

**Document d'accompagnement des propositions de l'Assurance Maladie
faites lors de la réunion multilatérale du 8 février avec les syndicats de médecins libéraux**

En prévision des réunions bilatérales avec les représentants des médecins libéraux prévues au début du mois de mars, l'Assurance Maladie entend préciser les objectifs poursuivis et le contenu d'un certain nombre des propositions formulées le 8 février dernier.

1. L'objectif poursuivi par l'Assurance Maladie dans ces négociations comme dans toutes ses discussions avec les professionnels de santé est de consolider notre système de santé, **d'améliorer la santé de chacun, de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels**. Le ministère de la santé a fixé à l'UNCAM quatre orientations pour cette négociation:
 - ✓ Renforcer l'attractivité de la médecine libérale, notamment du médecin généraliste traitant, mais aussi des spécialités cliniques comme la psychiatrie ou la pédiatrie ; avec pour objectif qu'il y ait davantage d'installations que de départs définitifs à la retraite dans les prochaines années ;
 - ✓ Améliorer l'accès aux soins pour les patients, c'est-à-dire lutter contre les déserts médicaux, permettre à chacun d'avoir un médecin traitant, diminuer les délais de rendez-vous chez les spécialistes, en priorité pour les patients atteints d'une pathologie chronique ;
 - ✓ Améliorer la qualité et la pertinence des prescriptions des médecins libéraux qui engagent 57 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie. Cela montre le rôle central des médecins libéraux dans le système de santé et que des prescriptions plus sobres, parfois plus pertinentes, avec moins de médicaments par exemple permettraient de mieux rémunérer les professionnels de santé sans faire porter une charge supplémentaire aux patients ;
 - ✓ Faire évoluer les modes de rémunération pour qu'ils puissent répondre à tous ces enjeux, être au rendez-vous du virage préventif comme de l'innovation, y compris en prévision de l'arrivée d'une nouvelle nomenclature des actes techniques.

2. Comme cela a été rappelé, il y aura « un accord sur tout, ou il n'y aura d'accord sur rien ». **Cela ne veut pas dire que les propositions du 8 février sont à prendre ou à laisser**. Si l'Assurance Maladie considère qu'elle a fait des propositions très importantes, notamment sur les perspectives de revalorisation, ce qui a été mis sur la table est ouvert à discussion. Cela signifie en contrepartie qu'un accord devra nécessairement contenir une réponse efficace à chacun de ces 4 objectifs, mais les choses ne sont pas figées sur le contenu de cette réponse.

3. **L'Assurance Maladie est absolument convaincue de la place centrale de la médecine générale traitante dans le système de santé** et l'a même démontré : le taux de recours aux urgences des patients qui ont un médecin traitant est diminué d'un tiers. Chaque jour, les urgences accueillent 40 000 patients, les médecins généralistes 1 000 000, soit plus de 20 fois plus. Si la médecine générale ne joue plus ce rôle de porte d'entrée, c'est tout notre système de santé qui s'effondre. Pour que le système hospitalier puisse soigner les patients graves, qui ont besoin d'une hospitalisation, il faut que la médecine générale, et avec elle tous les professionnels de santé qui

constituent le premier recours aux soins (sages-femmes, pharmaciens, biologistes, infirmiers, kinés, etc.), puissent absorber l'essentiel des besoins de soins de la population, et repérer les patients qui ont besoin de soins de second recours. Pour cela il faut que la médecine générale puisse aussi s'appuyer sur l'expertise rapide de second recours de tous les spécialistes exerçant en ville lorsque cela est nécessaire.

