

Médecin traitant

Négociations 2016
Réunion du 1^{er} Juin 2016

- 1. Rôle et missions du médecin traitant**
- 2. Perspectives d'évolution de la rémunération à l'acte**
- 3. Perspectives d'évolution de la rémunération forfaitaire**
- 4. La mise en place du médecin traitant de l'enfant**

1. Rôle et missions du médecin traitant

1. Rappel des missions du médecin traitant

Les missions du médecin traitant sont définies à la fois à l'article L.4130-2 CSP et à l'article 12 de la convention médicale

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins,
- contribue à l'offre de soins ambulatoire,
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé,
- rédige, le cas échéant, le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants,
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonné,
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient,
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises (intégrés dans le DMP).

1. Taux de déclaration médecin traitant

En 2015 :

- **92% des assurés ont déclaré un médecin traitant dont :**
 - 98,8% des patients en ALD,
 - 98,6% des patients de plus de 60 ans,
 - 87,2% des patients Cmuc.

- **Le choix du médecin traitant s'est porté sur :**
 - un médecin généraliste dans 92,7% des cas,
 - un médecin MEP pour 4,2% des cas,
 - un médecin salarié d'un centre de santé (1,1%),
 - un spécialiste hors MG et MEP (0,4%),
 - Autres cas (médecin en établissement,...) : 1,6% des cas.

1. Patientèle médecin traitant

En 2015 :

- Un médecin généraliste a en moyenne 864 patients médecin traitant,
- Un médecin MEP a en moyenne 320 patients médecin traitant,
- Un spécialiste (hors MG et MEP) a en moyenne 4 patients médecin traitant.

Patientèle médecin traitant déclarante Tous régimes au 31/12/2015 (source PMT-IR)																
Médecins actifs et conventionnés au 31/12/2015																
	effectif de médecins	nb moyen de patients MT	nb total de patients MT	p1	P5	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P95	P99
Généralistes	53 023	864	45 815 358	0	5	123	415	597	736	858	979	1 110	1 269	1 509	1 732	2 249
MEP	6 794	320	2 172 061	0	0	1	2	3	5	27	168	375	702	1 058	1 309	1 907
Spécialistes (Hors MG + MEP)	56 164	4	201 901	0	0	0	0	0	1	1	2	3	4	6	10	36
TOTAL	115 981	415	48 189 320	0	0	0	1	2	3	7	333	696	953	1 250	1 491	2 009

1. Patientèle médecin traitant (MEP)

En 2015 :

- Grande variation du nombre de patients MT par médecin selon la catégorie de MEP

Patientèle médecin traitant déclarante Tous régimes au 31/12/2015 (source PMT-IR)																
Médecins actifs et conventionnés au 31/12/2015																
Regroupement MEP	effectif de médecins	nb moyen de patients MT	nb total de patients MT	p1	P5	P10	P20	P30	P40	P50	P60	P70	P80	P90	P95	P99
Acupuncture	1 230	401	493 270	0	2	5	24	61	141	221	331	498	731	1 087	1 371	2 024
Homéopathie	1 345	546	734 987	0	11	51	142	225	323	415	557	735	904	1 197	1 427	2 003
Thermalisme	137	401	54 878	0	1	2	4	8	45	199	370	622	879	1 137	1 396	1 629
Allergologie	438	128	55 914	0	0	0	1	2	3	4	5	8	44	607	966	1 399
Médecine vasculaire	1 599	31	50 286	0	0	0	1	1	2	2	3	4	5	7	22	1 165
Médecine physique	374	823	307 720	0	3	19	84	461	729	884	1 023	1 158	1 287	1 516	1 784	2 250
Phoniatry	14	29	403	0	0	0	0	1	2	2	5	6	7	71	299	299
Echographie	110	31	3 422	0	0	0	0	0	1	1	2	3	4	5	8	696
Médecine d'urgence	609	189	114 971	0	0	0	1	2	3	4	5	12	201	823	1 143	1 643
Gériatrie	146	798	116 532	0	18	164	434	528	682	818	941	1 064	1 204	1 389	1 487	1 664
Maladie du diabète	131	158	20 666	0	0	0	1	2	3	4	5	8	120	639	960	1 413
SOS Médecins	309	38	11 761	0	0	0	0	1	1	2	3	4	6	12	140	1 011
Autres MEP	352	589	207 251	0	1	2	5	26	164	469	694	852	1 095	1 449	1 842	2 342

