

PROPOSITIONS DU SML

DANS LE CADRE DU RÈGLEMENT ARBITRAL



PRÉAMBULE

Changer de paradigme : il faut considérer que la santé est un investissement et non une dépense. En effet, maintenir la population au travail (l'exemple catastrophique du NHS, malheureusement choisi comme modèle, qui a conduit à une population de travailleur en incapacité physique en donne un contre-exemple frappant), et maintenir la population en état d'autonomie est un enjeu majeur. Qui plus est, l'industrie de la santé est au niveau mondial la première industrie, l'excellence de la médecine Française lui permettrait de prendre un rang important et pourrait être une source de devises en attirant de riches patients payants. **La médecine libérale pourrait participer à l'attractivité d'un « tourisme médical » à la Française, basé sur la qualité des soins. Le démantèlement de la gouvernance médicale par les attaques administratives successives ont conduit, à l'hôpital comme en ville à une perte d'efficacité mettant les médecins en souffrance, et à risque d'implosion notre système de santé.**

Les Médecins libéraux ont besoin d'un choc d'attractivité pour que les jeunes médecins diplômés s'installent et que la génération ayant atteint l'âge de la retraite reste en activité : ceci ne peut passer que par une consultation au niveau moyen Européen avec un C à 50 euros permettant de louer ou d'acquérir un cabinet médical et d'embaucher du personnel (secrétaires, assistants médicaux). Les besoins sont de *40000 postes d'assistants médicaux*, avec agrandissement de la surface des cabinets pour pouvoir leur proposer un bureau ou un cabinet de consultation leur permettant de préparer la consultation du médecin. *Il n'est pas logique de restreindre l'accès aux assistants médicaux à quelques spécialités.*

Les Médecins libéraux ont besoin de simplification administrative, qui ne peut pas passer par des services AMELI PRO à l'ergonomie imparfaite et chronophage.

Beaucoup d'argent est provisionné à tort pour étendre nationalement des dispositifs expérimentés au niveau local et qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation solide, ou dont l'évaluation a été défavorable. Ainsi le SAS n'a pas convaincu dans les départements d'expérimentation, représentant un investissement incroyablement lourd pour quelques patients finalement gérés et qui auraient pu l'être aisément sans ce dispositif, beaucoup de patient ne se rendant d'ailleurs pas au rendez-vous pris dans les agendas des médecins par le SAS. Pire, ce dispositif prétend prendre le pas sur des organisations locales de prise en charge des soins non programmés ce qui aboutit à leur éviction voire à leur destruction, déstabilisant totalement ce qui fonctionne pour installer un système moins cohérent et moins proche des territoires. Le SML demande un moratoire sur le SAS et la réinjection des fonds dans la visite à domicile et les consultations non programmées régulées par les lignes de régulation libérales déjà existantes ou en construction.

Les équipes de soins spécialisées n'ont même pas fini leur expérimentation qu'il est proposé de les propulser dans le droit commun, c'est beaucoup trop tôt et en toute transparence elles ne doivent pas prendre l'aspect d'un bras armé de la CPAM ou de l'ARS qui tenteraient de s'en servir pour placer les médecins spécialistes libéraux dans une coercition insupportable.

De même *les CPTS doivent rester de construction médicale*, et la meilleure garanti de leur efficacité serait de promouvoir leur direction par des médecins libéraux. *Ces CPTS, là encore, ne doivent pas se transformer en gendarmes des médecins libéraux sur leur territoire.* Il serait temps de reconnaître l'existence de nombreux autres dispositifs de coordination interprofessionnelle, *ou la prééminence du médecin doit être reconnue* et sanctuarisée pour permettre une prise en charge non commerciale et éthique des patients.

Seule la rémunération à l'acte tend à être « juste et satisfaisante » (article 2 de la déclaration des droits de l'Homme, repris dans la constitution française), et ce, à l'exclusion de tout autre mode de rémunération.

PROPOSITIONS DU SML

DANS LE CADRE DU RÈGLEMENT ARBITRAL



Le SML attend beaucoup de l'arbitrage, dans la mesure où la « négociation conventionnelle » qui vient de s'achever n'en était pas une : moins de 24h de négociation pour le SML, un diaporama déroulé par la caisse lors des séances, sans que les thèmes n'aient fait l'objet d'un ordre du jour préalable, et en restreignant le nombre de participants dans les délégations ce qui rendait difficile la présence d'expertise sur des points précis. Les échanges ont porté sur moins de 40 pages de texte conventionnel et 300 pages du texte le plus menaçant jamais proposé à l'encontre de la médecine libérale nous a été adressé par mail à 0h29 dans la nuit du vendredi au samedi précédant le mardi posé par la CNAM pour la signature éventuelle.

LA VALEUR DU C : LE LEVIER PRINCIPAL D'ATTRACTIVITÉ ET D'ORGANISATION DES CABINETS LIBÉRAUX

La valeur du C à 50 euros nécessiterait un investissement de 5 milliards, la part des complémentaires et mutuelles actuellement utilisée pour le forfait médecin traitant pourrait aisément se reporter en effet sur cette mesure(en supprimant tous les forfaits).

Cette mesure s'accompagnerait de la création de 40000 emplois dans les cabinets médicaux, d'une extension des locaux d'une valeur de 72 millions, éviterait que 250 millions d'argent public soient réinjectés chaque année dans des centres de santé constitutionnellement déficitaires (cf rapport de la cour des comptes). Cette mesure de simplification de la convention rétablirait la transparence des rémunérations.

Une valeur de l'APC serait alors à 100 euros, permettant de prendre plus de temps patient.

La consultation de psychiatrie reposant uniquement sur l'acte intellectuel serait alors à 150 euros, permettant de rétablir une viabilité économique de cette spécialité particulièrement mise à mal.

