

Présentation du nouveau projet confédéral de la CSMF pour une médecine libérale et sociale

Conférence de presse du
Dr. Michel CHASSANG, Président de la CSMF

Le 7 janvier 2014

Sommaire

Le projet confédéral : la CSMF laboratoire d'idées.....	2
Le projet confédéral 2014 : un travail de prospective et un exercice de démocratie interne ..	3
L'entrée dans la profession : une approche résolument pragmatique	4
L'exercice professionnel.....	7
La coopération interprofessionnelle	11
L'exercice libéral en établissement privé.....	13
La rémunération.....	15
Une couverture sociale plus juste	18
Retraite : un pilotage plus collégial.....	19
Le DPC : garantir des financements nécessaires et pérennes	20
La relation médecin patient	21
Le financement et l'organisation du système de santé	22
Le système conventionnel.....	24
Le sort du projet confédéral.....	25

Le projet fédéral : la CSMF laboratoire d'idées

Le premier projet fédéral de la CSMF avait été élaboré en avril 1998 sur l'initiative de Claude Maffioli afin de proposer un projet alternatif destiné alors à sortir des années de plomb des plans Juppé-Aubry. Avec ce projet la CSMF a non seulement proposé sa définition prospective du cadre politique et organisationnel de notre système de santé et de notre politique de santé, mais surtout elle a défini des outils pragmatiques de façon à apporter, comme toujours, des réponses concrètes aux besoins des médecins comme par exemple l'informatique médicale, le codage et la nomenclature, ou encore le dossier médical qui font désormais partie de notre quotidien. Depuis, la CSMF n'a jamais cessé de fonctionner en laboratoire d'idées.

C'est ainsi qu'en 2007, la CSMF avait concrétisé et mis en œuvre, notamment dans la réforme de 2004 et la convention de médicale de 2005, la plupart des propositions issues du premier projet fédéral. En se fixant 2015 pour horizon, la CSMF a donc rénové son projet pour proposer de nouvelles pistes d'évolutions définissant notamment une pratique médicale rénovée et mieux adaptée comprenant une formation médicale de qualité, une approche globale de la santé ne se limitant pas aux soins et à la maladie mais comprenant également une dimension médico-sociale, tout en prônant la mutation de notre système, exclusivement centré sur le curatif, vers le préventif. Ces idées ont dessiné les contours de la médecine de parcours qui est aujourd'hui en train de se mettre en œuvre.

Là encore, les idées de la CSMF ont été reprises, c'est pourquoi, toute au long de l'année 2013, le syndicat a remis son projet sur le chantier pour construire de nouvelles propositions reposant à la fois sur les valeurs fondamentales de la CSMF et sur celles de la médecine libérale.

Ce nouveau projet fédéral **pour une médecine libérale et sociale** réaffirme l'opposition de la CSMF à l'absurdité de l'étatisation de notre système de santé et à son pilotage par les tenants de la méthode comptable. Il marque un tournant dans l'évolution de l'exercice médical et se propose de conduire le cabinet médical vers l'entreprise médicale moderne avec un mode d'organisation enfin compatible avec les modes de vie moderne et les temps de vie personnelle. Enfin, il suggère une refondation des relations entre médecins et patients reposant sur des engagements réciproques.

La CSMF est, de tous les syndicats médicaux représentatifs, le seul à faire cet exercice prospectif qui donne de la lisibilité à ses propositions et qui fixe le cap de son action revendicative. Ce projet se veut aussi un outil de dialogue et d'échange avec les pouvoirs publics et les patients. La CSMF le versera comme sa contribution à la réforme du système de santé qu'envisage le gouvernement dans le cadre de sa Stratégie nationale de santé.

Le projet fédéral 2014 : un travail de prospective et un exercice de démocratie interne

Le nouveau projet fédéral présenté aujourd'hui est le résultat d'un an d'un travail de réflexion et de dialogue à l'intérieur de la CSMF, entre les cadres, avec les médecins de terrain, mais aussi avec des experts pour consolider la faisabilité de certaines idées. L'Université d'été et ses ateliers ont naturellement nourri les réflexions du projet fédéral, et cinq séminaires nationaux ont été organisés en 2013 pour réfléchir, construire et enfin formaliser les propositions de ce nouveau projet.

Le projet fédéral est aussi un exercice de démocratie interne où chacun a pu s'exprimer et apporter sa contribution. Il a été discuté au niveau des syndicats départementaux et des collèges régionaux de métropole et d'Outre-Mer, qui constituent la base de la CSMF, de même que par les syndicats de verticalité et en particulier de l'UNOF et de l'UMESPE. Le texte ainsi enrichi est le reflet de la diversité et de la forte représentativité de la CSMF en tant que premier syndicat médical poly-catégoriel.

Ce projet est la fierté et l'honneur d'un grand syndicat comme la CSMF. Il témoigne, à travers **138 mesures**, de sa capacité à proposer des solutions concrètes et innovantes pour les prochaines années tout en affirmant des ambitions fortes pour l'avenir de la médecine libérale.

Le projet fédéral de la CSMF a été **adopté à l'unanimité** lors de l'Assemblée générale extraordinaire qui s'est tenue le 14 décembre 2013 à Paris.

L'entrée dans la profession : une approche résolument pragmatique

Démographie médicale : pour une nouvelle approche

En matière de démographie médicale, on ne peut plus raisonner aujourd'hui comme on le faisait autrefois. Il faut compter avec le fait qu'un grand nombre de nos concitoyens vont entrer dans le grand âge, tandis qu'une partie de la population active est appelée à davantage de mobilité professionnelle, et sans doute géographique. D'autre part, du côté de l'offre de soins, les jeunes diplômés ne veulent plus vivre comme leurs aînés et aspirent à une autre qualité de vie, à l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Le pourcentage important de femmes dans quasiment toutes les disciplines et spécialités, y compris celles réputées autrefois réservées aux hommes, change la donne. Le temps consacré à l'exercice se réduit.

Du coup, le ratio « nombre de praticiens pour 100 000 habitants » ne signifie plus grand-chose. La CSMF lui préfère le concept « **d'accessibilité potentielle localisée** », défini par la DRESS prenant en compte à la fois le niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre de soins et le recours aux soins par classe d'âge, ainsi que les déplacements des patients, pour mesurer la demande.

