



Réflexions et propositions

Juin 2022

ROSP

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) est souvent mal perçue, voire rejetée par de nombreux confrères. Cela tient pour partie à l'insuffisance de puissance du dispositif, la multiplicité des indicateurs, et au faible nombre de spécialités concernées. Les médecins généralistes représentent 97% de la rémunération ROSP 2020 parmi les PS libéraux rémunérés (actifs, conventionnés, avec au moins 1 patient MT dans sa patientèle). La rémunération totale des MG a progressé de 12 % entre 2016 et 2020, la rémunération moyenne de 9 %, et le nombre de MG rémunérés de 3 %. Pour les médecins généralistes, la ROSP est passée en moyenne de 4672 euros en 2017 à 5091 euros en 2021. Plusieurs autres spécialités bénéficient également de la ROSP. En 2021, les 4 414 cardiologues libéraux éligibles ont perçu une prime moyenne de 2016 euros (soit 8,9 millions d'euros au total) *versus* 2 093 euros pour 2020, soit une baisse de 3,6 %. Les 1 995 gastro-entérologues héritent d'un bonus moyen de 1 391 euros (soit 2,8 millions d'euros), très proche du bilan 2020. Les 786 endocrinologues rémunérés connaissent une hausse de leur ROSP à hauteur de 1 438 euros (contre 1 264 euros, soit près de 200 euros supplémentaires). Enfin, la ROSP 2021 du médecin traitant de l'enfant représente un montant moyen de 267 euros (*versus* 221 euros un an plus tôt). Pour les seuls pédiatres, la rémunération moyenne s'élève à 1 020 euros.

Lors du groupe de travail du 9 mars 2022, la CNAM a précisé que les indicateurs de la ROSP devaient être :

1. Utiles
 - Importance du problème sanitaire et/ou de l'enjeu économique
 - Importance de l'écart entre la situation constatée et la situation souhaitable
2. Pertinents cliniquement
 - Basés sur des recommandations et/ou un consensus professionnel
3. Mesurables et valides
 - L'information doit être accessible dans les bases (à l'exception de quelques indicateurs déclaratifs) et doit pouvoir être produite en routine
4. Spécifiques de la spécialité retenue
 - Pathologies représentant une part importante de l'activité de ces spécialistes
 - Prescriptions à leur main (hors MT)
5. Assurer l'équilibre économique du dispositif grâce aux gains d'efficacité réalisés par certains d'entre eux.

Que proposons-nous ?

- *La ROSP doit être étendue à **toutes les spécialités médicales***

- *La valeur cible de la ROSP ne peut être inférieur à **5000 € par an***

- *Le nombre de critères doit être revu à la baisse :*
 - ***10 critères pour la médecine générale***

 - ***5 critères pour les autres spécialités médicales***

- *Ces critères doivent valoriser la **qualité** de l'exercice et la **prévention***

DÉMOGRAPHIE ET ATTRACTIVITÉ

Les effectifs des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, ne cessent de chuter et cela va se poursuivre encore quelques années avant que les courbes ne s'infléchissent comme les chiffres de la DREES ont pu le montrer. Malgré cela, les travaux du HCAAM ont montré que cette inversion démographique ne suffirait pas à répondre aux besoins de soins de la population plus nombreuse, vieillissante et donc plus touchée par des maladies et en particulier des maladies chroniques. Le taux de patients de plus de 17 ans n'ayant pas de médecin traitant est passé de 9,8 % en 2017 à 11 % en 2021 (+1.2 points), soit près de 6 millions de Français. Parmi eux, la moitié n'a jamais déclaré de médecin traitant, l'autre a vu son praticien cesser son activité se voyant ainsi attribuer un numéro fictif par l'Assurance Maladie. Plus de 600 000 patients en ALD n'ont plus de médecin traitant. Ces chiffres et la baisse de la démographie médicale jusqu'en 2030 doivent nous conduire à agir.