4. **Ces constats justifient des propositions importantes en matière de revalorisation de la consultation de médecine générale** ; si le contexte d'inflation élevée que nous avons connue en 2022 et 2023 rend nécessaire d'aller plus loin que l'étape du 1^{er} novembre 2023, ces propositions n'en demeurent pas moins historiques par leur ampleur et représentent un investissement massif dans un contexte financier marqué par un déficit très élevé pour l'Assurance Maladie ;

5. **Le rôle de la médecine de spécialité de second recours dans l'atteinte de ces objectifs, et plus généralement dans le bon fonctionnement de notre système de santé est également primordial.** Les échanges et travaux que nous avons menés, spécialité par spécialité, nous ont permis de construire des propositions que nous avons voulues transverses sur les enjeux d'accès aux soins de second recours mais adaptées aux enjeux spécifiques à chaque spécialité. **L'Assurance Maladie propose :**
 - ✓ **d'investir significativement dans l'accès au second recours** : en revalorisant l'avis ponctuel de consultant déclenché à la demande du médecin traitant, en revalorisant la télé-expertise, en donnant aux médecins spécialistes qui le souhaitent les moyens de constituer des équipes de soins spécialisées pour mieux s'organiser collectivement pour prendre en charge les patients ;
 - ✓ des revalorisations historiques, pour les spécialités cliniques aujourd'hui les moins rémunérées, notamment les pédiatres et les psychiatres ;
 - ✓ pour les spécialités techniques, la refonte de la nomenclature des actes techniques, la CCAM, par le haut conseil des nomenclatures sera l'occasion de revoir les paramètres de rémunération des médecins exerçant des spécialités techniques ; cependant sans attendre ses conclusions, l'Assurance Maladie propose une revalorisation transversale immédiate et la sanctuarisation d'une enveloppe financière pour la mise en œuvre de la nouvelle CCAM.

6. **L'Assurance Maladie souhaite enfin continuer à investir dans des dispositifs spécifiquement dédiés à l'accès aux soins** : l'OPTAM sera revalorisé, cela représente à la fois une garantie de maîtrise tarifaire pour les patients et une revalorisation pour les professionnels concernés ; un dispositif de soutien financier aux médecins spécialistes réalisant des consultations avancées dans des territoires fragiles sera proposé.

7. L'Assurance Maladie est convaincue de la très grande valeur pour notre système de santé d'une médecine générale de qualité assurée par des médecins qui connaissent leurs patients, les suivent au long cours dans leurs cabinets, sont disponibles pour eux en cas d'urgence. **Cela suppose que le médecin d'une part soit entouré d'une équipe**, pour ne pas avoir à gérer seul les tâches administratives, la coordination des soins ou encore l'accueil des patients ; et d'autre **part qu'il**

travaille aussi en équipe, avec d'autres professionnels de santé, par exemple pour ses patients âgés à domicile.

