouverture, continuité des soins, accueil ...), une pathologie particulière

(diabète, HTA, troubles psychiques, addiction ...), des prescriptions (poly prescriptions, surveillance d'effets secondaires, participation à des programmes de gestion de risque du médicament (PGR) en liaison avec les pharmaciens), amélioration de la sécurité des prescriptions (AVK, AMM ...), amélioration de la qualité par la participation à des groupes d'échanges de pratiques, diminution des dépenses de médicaments (baisse du volume, prescription dans le répertoire ...).

- Le forfait médecin traitant peut également être modulé si le médecin participe à des **campagnes de santé publique** proposées par les partenaires conventionnels. Ces campagnes peuvent concerner des objectifs de prévention, de dépistage, d'éducation thérapeutique (« service rendu à la population »).
- Le forfait médecin traitant peut être modulé lorsque le médecin généraliste s'engage dans un travail en **équipe pluridisciplinaire de santé de premier recours** (ESPR) autour d'un projet de santé, et également lorsqu'il développe un outil de travail tel qu'une maison ou un pôle de santé.
- Le forfait médecin traitant peut être modulé enfin, en fonction d'**objectifs géographiques** négociés par les partenaires conventionnels afin de conforter l'accès aux soins dans les zones en difficultés. A cet effet, une analyse territoriale dynamique est réalisée régulièrement par les partenaires conventionnels, prenant en compte les difficultés d'accès à un médecin traitant, les critères sociaux du territoire, les difficultés exprimées par les médecins dans chaque territoire de proximité. Un score de difficulté d'exercice territoriale est construit par les médecins à partir d'un modèle type national conventionnel, et le résultat est validé par l'ARS compétente.
- Lorsqu'un médecin s'engage dans **l'amélioration du SR3P**, services rendu à chaque patient (production d'un PSP), à sa patientèle (à partir d'un tableau de bord de sa patientèle, proposition d'action d'amélioration de la qualité des soins), à la population (participation à des campagnes de santé publique), il bénéficie dans ce cas d'un « contrat de relation personnalisée » avec une caisse d'assurance maladie référente proche de son domicile, contrat comprenant:
 - la désignation au sein de la caisse d'un « chargé de relation » référent pour son cabinet
 - une proposition de services personnalisés de la part des régimes obligatoires d'assurance maladie : aide informatique, gestion facilitée des règlements des RO et des RC, contact direct avec un correspondant identifié, procédures amiable systématique en cas de difficultés résultant de la réglementation de la sécurité sociale
 - une déclaration simplifiée de ses résultats, sous forme de la production de ses tableaux de bord d'activité, la capacité des services de l'assurance maladie d'un contrôle à posteriori étant conservée.
 - une facilitation d'accès aux programmes de DPC en rapport avec ses engagements
 - le généraliste peut également s'engager dans un « **contrat de gestion responsable** » concernant la totalité du parcours de santé de ses patients. Ce contrat de gestion s'inscrit dans le cadre d'un avenant conventionnel mis en œuvre localement avec l'aide de l'ARS compétente.
- **La modernisation de l'exercice des médecins généralistes est encouragée, à l'initiative de chaque généraliste**
 - Le travail en équipe de santé de premier recours autour d'un projet de santé est facilité par une majoration du forfait médecin traitant au vu de la production du projet de santé, et de la formalisation juridique du travail en équipe déclarée auprès de l'ARS : maison de santé, pôle de santé, Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).
 - Le projet de santé peut comprendre un projet « objectif santé » donnant lieu à l'amélioration de la rémunération de chaque professionnel en fonction de son implication dans la réalisation des objectifs de santé proposés.
 - Un groupe de travail national est constitué sur l'évolution des modes de rémunération des équipes de santé de premier recours. La Fédération française des maisons et pôles de santé est invité permanent de ce groupe de travail avec voix consultative.

3) Faciliter le quotidien des professionnels et l'accès aux soins

- **Le tiers-payant, outil de l'accès aux soins**
 - Le médecin traitant a la possibilité de pratiquer le tiers-payant pour ses patients quand il le juge nécessaire. Dans l'attente d'un « guichet payeur unique » (sur le modèle de la compensation interbancaire)

de prise en charge du premier recours, les partenaires cherchent à faciliter ce tiers-payant y compris avec les régimes complémentaires.

- **Le nouveau contrat conventionnel redéfinit les droits et obligations mutuels des partenaires**
 - Aucune procédure n'est lancée, hors cas de fraude, sans entretien préalable avec le médecin concerné.
 - Dans les cas d'indus, l'Assurance-Maladie tente d'abord de récupérer les sommes indûment versées auprès de celui qui les a perçues.
 - Lorsqu'un médecin s'engage dans un contrat d'amélioration de la qualité de sa pratique, il relève en cas de procédure le concernant d'une démarche préalable amiable systématique
- **Les développements informatiques intègrent les besoins de chacun**
 - Le couplage des services en ligne avec les outils métier est la règle. A terme, chaque donnée saisie par le médecin généraliste est utilisable dans son logiciel métier.
 - Chaque évolution du système de facturation est présentée aux partenaires conventionnels avant sa mise en place. Les conditions financières de cette migration sont négociées compte tenu notamment de leur impact sur le poste de travail du médecin
- **Les modifications administratives qui concernent le patient ne donnent pas lieu à de nouvelles tâches pour le médecin traitant**
 - Protocoles de soins, déclaration de médecin traitant et autres formulaires sont automatiquement transférés en cas de déménagement, de changement de régime ou de statut.
- **La loi s'impose également à tous : l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale est appliqué**
 - *« Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. »*
- **Toute discrimination entre les spécialités est bannie**
 - L'écriture de la nomenclature concernant la cotation C2 est modifiée de façon à traiter toutes les spécialités quelle que soit l'origine de la reconnaissance de la spécialité
 - Les effets sur la nomenclature de l'avenant 19 signé par la CSMF et le SML, qui interdit la majoration MPC aux seuls spécialistes en médecine générale, sont supprimés.
- **Un échelon régional conventionnel est constitué**
 - Toutes les actions de santé publique mise en œuvre par les partenaires conventionnels sont gérées avec l'ARS dans le cadre d'une commission conventionnelle régionale à laquelle elle participe avec voix consultative
 - Cette commission est compétente pour émettre un avis sur l'organisation de la PDS dans la région.
 - Les modalités des actions territoriales proposées par les médecins traitants, et qui sont financées par des décisions de la convention nationale, donnent lieu à un avis consultatif de l'ARS. Il en est de même pour l'appréciation des résultats de ces actions. En cas d'accord sur les résultats présentés par le ou les médecins, ceux ci donnent lieu au règlement prévu par la convention. En cas de litige la commission régionale est saisie. Son avis est exécutoire. Il peut être contesté devant la CPN.
- **Facilitation de l'installation**
 - MG FRANCE estime que le fléchage du système de santé sur la médecine générale sera le meilleur moteur incitant les jeunes médecins généralistes à s'installer
 - Par ailleurs, le sauvetage du système complémentaire de retraite dit « ASV », va nécessiter un effort important de cotisation. Ce sauvetage ne doit pas prendre les jeunes cotisants en « otage » d'un système mal géré dans les années 70-90. Pour cela, la part de participation des caisses d'assurance maladie est majorée de façon dégressive pendant les cinq premières années d'exercice libéral.
 - Chaque médecin conventionné en secteur 1 est systématiquement pris en charge au titre des Accidents de Travail par l'assurance maladie.