1. Le rôle pivot du médecin traitant dans le parcours de soins

- Depuis la réforme de 2005 le médecin traitant a été positionné comme le pivot du parcours de soins pour la prise en charge des patients ; il assure le suivi au long cours du patient en lien avec les différents médecins correspondants et autres professionnels de santé.
- Ce rôle pivot est essentiel pour accompagner le virage ambulatoire qui suppose une médecine de parcours organisée autour du patient, coordonnée par le médecin traitant, en lien avec les spécialistes de second recours.
- Un des objectifs de la nouvelle convention est bien de renforcer encore cette structuration de l'offre de soins et la meilleure coordination des différents acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

1. Le rôle pivot du médecin traitant dans le parcours de soins

- La convention a vocation à accompagner cette meilleure structuration du parcours de soins au service des patients :
 - ✓ en confortant le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi des patients (y compris des enfants) et dans l'organisation des interventions des spécialistes de second recours ;
 - ✓ en s'appuyant sur son rôle clé dans le suivi au long cours des patients et son rôle de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation ; le développement des outils facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé doit faciliter cette démarche ;
 - ✓ en renforçant également son action dans les actions de prévention (*notamment des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants*) de dépistage (*cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus...*) et de promotion de la santé pour favoriser de meilleurs comportements (*habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques....*), promus dès le plus jeune âge pour permettre notamment de réduire certaines inégalités de santé ; la mise en place du médecin traitant de l'enfant (généraliste, pédiatre ou autres spécialistes) va faciliter leur suivi au long cours.

2. Perspectives d'évolution de la rémunération à l'acte

2. Perspectives d'évolution de la rémunération de la consultation les différentes options possibles

- L'Assurance maladie a présenté lors de la séance de négociation du 23 mars dernier les différentes options possibles pour permettre une meilleure valorisation de la pratique des médecins généralistes :
 - L'une fondée sur le maintien de la consultation de base à 23 euros et la création d'un tarif sensiblement majoré pour les consultations longues et complexes (à hauteur de 10 à 15 % des actes réalisés). Cette option suppose la définition d'un contenu médical précis, la mise en place d'un mécanisme permettant la maîtrise du volume de ces consultations.
 - L'autre fondée sur une meilleure valorisation de la consultation de base, aujourd'hui de 23 euros.

Compte tenu des coûts induits par chacun de ces deux scénarios, dont la portée financière serait sensiblement égale, l'UNCAM a souligné qu'ils devaient être considérés comme alternatifs.

2. Perspectives d'évolution de la rémunération de la consultation les différentes options possibles

- Les syndicats représentatifs ont formulé une proposition convergente visant à augmenter le tarif de la consultation de base des médecins généralistes de 23 à 25 euros.
- Ils ont également exprimé la demande que soit mieux prise en compte la part de l'activité des médecins pour des consultations longues et complexes, avec la définition d'un tarif majoré par rapport au tarif de la consultation de base. Dans ce cadre, les syndicats ont évoqué le souhait que soient mis en place différents niveaux de consultation selon le niveau de coordination, d'expertise et de complexité nécessité par la prise en charge des patients.
- Ces différents niveaux de consultations concerneraient l'ensemble des spécialités y compris la médecine générale. Cette nouvelle architecture des consultations s'appuierait sur les bases de la nomenclature actuelle, laquelle prend déjà en compte, par l'intermédiaire de certaines majorations, le niveau de complexité des consultations.

2. Perspectives d'évolution de la rémunération de la consultation un équilibre global à définir

- L'Assurance Maladie partage la proposition des syndicats représentatifs concernant l'évolution de la nomenclature des actes cliniques afin que ses principes tendent vers une logique liée au contenu médical des actes réalisés.
- Cela conduit par conséquent à ce que la réflexion sur la hiérarchisation des actes cliniques réalisés par les médecins généralistes – traitant ou non – ne puisse être arrêtée en dehors d'une réflexion plus large et cohérente sur la nomenclature générale des actes cliniques, quelles que soient les spécialités concernées.
- A défaut de pouvoir à la fois revaloriser à la fois le tarif de la consultation de base et créer des consultations longues majorées, pour des volumes significatifs, il sera nécessaire d'avoir une vision globale et consolidée afin de vérifier que les différents niveaux de consultation envisagés, leur contenu, leur volume potentiel et leur tarif, sont compatibles avec les capacités de financement de l'Assurance Maladie.