Par ailleurs, cette valeur du C à 50, et ses déclinaisons devrait être indexée sur l'inflation.

Les consultations et visites anciennement classées en complexes et très complexes devraient prendre les valeurs respectives de 100 et 150 euros, et même celles qui sont peu utilisées devraient être maintenus dès lors qu'elles sont utilisées par une spécialité.

La téléconsultation doit être proposée en alternance avec des consultation présentes, par un médecin installé et pouvant potentiellement recevoir physiquement le patient sur son lieu d'exercice, la médecine commerciale de plateforme ou de télécabines ne doit pas être encouragée. La téléconsultation emporte la responsabilité du médecin qui la pratique et doit être rémunérée à la hauteur habituelle de la consultation de la spécialité.

SUPPRESSION DES FORFAITS

La suppression des forfaits est demandée par 95% des médecins, et l'ensemble des syndicats représentatifs devrait entendre cette demande.

Les forfaits induisent une opacité des rémunérations, font dépendre les rémunérations des médecins d'autre professionnels de santé ce qui est totalement injuste et provoquent un déséquilibre dans la relation paritaire médecins/ caisses puisque basés sur le seul calcul de la CNAM.

Aucune étude à ce jour n'a pu prouver une quelconque amélioration des pratiques en lien avec ces forfaits.

Un seul forfait, lié à la décarbonation des cabinets libéraux, pourrait être envisagé, pour l'ensemble des spécialités, dans un esprit « One Health ».

PROPOSITIONS DU SML

DANS LE CADRE DU RÈGLEMENT ARBITRAL



ASSOCIATION CONSULTATION /ACTE TECHNIQUE

Actuellement, les **codes NGAP** et les **codes CCAM** ne sont pas associables sauf rares exceptions ; cela induit des re-convocation de patients et des transports, préjudiciables à la fois aux médecins, aux patients et aux finances publiques en multipliant les transports (ce qui affecte également le bilan carbone).

Le SML demande qu'il soit systématiquement possible d'associer un acte de consultation à un acte technique réalisé en ambulatoire ou au cabinet. Cette demande est particulièrement prégnante vis-à-vis des échographies, des biopsies ou des ponctions, qui devraient systématiquement pouvoir être associées à un acte de consultation, dans l'intérêt de tous.

SECTEUR 2

Conscient des difficultés de la CNAM à financer le remboursement des soins à leur juste valeur, le SML demande **l'ouverture du secteur 2 à tous**. Même si nous acceptons en sus un secteur 2 à complément d'honoraires limités sur le modèle de l'Optam-Co, il nous semble indispensable de laisser un secteur 2 non bridé qui permette des innovations organisationnelles ou thérapeutiques.

Pour le SML le modèle principal est celui de « l'entreprise médicale », comme module de base de l'activité, qui peut ensuite s'associer à des briques pluridisciplinaires dans un modèle qui resterait résolument libéral, avec toute sa flexibilité son agilité et son efficacité.

ASV

Le SML demande de **confier la gestion de l'ASV à la CARMF**, qui a montré que sa gestion était beaucoup plus efficace que la gestion publique : en effet, l'ASV a perdu énormément de sa valeur, suite à la gestion publique, ce qui n'a heureusement pas été le cas avec les cotisations complémentaires entièrement gérées par la CARMF.

ACTES TECHNIQUES

Aucun acte technique ne doit disparaître sans un consensus préalable, de la spécialité concernée.

PARTICIPATION À LA PDSA, LA PDES, LES SOINS NON PROGRAMMÉS

La participation aux astreintes, gardes, soins non programmés doit rester sur la base du volontariat ; en effet ces actes sont réalisés par les médecins en milieu de carrière et moins prisés des médecins parents de jeunes enfants, ou des médecins de plus de 60 ans qui supportent moins bien sur le plan physique les horaires décalés. Il faut ici rappeler que les médecins libéraux ne bénéficient d'aucun repos compensateur.

LEVIERS POUR FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DANS LES ZONES SOUS DOTÉES

Le SML est favorable à des dispositifs incitatifs, particulièrement à ceux basés sur l'exemption fiscale des honoraires médicaux.

PROPOSITIONS DU SML

DANS LE CADRE DU RÈGLEMENT ARBITRAL



LEVIERS POUR FAVORISER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DANS LES ZONES SOUS DOTÉES

Le SML est favorable à des dispositifs incitatifs, particulièrement à ceux basés sur l'exemption fiscale des honoraires médicaux.

Nous souhaitons la formation d'une véritable réserve médicale où les médecins payeraient une cotisation au FAF pour maintenir leur niveau de connaissances médicales et exécuteraient au moins une période par an de remplacement pour maintenir opérationnelles leurs connaissances pratiques.

Nous souhaitons favoriser la création de cabinets où exerceraient en cabinet secondaire avec défiscalisation des honoraires plusieurs médecins sous forme d'une ou deux demi-journées par mois dans les zones désertifiées.

FINANCEMENT DES URGENCES PRIVÉES

La dotation populationnelle sensées rémunérer les urgentistes dans les urgences à abouti à un échec avec perte massive de rémunération qui pousse les médecins urgentistes à trouver d'autres modes d'exercices, ou la rémunération est juste parce que basée sur l'acte leur permettent de retrouver une meilleure assise économique.

COORDINATION PLURIDISCIPLINAIRE

La coordination passe par un **pilotage par un médecin libéral** qui connaît le patient. Seules des délégations de tâches à des professions dont le temps de formation est inférieur à la formation des médecins sont envisageables ; les transferts de tâches aboutissent au risque que certains patients ne soient plus examinés par un médecin et donc à un risque d'aggravation de leur état de santé.