

Le nouveau projet tarifaire des Spécialistes

Une construction participative

19/01/2017 - UMESPE201701_activ_clin_consensus.docx

Coordination : Georges de Korvin

Contributeurs : Eric SENBEL (Rhumatologue), Dr Claude COLAS (Endocrinologue), Alain Jager et Bruno Perrouty (neurologues), Brigitte Virey (pédiatre), Christian-Michel Arnaud (anesthésie réanimation),

Marc Villaceque et Eric Perchicot (cardiologue), Claude Colas (endocrinologue), Bruno Stach (pneumologue), José Basseur (néphrologue), Eric Senbel (rhumatologue), Thierry Bour (ophtalmologue), Alain Mac Callum (échographiste), (cardiologue), Pierre-Etienne Cailleux (oncologue), Dominique Engalenc (ORL), Hélène Le Hors (chirurgie pédiatrique), F. Cordet (gastroentérologue), Luc Sulimovic (dermatologue), Isabelle Bossé (allergologue)

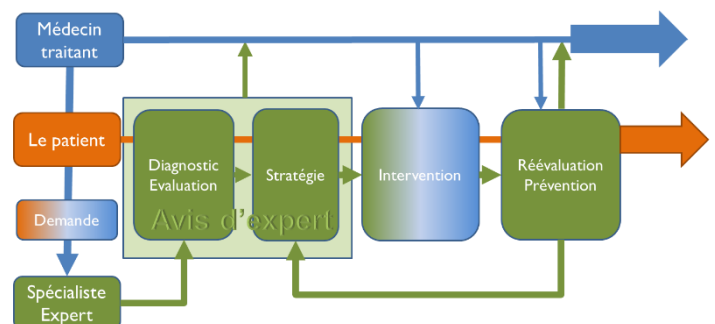
Accompagnants extérieurs : Jean Paul DURAND, Jean François THEBAUT, Martine Aoustin, Jean Luc HAROUSSEAU

Giens, le 07 septembre 2017

Construire un projet tarifaire cohérent et crédible est une condition majeure pour que la médecine spécialité libérale puisse jouer pleinement son rôle dans tous les territoires et attirer les jeunes médecins qui doivent prendre la relève de l'ancienne génération.

Ce projet est construit autour de **quelques principes simples** : valoriser l'expertise médicale et l'organisation mise en place pour optimiser la prise en charge de besoins précis ; encourager la prise en charge de nouveaux patients, la réponse aux urgences et aux cas difficiles, permettre un suivi programmé aux temps clés des affections chroniques ou risquant de le devenir.

La prise en charge spécialisée est un processus dynamique destiné à répondre à la demande du patient et de son médecin traitant. Il commence par un diagnostic, précis ainsi qu'une évaluation de la situation du patient et de son environnement. L'intervention thérapeutique peut être chirurgicale ou médicale avec la possibilité de traitements multimodaux faisant appel à plusieurs intervenants, y compris le médecin traitant. *La réévaluation post interventionnelle*, grande oubliée des textes actuels, a une place essentielle dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. C'est aussi le moment privilégié pour approfondir la relation avec le patient et son éducation thérapeutique. Certaines affections justifient une répétition adaptative de la boucle de prise en charge jusqu'à atteindre au plus près les objectifs fixés. Le rôle du spécialiste s'arrête alors, sauf quand un suivi espacé à long terme est utile.



La réévaluation post interventionnelle, grande oubliée des textes actuels, a une place essentielle dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. C'est aussi le moment privilégié pour approfondir la relation avec le patient et son éducation thérapeutique. Certaines affections justifient une répétition adaptative de la boucle de prise en charge jusqu'à atteindre au plus près les objectifs fixés. Le rôle du spécialiste s'arrête alors, sauf quand un suivi espacé à long terme est utile.

Un consensus fort s'est établi sur les points suivants :

- *Valoriser l'activité clinique de toutes les spécialités.* Il ne faut pas de spécialité perdante mais, au contraire, tirer vers le haut toutes les spécialités au travers de la promotion des niveaux de consultations supérieurs (N3 et N4)
- *Le niveau 3 (aligné sur l'ex C2) doit s'appliquer à toutes les « premières fois »* pour une affection donnée. Il ne faut plus de condition a posteriori. Il faut pouvoir le répéter tous les 4 mois, si nécessaire. Les règles d'adressages doivent être remises à plat.
- *Pour chaque spécialité, il faut alors préciser les points particuliers qui permettront une réelle adéquation aux pratiques de terrain :* application du niveau 3 dans des séquences rapprochées, conditions d'application du niveau 4 en première ou seconde intention, association d'un code de consultation à un acte technique CCAM.

