Confédération des Syndicats Médicaux Français

CONVENTION 2023

La position de la CSMF

Groupe de travail n°1 : Fondamentaux de la Convention médicale

Statut social du médecin

- Revalorisation de la valeur des points de service **ASV de + 5 à 6 %** et évolution pour les années suivantes selon la formule utilisée pour tous les régimes de base.
- Cotisations retraite **avec droits** et **calculées sur l'année N**, en particulier pour les cumuls emploi retraite vs **suppression des cotisation en cumul emploi retraite**
- Lever tous les freins et plafonds pour les nouvelles organisations médicales en place.

Paiement à l'acte et forfaits

- Le paiement à l'acte doit rester prépondérant.
- Les forfaits doivent être principalement consacrés à l'organisation des structures médicales de ville (forfait structure).

Groupe de travail n°1 : Fondamentaux de la Convention médicale

Avenir de la ROSP

- ✓ La ROSP est ancrée dans nos pratiques (20% des revenus des médecins généralistes) mais reste critiquable car il s'agit d'un forfait déguisé associé au forfait structure et au forfait patientèle.
- ✓ Elle doit être étendue **à toutes les spécialités**. Minimum de **5000 €**. **Réduction du nombre de critères : maximum 10 pour les généralistes, et 5 pour les autres spécialités**, mais payés plus.
- ✓ Entreprendre un travail d'amélioration des indicateurs. Une approche populationnelle sera sans doute nécessaire, mais avec une hiérarchisation des actes avec une limite à la fréquence pour chacun.

Espace de liberté tarifaire (ou "OPTAM responsabilité populationnelle")

- ✓ Capital pour permettre aux jeunes générations de s'installer et d'évoluer.
- ✓ Les critères pourraient être : activité en établissement public, participation à des actions de santé publique, activité dans les territoires défavorisés, participation à la formation des médecins, à des programmes de prévention…Nécessité de faire évoluer le statut de médecin et aller vers un statut mixte (mi-public, mi-privé).

Groupe de travail n°2 : Hiérarchisation et revalorisation des consultations

La valorisation de la consultation doit tenir compte de 6 critères :
- 4 communs avec les actes de CCAM : expertise, technicité, stress, durée ;
- 1 critère de responsabilité ;
- 1 critère temporel de fréquence de l'acte.

4 niveaux de consultation :

- **G : 30 €** consultation de base de suivi du spécialiste en MG, et consultation de suivi des autres spécialités.
- **G2 : 60 €**
  - APC tous les 4 mois (courrier MT),
  - 1ère consultation MG et Spécialiste avec déclaration MT, le cas échéant,
  - dossier MDPH et APA,
  - consultation ou visite longue du MT pour patient de plus de 80 ans en ALD,
  - consultation de synthèse annuelle du MT avec mise dans le VSM, consultation de suivi des psychiatres et des neurologues.
- - visite à domicile

Groupe de travail n°2 : Hiérarchisation et revalorisation des consultations

➢ **G 2,5 : 75 €**

- APY ou 1ère consultation psychiatres et neurologues (même conditions APC)
- Si patient **hors parcours**, même tarif mais écrit « hors parcours » et remboursé 50%.
- Consultation complexes pour tous les spécialistes (possible deux fois par an pour un type de consultation complexe), en particulier consultations pour patients en ALD nécessitant des consultations régulières par le médecin spécialiste de la pathologie.

➢ **G 3,5 : 105€**

- Consultation très complexes pour les Spé (dont la consultation d'annonce du diagnostic avec une explication de la pathologie et un plan thérapeutique pour des pathologies chroniques graves avec une possibilité de répéter cette consultation en cas de réorientation thérapeutique en fonction de l'évolution une à deux fois dans le cours de la maladie , après un RCP)
- Consultation initiale des troubles neuro-développementaux avec cotation tous les 5 ans.
- Consultation de synthèse multidisciplinaire annuelle pour le médecin traitant.
- Consultation de prévention à 3 périodes charnières de la vie du patient.
- Consultation très complexe de prise en charge en urgence d'un patient avec orientation organisée vers une structure de soins .