8. C'est pour cela qu'au-delà de l'activité de consultation du médecin généraliste, la fonction de médecin traitant doit être rémunérée avec un forfait dédié, qui prenne en compte la complexité du patient. Et c'est avec cette ambition d'accompagner une prise en charge adaptée à chacun selon ses besoins que l'Assurance Maladie a construit sa proposition : **un forfait médecin traitant revalorisé, simplifié, individualisé selon les caractéristiques du patient**. Pour chaque patient, le niveau du forfait est ajusté en tenant compte de quatre facteurs : son âge, son état de santé, sa situation sociale, et son parcours de prévention.
9. Le montant de base est fixé en fonction de l'âge et de la présence ou non d'une ALD (le forfait d'un patient en ALD sera d'au moins 55 euros) ; si le patient est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, ce montant sera majoré d'au moins 5 euros ; enfin pour la réalisation de chacune des actions de prévention que les partenaires conventionnels jugeront ensemble pertinentes pour le patient au regard de son profil, un montant de 5 € complémentaire sera attribué (ce montant sera attribué quel que soit le professionnel qui a réalisé l'action de prévention : c'est le rôle de pivot du médecin traitant qui est ainsi valorisé). Tous ces montants sont paramétrables.
10. **Compte tenu du virage préventif que doit impérativement prendre notre système de santé, l'Assurance Maladie considère indispensable de s'appuyer sur ces indicateurs de prévention**. Elle propose un dispositif qui est calibré de sorte qu'il est toujours plus « incitatif » de suivre un patient complexe, même si son parcours de prévention est plus difficile. La liste des indicateurs de prévention proposés (suivi des dépistages organisés des cancers, vaccination pour les publics prioritaires, examens obligatoires de l'enfant, dépistage des comorbidités pour les patients chroniques), le niveau de rémunération associé, la pondération relative de la précarité : tout cela reste toutefois ouvert à la discussion.
11. Ce nouveau forfait individualisé est rendu possible parce que pour la première fois, l'Assurance Maladie va être en mesure de **restituer à chaque médecin traitant, les données de consommation de soins de ses patients (médicaments, examens de biologies, consultations de spécialistes, rééducation, accompagnement pharmaceutique, etc.) disponibles dans le SNDS (Système Nationale des Données de Santé)**. L'objectif est de construire un tableau de bord par patient, disponible sur Amelipro, avec la consommation de soins de chacun, permettant à la fois au médecin de vérifier si son patient a réalisé ses examens par exemple, mais aussi de comparer les caractéristiques de son activité par rapport à d'autres confrères. Ce tableau de bord comportera quelques indicateurs au démarrage et s'enrichira progressivement. Sachant que tous les indicateurs n'auront pas nécessairement vocation à être rémunérés, puisqu'il s'agit d'abord d'un outil d'aide à la pratique. L'Assurance Maladie souhaite associer étroitement les syndicats de médecins libéraux à la construction de ce tableau de bord ;
12. **Pour mettre en œuvre ce nouveau forfait unique, simplifié, nous proposons de supprimer le forfait structure et la ROSP**, ce qui répond à une demande de la profession qui critique depuis plusieurs années l'empilement des différentes rémunérations forfaitaires. L'Assurance Maladie propose que soit simplement conservée une dotation numérique, pour d'une part s'assurer que le

parc de logiciels métiers soit à jour des dernières évolutions (en matière de certification HAS, de facturation, d'interopérabilité lié au Ségur numérique...) et pour assurer la participation de l'Assurance Maladie à ces mises à jour ; et d'autre part maintenir des incitations à l'usage des nouvelles fonctionnalités numériques, comme l'ordonnance numérique. Enfin certaines missions – comme la maîtrise de stage ou la participation au SAS – feront l'objet de rémunérations ad-hoc.

13. **Les financements dédiés à la ROSP, au forfait structure et au FPMT seront intégralement maintenus. Et l'ensemble de cette masse financière forfaitaire sera bien majorée; il n'est en aucune façon question de faire des économies via cette transformation des modes de rémunération : il s'agit de simplifier et de renforcer le poids du FMPT.** L'Assurance Maladie partagera des outils de simulation individuels une fois les paramètres stabilisés avec les représentants des médecins libéraux.
14. **L'Assurance Maladie confirme également son souhait de proposer à des groupes de médecins volontaires de modifier leur mode de rémunération pour basculer tout ou partie de leur activité sur une rémunération forfaitaire ;** le cahier des charges de ce dispositif doit être discuté dans le cadre conventionnel, y compris pour dessiner les garanties évitant tout risque lié à la financiarisation de notre système de santé.
15. L'enjeu de cette convention est majeur : il s'agit de sauver le modèle du médecin traitant et de sauver le modèle de la médecine libérale. Il est donc essentiel que les partenaires conventionnels fassent ensemble la démonstration qu'un médecin traitant et qu'une médecine libérale de second recours sont plus à même de répondre aux enjeux actuels d'accès aux soins que les différents modèles de santé low-cost ayant émergé ces dernières années. **C'est la raison pour laquelle l'Assurance Maladie propose que la convention porte des objectifs et des engagements collectifs, associés à des indicateurs ;** ils devront servir à mesurer les effets de nos actions, à fixer nos priorités en amplifiant les dynamiques naissantes ou à l'inverse en corrigeant les tendances problématiques, de manière dynamique et au plus près des enjeux des territoires.
16. **Il s'agit d'engagements et d'objectifs collectifs et non pas individuels, donc d'une démarche totalement différente de ce qui avait été proposé début 2023 sur le contrat d'engagement territorial lors de la précédente négociation.** Il ne s'agit en aucune manière de vérifier que chaque médecin respecte tel ou tel engagement individuel pour déclencher telle ou telle mesure de revalorisation. L'Assurance Maladie souhaite construire avec ses partenaires conventionnels les conditions de suivi de ces objectifs qui concerneront médecins généralistes comme spécialistes. En le faisant au niveau national mais aussi dans chaque département.
17. Ensemble, Assurance Maladie et médecins, nous pouvons dans cette convention nous mobiliser pour que le nombre d'assurés en ALD n'ayant pas de médecin traitant revienne à un niveau le plus bas possible, pour que les délais de rdv chez les médecins spécialistes baissent, pour que les patientèles médecin traitant augmentent, pour que la permanence des soins ambulatoire fonctionne sur l'ensemble des territoires. **L'Assurance Maladie entend approfondir sa mobilisation pour aider les médecins** au travers de nouveaux assouplissements du dispositif d'assistant médical, d'un renforcement des aides à l'installation et de l'accompagnement des jeunes installés, d'un nouveau programme de mesures de simplifications administratives, du