A cela s'ajoute un autre constat, fait par le Conseil national de l'ordre des médecins, à savoir l'afflux de médecins titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen qui représentaient au début de cette année 24,1 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre. La question du numerus clausus à l'entrée des études médicales s'en trouve posée, puisqu'il est désormais contourné. Pour autant, la CSMF ne souhaite pas sa disparition, mais demande son aménagement. Elle demeure opposée à une régulation à l'installation, car pour elle, **la liberté d'installation est le corollaire de la liberté de choix par le patient de son médecin.**

L'installation et la meilleure répartition des médecins sur le territoire doit être encouragée dans le cadre de mesures incitatives.

Les mesures

Mesure N°1 – Revoir l'approche de la démographie médicale pour obtenir une appréciation plus réaliste de l'offre et du besoin en tenant compte :

- De l'accessibilité potentielle localisée (APL) permettant de prendre en considération à la fois l'activité des médecins et les habitudes des patients, notamment leurs déplacements,
- de l'afflux de médecins à diplômes étrangers et le contournement du numerus clausus,
- de l'évolution du périmètre d'activité des autres professions de santé.

Mesure n°2 : Favoriser le cumul emploi-retraite par une rémunération motivante et des charges non pénalisantes.

Mesure n°3 : Fluidifier les parcours professionnels notamment dans le cadre des validations des acquis de l'expérience (VAE), des progressions de carrières et du développement **du temps partiel hospitalier.**

Formation initiale : y associer les libéraux

On l'a vu, le numerus clausus, tel qu'il est pratiqué, est inadapté. L'examen classant doit permettre de proposer un nombre de postes en adéquation avec les besoins dans les régions et selon les spécialités et non pas selon les besoins de fonctionnement des services d'accueil des formations. Le cursus et le contenu des études dans les différents pays de l'Union européenne doivent répondre aux mêmes exigences de qualité. La commercialisation des diplômes doit être interdite.

Pour autant, il faut ouvrir la formation initiale à la médecine libérale, au moment où l'on parle de déshospitalisation au profit d'une prise en charge ambulatoire. Le contenu de l'enseignement doit s'ouvrir à la médecine de ville et à la coopération interprofessionnelle.

La forme même de l'exercice libéral évolue vers le concept « d'entreprise médicale libérale » qui nécessitera du praticien d'être formé à la gestion et l'organisation de ces structures.

Enfin, au moment où la formation des professions paramédicales s'inscrit dans le cycle LMD (Licence, master, doctorat), la CSMF pense qu'il faut redéfinir le contenu des formations.

Les mesures :

Mesure n°4 : Ouvrir la formation initiale, qui ne doit pas être hospitalo centrée, sur la médecine libérale.

Mesure n°5 : Un contenu adapté et ouvert sur la médecine de ville

- Stages obligatoires dans les cabinets libéraux, les cliniques et les structures pluri-professionnelles, et un élargissement des formations à la maîtrise de stage,
- Formation à la PDS (diversification des stages),
- Préparation à la coopération intra et inter professionnelle (culture commune de santé),
- Préparation à la gestion de l'entreprise médicale libérale.

Mesure n°6 : Développer les passerelles et la formation pluridisciplinaire (année préparatoire commune).

Mesure n°7 : Encourager la mobilité nationale, internationale et européenne.

Mesure n°8 : Développer le médecin libéral universitaire.

Mesure n°9 : Introduire la médecine générale au Conseil National des Universités.

Mesure n°10 : Mettre les ECN en adéquation avec les besoins (inter régions).

Mesure n°11 : Développer les facultés de médecine là où il y a des besoins.

Mesure n°12 : Dissocier les fonctions hospitalières et universitaires.

L'installation : inciter plutôt que contraindre

La CSMF est opposée au conditionnement du conventionnement au lieu d'installation. Elle privilégie les mesures incitatives. Les pouvoirs publics, plutôt que contraindre, doivent accompagner les jeunes diplômés qui, aujourd'hui, préfèrent faire des remplacements que

s'installer, et les aider à formaliser leur projet professionnel. Il faut simplifier les démarches par la mise en place d'un guichet unique, faire connaître différentes aides existantes, qu'il s'agisse de celles de l'Etat ou de celles des collectivités locales ou des dispositifs conventionnels. Les URPS des médecins libéraux peuvent y contribuer. Les candidats à l'installation ont besoin de lisibilité et d'être mis en confiance. C'est pourquoi la CSMF propose de généraliser le dispositif expérimental du **praticien territorial de médecine générale** à toutes les spécialités et à toute la France pour sécuriser les premières années d'exercice libéral et d'en faire son modèle social pour la couverture sociale de tous les médecins de secteur 1.

Les mesures :

Mesure n°13 : Opposition au conventionnement ou numerus clausus sélectif à l'installation.

Mesure n°14 : Généraliser le dispositif expérimental du praticien territorial de médecine générale à toutes les spécialités, et à toute le France pour sécuriser les premières années d'installation dans les zones fragiles.

Mesure n°15 : Faire du modèle social du praticien territorial de médecine général, la base de la couverture sociale maladie et grossesse de tous les médecins de secteur 1.

Mesure n°16 : Encourager la diminution de la période de primo-remplacement en aidant les remplaçants à formaliser leur projet professionnel.

Mesure n°17 : Organiser la promotion coordonnée des aides existantes (convention, aides Etat, collectivités locales).

Mesure n°18 : simplifier les démarches d'installation avec les URPS-ML.

Mesure n°19 : Développer des contrats volontaires pour créer des cabinets secondaires.

Mesure n°20 : Simplifier la transmission ou le regroupement des cabinets.

Mesure n°21 : Imposer aux élus locaux de mettre en œuvre une politique volontaire d'aménagement des territoires.

L'exercice professionnel

L'entreprise médicale libérale : Un nouveau modèle pour contractualiser avec les différents acteurs du système de soins

Pour répondre aux besoins de soins des patients et apporter une meilleure prise en charge dans un cadre coopératif, inter ou intra professionnel, les professionnels libéraux de santé devront structurer leur organisation, ce qui implique de faire évoluer la structure entrepreneuriale du cabinet médical.

Dans ce contexte, le concept « d'entreprise médicale libérale » prend tout son sens et trouve toute sa pertinence. Si son modèle économique reste encore à trouver, la CSMF souhaite qu'elle soit dirigée par un médecin et protégée de toute intrusion de groupes financiers afin de préserver l'indépendance des professionnels qui y exerceront. Cette entreprise libérale peut intervenir sur plusieurs sites, tout en regroupement les plateaux techniques ou les spécialistes au sein de maisons de spécialistes. Mais elle se positionnera comme offreur de soins, capable de contractualiser avec les agences régionales de santé ou tout autre acteur local. Ce faisant, les médecins restent maître de leur outil de travail.

