



DOSSIER DE PRESSE

LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE 2016-2021

25 août 2016

Contacts presse Caisse nationale d'Assurance Maladie

presse@cnamts.fr

Caroline Reynaud - 01 72 60 14 89

Céline Robert-Tissot - 01 72 60 13 37

Dorian Goffe - 01 72 60 18 29

SOMMAIRE

Communiqué de synthèse.....	3
1. Faciliter l'accès aux soins	8
a. Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire	8
2. Développer la coordination de soins	10
a. Le médecin traitant.....	10
b. Le médecin correspondant.....	11
3. Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficacité du système de soins.....	14
a. La prévention et la promotion de la santé.....	14
b. L'accompagnement des patients.....	14
c. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait, Rosp	14
4. L'exercice conventionnel.....	20
a. L'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam)	20
b. Les dispositions sociales	21
5. La modernisation des relations entre les médecins et l'Assurance Maladie	22
a. Facilitation de la facturation.....	22
b. Simplification des échanges via notamment les téléservices.....	22
c. Accompagnement renforcé des médecins.....	23
6. La vie conventionnelle	24
a. Le cadre juridique.....	24
b. Les instances conventionnelles	24
ANNEXES.....	25
1. Synthèse des mesures de la convention et calendrier prévu de déploiement.....	26
2. La convention de 2011 et les avenants	29
3. Les indicateurs de la Rosp médecin traitant	30

Communiqué de synthèse

Convention médicale 2016 : un cadre rénové et modernisé pour renforcer l'attractivité et la reconnaissance de l'exercice libéral

Paris, 25 août 2016 : Après 6 mois de travaux, la nouvelle convention médicale qui régit les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie a été adoptée et signée le 25/08/2016, par MG France, Le Bloc et la FMF.

Conformément aux exigences réglementaires, elle a été adoptée par la majorité des syndicats représentatifs des médecins libéraux¹.

« L'architecture conventionnelle mise en place au travers de cette nouvelle convention répond de façon ambitieuse aux principaux défis de notre système de soins : amélioration des conditions d'exercice et modernisation des pratiques, qualité des soins et meilleure coordination des parcours au service du virage ambulatoire, facilitation de l'accès aux soins (tant sur le plan financier que géographique). Cet accord correspond à un effort financier significatif qui s'inscrit cependant dans le cadre de la nécessaire maîtrise de l'évolution de l'Ondam au cours des prochaines années, » précise Nicolas Revel, directeur de l'Uncam.

Des orientations autour de 4 axes

Le cadre ainsi rénové des relations conventionnelles s'attache à répondre aux enjeux auxquels est confrontée aujourd'hui la médecine libérale. Quatre orientations principales à la convention ont été arrêtées par le Conseil de l'Uncam, le 21 janvier 2016, sur la base des priorités définies par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, dans le courrier adressé à l'Uncam le 23 décembre 2015.

- **Impliquer davantage les médecins et notamment les médecins traitants, dans la prise en charge coordonnée des patients**, en lien avec les autres professionnels de santé, essentiel notamment pour les patients âgés et atteints d'affections chroniques ;
- **Garantir l'accès aux soins pour tous**, sans délai, sur l'ensemble du territoire et quelles que soient les ressources financières du patient,
- **Valoriser la qualité des pratiques médicales et soutenir la modernisation de l'organisation des soins de ville**,
- **Renforcer le rôle du médecin traitant** dans les actions de **prévention, de dépistage** et de **promotion de la santé**.

