

Critique de la Convention 2016

21/05/2020 - UMESPE_critique_convention2016.docx

Georges de Korvin, délégué à la tarification.

Document adressé :

- Aux membres du bureau de l'UMESPE
- Au Comité directeur du SYFMER

I. CE QUE NOUS AVONS REFUSÉ

L'UMESPE a refusé la signature de la Convention Médicale de 2016 pour plusieurs raisons :

- **La manière clivante dont ont été pénalisés patients consultant les médecins de Secteur 2**, en leur refusant toute progression du niveau de remboursement des actes. Le maintien d'une CS à 23 euros pour des médecins spécialistes, alors que la consultation des généralistes est passée à 25 euros au minimum est une mesure vexatoire inutile ;
- **L'effet de cliquet de l'OPTAM**, qui diminue l'espace de liberté tarifaire des médecins les plus vertueux, sans ouvrir aucune perspective d'harmonisation de cet espace de liberté au niveau national. Or, cet espace de liberté reste nécessaire, eu égard aux insuffisances des prises en charge par l'Assurance maladie ;
- **L'insuffisante revalorisation des actes techniques de la CCAM** ; à quoi s'ajoute **le projet de baisse tarifaire sur certains actes**.
- **L'insuffisance de la revalorisation de l'activité clinique spécialisée**.

Certes, nous avons pris acte d'une ébauche de tarification à quatre niveaux des consultations. Mais cette démarche est restée insuffisante et inaboutie.

Parmi les principaux défauts relevés, citons :

- **Le maintien du caractère *ponctuel* de l'avis de consultant spécialisé**, qui nie la réalité des séquences de prise en charge spécialisée.
- Au lieu d'établir un cadre lisible à quatre niveaux de tarification, assujetti à des critères consensuels, la Convention a maintenu un **maquis de majorations** qui relèvent de l'inventaire à la Prévert, trop limitatif et sans impact significatif sur la rémunération médicale. Comment justifier qu'un acte « complexe » soit moins bien tarifé (46 euros) qu'un acte « de consultant » ?
- **De plus, certaines propositions pour le niveau 4 ont été rétrogradées au niveau 3 et certains libellés sont dénués de sens**, comme « la première consultation pour une scoliose évolutive » !
- **Un certain nombre de majorations sont assorties d'une obligation de pratiquer des tarifs opposables**, ce qui obligerait le médecin de Secteur signataire de l'OPTAM à pratiquer un tarif inférieur à ses honoraires habituels !

II. OBJECTIFS IMMÉDIATS

A. L'Avis ponctuel de consultant

L'APC convient très bien aux spécialités chirurgicales et médicotechniques pour lesquelles la consultation est le point d'entrée pour un geste technique, diagnostique ou thérapeutique. En revanche, **sa forme pénalise les spécialités « cliniques »** s'occupant de patients qu'il faut suivre un certain temps jusqu'à l'aboutissement d'un diagnostic difficile ou la stabilisation de la démarche thérapeutique.

L'APC doit pouvoir être suivi d'un programme de prise en charge spécialisée, quelle qu'en soit sa nature, technique ou clinique.

Le détail de ces programmes peut faire l'objet d'une concertation. Nous y avons déjà travaillé dans le cadre de l'expérimentation Specode.

Nos demandes :

- Pouvoir coder APC (ou APY) pour les patients en ALD dans le cadre de leur protocole
- Pouvoir pratiquer un ou plusieurs actes CCAM thérapeutiques (et non pas seulement diagnostiques) après ACP (ou APY)
- Pouvoir réaliser *deux* CS après une APC (ou APY)
- Pouvoir répéter APC (ou APY) tous les 4 mois (comme pour le C2 ou C2,5) dans les cas où un suivi espacé est nécessaire (par exemple, pour une scoliose en période de croissance).

B. Révision des libellés de niveau 3 et 4

L'élargissement des libellés des niveaux 3 et 4 fait figure dans les motions votées par l'AG de la CSMF le 14 mars 2018.

Certains libellés proposés par les spécialités ont vu leur niveau abaissé ou leur formulation altérée jusqu'à devenir inapplicable. Par exemple, la consultation initiale pour une scoliose évolutive.

Au minimum, chaque spécialité doit pouvoir obtenir la révision ou l'intégration de 3 libellés.

C. Restrictions d'application tarifaire

Les restrictions relatives à l'application d'un tarif opposable ou à l'appartenance au Secteur 1 ou au Secteur 2 OPTAM, doivent être supprimées. Dans une période de pénurie médicale, le niveau de remboursement des patients ne doit plus dépendre du statut conventionnel des médecins.

Au minimum, l'obligation d'appliquer un tarif opposable pour bénéficier de certaines majorations doit être supprimée. C'est particulièrement le cas pour la majoration MCU d'urgence.

D. Evolution de l'OPTAM

Motion de l'AG de la CSMF 14/03/2018 : Modification des conditions d'entrée dans l'OPTAM/OPTAM-CO de groupe

Une nouvelle concertation doit être organisée pour corriger les principaux défauts de l'OPTAM :

- En introduisant une **pondération nationale** en faveur des régions les plus modestes en matière de compléments d'honoraires.

- En conservant la **référence la plus avantageuse** pour ceux qui avaient déjà souscrit au CAS et en y ajoutant un lien avec l'inflation (2% par an font 10% en 5 ans).
- En l'ouvrant à tous les médecins spécialistes, selon des conditions qui pourraient être négociées : ...

E. A propos des baisses tarifaires

Soit opposition frontale = non signature de la Convention

Soit demander **l'application d'un DA** permettant aux médecins de secteur 1 de maintenir le tarif d'origine et de faire intervenir les assurances complémentaires.

III. EN CONTREPARTIE DE CES DEMANDES

Engagement à

- Travailler sur la **pertinence des actes** : référentiels, procédures de sélection lors de la prise de rendez-vous, consultations préalables...
- Travailler sur les **séquences de prise en charge clinique** (épisodes de soins)