Les mesures :

Mesure n°22 : L'entreprise médicale doit être exclusivement dirigée par un médecin.

Mesure n°23 : Protéger l'entreprise médicale de l'intrusion des groupes financiers dans son capital afin de préserver l'indépendance de celle-ci.

Mesure n°24 : Encourager le regroupement mono ou pluridisciplinaire, uni ou multi-sites.

Mesure n°25 : Organiser l'exercice médical dans le cadre d'une véritable entreprise médicale respectueuse du libre choix du patient.

Mesure n°26 : Réduire la fracture numérique dans les territoires où le problème se pose encore pour permettre le développement de la télémédecine (DOM par exemple).

Mesure n°27 : Développer la dématérialisation des échanges et le partage du dossier médical (VMS).

Mesure n°28 : Mettre en œuvre les aides à l'investissement et le financement pérenne des coûts de fonctionnement, que la valeur des actes, insuffisante, ne permet pas de supporter.

Mesure n°29 : Développer des plateaux techniques libéraux ou des maisons de spécialistes.

Mesure n°30 : Maintenir le paiement à l'acte majoritaire complété par des forfaits de structure.

Mesure n°31 : Obtenir la rémunération des actes réalisés en télémédecine dans le cadre d'une nomenclature spécifique.

Mesure n°32 : Garantir la viabilité financière de l'entreprise médicale en lui donnant une visibilité financière inscrite dans la durée.

Mesure n°33 : Doter l'entreprise médicale conventionnée d'un statut social et fiscal particulier.

La qualité de vie et d'exercice : dégager du temps médical et du temps personnel

Financer un secrétariat, soutenir l'informatisation, reconnaître les missions de santé publique du médecin jusqu'alors ignorées, la rémunération sur objectifs de santé publique est un premier pas. Mais il faut aller plus loin et la CSMF propose de développer le secrétariat médical car il n'est pas normal que 44 % des médecins généralistes soient contraints d'assurer eux-mêmes leur secrétariat et 22 % leur comptabilité. La longue et pénible liste des tâches administratives risque encore de s'alourdir considérablement si le gouvernement persiste à vouloir généraliser le tiers payant.

La CSMF propose de soulager le praticien de ces tâches administratives, en lui donnant les moyens de rémunérer un secrétariat, grâce à un **forfait de fonctionnement** comme cela se fait chez nos voisins belges par exemple.

La dématérialisation des échanges entre caisses et professionnels de santé est engagée et doit être poursuivie en lien avec les médecins, ce qui éviterait les errements qui consistent à imposer aux médecins d'ajouter à leurs ordonnances des mentions manuscrites. La dématérialisation doit être un « plus », un outil qui dégage du temps et assiste le praticien dans son exercice, et non une obligation assortie de sanctions qui seraient contreproductives. Elle doit être simple, ce qui implique des **outils intégrés** au logiciel métier du médecin.

Enfin, la CSMF aborde la nécessité d'organiser le stockage et la sauvegarde sécurisée des données numérisées des médecins, issues de leurs outils professionnels, sur un site neutre les mettant à l'abri de tout traitement partial ou à visée mercantile.

Les mesures :

Mesure n°34 : Développer le secrétariat médical financé par des forfaits de structure et par la ROSP pour permettre de dégager du temps médical et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins au patient.

Mesure n°35 : Poursuivre l'informatisation et la dématérialisation pour dégager du temps médical. La dématérialisation doit être dépenalisée.

Mesure n°36 : Accompagner la mutation vers le stockage électronique des données sur un site sécurisé neutre avec une prise en charge des coûts de gestion par l'assurance maladie.

La permanence des soins ambulatoires : retour au giron conventionnel

L'organisation de la PDS relève du terrain, mais ses conditions d'exercice et de rémunération doivent être négociées au niveau national. La loi « HPST » a confié l'organisation et la

rémunération de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) aux agences régionales de santé.

Pour autant, la PDSA continue à reposer sur le volontariat, la régulation est rémunérée ainsi que les gardes et les astreintes. La CSMF estime que ces principes obtenus de haute lutte sont intangibles.

La Confédération milite pour que la permanence des soins retourne dans le champ conventionnel et fasse l'objet de négociations pour permettre aux tarifs d'évoluer. L'astreinte en effet doit être revalorisée régulièrement. La majoration des actes régulés doit rester la règle. La rémunération de la régulation doit être modulée. La PDSA doit englober le samedi matin.

La PDSA repose aussi sur la sectorisation. Là encore, il faut être vigilant, car la tentation est grande d'utiliser la PDS pour faire des économies sur les médecins.

Les mesures :

Mesure n°37 : La PDS ambulatoire doit revenir dans le champ conventionnel

Mesure n°38 : La PDSA repose sur le volontariat des acteurs, la Rémunération des actes de PDS ainsi que des gardes et astreintes, la sectorisation (échelon départemental ou interdépartemental) et la régulation rémunérée des appels.

Mesure n°39 : La PDSA doit englober le samedi matin.

Mesure n°40 : Permettre aux régions qui le souhaitent de mettre à la disposition des médecins un **Système d'Information dédié à la PDSA** et un **numéro d'appel dédié à la PDSA différent du 15**, facilement identifiable par les usagers.

Mesure n°41 : Préciser et financer les missions des médecins correspondants du SAMU (MCS) afin qu'ils ne soient pas les « éclaireurs » du SAMU ou les médecins chargés des « gardes administratives » lorsque les autres médecins ne sont pas disponibles.

Mesure n°42 : L'astreinte doit être revalorisée régulièrement.

Mesure n°43 : L'information du public fait partie intégrante de l'organisation de la permanence des soins.

Mesure n° 44 : La garde administrative ne fait pas partie de la permanence des soins.

Mesure n° 45 : Les étudiants en 2ème et 3ème cycles doivent pouvoir, dans le cadre de leur cursus de formation initiale, être formés à la PDSA, tant pour la régulation que pour l'effectif.

Permanence des soins en établissement : rétablir l'équité

Deux poids, deux mesures, c'est la situation actuellement pour la permanence des soins en établissement. Certains spécialistes sont rémunérés, d'autres pas. Les agences régionales favorisent le plus souvent les hôpitaux au détriment des cliniques auxquelles les lignes de garde sont attribuées chichement. Il est urgent d'imposer l'équité de traitement entre public et privé, il est indispensable de reconnaître dans les plus brefs délais la participation à l'astreinte ou à la garde de tous les spécialistes concernés. De même la CSMF veut mettre un terme au traitement partial fait par les ARS des lignes de garde selon qu'elles concernent des établissements public ou privés.