- **Les dispositifs d'aides financières incitatives mises en place par la Convention Médicale 2016 répondent-ils à la situation actuelle ?**

Sur 112 177 médecins libéraux au 31 décembre 2021, à peine 5 000 contrats démographiques médecins incitatifs étaient actifs. Le montant des aides conventionnelles versées au titre de l'année 2020 s'est élevé à 31,6 millions d'euros. Le contrat d'aide à l'installation (CAIM) n'a concerné que 2 125 médecins. Cela représentait 40 % des contrats démographiques. L'âge moyen de 41 ans des confrères concernés et leur durée d'exercice antérieur de 5 ans en moyenne doit nous interroger sur ce dispositif qui, de toute évidence, ne favorise pas les jeunes installés. Le contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM) a concerné 2 615 médecins. Ce contrat a été utilisé dans 86 % des cas par les médecins généralistes, le taux étant de 85 % pour le CAIM. Les résultats sont encore plus décevants quand on s'intéresse au Contrat de Transition (COTRAM) qui n'a séduit que 97 médecins, médecins généralistes pour 94 % d'entre eux, et le Contrat Solidarité Territorial Médecins (CSTM) qui n'a été quant à lui utilisé que par 131 médecins, médecins généralistes pour 42% des CSTM signés.

Force est de constater que ces contrats démographiques médecins ne répondent pas suffisamment aux enjeux de la démographie médicale et de la réponse aux besoins de soins de la population française.

Que proposons-nous ?

- **Les consultations délocalisées** : les médecins, de toutes générations, sont particulièrement attachés à la liberté d'installation. Vouloir la mettre à mal de façon autoritaire conduirait à un échec cuisant et pousserait les jeunes médecins à embrasser le salariat qui ne sera de toute évidence pas la réponse à hauteur des enjeux ou à poursuivre des remplacements au long cours ou pire, à quitter leur exercice professionnel comme c'est malheureusement trop le cas aujourd'hui. Nous ne pouvons cependant pas nous désintéresser de la situation des zones sous-denses qui concerne aujourd'hui tous les territoires ruraux mais également urbains, de France métropolitaine et ultra marines. Nous proposons à tous les jeunes médecins d'être libres de leur lieu d'installation. Nous proposons également qu'un contrat puisse être proposé à ces jeunes médecins sur une durée de cinq ans, les engageant à assurer des soins dans un territoire sous-dense situé à une distance raisonnable de leur lieu d'exercice principal. Cela favoriserait les consultations sur sites distincts. Cela nécessite cependant une incitation significative. Nous proposons que les consultations exercées sur sites distincts puissent être valorisées de 30% (ou défiscalisées) et que le dispositif de zonage puisse être assoupli. Nous demandons également que ces contrats mettent en place un espace de liberté tarifaire encadré dans un dispositif qui pourrait s'inspirer de l'OPTAM et qui serait solvabilisé par les assurances médicales obligatoires et complémentaires. Passée cette période de cinq ans, le médecin concerné pourra choisir ou non de renouveler ce contrat. La multiplicité des contrats et l'ouverture de ces contrats à tous les médecins, de toutes générations, leur donnera à la fois une perspective professionnelle nouvelle mais permettra de façon cette fois plus efficace, de répondre aux besoins de soins de la population française. Lorsque ces médecins iront consulter une ou deux demi-journées par mois dans un territoire sous-dense, l'offre de soins sera diminuée dans leur cabinet principal. Cela impose donc que les stages internes soient beaucoup plus déployés qu'ils ne le sont aujourd'hui en secteur libéral. Les médecins généralistes y sont parvenus. Le compte n'y est pas pour les autres spécialités. Nous demandons que tous les internes aient au minimum deux semestres de formation en secteur libéral, l'un en première partie de leur internat, l'autre en fin d'internat. Cela doit être intégré, par voie réglementaire, aux maquettes de tous les cursus de 3ème cycle des études médicales. Ainsi, ces internes expérimentés pourront assurer les consultations

sur les cabinets principaux, dans un environnement sécurisé, entouré d'autres praticiens qui pourront les guider et les accompagner dans leur vie de jeunes médecins.

- **Défiscalisation d'une partie de la rémunération des médecins exerçant dans les ZIP.** La défiscalisation mise en place dans les ZRR et les ZFU démontrent qu'elle revêt un caractère incitatif pour un certain nombre de médecins du 1^{er} et 2^{ème} recours qui exercent dans ces zones.