2. Perspectives d'évolution de la rémunération de la consultation un équilibre global à définir

- Cela entraîne cependant deux conséquences :
 - les pistes évoquées dans le présent document ne porteront pas sur l'ensemble des actes susceptibles d'être réalisés par les médecins généralistes, la séance du 8 juin étant précisément consacrée plus globalement aux actes cliniques ;
 - tant que les partenaires conventionnels n'auront pas encore défini conjointement la nouvelle architecture souhaitée sur les actes cliniques, il apparaît prématuré de proposer de manière définitive un niveau de rémunération de la consultation de base, celui-ci ne pouvant être fixé sans vision stabilisée de l'équilibre global du dispositif.
- Les scénarios qui suivent sur la valorisation de la consultation de base ne constituent donc pas à ce stade une proposition ferme engageant l'UNCAM. Il s'agit donc d'hypothèses avancées sous réserve d'un équilibre global.

2. Deux modalités possibles pour revaloriser le tarif de base des médecins généralistes

- Deux options ont été avancées par les syndicats représentatifs de la profession pour revaloriser la consultation de base :
 1. Supprimer la MPC et porter le tarif de la C et de la CS à 25€.
 2. L'application d'une majoration commune aux médecins généralistes et aux autres spécialistes permettant d'aligner les tarifs de la consultation pour tous les spécialistes de secteur 1 et secteur 2 CAS.

Ces deux options n'ont ni les mêmes coûts, ni les mêmes impacts en termes de bénéficiaires (notamment entre spécialistes S1/S2) : le coût supplémentaire du scénario « C = CS = 25 € » représente environ 167 M€ en remboursable dont le bénéfice se concentre sur les spécialistes de S2 (hors MG et MEP) qui, à la différence de leurs confrères de secteur 1, bénéficieraient de la revalorisation de 2 euros.

2. Chiffrage de la C et CS valorisée à 25 euros

En M€	Remboursable Secteur 1				Remboursable Secteur 2				Remboursable tous secteurs			
	Généralistes S1	MEP S1	Autres spé S1	total S1	Généralistes S2	MEP S2	Autres spé S2	total S2	Généralistes	MEP	Autres spé	total Tous secteurs
Effets directs												
passage valeur C de 23 à 25 €	424,6	20,2	6,5	451,3	19,0	10,0	2,9	31,9	443,6	30,2	9,4	483,2
passage valeur de la V de 23 à 25 €	47,7	3,8	0,0	51,6	1,5	0,3	0,0	1,7	49,2	4,1	0,0	53,3
passage valeur CS de 23 à 25 €	22,1	0,9	63,4	86,3	0,8	0,5	59,0	60,3	22,9	1,3	122,4	146,6
passage valeur VS de 23 à 25 €	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	0,3	0,0	0,3	0,9	0,3	0,1	1,3
suppression de la MPC	0,0	0,0	-70,4	-70,4	0,0	0,0	-9,5	-9,5	0,0	0,0	-80,0	-80,0
Total Effets directs	495,2	25,0	-0,5	519,6	21,3	10,9	52,4	84,7	516,6	35,9	51,9	604,3
Prise en charge des cotisations sociales	29,0	1,5	0,0	30,4	0,0	0,0	0,0	0,0	29,0	1,5	0,0	30,4
Total Effets directs avec prise en charge des cotisations sociales	524,2	26,5	-0,6	550,1	21,3	10,9	52,4	84,7	545,5	37,4	51,8	634,8
Effets indirects												
passage valeur Cnpsy de 37 à 39,7 €	0,0	0,0	28,8	28,8	0,0	0,0	10,8	10,8	0,0	0,0	39,6	39,6
passage valeur C2 à 50 euros (+ 4 euros)	0,3	0,1	27,8	28,1	0,1	0,1	29,3	29,4	0,3	0,1	57,1	57,5
passage valeur C2,5 à 62,5 euros (+5 euros)	0,0	0,0	1,5	1,5	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	2,0	2,0
Autres effets induits (MIC, MSH, VL)	0,3	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3
Total Effets indirects	0,5	0,1	58,1	58,7	0,1	0,1	40,7	40,8*	0,6	0,1	98,8	99,5
Prise en charge des cotisations sociales	0,0	0,0	2,5	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	2,6
Total Effets indirects avec prise en charge des cotisations sociales	0,5	0,1	60,7	61,3	0,1	0,1	40,7	40,8	0,6	0,1	101,3	102,1
Total Effets directs et indirects avec prise en charge des cotisations sociales - en remboursable	524,7	26,5	60,1	611,4	21,4	11,0	93,1	125,5	546,1	37,5	153,2	736,8