Les mesures :

Mesure n°46 : Rémunérer la PDS en établissement de façon identique pour tous les spécialistes mobilisés et de façon identique à la PDSA

Mesure n°47 : **Imposer aux ARS de ne pas favoriser** les lignes de gardes de l'hospitalisation publique au détriment de celles de l'hospitalisation privée et les patients doivent pouvoir conserver leur liberté de choix

La coopération interprofessionnelle

Définir les compétences de chacun, recentrer l'hôpital sur ses activités, deux conditions pour réussir.

La CSMF porte le principe **d'une coopération** reposant sur la délégation de tâches en direction d'autres professionnels de santé libéraux, voire salariés de l'entreprise médicale, après avoir défini les rôles et compétences de chacun, inscrite dans le cadre conventionnel. Bon nombre de ces tâches correspondent à de nouvelles prises en charge pour améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques et/ou en perte d'autonomie.

La coopération interprofessionnelle répond à un double objectif : d'abord améliorer l'efficacité et l'efficacités du système de soins et limiter le recours à l'hospitalisation toutes les fois où elle ne s'avère pas nécessaire, y compris dans la prise en charge de l'aigu et de l'urgence ; ensuite, recentrer les professionnels de santé sur leur cœur de métier respectif, mobiliser le médecin sur les actes où sa valeur ajoutée est incontournable. Ce dernier restant le pilote et l'initiateur du parcours de soins et de santé. La CSMF considère qu'il faut trancher entre ce qui relève du champ hospitalier et ce qui relève du champ ambulatoire.

L'équipe de soins libérale

Au transfert de tâches, la CSMF préfère la coopération entre professionnels. Il convient de définir le rôle et les compétences de chacun. Cette forme de coopération doit trouver sa traduction conventionnelle avec la mise en place d'une **rémunération transversale** pour les missions d'initiation et de coordination du parcours de soins, et d'une nomenclature adaptée aux actes médicaux majeurs. L'accord cadre interprofessionnel (**ACIP**) est le lieu de la conclusion d'accords de coopération.

Les soins de premier recours, généralistes et spécialisés, doivent se structurer en termes d'offre de soins à l'échelle des territoires. Ils seront alors en capacité de valoriser de véritables plateaux cliniques et techniques, ainsi que des structures dédiées à la prise en charge de l'urgence en amont de l'hôpital, et d'assurer un suivi à la sortie de l'hôpital. C'est la raison pour laquelle la CSMF a développé le concept d'**équipe libérale de soins** dont elle estime qu'il faut favoriser l'émergence.

Les maisons de spécialistes

La coopération s'entend aussi entre médecins spécialistes en médecine générale et médecins spécialistes d'organe ou de classe d'âge, et entre médecins spécialistes. Ce dernier point est fondamental. Cette forme de coopération entre spécialités doit être explorée en priorité. Le concept d'entreprise médicale libérale est une voie d'avenir qui permet une organisation structurée des médecins, avec d'une part l'émergence de nouvelles fonctions

d'organisation et de pilotage, la possibilité d'hyperspécialisation pour les effecteurs de soins, la création de plateaux cliniques et techniques et de cabinets avancés.

Un transfert de financements

Cette organisation qui s'appuie sur le dynamisme des médecins et des autres professionnels libéraux correspond à l'évolution des prises en charge. Elle évitera le recours à des hospitalisations coûteuses. C'est la raison pour laquelle la CSMF estime que les nouvelles formes de rémunération qu'elle implique, - rémunération transversale de coordination, rémunération des tâches déléguées, management...,- peuvent être financées par un sous-**Ondam de transfert hôpital / ville**, par la mobilisation d'une partie des dotations aux ARS, et les expérimentations de nouveaux modes de rémunération.

Enfin, la **formation pluri-professionnelle** dans le cadre du développement professionnel continu semble une des conditions propices à l'émergence de la coopération interprofessionnelle.

Les mesures

Mesure n°52 : Le médecin doit rester le pilote. Cela suppose une meilleure rémunération des actes majeurs

Mesure n°53 : Favoriser la coopération, plutôt que le transfert de tâches entre médecins et professionnels de santé.

Mesure n°54 : Explorer en priorité la coopération entre médecins et entre spécialités.

Mesure n°55 : Recentrer l'hôpital sur ses missions pour construire une véritable coopération ville/hôpital.

Mesure n°56 : Définir les objectifs de la coopération interprofessionnelle : améliorer l'efficacité du système (limitation du recours à l'hôpital) et recentrer les professionnels sur leur cœur de métier (plus-value aux actes médicaux essentiels et incontournables).

Mesure n°57 : La coopération interprofessionnelle doit avoir pour objectifs

- Le partage de l'information médicale, outil indispensable à la coopération (VMS),
- Déterminer une « **valeur d'échange** » à la délégation (satisfaction réciproque des acteurs, rémunération transversale),
- Améliorer et valoriser **l'organisation territoriale du 1^{er} recours** (offre de soins coordonnée et organisée), en coordination avec **le 2^{ème} recours**,
- Les coopérations doivent se traduire au plan conventionnel professionnel et interprofessionnel (ACIP – CPR – CPL – CPN) avec la mise en place d'une nouvelle rémunération transversale,
- Le financement doit être assuré par un sous-ONDAM de transfert hôpital-ville, la dotation aux ARS, les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération (ENMR) et la mobilisation des complémentaires santé,
- La formation interprofessionnelle est un enjeu de la coopération (formation pluri professionnelle),
- Le médecin dirige l'équipe libérale de soins.

Mesure n°58 : favoriser l'émergence des équipes libérales de soins

L'exercice libéral en établissement privé

La place et le statut qu'occuperont les médecins dans les établissements de soins privés est un élément essentiel pour l'avenir de la médecine libérale et celui du système de soins dans son ensemble.

La CSMF veut préserver **l'indépendance des médecins libéraux** face aux groupes financiers qui s'intéressent de plus en plus aux cliniques privées. Toute forme de salariat dans ces établissements doit impérativement être rejetée. La CSMF sera particulièrement vigilante, car les groupes financiers et la tutelle, aux intérêts pourtant opposés, ont ce schéma en tête.

Pour la CSMF, il faut absolument contrebalancer le pouvoir de ces groupes financiers par un pouvoir médical fort et organisé dans les conférences médicales d'établissement (**CME**). Pour cela, la CSMF propose que l'organisation et le statut des CME du privé soient alignés sur ceux des CME des hôpitaux publics. Leur rôle doit être décisionnel et incontournable sur tout projet qui concerne l'établissement. L'organisation des actions et des programmes de DPC et la délivrance des attestations de participation à ces programmes font partie de ces missions qu'il faut acter.