- **Valoriser l'expertise de la consultation médicale afin de voir plus de patients différents.** Depuis des années, nous mettons l'accent sur une nécessaire revalorisation des spécialités médicales dont les BNC sont au bas de l'échelle. C'est le cas de la médecine générale mais d'autres spécialités médicales comme peuvent l'être l'endocrinologie, la dermatologie, la gynécologie médicale, la psychiatrie, la pédiatrie, la rhumatologie, ... Cela a conduit à la création de lettres clés ou de majorateurs d'utilisation complexe et finalement peu usités par les médecins de terrain. Nous proposons de passer à quatre niveaux de consultation en fonction de leur complexité, de l'expertise nécessaire, de la durée et de la fréquence de ces dernières. Cela toucherait l'ensemble des médecins sans distinction mais favoriserait de fait les médecins consultants, dont l'activité est centrée sur la consultation médicale. Afin d'éviter tout effet d'aubaine, nous définirons, en lien avec les différentes verticalités, le contenu de ces consultations et la fréquence de celle-ci. Une consultation très complexe, hautement valorisée, ne peut ainsi pas être envisagée plusieurs fois dans l'année pour le même patient et le même médecin.

- **Structurer un parcours de soins coordonné.** L'exercice coordonné est une des réponses aux besoins de santé des Français. Nous demandons la généralisation de l'expérimentation des Équipes de Soins Coordonnées Autour du Patient (ESCAP) mais également des Équipes de Soins Primaires (ESP) et Spécialisées (ESS). On nous propose aujourd'hui une expérimentation dans quelques territoires, choisis sans lien avec les médecins, les autres professionnels de santé, les usagers et les élus locaux. On nous propose de mener ces expérimentations sur deux ans avant d'entamer des discussions sur l'analyse à partir de critères de jugement qui n'ont aujourd'hui toujours pas été proposés. Cette politique ne répond pas aux enjeux de la nation. Les

parcours de soins coordonnés, pilotés par le médecin traitant, ou par les autres spécialistes en lien avec le médecin traitant, doivent être déployés sans attendre sur tout le territoire.

- ***Développer le numérique en santé.*** *Les deux années de pandémie à Covid ont vu les téléconsultations exploser. Les dispositifs transitoires proposés pendant ces deux années doivent être maintenus et renforcés. Cela doit en particulier être le cas de la téléconsultation téléphonique qui permet aux patients les plus âgés, les moins "connectés" ou vivant en zone blanche d'en bénéficier. La télé-expertise doit être encouragée par des mesures tarifaires incitatives. La télésurveillance doit être renforcée alors qu'aujourd'hui la proposition du gouvernement vise à diminuer par trois le forfait dédié à leur mise en œuvre dans le cadre du programme expérimental ETAPES.*

- ***Soutenir le cumul emploi-retraite.*** *Aujourd'hui, plus de 18 000 de nos confrères sont en cumul emploi-retraite. Ils payent des cotisations sans droit. Cela n'est pas admissible et risquerait de les voir arrêter cette activité alors qu'au contraire tout doit être fait pour les encourager et les inciter à participer à l'effort collectif visant à répondre aux besoins de soins des Français. La CSMF propose que les médecins en cumul emploi-retraite puissent liquider deux fois leur retraite en bénéficiant la deuxième fois d'une retraite majorée par les cotisations effectuées durant le cumul. Pour les médecins retraités actifs exerçant en zone d'intervention prioritaire (ZIP), il faut augmenter le plafond d'exonération de charges de 12 500 € annuels à 50 000 €.*

- ***Comment renforcer le développement des nouveaux métiers/fonctions intermédiaires ? Dans quelle mesure ?***

- *Assistants médicaux :*

- *Réduire drastiquement les heures de formation qui n'ont aucun sens pour les personnels déjà formés. La formation est utile si l'une ou l'autre veut étendre ses compétences vers la partie qu'elle ne maîtrise pas. Imposer 430 heures de formation est un frein à l'embauche de ces assistants médicaux.*

- *Favoriser l'aide à l'embauche pour les médecins en ZIP ou en*

ZAC. L'objectif est que les médecins aient tous un ou plusieurs assistants médicaux. Toutes les études ont montré que cela augmente mécaniquement la file active des médecins et contribue à la réponse aux besoins de soins de la population.