* : dont 7,2 millions pour adhérents CAS S2 sur les 40,8 M€ du total S2

<i>Total Effets directs et indirects avec prise en charge des cotisations sociales - en remboursé</i>	410,7	20,8	46,8	478,3	16,5	8,5	71,7	96,6	427,2	29,2	118,5	575,0
---	-------	------	------	-------	------	-----	------	------	-------	------	-------	-------

2. Chiffrage de l'application d'une majoration de 2 euros aux spécialistes de médecine générale

En M€	remboursable Secteur 1			remboursable adhérents au CAS - S2			remboursable - Total S1 + adhérents au CAS S2		
	Généralistes S1	MEP S1	total Secteur 1	Généralistes S2	MEP S2	total Secteur 2	Généralistes	MEP	total Tous secteurs
Application d'une majoration de 2 euros pour les consultations pour patients de plus de 16 ans - y compris consultations avec MIC ou MSH ou MCG) - Visites V comprises	415,3	21,0	436,3	12,3	4,3	16,6	427,6	25,4	453,0
Application d'une majoration de 2 euros pour les consultations pour patients de 0 à 16 ans - Visites V comprises	78,7	4,0	82,8	1,5	0,5	2,0	80,2	4,5	84,7
<i>dont patients de 6 à 16 ans</i>	39,1	2,0	41,2	0,9	0,3	1,2	40,1	2,3	42,4
<i>dont patients de 2 à 16 ans</i>	21,5	1,1	22,6	0,4	0,1	0,5	21,9	1,3	23,1
<i>dont patients de 0 à 2ans</i>	18,1	0,9	19,0	0,2	0,1	0,3	18,3	0,9	19,2
Total sans prise en charge des cotisations sociales	494,0	25,0	519,1	13,8	4,8	18,6	507,8	29,9	537,7
Estimation prise en charge des cotisations sociales (avec alignement sur le barème RSI pour la maladie)	29,6	1,5	31,2	0,2	0,1	0,3	29,8	1,6	31,5
Total y compris prise en charge des cotisations sociales en remboursable	523,7	26,6	550,2	14,0	4,9	18,9	537,7	31,5	569,1
<i>Total y compris prise en charge des cotisations sociales en remboursé</i>	410,0	20,8	430,8	10,8	3,8	14,6	420,9	24,6	445,5

2. Perspectives d'évolution de la rémunération de la consultation

L'AM souhaite maintenir une différenciation des tarifs entre la consultation réalisée par les médecins de secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré au CAS pour valoriser l'engagement de ces médecins dans la pratique de tarifs opposables au bénéfice des assurés sociaux.

- **Mesure envisagée : mettre en place une majoration qui permettra aux médecins généralistes de secteur 1 et secteur 2 adhérant au CAS de bénéficier, selon un calendrier à définir, d'une valeur de la consultation équivalente à celle des autres spécialistes.**

Dans l'objectif de rendre transparente pour les médecins l'application de cette majoration, la création d'un code spécifique pour facturer cette consultation au niveau des postes de travail des médecins (*sans recours à la cotation directe de la majoration créée*) sera étudiée.

3. Perspectives d'évolution de la rémunération forfaitaire

3. Quelles perspectives d'évolution des autres éléments de rémunération?

- Les différentes rémunérations forfaitaires mises en place ces dernières années au profit du médecin traitant (forfaits RMT, RST, FMT, volet de synthèse dans le cadre de la ROESP, etc.) ont eu pour objet de reconnaître son rôle dans le suivi au long cours de ses patients : suivi des traitements, des vaccinations, synthèse des différents événements intervenus, coordination et synthèse des interventions des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients, etc.
- Il apparaît nécessaire de redonner du sens à la rémunération consacrée aux médecins traitants pour sa fonction de coordination et de suivi au long cours des patients. En effet, la mise en place séquencée dans le temps de ces différentes rémunérations avec des règles de gestion spécifiques à chacune conduit à une absence de lisibilité pour les médecins.