Le **paiement à l'acte direct** du praticien par le patient est un des éléments clefs du statut libéral du praticien en clinique. Il doit être maintenu, c'est une condition pour l'indépendance du praticien à l'égard du pouvoir administratif et capitalistique de l'établissement, pour la qualité de sa pratique et de sa relation avec le patient. Les praticiens se sont montrés responsables. Le **contrat d'accès aux soins** a apporté une solution à l'érosion des parts de marché de l'hospitalisation privée, en solvabilisant les compléments d'honoraires.

La CSMF souhaite aussi une **clarification des « redevances »** qui doivent correspondre à une réelle prestation rendue par l'établissement au praticien. C'était autrefois l'un des rôles du Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée (CLAHP). Celui-ci doit retrouver son rôle de concertation, de propositions et d'arbitrage. La CSMF propose de l'institutionnaliser et de rendre ces recommandations opposables à tous les établissements.

Enfin, le concept « d'entreprise chirurgicale », innovation organisationnelle, construite autour d'un « savoir-faire » professionnel élaboré par la CSMF, doit être concrétisé. Il doit pouvoir offrir aux usagers sur un territoire donné un ensemble de prestations, négociées avec la tutelle. Les praticiens qui travaillent dans les plateaux techniques des établissements privés ne sont pas de « simples prestataires de service ». Ils doivent pouvoir être associés à l'activité globale de la clinique et négocier les conditions d'activité avec les tutelles, les conditions d'exercice avec les établissements.

Les mesures :

Les Conférences Médicales d'Établissement (CME)

Mesure n°59 : Aligner l'organisation et la réglementation des présidences de CME du privé sur le public.

Mesure n°60 : Doter la CME de moyens matériels financés dans le cadre de la tarification à l'établissement, par l'établissement et par les praticiens eux-mêmes.

Mesure n°61 : Donner aux CME un rôle décisionnel et incontournable sur tout projet qui concerne l'établissement qu'il s'agisse des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), du parcours de soins, ou de toute étude de pertinence des actes.

Mesure n°62 : Permettre à la CME d'organiser avec les différents OA-DPC, des actions et programmes de DPC en établissement et l'autoriser à délivrer les attestations de participation aux programmes de DPC.

Le praticien de l'hospitalisation privée

Mesure n°63 : Imposer le maintien du paiement à l'acte et le paiement direct du praticien par le patient. Le praticien de l'hospitalisation privée doit percevoir directement ses honoraires.

Mesure n°64 : Préserver l'indépendance du praticien au regard du pouvoir administratif et capitalistique de l'établissement.

Mesure n°65 : Rejeter le salariat en clinique

Mesure n°66 : Clarifier les « redevances » qui doivent correspondre à une réelle prestation de l'établissement vis-à-vis du praticien.

Mesure n°67 : Développer l'entreprise chirurgicale, innovation organisationnelle, construite autour du « savoir-faire » professionnel des praticiens.

Mesure n°68 : Relancer le CLAHP – Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée qui doit retrouver son rôle de concertation, de propositions, d'arbitrage, perdu au cours de ces dernières années.

Mesure n°69 : Permettre aux internes en spécialité de pouvoir faire des stages en clinique et dans les cabinets ambulatoires des praticiens. Pour cela les praticiens doivent être formés à la maîtrise de stage, rémunérés pour le temps passé à la formation de l'interne. Ils doivent enfin avoir la possibilité de se regrouper pour offrir des terrains de stage multi établissements ou multiservices.

La rémunération

La rémunération des médecins libéraux est un chantier majeur de ce nouveau projet confédéral avec plusieurs objectifs : rééquilibrer les revenus entre spécialités sans les « tirer vers le bas », mieux valoriser l'acte intellectuel, rendre les tarifs plus évolutifs et corrélés à la hausse des charges, limiter les restes à charge pour les patients et maintenir le paiement à l'acte comme élément central de rémunération, assorti de nouveaux modes de rémunération adaptés aux pratiques actuelles.

La valeur des actes est sous-évaluée si on la compare à celle constatée dans la plupart des autres pays européens. Une politique de remise à niveau de leur valeur, particulièrement des actes cliniques, puis d'évolution régulière et planifiée dans le temps est indispensable. D'autre part, la CSMF estime indispensable de donner une **visibilité économique** à tous les médecins libéraux par l'adaptation régulière du coût de la pratique afin de prendre en compte la réalité du poids des charges, dans le cadre d'une gestion dynamique et loyale de la valeur des actes.

La CSMF réaffirme la nécessité de **sanctuariser la convention médicale** pour éviter que le Parlement ou le gouvernement ne puissent interférer comme ils l'ont fait de nombreuses fois pour imposer des baisses tarifaires.

Par ailleurs, la valeur opposable des actes médicaux ne peut, en aucun cas, faire l'objet d'aucune négociation avec les complémentaires santé dans le cadre des réseaux de soins. La CSMF souhaite un **encadrement des réseaux de soins** avec un cadre national obligatoire imposant une négociation nationale préalable à tout contrat élaboré par une complémentaire santé, afin d'éviter les distorsions de concurrence et une fragmentation des modes de paiement et de prise en charge des assurés.

Le rapprochement des secteurs 1 et 2 dans un secteur unique reste une priorité confédérale désormais accessible grâce au contrat d'accès aux soins. Les médecins de secteur 1, quelle que soit leur spécialité, doivent pouvoir y accéder dans les mêmes conditions ouvrant ainsi la voie vers un **secteur conventionnel unique** dont la conséquence de l'engagement ne doit pas être un blocage des honoraires.

La CSMF, qui milite pour une reconquête par le régime obligatoire des champs délaissés de l'activité médicale, en particulier la chirurgie, appelle les caisses et le gouvernement à décider un investissement massif sur la valeur des actes en secteur 1 et leur maintenance constante et réelle au regard des évolutions du coût de la pratique ainsi que de l'innovation médicale.

Les mesures

Les modalités de rémunération

Mesure n°70 : Mettre en œuvre une politique de remise à niveau de la valeur des actes, **prioritairement des actes cliniques**, puis d'évolution régulière et planifiée dans le temps.

Mesure n°71 : Rémunérer le **temps médical, pour les actes cliniques, de façon identique** quelles que soient les spécialités

Mesure n°72 : Donner une **visibilité économique** à tous les médecins libéraux par l'adaptation régulière du coût de la pratique afin de prendre en compte la réalité du poids des charges, dans le cadre d'une gestion dynamique et loyale de la valeur des actes.