○ *IPA :*

- *Augmenter le nombre d'IPA formés. Élargir les champs d'actions des IPA*
- *Les IPA pourront soit être salariés des médecins eux-mêmes ou de leurs organisations (cabinets de groupe, MSP, ESP, ESS, ...) soit libérales. Dans tous les cas, leurs interventions seront définies par le médecin traitant dans la cadre d'un parcours coordonné.*

À côté de ces mesures d'urgence, nous demandons une réflexion en profondeur autour de l'attractivité du métier qui passe par diverses mesures en tête desquelles les stages en libéral doivent être la règle. Cela doit être la règle pour les internes comme nous l'avons cité précédemment mais également pour les externes et pour les assistants partagés. Cela existe dans tous les cursus de formation autres que le nôtre. C'est un enjeu majeur pour faire découvrir aux plus jeunes la diversité de nos modes d'exercice et rendre attractif le métier de médecin libéral dont on sait qu'il est l'un des pivots essentiels de notre système de santé.

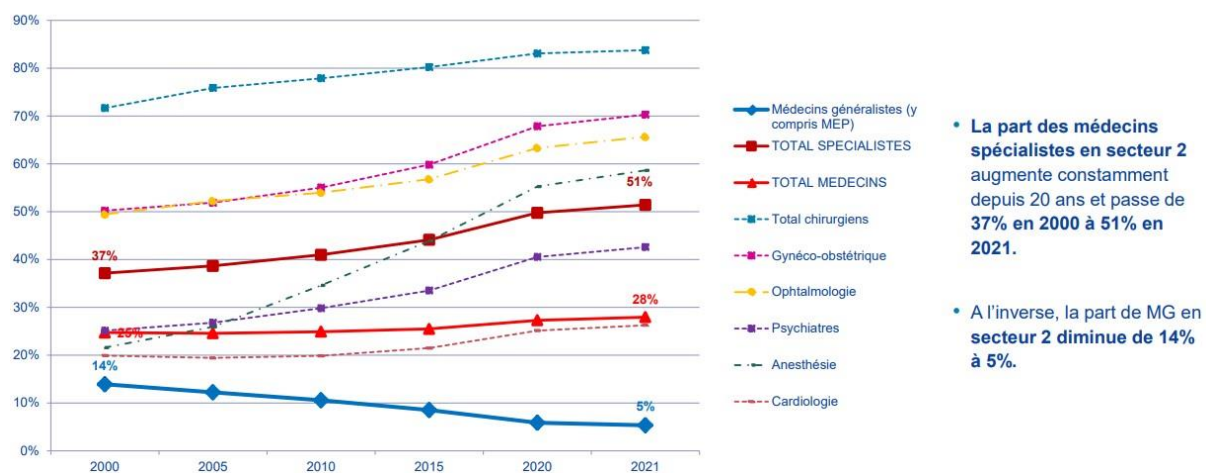
La réforme des épreuves classantes nationales, à l'entrée du troisième cycle des études médicales, a fait fi de la régionalisation. Elle conduit parfois à plus de mobilité mais souvent les plus jeunes de nos confrères sont amenés, après les ECNi, à quitter leur région d'origine, leur environnement familial, pour poursuivre leur troisième cycle d'études médicales, loin de chez eux. Il s'agit d'un des facteurs expliquant la désertification médicale galopante. Nous demandons donc une plus grande part de la prise en compte de la régionalisation dans les études médicales et en particulier à l'entrée du troisième cycle.

Les solutions pour répondre aux besoins de soins de la population sont donc diverses. Elles doivent être menées énergiquement. La confiance entre les médecins de toutes générations, les pouvoirs publics, l'Assurance Maladie Obligatoire et les Assurances Maladie Complémentaires doit être renouvelée. C'est la base d'un contrat social que nous devons écrire ensemble, de toute urgence.

PRATIQUES TARIFAIRES

5 % des généralistes et MEP exercent aujourd'hui en secteur II à honoraires libres (ou droit à dépassement permanent) contre 51 % des spécialistes libéraux (soit 28 060 praticiens), taux en croissance constante depuis 20 ans.

