

Les nouveaux modes de rémunération et de contractualisation pour l'exercice libéral

Mardi 13 avril 2010

7h-9h

Intervenant : Marie-Renée Babel, Directrice adjointe de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, ancienne Directrice de la CPAM de Paris

Modérateur : Armand Semerciyan, Président de la Section Généralistes de l'URML Ile-de-France

Armand SEMERCIYAN rappelle que le paiement à l'acte demeure l'un des cinq piliers de la médecine libérale. Néanmoins, le discours médical évolue comme en témoignent les conclusions des EGOS de 2008 et dernièrement le rapport du séminaire du Conseil national de l'Ordre des médecins consacré à « l'avenir de la médecine libérale » de mars 2010, qui préconise une rémunération forfaitaire pour les tâches médico-sociales et médico-administratives.

I. Les nouveaux modes de rémunération et de contractualisation pour l'exercice libéral

Pourquoi la question des nouveaux modes de rémunération est-elle aigüe aujourd'hui ?

Marie-Renée BABEL souligne que la question des modes de rémunération est fondamentale. Du point de vue du patient, la socialisation et l'égalité d'accès aux soins sont particulièrement cruciales. Pour le patient, le paiement à l'acte pose un problème d'accès aux soins, du fait de la multiplication des dépassements tarifaires et du poids du secteur 2 dans certains territoires et dans certaines spécialités (ORL, chirurgie, gynécologie). On constate cependant une décélération des dépassements depuis 2008.

Du point de vue du médecin, la rémunération à l'acte semble en décalage avec les conditions d'exercice de la médecine car elle ne prend en compte ni la tenue du dossier médical, ni l'informatisation du cabinet. De plus, tant la coordination des soins que la prise en charge des actions de santé publique sont exclues du mode de

rémunération à l'acte. En outre, la prise en charge des pathologies chroniques semble difficilement compatible avec un mode de rémunération à l'acte : en effet, celui-ci ne permet ni de suivre un protocole de soins, ni de considérer les référentiels de bonnes pratiques, ni enfin de procéder à l'éducation thérapeutique du patient. Seuls 10 % des médecins aujourd'hui s'installent en libéral et à Paris, seuls 45 % des médecins installés ont une activité libérale exclusive.

Du point de vue du payeur, la logique de maîtrise des coûts implique de considérer le mode de rémunération retenu et la qualité des soins dispensés. En tout état de cause, la rémunération à l'acte semble impliquer une tendance « inflationniste ». Le paiement à la performance, quant à lui, présente des effets sur la qualité de la prise en charge du patient.

Quels objectifs pour de nouveaux modes de rémunération des médecins ?

Marie-Renée BABEL explique que le premier objectif des nouveaux modes de rémunération des médecins consiste à réduire les inégalités d'accès aux soins. Les inégalités territoriales doivent être résorbées, notamment par le biais de l'incitation à l'installation d'internes (contrat d'engagement de service public) et de vacations de médecins dans des zones sous-denses (contrat solidarité-santé). L'article 43 de la loi HPST prévoit des sanctions en cas de refus.

Le second objectif des nouveaux modes de rémunération des médecins tend à favoriser l'exercice coordonné et regroupé de la médecine. Ainsi, il s'agit de répondre aux aspirations des nouveaux médecins, de garantir une meilleure continuité de l'offre de soins, de favoriser la coordination des soins et l'organisation du partage des actes entre les professionnels de santé. A ces fins, plusieurs outils ont été mis en place par le législateur :

- les Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pour les Pôles de santé et les Maisons de santé qui contractualiseront avec l'ARS en déposant un dossier FIQCS ;
- l'article 44 de la LFSS 2008 prévoit des rémunérations spécifiques pour les centres de santé et les maisons de santé de médecins libéraux uniquement. Cette rémunération est expérimentée dans 7 structures en Ile-de-France qui ont formalisé un projet médical auprès de l'Assurance Maladie ;
- les protocoles de coopération : ces contrats restent à définir, ils formaliseront les transferts des activités entre professionnels.

Le troisième objectif des nouveaux modes de rémunération des médecins vise à améliorer la qualité et la coordination des soins. L'axe majeur des outils financiers concerne la prise en charge des maladies chroniques (forfait ALD) et répond à la nécessaire rémunération du temps consacré à la prévention et à l'éducation thérapeutique du patient. Les CPOM et le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) constituent des outils permettant de faire face à ces enjeux. Le CAPI est un instrument financier qui permet de lier la rémunération à la qualité de l'exercice médical établie selon des indicateurs. A ce jour 30 % des médecins généralistes éligibles au CAPI y ont souscrit sur le territoire national. En outre, l'article 44 de la LFSS met en place des « contrats ayant pour but d'améliorer la qualité et la coordination des soins » ; ces contrats fixent les

engagements des professionnels de santé et la contrepartie financière qui est fonction de l'atteinte des objectifs. La logique de ces contrats peut être territoriale, dans la mesure où les ARS peuvent les proposer. Ces contrats peuvent également être propres à certaines spécialités. Enfin, ils sont financés par le FIQCS.