Mesure n°73 : **Rejeter les baisses tarifaires** imposées en dehors de toute négociation, en dehors du cadre conventionnel, via les lois de financement de la sécurité sociale

Mesure n°74 : la valeur opposable des actes médicaux ne peut, en aucun cas, faire l'objet d'aucune négociation avec les complémentaires santé dans le cadre des **réseaux de soins**.

La Nomenclature

La hiérarchisation des actes est du domaine des sociétés savantes tandis que la valeur des actes est l'affaire de la convention médicale et en particulier des syndicats médicaux.

Mesure n°75 : La mise en place de la CCAM technique doit s'achever et être évolutive

Mesure n°76 : La mise en place de la CCAM Clinique doit être effective.

Mesure n°77 : La création d'une CCAM en EHPAD doit voir le jour.

Mesure n°78 : La création d'une nomenclature spécifique en télémédecine doit voir le jour.

Le paiement à l'acte majoritaire

Mesure n°79 : **Le paiement à l'acte est prépondérant** et reste la caractéristique de l'exercice médical libéral.

Mesure n°80 : **La capitation est exclue**

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Mesure n°81 : La ROSP doit rapidement être étendue aux **pédiatres et aux endocrinologues**, puis à **toutes les spécialités**.

Mesure n°82 : Le contenu de la ROSP et notamment les indicateurs doivent être évolutifs et régulièrement revus en liaison avec la HAS.

Mesure n°83 : **Le secrétariat** en tant qu'outil mis au service du patient, de la coordination et de continuité des soins doit être financé par la ROSP dans le cadre du volet gestion et organisation du cabinet.

Les forfaits

Mesure n°84 : **créer des forfaits** destinés à rémunérer le temps passé par les médecins aux tâches administratives **non déléguables**.

Mesure n°85 : Développer des forfaits de structure pérennes pour financer les coûts de fonctionnement, en particulier dans le cadre de l'exercice regroupé.

Mesure n°86 : Développer les forfaits pour certaines tâches comme la prévention ou l'éducation thérapeutique.

Le tiers payant

Mesure n°87 : La CSMF est opposée à la généralisation du tiers payant.

Mesure n°88 : **Réserver le tiers payant** à des situations spécifiques et laisser la liberté

d'initiative au médecin en dehors des situations obligatoires prévues dans la convention médicale.

Mesure n°89 : Développer le paiement monétique avec débit différé santé, alternative au tiers payant qui préserve le caractère libéral de la médecine tout en offrant une garantie d'accès aux soins aux patients qui le souhaitent.

Les réseaux développés par les complémentaires santé

Mesure n°90 : instaurer un encadrement national des réseaux de soin et imposer qu'ils soient **ouverts à tous les médecins** qui le souhaitent pour éviter une distorsion de concurrence et préserver la liberté de choix du patient.

Mesure n°91 : imposer une **négociation nationale préalable** de tout contrat proposé par les complémentaires santé avec les syndicats médicaux représentatifs et proposé à l'adhésion individuelle

Les secteurs conventionnels

Mesure n°92 : Réduire le reste à charge qui est un obstacle à l'accès aux soins par une reconquête de l'assurance maladie obligatoire des champs délaissés de l'activité médicale, en particulier la chirurgie.

Mesure n°93 : Permettre à tous les médecins de secteur 1 d'accéder au contrat d'accès aux soins pour favoriser l'émergence d'un secteur conventionnel unique dont la conséquence ne doit pas être un blocage des honoraires.

Une couverture sociale plus juste

La couverture sociale des médecins libéraux doit être sensiblement améliorée, c'est d'ailleurs ce qu'a bien compris le gouvernement en créant une couverture élargie pour attirer des candidats dans les contrats de praticiens territoriaux de médecine générale.

Ainsi, la CSMF propose en plus de sanctuariser les droits sociaux des médecins conventionnés (ASV, allocation familiales et maladie), qui correspondent au contrat conventionnel originel et constituent un acquis, d'améliorer la protection sociale des médecins de secteur 1 et en particulier celle des femmes, en alignant leurs prestations maladie et maternité sur celle des salariés puisqu'ils cotisent au régime général de la sécurité sociale. La CSMF préconise la création d'un **avantage social maladie et maternité (ASMM)** destiné à ramener le délai de carence actuelle de 90 jours à un jour avant de percevoir les indemnités journalières en cas de maladie et à indemniser correctement les congés maternité, à l'instar du dispositif expérimental créé pour les praticiens territoriaux de médecine générale.

D'autre part, les médecins libéraux, qu'ils travaillent en cabinet de ville ou dans les cliniques privées, sont également confrontés à la pénibilité caractérisée par les gardes de nuit itératives enchaînées avec les journées de travail sans repos compensateurs, le travail debout pour certaines spécialités, dont celles de bloc opératoire, le stress, et malheureusement parfois, les conditions d'insécurité avec des menaces sur leur intégrité physique. La CSMF propose donc la création d'un « **compte pénibilité** » pour les médecins libéraux. Ce compte permettrait au médecin libéral en fin de carrière, de pouvoir effectuer soit une reconversion professionnelle, soit de travailler à temps partiel ou d'anticiper son départ à la retraite. La CSMF estime que la reconnaissance de la pénibilité est une avancée sociale indispensable.

Les mesures :

Mesure n°94 : Préserver les acquis conventionnels (ASV, cotisations sociales...)

Mesure n°95 : Améliorer la protection sociale des médecins de secteur 1 et en particulier celle des femmes, en alignant leurs prestations maladie et maternité sur celle des salariés puisqu'ils cotisent au régime général de la sécurité sociale.

Mesure n°96 : Créer un avantage social maladie et maternité (ASMM) destinée à ramener le délai de carence actuelle de 90 jours à un jour avant de percevoir les indemnités journalières en cas de maladie et à indemniser correctement les congés maternité, à l'instar du dispositif expérimental créé pour les praticiens territoriaux de médecine générale.

Mesure n°97 : Créer un « compte personnel de prévention de la pénibilité ». Ce compte permettrait au médecin libéral en fin de carrière, de pouvoir effectuer soit une reconversion professionnelle, soit de travailler à temps partiel ou d'anticiper son départ à la retraite.

Retraite : un pilotage plus collégial

La gestion du système de retraite doit être plus collégiale et plus transparente, afin que chaque praticien puisse disposer d'une vraie visibilité sur sa fin de carrière.