ÉVOLUTION DE LA PART DE SECTEUR 2



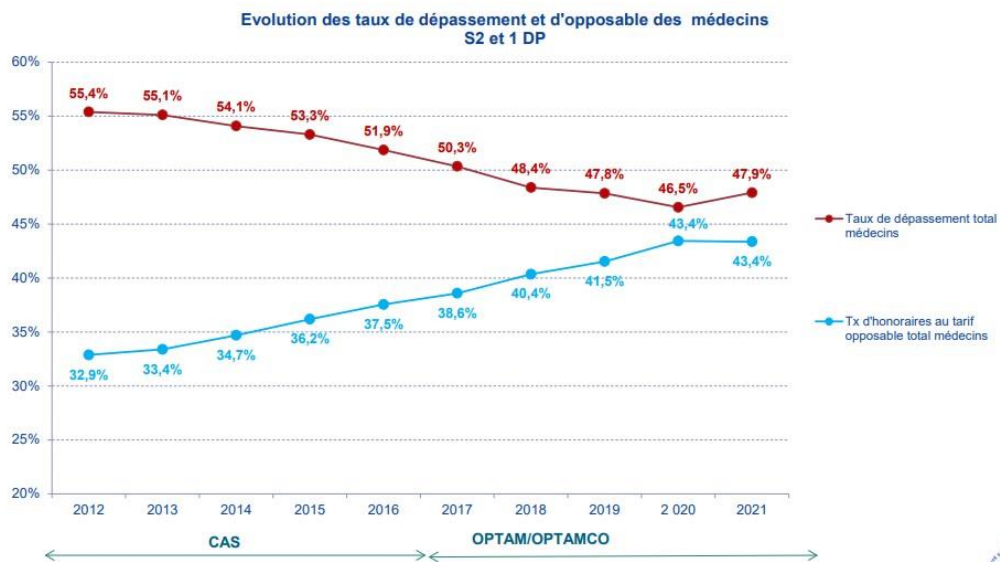
Par des effectifs de professionnels de santé au 31 décembre en secteur 2
Médecins libéraux
Source SNIR-PS et AMOS - France entière



Le nombre de spécialistes en secteur II a ainsi bondi de 37 % en 2000 à 51 % en 2021. Cette hausse des effectifs à honoraires libres est très marquée chez les anesthésistes, les gynécologues-obstétriciens et les ophtalmologistes. À l'inverse, la part des généralistes installés en secteur II est en diminution constante, passant de 14 % à 5 % au cours des deux dernières décennies.

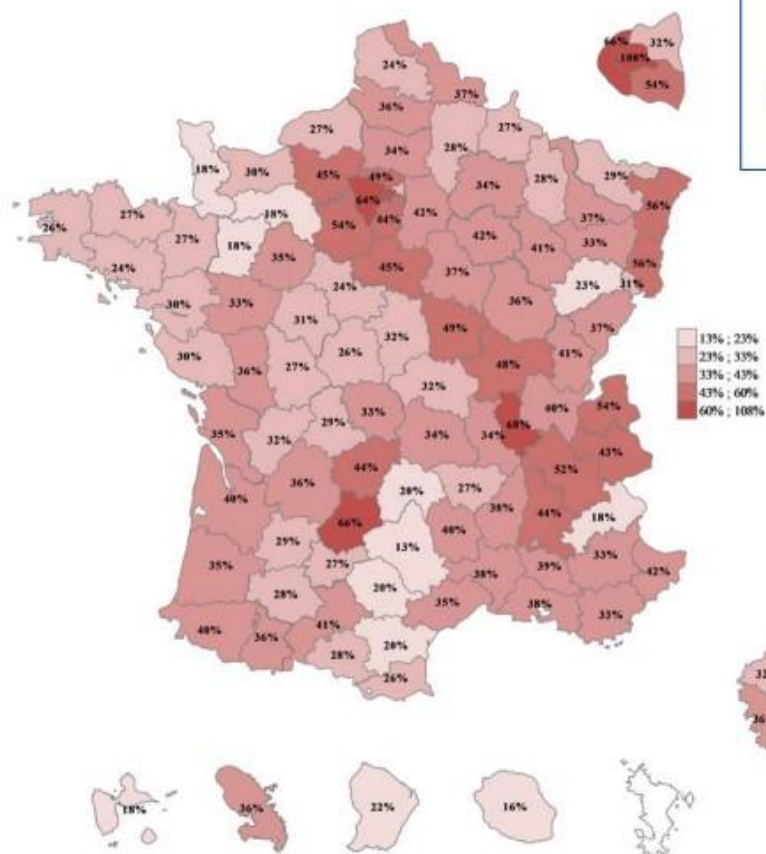
Qu'en est-il du taux de dépassement des praticiens de secteur II ? Après avoir connu une baisse continue depuis 10 ans (près de 10 points !) sous l'effet des contrats de modération tarifaire (d'abord en 2012 avec le CAS puis à partir de 2016 avec les OPTAM et OPTAM-CO pour les chirurgiens et obstétriciens), l'évolution du taux de dépassement total des médecins a rebondi pour la première fois l'an passé (de 46,5 % à 47,9 %). Ce bilan tarifaire révèle ainsi que les mécanismes instaurés pour contenir les dépassements d'honoraires avaient jusque-là porté leurs fruits mais trouvent sans doute leurs limites. Autre indice de cette situation, le taux d'honoraires opposables stagne désormais (43,4 %).