Conclusion

Marie-Renée BABEL estime qu'un consensus semble s'établir sur le fait que le paiement à l'acte ne permet pas de couvrir l'ensemble des missions de la médecine. Néanmoins, la rémunération à l'acte demeure largement dominante : la rémunération au forfait et la rémunération à la performance restent marginales.

II. Discussion

Bernard HUYNH souligne la complexité et l'absence de pérennité des financements FIQCS pour les maisons et pôles de santé.

Marie-Laure ALBY regrette que les CAPI ne fassent pas l'objet d'une concertation au niveau national.

Jean-François THEBAUT estime que la valeur de l'acte est insuffisante, ce qui explique l'élaboration de rémunérations complémentaires. Par ailleurs, il juge que le concept de « performance » doit être considéré avec une extrême prudence.

Bruno SILBERMAN s'enquiert de la fongibilité des enveloppes, en particulier entre l'hôpital et la ville, qui pourrait venir alimenter le financement de ces rémunérations complémentaires, indépendamment du FIQCS.

Marie-Renée BABEL explique que le financement évoqué est pérenne dans la mesure où il est mentionné dans la loi. En tout état de cause, le FIQCS restera un financement expérimental. Répondant à la deuxième question, Marie-Renée BABEL estime que le CAPI s'appuie sur des objectifs généralisés et non individualisés. Quant à la fongibilité des enveloppes au niveau régional, elle pourrait constituer un élément de réflexion à l'avenir, mais ne constitue pas une réalité législative actuelle. Enfin, la notion de performance mesure simplement le taux d'atteinte de résultats vis-à-vis d'engagements de qualité.

Bernard ELGHOZI indique que l'obligation de résultats attachée au CAPI, dans certains territoires comme le sien, est irréaliste.

Didier MENARD demande s'il est possible d'envisager une adaptation des indicateurs et des objectifs en fonction de la réalité des zones urbaines sensibles (ZUS).

Marie-Renée BABEL indique que les CAPI ne couvrent pas tout l'exercice médical : ils répondent à certains objectifs de santé publique (taux de couverture vaccinale, taux de dépistage des cancers, surveillance du diabète...). La mécanique de rémunération des CAPI repose tant sur l'atteinte des résultats que sur l'amélioration de la qualité de la pratique du médecin. Par ailleurs, il paraît

effectivement pertinent d'adapter des contrats d'amélioration des pratiques en fonction d'un territoire déterminé. Elle précise qu'il existe déjà des rémunérations supplémentaires pour les professionnels exerçant dans les ZUS.

Pierre OUAHNON précise que les contractualisations réalisées dans le cadre de l'article 44 prennent en compte le contexte sociodémographique des zones d'exercice de la médecine. Ainsi, des compléments de rémunération sont prévus pour les médecins exerçant par exemple dans des zones urbaines difficiles.

Une participante craint que les médecins ne sélectionnent leurs patients dans le cadre des CAPI.

Marie-Renée BABEL souligne que la discrimination reste marginale dans la mesure où le paiement à l'acte est toujours largement prédominant.

Jean-François THEBAUT craint que certains médecins ne se transforment en chasseurs de primes.

Le Dr ALBY demande dans quelles mesures les maisons médicales de garde sont associées à l'organisation de la permanence des soins (PDS).

Pierre OUAHNON indique que l'ARS travaille de façon transversale sur la PDS avec des passerelles entre la médecine de ville et l'hôpital. Une réunion est prévue en mai avec l'URML Ile-de-France. Quant à la communication sur ce sujet auprès du grand public, elle reste difficile et devra être travaillée par département. Il faut éviter que les patients reportent leurs consultations programmables le week-end, dans les maisons médicales de gardes, qui doivent n'accueillir que de réelles urgences.

Dominique MONCHICOURT estime nécessaire d'associer la CPAM, l'Ordre des médecins, la Préfecture de Paris et la Mairie de Paris à cette communication pour que cette dernière soit efficace.

Jean-Luc WISSA, (SAMU Val-de Marne) signale un manque de médecins sur son département pour répondre à certains appels urgents (catégorie U2). Il s'enquiert des solutions envisagées. A l'heure actuelle, certains patients n'ont pas d'autre choix que de se rendre à l'hôpital.

Bernard ELGHOZI souhaite à ce sujet qu'il soit procédé à une régulation adaptée en amont et à une sécurisation de celle-ci.