La CSMF propose de concevoir le dispositif de retraite dans sa globalité, en prenant en compte l'évolution des trois régimes (base, complémentaire, ASV) et dans le cadre pilotage élargi, comprenant une structure quadripartite associant Etat, Caisses, Syndicats et CARMF .

La CSMF souhaite que l'indépendance du régime complémentaire des médecins soit garantie par la loi. Concernant la CARMF, il apparaît nécessaire de réformer sa gouvernance en agissant sur quatre points : modifier le mode de désignation des administrateurs pour favoriser la démocratie par une actualisation du découpage électoral, limiter le nombre de mandats pour favoriser le renouvellement, assurer une meilleure transparence des décisions et imposer des règles de neutralité syndicale et politique et créer un collège de retraités actifs .

Enfin, la CSMF veut favoriser le cumul emploi/retraite en réduisant au minimum les cotisations en cas de cumul, d'autant que le cumul ne génère aucun droit supplémentaire à prestation

Les mesures :

Mesure n°104 : Assurer un pilotage global de la retraite du médecin par un comité quadripartite associant Etat, Caisse, Syndicats représentatifs et CARMF.

Mesure n°105 : Garantir l'indépendance du régime complémentaire spécifique aux médecins libéraux.

Mesure n°106 : rénover la gouvernance de la CARMF en :

- Modifiant le mode de désignation des administrateurs pour favoriser la démocratie avec une actualisation du découpage territorial,
- Limitant le nombre de mandats des administrateurs pour favoriser le renouvellement
- Assurant une meilleure transparence des décisions et imposer des règles de neutralité syndicale et politique,
- Créant un collège de retraités-actifs.

Mesure n°107 : favoriser le cumul emploi-retraite en réduisant au minimum les cotisations des médecins en situation de cumul, d'autant plus qu'elles ne génèrent aucun droit supplémentaire.

Le DPC : garantir des financements nécessaires et pérennes

Le dispositif du DPC imposé par la loi HPST créé une obligation nouvelle pour les médecins libéraux. Pour autant les pouvoirs publics ne semblent pas enclins à débloquer les financements nécessaires et pérennes permettant à tous les médecins de satisfaire à cette obligation. C'est pourquoi la CSMF demande que, comme le prévoit la loi sur le médicament, l'intégralité du produit de la taxe sur les industriels (150 millions d'euros) soit affectée au DPC. La CSMF souhaite que non seulement la formation soit financée, mais aussi que le temps consacré au DPC par le médecin soit indemnisé. La CSMF propose notamment d'adapter le dispositif d'indemnisation au cas des DOM.

Les syndicats médicaux doivent retrouver davantage de pouvoir dans le pilotage du dispositif, comme c'est le cas dans toutes les autres professions. La CSMF insiste également pour que le contenu des formations proposées soit bien en lien avec la réalité et les besoins de l'exercice des médecins libéraux.

Les mesures

Mesure n°98 : Affecter intégralement le produit de la taxe sur l'industrie pharmaceutique au DPC (150 millions d'Euros par an), comme le prévoit la loi sur le médicament.

Mesure n°99 : Redonner davantage de pouvoirs aux syndicats médicaux dans l'ensemble du dispositif organisationnel.

Mesure n°100 : Simplifier l'accès des médecins libéraux aux actions du DPC sans surcharge de démarches administratives.

Mesure n°101 : Indemniser le temps dévolu par les médecins libéraux au DPC qui doit être pris sur leur temps de travail, pour compenser la perte d'activité.

Mesure n°102 : Imposer aux pouvoirs publics qui ont rendu le DPC obligatoire d'en assumer les conséquences en garantissant le **financement nécessaire** à un DPC de qualité et à l'indemnisation de tous les médecins.

Mesure n°103 : Pour les DOM, intégrer dans les indemnités pour perte de revenus des journées supplémentaires perdues dans les transports sur la base de la C ou de la CS spécifique DOM de chaque participant. D'autre part, les forfaits OGDPC doivent être majorés par rapport à la métropole et tenir compte de la valeur de la C et de la CS locales.

La relation médecin patient

La CSMF veut redéfinir le cadre de la relation entre les médecins et les patients, qui a considérablement évolué depuis la loi Kouchner. Le principe cardinal du colloque singulier est en train de se modifier. Avec l'irruption des prises en charges pluri-professionnelle, il devient un colloque pluriel. Les exigences de patients « experts » après avoir consulté internet, où d'ailleurs les informations disponibles ne sont pas toujours exactes, et le rejet de l'aléa thérapeutique sont les stigmates d'un bouleversement complexe.

Dans ce cadre, la CSMF préconise de préserver une relation médecin patient de qualité et de l'enrichir en revoyant le mode de sélection à l'entrée des études de médecine, afin de privilégier les dimensions d'écoute et d'empathie, et en valorisant le temps médical pour favoriser les actes longs et les actes cliniques. Mais ce n'est pas tout, la CSMF propose d'identifier et de rétablir la **notion de devoir pour les patients**.

Les mesures

Mesure n°108 : Rétablir la notion de devoir pour le patient.

Mesure n°109 : Revoir le mode de sélection à l'entrée des études en médecine pour introduire les qualités humaines, d'empathie et d'écoute.

Mesure n°110 : Maintenir le monopole du médecin dans la prescription et les choix thérapeutiques.

Mesure n°111 : La CCAM clinique et la rémunération des consultations longues sont indispensables pour accompagner les patients et leurs aidants.

Le financement et l'organisation du système de santé

La CSMF réaffirme son hostilité aux filières de soins avec des « gate-keepers » à l'anglaise et à une organisation rigide et étatisée du système de soins qui correspondent non seulement à des visions dépassées, mais surtout sont inefficaces et constituent des obstacles au parcours de soins. La CSMF préconise une organisation centrée sur le patient, incitant les différents acteurs au décloisonnement, en particulier entre professionnels médicaux et médico-sociaux.

Coté financement, la CSMF reste opposée aux ORDAM et souhaite que l'ONDAM repose sur une construction plus transparente permettant d'individualiser les différents postes de dépenses et les transferts opérés entre ces derniers. La CSMF souhaite que les dépenses de santé soient réellement médicalisées et que les objectifs de dépenses soient établis en meilleure adéquation avec le besoin. La profession doit être associée à cette démarche en amont dans le cadre conventionnel.

Enfin les efforts de maîtrise ne doivent pas être réservés aux seuls soins de ville et doivent d'autant plus mobiliser les établissements hospitaliers publics qu'ils recèlent d'importants gisements d'économies comme le rappelle régulièrement la Cour des Comptes.