3. Rappel des rémunérations forfaitaires des médecins traitants

- Depuis plusieurs années et plus particulièrement depuis la mise en œuvre de la convention médicale de 2011 et de ses différents avenants, les modes de rémunération en complément du paiement à l'acte ont été diversifiés et valorisent la qualité des pratiques médicales.
- **Différentes rémunérations forfaitaires ont été instaurées :**
 - **2005 : forfait RMT de 40€ par an et par patient atteint d'une ALD** – prise en compte du besoin de coordination médicale nécessité par ces patients (intègre la rédaction et l'actualisation du protocole en lien avec le médecin correspondant)
 - **2011 : mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique ROSP** valorisant la qualité des pratiques ; rémunération versée pour aider à l'informatisation des cabinets médicaux ; rémunération sur indicateurs de santé publique mesurés en tenant compte de la patientèle l'ayant choisi comme médecin traitant (suivi des pathologies chroniques, prévention, efficacité) en fonction de la progression et du taux d'atteinte des objectifs cibles

3. Rappel des rémunérations forfaitaires des médecins traitants

- ❑ **2013 (avenant 8) : forfait FMT** d'un montant de 5€ par patient et par an, cette rémunération valorise le rôle de médecin traitant dans la coordination des soins et le suivi de ses patients autres que ceux en ALD (RMT), en matière de prévention (suivi des vaccinations, actions de dépistage) et de prise en charge des affections intercurrentes
- ❑ **2013 (avenant 8) : forfait MPA d'un montant de 5€ pour chaque consultation ou visite** effectuée auprès de personnes âgées de 80 ans et plus, permet de tenir compte de la complexité de la prise en charge des patients âgés
- ❑ **2013 (avenant 9) : forfait RST de 40€ par an et par patient ne relevant plus d'une ALD** mais qui se trouve dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.322-3 10° CSS (suivi post ALD)

3. Montants des rémunérations forfaitaires versées en 2015

Spécialité	Secteur	Forfaits				Montant total ROSP M€	Bloc Organisation		Bloc Pratique Clinique		Patientèle MT Millions
		RMT M€	MPA M€	FMT M€	RST M€		Orga non MT M€	Orga MT (synthèse) M€	indicateurs déclaratifs M€	indicateurs calculés M€	
Généralistes	1	342,6	140,9	160,7	0,7	332,9	69,2	49,2	37,3	177,2	43,5
	2 CAS	10,8	3,9	5,4	0,0	10,7	2,0	1,5	1,2	5,9	1,4
	2 non CAS	4,5	0,1	0,1	0,0	4,0	0,8	0,5	0,4	2,3	0,6
Total Généralistes		357,9	144,8	166,2	0,8	347,5	72,0	51,2	39,0	185,3	45,6
MEP	1	12,2	6,2	6,0	0,0	13,2	4,2	1,7	1,3	6,1	1,6
	2 CAS	2,0	0,9	1,2	0,0	2,6	0,8	0,3	0,2	1,2	0,3
	2 non CAS	1,3	0,0	0,1	0,0	1,8	0,8	0,2	0,1	0,7	0,2
Total MEP		15,6	7,1	7,3	0,0	17,6	5,8	2,2	1,6	8,0	2,1
Total Généralistes et MEP		373,5	152,0	173,5	0,8	365,2	77,8	53,4	40,6	193,4	47,7

Source : DCIR versements au titre de 2015 liquidés jusqu'à avril 2016

3. Les propositions de l'Assurance Maladie sur le forfait patientèle

- Substituer à ces différents éléments une rémunération unique dédiée au suivi de la patientèle du médecin traitant (valorisation du rôle de coordination et de synthèse notamment).
- Ce nouveau forfait serait indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité ;
- Tous les patients seraient pris en compte, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge, à partir notamment des critères suivants :
 - Enfant : avec possiblement 2 tranches d'âge à distinguer (0 à 6 ans – 6 à 16 ans)
 - Patients âgés : avec possiblement 2 tranches d'âge (entre 70 et 80 ans et 80 ans et +)
 - Patients souffrant de pathologies lourdes (critère ALD, faute d'un autre critère connu dans les bases de l'AM)
 - Précarité (CMU-C)
- Le coefficient de base serait fixé à une valeur de 5 € (montant actuel du FMT) et donnerait lieu à un coefficient de majoration à définir en fonction des caractéristiques retenues
- Une majoration serait appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part des patients CMUC dans la patientèle du médecin ; avec pour les médecins ayant un taux de patients CMUC supérieur à la part calculée au niveau national, une majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux de la structure en pourcentage appliquée à la rémunération (plafonnement de la majoration à 25%).

3. Les propositions de l'Assurance Maladie sur le forfait patientèle

Les objectifs à poursuivre sur les modalités de mise en œuvre du forfait

➤ Pour les médecins : une rémunération simple et lisible

- ✓ Paiement unique au titre de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire, alors qu'aujourd'hui versement par chaque régime et ce, pour chaque type de forfaits (FMT, RMT etc.)
- ✓ La fréquence de paiement est à déterminer par les partenaires conventionnels ; toutefois il existe des contraintes techniques de faisabilité à prendre en compte au regard notamment de l'ensemble des rémunérations à calculer et verser.