Groupe de travail n°2 : Hiérarchisation et revalorisation des consultations

Majorations à maintenir :

- ✓ **MCU 15€ pour tous les médecins spécialistes pour les actes cliniques et techniques en lien avec la MUT des généralistes:**
  Pour les MG si prise en charge d'un patient régulé dans les 48H.
  Pour les Spé si prise en charge d'un patient régulé ou orienté **dans les 5 jours.**

- ✓ **Maintien des majorations de nuit, de week-end et jours fériés et les indemnités de déplacement ainsi que les majorations DROM.**

Groupe de travail n°3 : Actes techniques

- ✓ **association des actes techniques : 2ème acte à 100% voire 80% (au lieu de 50% aujourd'hui).** Permettrait de multiplier les prises de RDV et donc d'augmenter la file active, évitant ainsi le passage en urgence ou en soins non programmés. Cette association ne pourra se faire que sur certains actes à déterminer avec les spécialités (CNP, sociétés savantes, groupes de pairs…). **Voir travaux HCN**

- ✓ **Une stratégie est à mettre en place avec le HCN** qui pourrait écrire une procédure complète avec la détermination d'un point de travail => discussion politique.
  Le coût de la pratique doit quant à lui faire l'objet d'une discussion technique : révision du coût tous les ans ou tous les deux ans, avec une étude du coût de la pratique contradictoire par un économiste spécialisé, famille d'actes par famille d'actes par ex.
- ✓ **Tarifs DROM :** tendre vers une même évolution que pour les actes cliniques

Groupe de travail n°4 : Coordination et coopération entre médecins et autres professionnels de santé

- **Service d'accès aux soins (SAS) :**
  - Un SAS déconnecté de la PDSA.
  - Etendu à tout le territoire.
  - Elargissement de la MRT (+15€) à tous les patients adressés par le SAS ou les centres 15 et la MCU (+15 €) : l'association passant de 48h à 5 jours ouvrables en associant toute acte technique sur la liste.

- **PDSA / PDSES :** pas d'obligation individuelle.
- **Assistants médicaux :** meilleure adaptation des horaires de formation. Au moins un AM par médecin.
- **Augmenter le nombre d'IPA formées** et **permettre aux médecins de les embaucher pour le suivi coordonné des patients chroniques**. Nous sommes opposés à tout transfert de compétence : les interventions des IPA doivent être définies par le médecin dans le cadre d'un parcours coordonné.
- Non à l'accès direct aux professionnels de santé autres que médecins. L'accès doit se faire de manière coordonnée, tracée et pertinente.

Groupe de travail n°4 : Coordination et coopération entre médecins et autres professionnels de santé

- **Demande de généralisation des ESS, ESP :** réponse à un besoin de santé en France.
  Pour les ESS : elles doivent être reconnues et bénéficier d'un financement d'amorçage fléché (100K€).

- **DMP / VSM :**
  - Le médecin traitant crée le VSM structuré qui doit être valorisé une fois dans la vie du patient et à chaque mise à jour annuelle pour les patients âgés de plus de 80 ans et/ou en ALD.
  - Le VSM non structuré sera valorisé dans la ROSP structure.
  - Rémunération spécifique à prévoir pour le volet médical spécialiste.

- **Téléconsultation :**
  - TLC téléphonique remboursée.
  - TLC avec assistance d'une infirmière libérale facilitée, notamment dans les EHPAD et territoires éloignés.
  - Ne pas favoriser l'implantation des cabinets de TLC. Pas de remboursement si offre médicale présente

Groupe de travail n°4 : Coordination et coopération entre médecins et autres professionnels de santé

- **Téléexpertise :**
  Doit être rémunérée à 30€ pour le médecin requis, 20 € pour le médecin requérant avec un processus de rémunération facilité.
- **Télésuivi des patients chroniques :** modalité innovante de télésurveillance des patients qui doit être facilité pour les acteurs de santé de ville et qui doivent bénéficier d'un financement public.
- **Formation / Prévention :**
  - augmenter les lieux de stage en cabinet libéral et en clinique pour les internes de spécialité hors MG,
  - accroître le nombre de jours de DPC indemnisés,
  - prévoir une formation de consultation spécifique de prévention à 3 âges spécifique de la vie,
  - planifier une consultation spécifique pour l'observance thérapeutique chez les patients âgés polymédicamentés.

- Certification individuelle obligatoire.

- **Actions formatrices :** DPC, participation à des congrès (locaux, régionaux, nationaux et internationaux), actions de formation médicale continue (locales ou territoriales, présentielles ou non), lectures…A valider par les CNP.

Qualité et pertinence :

- Actions et évaluations renforçant la qualité des pratiques à envisager.
- Important de distinguer la pertinence des prescriptions, la pertinence des actes et celles des prestations (parcours de soins). La pertinence des soins doit permettre d'améliorer les pratiques professionnelles, de développer la qualité des soins, et d'améliorer l'efficience de la prise en charge.
- Qualité des soins : doit être une réponse à la problématique aux soins.

Elle est multidimensionnelle et doit faire référence à la formation / certification périodique, à l'organisation du cabinet, la coordination des soins, la pertinence des actes, ROSP, espace de liberté tarifaire, prévention, éducation.