Quinze spécialités ont rédigé des propositions écrites intégrables à ce schéma général. Des adaptations ont pu être trouvées pour les neurologues, les pédiatres. Ceci témoigne d'un mouvement quasi général, porté par des spécialités de nature très différente. Bien sûr, une question reste récurrente : « possible ou impossible ? ». Plutôt que des débats sans fin entre médecins et, espérons-le bientôt, avec l'Assurance maladie, nous avons choisi de construire un outil permettant de tester les propositions syndicales en situation réelle de consultation.

Specode.fr est un site de simulation de codage en ligne utilisable par tout médecin disposant d'un terminal connecté à Internet. Il respecte l'anonymat des codeurs et des patients vus en consultation. Chaque codeur peut, sous un pseudonyme de son choix, compléter un profil qui permettra une analyse fine de l'ensemble des codages. Le questionnaire de codage comporte plusieurs items permettant de situer les conditions de la consultation et sa place dans la séquence de prise en charge. Le codage réel est renseigné pour permettre une mesure des écarts aux codages simulés. Le codage simulé s'appuie sur une série de libellés proposés par chaque spécialité. Le questionnaire utilise au maximum les cases à cocher, boutons radios et menus déroulants et son remplissage ne dure qu'une minute une fois qu'on le connaît bien.

Les principes généraux qui fondent nos propositions sont les suivants :

- *Valoriser l'activité clinique de toutes les spécialités.* Il ne faut aucune spécialité perdante. En outre, les avantages acquis dans un domaine doivent s'appliquer à toutes les spécialités ayant une activité dans ce domaine.
- *Mettre l'accent sur la valeur ajoutée de l'expertise.* Notre attention doit être concentrée sur la valorisation significative des niveaux élevés de consultation plutôt que sur une augmentation de quelques euros de l'acte de base. Néanmoins, le suivi spécialisé, s'il est justifié, doit être possible sans remise en cause a posteriori du codage des consultations antérieures.
- *Encourager la rotation des patients.* Il faut privilégier la valorisation de la première consultation et des temps forts de la prise en charge spécialisée alors que le système actuel a favorisé la segmentation et la répétition des actes. Ceci doit permettre de mieux organiser le temps médecin, actuellement aux limites des ressources, pour mieux répondre aux besoins de la population.

Notre construction doit répondre à deux questions : sur le plan macro-économique, il faut pouvoir calculer des *enveloppes budgétaires* à partir des niveaux de consultation, du taux d'application et des effectifs médicaux. Au niveau individuel, le médecin doit savoir quand il peut coder tel ou tel niveau de manière pertinente aux yeux du médecin conseil. Ainsi faut-il une *déclinaison médicale* des différents niveaux de consultation.

Le dispositif de quatre niveaux de consultation, inscrit dans la convention de 2017, doit être simplifié et respecter les exigences syndicales :

- *Niveau 4 : 75 euros pour la consultation longue et complexe.* Il concerne : 1. La première consultation dans certains cas (problèmes neurologiques ou psychiatriques, pathologie de système, polyopathie) ; 2. La consultation d'information et d'établissement d'un programme personnalisé de soins pour une affection grave, une fois le diagnostic posé.
- *Niveau 3 : 50 euro pour la consultation d'expertise approfondie.* Ceci s'adresse, par défaut, à toutes les premières fois et au réexamen approfondi du patient selon les exigences reconnues du programme de soins, ainsi qu'en cas d'apparition de nouveaux problèmes.
- *Niveau 2 : 30 euros pour la consultation de suivi d'expert.*

Les lettres-clés spécifiques et les majorations existantes doivent être fondues dans cette échelle selon un principe d'alignement vers le haut. Ainsi, le CNP doit-il devenir un N3 et le C2,5 doit-il évoluer vers N4. C'est la condition pour que toutes les spécialités se sentent traitées de manière équitable et soient impliquées dans un même projet.

Le projet devra, en outre, intégrer des dimensions nouvelles comme la délégation de tâche sous supervision médicale spécialisée et la télémédecine.