➤ Pour l'assurance maladie : une rémunération simple à calculer

- ✓ L'objectif est de mettre en place un forfait dont le montant puisse être calculé sur la base des données disponibles dans le système d'information de l'assurance maladie.
- ✓ Proposition : forfait calculé sur la base des données de la patientèle Médecin Traitant déclarante inter régimes (PMTIR) arrêtée au 31/12 de chaque année (comportant les données sur l'âge et l'ALD).

4. La mise en place du Médecin Traitant de l'enfant

4. La mise en place du médecin traitant de l'enfant

- La Loi de modernisation de notre système de santé (article 76) prévoit la possibilité de désigner un médecin traitant pour le suivi des enfants âgés de moins de 16 ans (*pas de pénalisation dans le cadre du parcours de soins coordonné en cas d'absence de désignation*).
- Ce même article donne compétence aux partenaires conventionnels pour déterminer :
 - ✓ les missions particulières des médecins traitants des patients de moins de 16 ans,
 - ✓ les modalités d'organisation de la coordination des soins spécifiques à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte.
- Les partenaires conventionnels peuvent définir, le cas échéant, les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte, y compris ceux intervenant en contrepartie d'engagements individualisés (type ROSP) pour la réalisation des missions et la mise en place des modes d'organisation pour le suivi des patients de moins de 16 ans ayant désigné un médecin traitant.

4. Etat des lieux sur la prise en charge en libéral des enfants

→ En 2015,

- 12,6 millions d'enfants de moins de 16 ans ont consulté soit un généraliste ou MEP soit un pédiatre.
- ✓ 94% des enfants de 0 à 15 ans voient un médecin généraliste.
- ✓ 85% des enfants de 0 à 2 ans voient un médecin généraliste.
- ✓ Un généraliste voit en moyenne 200 enfants de moins de 16 ans par an, dont 40 de 0 à 2 ans.
- ✓ 20% des enfants de 0 à 15 ans voient un pédiatre.
- ✓ 45% des enfants de 0 à 2 ans voient un pédiatre.
- ✓ Un pédiatre voit en moyenne 620 enfants de moins de 16 ans par an dont 410 de 0 à 2 ans.

4. Etat des lieux sur la prise en charge des enfants de moins de 16 ans

Patients 0-15 ans											
ANNEE 2015 - Tous régimes - DCIR											
		nb de fois où le patient a vu un pédiatre									
		0 fois	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	6 fois	7 fois et plus	Total	en%
nb de fois où le patient a vu un Médecin généraliste ou un MEP	0 fois		300 180	165 418	102 641	68 898	49 641	37 525	103 626	827 929	6,6%
	1 fois	2 599 082	174 924	94 362	58 324	40 340	29 713	22 825	68 857	3 088 427	24,4%
	2 fois	2 055 571	128 192	64 962	38 305	26 104	19 599	15 217	46 163	2 394 113	18,9%
	3 fois	1 532 043	96 114	47 604	27 381	18 514	13 376	10 524	32 189	1 777 745	14,1%
	4 fois	1 093 966	71 639	35 420	20 216	13 260	9 502	7 522	22 533	1 274 058	10,1%
	5 fois	769 900	53 219	26 444	15 046	9 944	7 064	5 424	16 072	903 113	7,1%
	6 fois	541 297	39 371	19 700	11 228	7 403	5 254	4 131	11 483	639 867	5,1%
	7 fois et plus	1 423 815	122 534	61 393	35 445	23 628	16 226	12 043	33 789	1 728 873	13,7%
Total		10 015 674	986 173	515 303	308 586	208 091	150 375	115 211	334 712	12 634 125	100%
en%		79,3%	7,8%	4,1%	2,4%	1,6%	1,2%	0,9%	2,6%	100%	