Les mesures

Les ressources et l'efficience du système de soins

Mesure n°112 : Considérer la santé comme un secteur économique à part entière, au même titre que les autres secteurs de production.

Mesure n°113 : Allouer et répartir les ressources en fonction des besoins médicaux réels :

- Au niveau national : un ONDAM défini selon le périmètre de prise en charge, avec une convention sanctuarisée,
- Au niveau régional : rejet des ORDAM mais avec un FIR (fongibilité asymétrique).

Mesure n°114 : Construire une **articulation entre le médical et le social**. L'implication des acteurs de l'action sociale doit être renforcée pour accompagner les plus démunis dans le système de santé.

Mesure n°115 : Mettre en place des outils de régulation adaptés à la situation (maîtrise médicalisée, adaptation des ressources, ajustement de l'objectif).

Mesure n°116 : Le concept de filières de soins de type « gate-keeper » est une vision dépassée car elle institue des obstacles au parcours de soins du patient dans le système de santé. Il faut au contraire simplifier et fluidifier.

Rôle et missions du médecin traitant

Le spécialiste en médecine générale a vocation à être le médecin traitant. Le médecin traitant doit avoir un rôle central dans la coordination du parcours de soins. Il assume les soins de premiers recours, la coordination des soins, et la PDSA.

Rôle et missions du médecin correspondant ou consultant

Le **médecin correspondant ou consultant** exerce en coordination avec le médecin traitant et assure la prise en charge du patient à deux niveaux : d'une part, en qualité de **correspondant** (suivi conjoint avec le médecin traitant) et d'autre part, en qualité de **consultant** (avis d'expertise). Il met en place des structures diagnostiques et thérapeutiques appropriées pour réussir cette mission. Pour cela, il met en œuvre également des plateaux techniques et des moyens d'hospitalisation.

Un système hospitalier partenaire

Le système hospitalier français mixte, public et privé, constitue une des originalités et des richesses de notre pays.

Mesure n°117 : Développer des regroupements et des partenariats afin d'optimiser l'organisation des soins. Il faut toutefois demeurer très vigilant pour ne pas voir des praticiens libéraux utilisés par l'hôpital public en tant que supplétifs, en particulier dans la prise en charge des urgences.

Mesure n°118 : Les attachés doivent voir leur statut et leur rémunération améliorés.

L'Hospitalisation privée

Mesure n°119 : Les médecins exerçant en hospitalisation privée ne sont pas salariés de la clinique. Ils n'ont aucun lien de subordination avec les directeurs d'établissements.

Mesure n°120 : L'hospitalisation privée doit pouvoir s'ouvrir aux domaines de l'enseignement et de la recherche.

Mesure n°121 : Développer, dans les établissements où cela s'avère nécessaire, un service de Médecine Générale fonctionnant avec les médecins libéraux, pour accueillir les patients en demande de soins non programmés.

L'Hôpital public

Mesure n°122 : Impliquer l'hôpital public dans les **efforts de maîtrise médicalisée** au même titre que la médecine de ville.

Mesure n°123 : Séparer les fonctions d'enseignement et de recherche dévolues à l'hôpital public des fonctions de soins.

Mesure n°124 : Impliquer l'hôpital public au même titre que la médecine libérale dans la régulation de l'offre de soins.

Le système conventionnel

S'il est logique que le Parlement se prononce sur l'allocation globale correspondant aux dépenses d'assurance maladie et définisse ainsi des objectifs prévisionnels, fixe le périmètre de prise en charge des soins pour la collectivité, la CSMF estime qu'il n'a pas vocation à intervenir en imposant, par la voie législative, des modifications dans l'application de la convention médicale.

La convention médicale doit être sanctuarisée et protégée par la représentation nationale. Pour la CSMF, les baisses tarifaires imposées par la loi constituent une atteinte grave à la convention médicale, tout comme le mécanisme des stabilisateurs économiques qui retardent de six mois l'application de tout accord conventionnel comportant des mesures tarifaires qu'il faut supprimer.

La convention médicale est un outil précieux de contractualisation directe entre l'assurance maladie et les médecins libéraux conventionnés. La CSMF souhaite privilégier le contrat conventionnel national et collectif, éventuellement assorti de modulations régionales, voire d'un choix optionnel individuel.

Les mesures

Mesure n°125 : Préserver le **contrat conventionnel national et collectif**, éventuellement assorti de modulations régionales, voire d'un choix optionnel individuel.

Mesure n°126 : Sanctuariser le contrat conventionnel : le Parlement ou le gouvernement doivent se limiter à fixer le cadre de la négociation, et ne doivent pas pouvoir modifier unilatéralement la convention en vigueur.

Mesure n°127 : Supprimer les stabilisateurs économiques qui reportent d'au moins 6 mois la mise en application de toute modification tarifaire à la hausse. Si l'application des revalorisations décidées doit être différée, leur date de mise en œuvre effective doit être inscrite clairement dans la convention, ou l'avenant conventionnel, sans qu'il soit possible de déroger à cette date.

Mesure n°128 : Le bon fonctionnement de la convention médicale implique le vote d'ONDAM pluriannuels.

Mesure n°129 : Le contrat conventionnel doit être équilibré et la vie conventionnelle doit être productive

Mesure n°130 : Les litiges entre les caisses et les médecins en cas de sanction conventionnelle doivent être arbitrés par le tribunal des Affaires sanitaires et Sociales (**TASS**).

Mesure n°131 : En tant que de besoin, la convention médicale pourra faire l'objet d'une déclinaison régionale pour répondre à des besoins de soins spécifiques. Ces déclinaisons régionales ne peuvent être élaborées que par les syndicats médicaux représentatifs signataires de la convention dans le cadre des CPR et en lien avec les URPS de médecins libéraux.

Mesure n°132 : La convention médicale peut proposer certains dispositifs au **choix individuel**

des médecins conventionnés. Le contenu de ce dispositif est négocié au niveau national et est proposé à l'adhésion individuelle des médecins. C'est le cas par exemple de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Le sort du projet confédéral

Dans les prochaines semaines, la CSMF va présenter son nouveau projet confédéral au gouvernement, aux caisses, aux parlementaires et aux associations de patients.

Dans l'immédiat il constitue le socle de la discussion qui va s'ouvrir prochainement sur la médecine de proximité et dans laquelle la CSMF entend peser.

Ce projet constitue la contribution de la CSMF à la future stratégie nationale de santé et, au-delà, il porte en germe les contours de la prochaine convention médicale qui sera négociée en 2016.