Les taux d'utilisation envisagés pour les différents niveaux reposent sur l'analyse des bases SNIIRAM en 2014 et sur l'enquête CNAMTS de 2012. En standard, nous proposons 10 % de niveau 4, 40 % de niveau 3 (alignement sur le taux des chirurgiens) et 50 % de N2. Ces taux pourront être définis lorsque ceci est justifié. Par exemple, dans le domaine neurologique, nous proposons 50 % de N4, 40 % de N3 et 10 % de N2, ce qui est proche de la répartition observée pour le CNP et le C 2,5 en 2019.

L'association de la consultation clinique et d'un geste technique doit être abordée. Notre but est d'encourager le « tout en un temps » qui permet de mieux répondre aux urgences, de limiter les allers et retours des patients et le temps de prise en charge. Dans le cas des actes lourds, il faut s'aligner sur la chirurgie où l'on autorise déjà le codage d'un C2 avant l'intervention réalisée le même jour. Pour les petits actes, il faut simplifier la nomenclature tout en permettant d'ajouter un acte technique diagnostique et/ou thérapeutique au codage de la consultation. Il faudra proposer des schémas pour chaque domaine de la pathologie, avec une validation par les sociétés savantes.

Le fonctionnement en équipe ou en réseau doit être reconnu et inscrit dans le texte conventionnel. La vision traditionnelle du médecin traitant en duo avec son correspondant est un modèle « one to one » bien éloigné de l'organisation polydisciplinaire de la médecine moderne. Il faut reconnaître un modèle « one to team » structuré selon les nécessités de la prise en charge spécialisée. Ceci couvre deux aspects pratiques. Dans la rémunération à l'acte des différents acteurs médicaux de l'équipe ou du réseau, chacun doit être rémunéré à taux plein pour sa participation. Les forfaits ARS doivent apporter un complément financier pour les frais non pris en charge par la rémunération à l'acte : travail de coordination (hors consultations), paramédicaux non remboursés à l'acte, équipements spéciaux.

L'espace d'évolution tarifaire (EET) répond à un postulat : **un acte médical pertinent a une valeur intrinsèque, même si l'Assurance maladie ne veut pas le prendre en charge.** C'est ce que nous appelons

la valeur intrinsèque minimale de l'acte médical. L'EET doit devenir la variable d'ajustement entre la demande syndicale et ce qu'accepte de prendre en charge l'Assurance maladie.

Cet EET doit être évolutif et personnalisé. On peut le concevoir comme une contrepartie aux services rendus à la population : parcours hospitalier, période d'activité en zone médicalement sous-dotée, période passée en Secteur 1... Devront aussi être valorisés le DPC, la participation à la vie conventionnelle, à l'enseignement universitaire et à la formation professionnelle.

Une déclinaison séquentielle des consultations doit être proposée par chaque spécialité. Ces propositions seront appuyées sur des programmes de soins spécialisés, définis par une cible, des objectifs, un contenu, une séquence temporelle et des moyens adaptés.

Le cas standard est l'avis d'expert : N3 suivi d'une ou plusieurs consultations N2. La consultation N3 doit pouvoir être répétée au bout de 4 mois, comme dans le dispositif actuel du C2. Notez bien que l'adjectif « ponctuel » a disparu.

Plusieurs cas particuliers peuvent être définis. Sachant que la première consultation spécialisée mérite un niveau 3 par défaut, il faut décliner dans chaque spécialité :

- Les situations où une répétition précoce de N3 est justifiée
- Les situations où la 1^{ère} consultation justifie un niveau 4
- Les indications de N4 en dehors de la première consultation : consultation d'information détaillée et de mise en place d'un plan de soins personnalisé.
- Les prises en charge « tout en un temps »
- Les demandes spécifiques comme en pédiatrie, en psychiatrie ou en anesthésie, par exemple.

Le consensus obtenu au sein du groupe de travail réuni le 19 janvier 2017 est un grand pas en avant. Enfin, il va être possible de s'affranchir des anciens schémas et d'intégrer l'intérêt propre de chaque spécialité dans un ensemble général cohérent. Certes, il reste du travail à faire et des négociations difficiles à mener. Du temps sera nécessaire. Mais il est plus facile d'avancer et de s'imposer si l'on sait où l'on veut aller et si tout le monde rame dans le même sens.

Dr Georges de Korvin

Coordinateur du projet de valorisation de l'activité clinique spécialisée