4. Etat des lieux sur la prise en charge des enfants de 0 à 2 ans

Patients 0-2 ans											
ANNEE 2015 - Tous régimes - DCIR											
		nb de fois où le patient a vu un pédiatre									
		0 fois	1 fois	2 fois	3 fois	4 fois	5 fois	6 fois	7 fois et plus	Total	en%
nb de fois où le patient a vu un Médecin généraliste ou un MEP	0 fois		85 284	57 183	46 216	38 994	32 906	28 184	89 401	378 168	14,7%
	1 fois	246 734	34 444	26 228	23 136	20 892	18 611	16 306	58 216	444 567	17,3%
	2 fois	181 216	23 065	17 256	15 384	13 689	12 304	10 825	38 821	312 560	12,1%
	3 fois	154 403	17 749	13 266	11 523	10 134	8 580	7 550	27 139	250 344	9,7%
	4 fois	136 662	14 803	10 561	8 878	7 503	6 273	5 545	18 996	209 221	8,1%
	5 fois	120 537	12 699	8 536	7 025	5 853	4 766	4 120	13 652	177 188	6,9%
	6 fois	105 670	10 825	6 897	5 584	4 667	3 761	3 113	9 799	150 316	5,8%
	7 fois et plus	483 135	51 805	28 587	20 546	16 205	12 135	9 572	29 032	651 017	25,3%
Total		1 428 357	250 674	168 514	138 292	117 937	99 336	85 215	285 056	2 573 381	100%
en%		55,5%	9,7%	6,5%	5,4%	4,6%	3,9%	3,3%	11,1%	100%	

4. Retour sur les travaux du groupe de travail du 26 mai 2016 les points de consensus des syndicats

- Intérêt partagé de la mise en place du médecin traitant de l'enfant pour améliorer le suivi au long cours de ces derniers ; toutefois le choix du MT n'étant pas obligatoire (pas de pénalisation sur le parcours de soins), il est difficile d'appréhender à ce jour le taux de déclaration de MT et la fidélité des parents à ce dernier pour assurer le suivi de leurs enfants.
- Le MT de l'enfant peut être aussi bien un médecin généraliste qu'un pédiatre ou un autre spécialiste.
- Constat qu'un certain nombre d'enfants ne font pas l'objet d'un suivi régulier pourtant indispensable pour permettre le dépistage de certaines pathologies, troubles de développement, du comportement ou encore pour détecter certaines pratiques addictives, une obésité précoce, ...; des consultations de bilan à certains âges clés du développement de l'enfant seraient nécessaires.
- Souhait partagé que se développe le rôle de second recours et d'expertise des pédiatres (*très peu de cotations de C2 par les pédiatres*) qui existe très peu aujourd'hui ; les médecins généralistes se tournent plutôt vers l'hôpital pour le second recours ; en effet, crainte des médecins généralistes d'une confusion instaurée ensuite chez les parents sur les missions respectives du médecin généraliste et du pédiatre dans le suivi de leur enfant et également difficulté d'accès aux pédiatres notamment dans certaines zones, etc.

4. Retour sur les travaux du groupe de travail du 26 mai 2016

les points de consensus des syndicats

- Souhait exprimé sur la mise en place de niveaux de consultation différents suivant leur contenu pour le suivi de tous les patients (moins ou plus de 16 ans) et d'une nomenclature spécifique pour les actes de second recours effectués par les pédiatres ; à noter la particularité des consultations effectuées auprès des enfants du fait de la présence de tiers qui augmente la durée moyenne de consultation.
- Demande consensuelle sur la mise en place d'une ROSP du médecin traitant de l'enfant (*le médecin traitant pouvant être un généraliste, un pédiatre ou un autre spécialiste*) avec des indicateurs spécifiques (*dispositif ad hoc distinct du dispositif actuel*), quelques thèmes identifiés : repérage de l'obésité précoce de l'enfant, objectifs sur la vaccination (*mais difficultés évoquées au regard des craintes de la population sur la vaccination*), les antibiotiques et l'asthme. Le principe de cette ROSP spécifique MT de l'enfant pourrait être acté dans la convention même si toutes les modalités de mise en œuvre ne peuvent être entièrement définies dès la signature de la convention.
- Favorables à la mise en place d'actes réservés aux médecins traitants de l'enfant, par exemple sur le dépistage.

4. Retour sur les travaux du groupe de travail du 26 mai 2016 les points de divergence des syndicats

- Le représentant du syndicat national des pédiatres français (SNPF) a insisté sur le fait que la majorité des pédiatres exerce leur activité dans le cadre du 1er recours (majeure partie de leurs honoraires) et qu'il est donc nécessaire de maintenir une différence de rémunération entre pédiatres et médecins généralistes (conservation des majorations différenciées) ; ce différentiel de rémunération se justifie pour lui par le fait que les pédiatres ont une formation spécifique et plus complète sur la prise en charge des enfants qui leur confère un niveau d'expertise différent.
- Il a également émis l'idée de mettre en place des consultations réservées aux pédiatres.
- Les représentants des médecins généralistes (MG France, FMF) estiment au contraire que cette différenciation de valeur entre les actes réalisés par les pédiatres et les généralistes intervenant en 1er recours ne se justifie pas, les médecins réalisant les mêmes missions quelle que soit leur spécialité ; ils revendiquent ainsi l'équité tarifaire pour les consultations de même contenu. La spécificité de l'expertise des pédiatres n'a de sens qu'au niveau du second recours.
- Ils refusent la proposition faite par le SNPF de réserver certaines consultations aux pédiatres.