ÉVOLUTION DES TAUX DE DÉPASSEMENT ET ACTIVITÉ À TARIF OPPOSABLE



Surtout, la pratique des dépassements se révèle toujours extrêmement disparate selon les départements. Pour un taux moyen de dépassement de 47,9 %, les pratiques vont de 108 % à Paris et 66 % dans les Hauts-de-Seine à 13 % dans l'Aveyron.

Disparités géographiques dépassements



- Moyennes France
Entière :
Taux de dépassement : 47,9%
Part d'activité au TO : 43,4%

DCIR 2021 en dates de soin liquidées à fin mars 2022 Médecins S2 et 1DP actifs à fin 2021

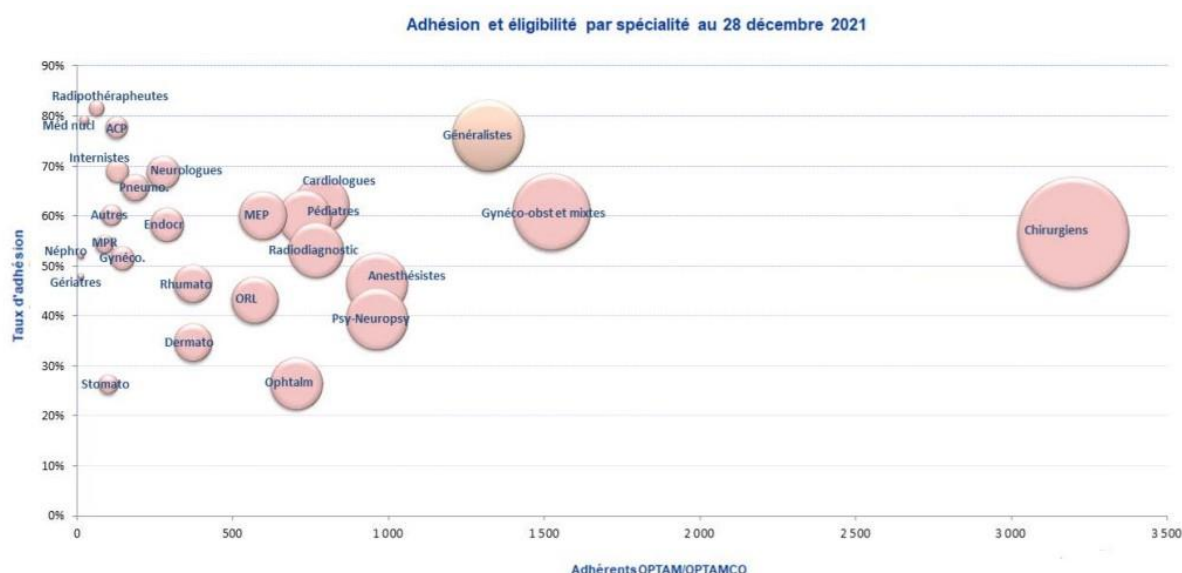
OPTAM : près de 15 000 adhérents

Qu'en est-il, quantitativement, des dispositifs de l'OPTAM/OPTAM-CO ? Ces options de modération tarifaire (OPTAM pour l'ensemble des médecins, toutes spécialités, autorisés à pratiquer des honoraires différents et OPTAM-CO pour les chirurgiens ou obstétriciens ayant réalisé au moins 50 actes « de chirurgie » ou « d'obstétrique ») ont séduit un total de 14 975 adhérents en 2021 sur près de 29 000 praticiens éligibles, soit un « *taux d'adhésion de 52 %* », révèle ce bilan, qui traduit un certain plafonnement.

