

## **UN PROGRAMME DE NEGOCIATION POUR LA FMF - Juin 2011**

Les négociations conventionnelles vont réellement commencer dans les 15 jours qui viennent dans un contexte où chacun des participants a le dos au mur.

D'un côté la CNAMTS a un équilibre financier à rechercher , de l'autre c'est sans doute la dernière occasion pour les syndicats de médecins libéraux de pouvoir enrayer l'effondrement démographique libéral .

Mais pour cela il faut un investissement financier massif sur la médecine libérale rétablissant l'attractivité du métier au moins au niveau de celle de l'exercice salarié qui attire actuellement plus de 90% des nouveaux diplômés (et de plus en plus d'anciens installés) le revenu final y étant au moins égal pour des charges de travail et de tracasseries infiniment moindres. Sur les 6000 médecins du travail par exemple, 3000 partent à la retraite dans les 5 ans et tous les postes de médecins salariés vont absorber l'intégralité des promotions sortant des facultés pendant les 12 ans à venir aggravant, s'il en était besoin, le désastre démographique libéral.

C'est d'un vrai plan de sauvetage que la médecine libérale a besoin. La FMF entame ces négociations avec l'objectif d'amener à terme les médecins français au niveau des médecins européens , tant au niveau de leur répartition (équilibre libéraux/salariés), qu'au niveau des revenus des libéraux.

**La FMF a des propositions à faire dans le cadre d'un vrai plan de restructuration du système de santé français.**

Rien de bon ne peut sortir d'une politique de rustines qui dérembourse les patients et bloque les moyens des médecins et autres professionnels de santé. Faute d'imagination, faute de politique cohérente, les autorités devraient se pencher sur les solutions mises en place dans les pays européens et reprendre tout simplement le système le plus efficace d'entre eux dans la logique de la FMF :

**Des moyens adaptés à une meilleure prise en charge de la santé des Français...**

- une politique de revenus pour les médecins libéraux
- une pacification des relations avec les caisses
- une éducation des patients pour un bon usage de l'hôpital et de la permanence de soins .

Avec un financement assuré par une authentique réforme portant :

- sur l'accès à l'hôpital et sur son mode de fonctionnement.
- sur l'industrie pharmaceutique en la ramenant à la moyenne européenne.
- sur les frais de gestions de la CNAMTS et des OCA (complémentaires)

## **UNE POLITIQUE DE REVENUS POUR LES MEDECINS**

la FMF fidèle à ses principes reste attachée au

- maintien du paiement à l'acte
- maintien du secteur 2 (la FMF ne revient pas sur des avantages acquis)
- maintien en ville des correspondants spécialistes libéraux garant de qualité et de proximité .

La FMF préfère pour sa part revenir au terme de médecin référent car tous les médecins sont « traitants ».

La FMF demande le remplacement du parcours de soins 2005 pour le remplacer par une vraie coordination centrée sur la messagerie sécurisée avec un authentique partage de l'information, garant de la qualité de soin. Elle demande l'abandon du DMP, gouffre financier qui après 7 ans d'existence en est encore au stade d'expérimentation et pose de réels problèmes de garantie de confidentialité des données.

## **LES GRANDS PRINCIPES D'UNE REFORME INDISPENSABLE**

Un forfait généralisé « médecin référent » par patient ayant choisi de passer contrat avec un médecin généraliste ou pédiatre (car il doit aussi concerner les enfants). Il ne saurait être inférieur à celui supprimé d'un trait de plume par les signataires de la convention 2005 (46 € en 2005) .

Ce forfait permet d'améliorer l'accueil et la prise en charge du patient (secrétariat, dossier informatisé communicant, participation à la continuité des soins (ne pas confondre avec PDS), participation à une FMC indépendante de l'industrie pharmaceutique.

Un forfait structure variable en fonction du lieu d'exercice et de la continuité des soins pour prendre en compte le service rendu par les médecins qui s'installent dans les zones délaissées ou à risques .

Le secteur 2 n'est pas modifiable

Seul le maintien du secteur 2 permettra une vraie revalorisation du secteur 1 qui devra pour cela devenir attractif

- forfaits pour les médecins généralistes et pédiatres référents
- CCAM adaptée, ambitieuse et centrée sur les spécialités dont les actes sont notoirement insuffisants et sur certains actes à promouvoir.
- Un secteur optionnel pour l'ensemble des spécialités de secteur 1 sur le modèle de celui qui est actuellement proposé aux seuls secteurs 2 des PTL

Le tiers payant doit être possible pour tous sans discrimination.

Pour les actes en MEP, quels que soient les médecins qui les pratiquent, ils doivent pouvoir être cotés en C+ HN ou C + ANR (acte non remboursable) sans

s'exposer aux contrôles tatillons des caisses et il serait souhaitable que cela fasse l'objet d'une négociation nationale avec les complémentaires.

## **UNE PACIFICATION DES RELATIONS AVEC LES CAISSES ET LE RETOUR A UN VRAI PARTENARIAT**

La FMF est consciente de la nécessité de contrôle de l'activité des médecins mais refuse que tous les pouvoirs soient entre les mains des directeurs de caisse . Elle demande la modification des articles 162.1.14 et 15 et le transfert des pouvoirs du directeur de la caisse vers une structure partenariale au sein de la convention.

## **LE FINANCEMENT DES PROPOSITIONS DE LA FMF EST POSSIBLE, SOUHAITABLE ET INCONTOURNABLE SI ON VEUT GARDER UNE MEDECINE A LA FOIS DE PROXIMITE ET EFFICIENTE.**

### Une gestion plus efficace du prix et du volume des médicaments :

La FMF constate que la CNAMTS s'éloigne de son rôle de remboursement des soins et n'a pas les moyens de contrôle sur les taux de remboursement notamment au niveau du médicament .

Il faut cesser de stigmatiser les seules prescriptions des médecins libéraux pour influencer sur les prescriptions initiales (la plupart du temps hospitalières) et agir sur les prix des médicaments, sur la gestion du bizonne qui demande une réforme en profondeur, sur la coordination entre prescripteurs.

### Une incitation des patients et des hôpitaux à un bon usage de l'hôpital et de la permanence de soins .

80 % des pathologies arrivant à l'hôpital relèvent de la médecine de ville.

S'il est du devoir de la ville d'organiser sa réponse aux demandes (régulation), il faut aussi inciter les hôpitaux à jouer leur rôle de recours en abandonnant des activités qui relèvent de la médecine de ville alors que le système actuel de la T2A les amène à l'attitude inverse, faisant de la France un pays qui privilégie constamment l'hospitalocentrisme.

Il en va de même de certaines autres activités comme les centres de dépistage qui jouent inutilement un rôle qui devrait être celui de la médecine de proximité qui doit être organisée pour cela.

La FMF demande donc une restructuration de l'accès à l'hôpital pour une rationalisation avec concentration des moyens pour une offre de qualité en adéquation avec une réelle définition des missions CH/CHU et la convergence tarifaire publique /privée pour qu'un acte soit payé à son juste prix quelque soit l'endroit où il est réalisé associé à une régulation libérale de l'accès à l'hôpital qui se concentre alors exclusivement sur l'hospitalisation.

*Dr Jean-Paul Hamon, président - [jp.hamon.dr@wanadoo.fr](mailto:jp.hamon.dr@wanadoo.fr) - 06 60 62 00 67*