4. Prise en charge des enfants : proposition de l'UNCAM

- L'assurance maladie propose une nouvelle architecture des actes de suivi de l'enfant qui tienne compte non seulement de l'âge des enfants mais aussi du contenu des consultations et du niveau de complexité de la prise en charge.
- Cette évolution, qui permettrait à cette occasion une simplification des majorations, suppose une modulation des tarifs du médecin traitant et des pédiatres en fonction du niveau de complexité de la prise en charge et une identification de situations complexes justifiant d'un second recours.
- Les scénarios présentés ci-après sur la valorisation des consultations pour les enfants ne constituent donc que des hypothèses qui doivent ensuite s'inscrire dans l'équilibre global de la négociation et notamment de la valeur de la consultation de base et de la nouvelle architecture souhaitée sur les actes cliniques au-delà des seuls enfants.

4. Prise en charge des enfants : proposition de l'UNCAM

- Actuellement, compte tenu des différentes majorations existantes, selon les tranches d'âges et les consultations spécifiques à contenu précis, pour les médecins de secteur 1 et les adhérents au CAS :
 - les pédiatres ont 4 tarifs différents de consultation : 28€, 31€, 38€ et 41€ (MAS : uniquement 1 fois par an pour cette dernière, enfant en ALD)
 - Les généralistes ont 4 tarifs différents de consultation : 23€, 26€, 28€ et 33€.
- L'assurance maladie propose de simplifier ce dispositif en créant 3 niveaux de consultation relatifs à la prise en charge des enfants, ouverts aux médecins généralistes et pédiatres S1 et 2 CAS.

4. Prise en charge des enfants : proposition de l'UNCAM

- Le premier niveau de consultation pour les enfants de plus de 6 ans, portant sur le suivi et les pathologies courantes
- Le deuxième niveau se rapportant :
 - aux consultations des médecins traitants de l'enfant et pédiatres* portant sur le suivi et les pathologies courantes pour les enfants de 0 à 6 ans
 - aux consultations spécifiques : consultation longue pour prise en charge de l'obésité de l'enfant de 3 à 8 ans (200 000 enfants concernés) et 1ère consultation longue de contraception (15 à 18 ans) (maximum de 400 000 personnes en rythme annuel et 1,6 M au démarrage)
- Le troisième niveau se rapportant :
 - aux consultations longues pour examen approfondi de l'enfant donnant lieu à certificat (8^{ème} jour, 9^{ème} mois, 24^{ème} mois) pour les médecins traitants de l'enfant et les pédiatres*,
 - aux consultations lourdes et complexes : sorties d'hospitalisation, VL,... et spécifiquement pour les pédiatres : prise en charge des prématurés et maladies congénitales graves, consultation entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour, consultation complexe pour le suivi des enfants présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier, etc...
 - aux avis de consultant

* qu'il soit ou non médecin traitant de l'enfant 36

4. Prise en charge des enfants : proposition de l'UNCAM

- Pour les médecins généralistes de secteur 1 ou adhérent au CAS, ces 3 niveaux de consultation pourrait correspondre à des tarifs de 25 €, 30 € et 46 € (sous l'hypothèse de passage de la consultation de base à 25€).
- Pour les pédiatres, de secteur 1 ou adhérent au CAS, ces 3 niveaux de consultation pourrait correspondre à des tarifs de 28 €, 31 € et 46 €.
- Cette proposition est fondée sur une logique de contenu médical et de cohérence tarifaire progressive entre les différentes spécialités susceptibles d'intervenir comme médecin traitant de l'enfant.
- Elle est cohérente avec les demandes de valorisation des trois premiers niveaux de consultation exprimées par les médecins.
- Elle valorise substantiellement les consultations longues des médecins traitants de l'enfant et les consultations d'expertise des pédiatres tout en adoptant un principe de non régression tarifaire des consultations de premier et deuxième niveaux des pédiatres.