RAPPELS DISPOSITIFS DE L'OPTAM ET DE L'OPTAM-CO (3/5)

Année	Médecins S2 et 1 DP	Médecins éligibles S2 et 1 DP	Adhérents OPTAM	Adhérents OPTAMCO	Total adhérents	Taux d'adhésion
2017	29 875	25 980	9 384	2 888	12 272	47%
2018	30 213	26 483	10 100	3 361	13 461	51%
2019	30 696	27 283	10 545	3 559	14 104	52%
2020	31 308	28 283	10 858	3 680	14 538	51%
2021	31 834	28 788	11 150	3 825	14 975	52%

Là aussi, surtout, ces contrats intéressent les spécialités de façon extrêmement variable : ils ont convaincu 70 % des neurologues, internistes ou pneumologues éligibles, 60 % des cardiologues, pédiatres et endocrinologues, 57 % des chirurgiens mais seulement 34 % des dermatologues et 26 % des ophtalmos.



(Lecture : la taille des bulles est proportionnelle au nombre d'éligibles)

Rappelons que les signataires des OPTAM sont encouragés à stabiliser leurs tarifs et à facturer davantage aux tarifs conventionnés avec des engagements sur le respect d'un taux moyen de dépassement et la réalisation d'une partie de leur activité au tarif opposable, en contrepartie d'avantages financiers (prime dans l'OPTAM, modificateurs chirurgicaux majorés dans l'OPTAM-CO). Le bilan révèle que, pour l'OPTAM, 67 % des adhérents (7 426

médecins) ont respecté strictement les taux d'engagement et 81 % ont eu un écart inférieur ou égal à 5 points. Quant à l'OPTAM-CO, le taux de praticiens respectant strictement leurs engagements est limité à 43 %.

Les syndicats médicaux s'accordent pour dénoncer ce dispositif qui est à bout de souffle.

Que proposons-nous ?

- **Valoriser l'expertise médicale pour prendre en charge plus de patients différents**

- **Valorisation de la valeur des actes**

- Actes de consultations en passant à quatre niveaux de consultation en fonction de leur complexité, de l'expertise nécessaire, de la durée et de la fréquence de ces dernières.

Cela toucherait l'ensemble des médecins sans distinction mais favoriserait de fait les médecins consultants, dont l'activité est centrée sur la consultation médicale. Nous définirons, en lien avec les différentes verticalités, le contenu de ces consultations et la fréquence de celles-ci. Une consultation très complexe, hautement valorisée, ne peut ainsi pas être envisagée plusieurs fois dans l'année pour le même patient et le même médecin. Ainsi définie, cette réforme n'a pas qu'une simple ambition tarifaire. En valorisant l'expertise médicale et en donnant au médecin un intérêt à agir et les moyens de se coordonner avec d'autres professionnels de santé, elle s'inscrit dans une politique de droits et de devoirs, une politique faite d'autonomie, de liberté et de responsabilité pour répondre aux enjeux du système de santé permettant de redonner du sens à l'expertise médicale.

- Actes techniques avec un rattrapage de la valeur du point travail et du coût de la pratique gelé depuis 2005

- **Indexation de la valeur des actes sur l'inflation**
- **Modification des règles de facturation des actes associés lors d'une même procédure afin de supprimer la règle incongrue du 1er acte à 100%, du second à 50% de sa valeur et de la gratuité des actes suivants**
- **Possibilité d'associer un acte de consultation et un acte technique**

- ***Ouvrir les règles d'accès à tous les médecins engagés dans l'amélioration de l'accès aux soins :***
 - *Exercice coordonné : CPTS, MSP, ESP, ESS, ESCAP, ...*
 - *Consultations délocalisées*
 - *Embauche de collaborateurs (assistants médico-techniques, IDE, IPA, ...)*

02/06/2022