soutien à la télé-expertise et aux équipes de soins spécialisées. **Les médecins auront pour leur part le défi d'adopter des modes de travail modernisés, du travail en équipe à l'utilisation des outils numériques**

18. **L'atteinte de ces objectifs partagés est la condition du maintien du rôle pivot de la médecine traitante et de la confiance des pouvoirs publics et des patients dans le dialogue conventionnel que nous menons pour répondre aux enjeux d'accès aux soins.**
19. Sur la qualité et la pertinence, **l'Assurance Maladie a fait une proposition de quinze thèmes sur lesquels il est essentiel que chacun s'engage afin d'améliorer la pertinence des soins dans le champ de responsabilité des médecins libéraux.** Sur chaque thème l'Assurance Maladie a proposé un objectif désormais soumis à la discussion. Sur ce sujet, l'Assurance Maladie souhaite insister sur quatre points:
- ✓ Faire de la pertinence un axe fort de cette convention c'est aussi réaffirmer le rôle primordial, de « tour de contrôle » du parcours des patients, que jouent les médecins libéraux au travers de leurs prescriptions ;
 - ✓ Tous les standards de pertinence qui guideront nos actions seront issus d'autorités scientifiques reconnues à chaque fois qu'ils existent et en premier lieu la haute autorité de santé ;
 - ✓ Nous nous inscrivons dans une logique d'engagements réciproques de l'Assurance Maladie et des médecins libéraux pour atteindre nos objectifs collectifs de pertinence.
 - ✓ Sur ce dernier point, l'Assurance Maladie s'engage à renouveler et approfondir son offre d'accompagnement des médecins, qu'il s'agisse de mise à disposition de datas, d'outils numériques, d'accès facilité aux référentiels de prise en charge ou d'accompagnement individualisé notamment sur le sujet des arrêts de travail.
20. **Enfin les enjeux spécifiques des territoires** ont donné lieu à une réunion de travail dédiée. La proposition d'une majoration pérenne, et non ciblée à l'installation, du forfait médecin traitant pour les médecins exerçant en zone sous dense, comme l'augmentation significative des indemnités de déplacement dans les territoires de montagne ou dans les DROM, ont été conçues à cette fin.

Au regard de l'ensemble de ces éléments qui viennent préciser les propositions du 8 février, l'Assurance Maladie souhaite que les réunions bilatérales prévues avec chaque syndicat à la fin du mois de février permettent de progresser dans l'élaboration d'une nouvelle convention médicale pour 2024-2028. **Elle appelle les syndicats représentatifs à se saisir de ces propositions pour construire avec elle un système de santé qui réponde aux défis de l'accès aux soins et de l'amélioration des conditions d'exercice des médecins libéraux.**