Chiffres clés 2015

- 114 963 *médecins libéraux dont*
 - o 59 802 *généralistes et MEP*
 - o 55 161 *spécialistes*
 - o 85 317 *médecins libéraux de secteur 1 ;*
 - o 29 646 *en secteur 2*
- 340 *millions de consultations (toutes spécialités confondues)*
- 864 *patients MT (dont 197 en ALD) en moyenne par généraliste (hors MEP)*

Aujourd'hui, les partenaires conventionnels se sont mis d'accord sur un texte qui pose un cadre équilibré pour répondre aux attentes fortes de la part des médecins de ville, pour revaloriser leurs actes par des augmentations tarifaires mais aussi pour faciliter leur pratique et leurs conditions d'exercice et faire en sorte que l'exercice

¹ Syndicats représentatifs des médecins libéraux représentant plus de 30% des voix respectivement dans le collège des médecins généralistes et dans les deux collèges de spécialistes aux élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) du 12/10/2015

libéral de la médecine conserve son attractivité. Il répond également aux attentes des patients, pour faciliter l'accès aux soins, en luttant plus vigoureusement contre les déserts médicaux, en encourageant un accès rapide aux médecins spécialistes en ville et en continuant à maîtriser les dépassements d'honoraires, sources de renoncement aux soins.

Les principes clés

- Des **éléments de rémunération plus attractifs et plus lisibles** pour les médecins libéraux, via
 - a. des **hausse de tarifs, et ce**, dès mai 2017 pour la consultation de base pour un médecin généraliste à 25 euros, et pour un médecin spécialiste à 30 euros, pour les médecins de secteur 1 ou s'étant engagés à maîtriser leurs dépassements ;
 - b. la mise en place de deux nouveaux tarifs **de consultations** à 46 et 60 euros, pour la prise en charge des situations les plus complexes,
 - c. une **simplification et un développement des éléments forfaitaires** de rémunération ;
- Un renforcement de **la place du médecin traitant dont le principe est étendu aux enfants de moins de 16 ans**, précisant son articulation avec les médecins spécialistes de second recours afin de favoriser une prise en charge rapide et éviter toute hospitalisation inutile ;
- Un meilleur **accès aux soins**, d'une part en encourageant l'installation des médecins dans des zones insuffisamment pourvues grâce à des aides financières significatives (pouvant aller jusqu'à 50 000 euros) et, d'autre part, **en ciblant les revalorisations des tarifs pour les médecins qui exercent en secteur 1 ou qui s'engagent dans une démarche de modération tarifaire** (grâce aux nouvelles options qui pérennisent et amplifient les dispositifs existants).
- Enfin, la prise en charge sans délai (sous 48 heures) des patients par les médecins spécialistes de second recours en ville est encouragée, grâce à une incitation financière au bénéfice de ces derniers et du médecin traitant qui déclenche cette demande de consultation en urgence.

Un engagement financier important pour valoriser les médecins libéraux

Le texte final repose sur une enveloppe financière d'un montant global en année pleine de 1,3 milliard d'euros en dépenses remboursables, une fois inclus la prise en charge par l'assurance maladie complémentaire.

Près de 94% de ce montant (1,2 milliard d'euros) est consacré aux médecins de secteur 1 ou de secteur 2 qui s'engagent dans une démarche de modération tarifaire, avec en particulier une revalorisation importante des actes de chirurgie et d'obstétrique.

La part que devra supporter l'assurance maladie obligatoire est de près de 980 millions d'euros, une fois l'ensemble des dispositifs conventionnels mis en place, c'est-à-dire en 2019. L'apport des complémentaires dans la convention représente plus de 25% du montant total.

A titre de comparaison, le coût financier² de la dernière convention s'est élevé à 663,6 M€ en honoraires remboursables³, étant rappelé que cette convention signée en juillet 2011 avait

² Coût estimé de la convention de 2011, tenant compte de l'ensemble de ses 11 avenants et en année pleine de l'effet final des mesures,

³ Prise en compte des montants versés au titre de la Rosp 2014, du forfait FMT (suivi patients hors ALD par le Médecin traitant 2015, MPA (majoration forfaitaire pour les consultations personnes âgées) sur une année glissante personnes âgées de 80 ans et plus

été précédée, quelques mois avant, par la revalorisation de la consultation de base à 23 euros le 1^{er} janvier 2011, pour un coût total de 320 millions⁴.

Une méthode qui a fait ses preuves

Le cadre conventionnel ainsi défini résulte d'une co-construction continue, avec les représentants des forces syndicales représentatives. Son élaboration a donné lieu à 5 mois de travaux, 16 séances de travail en plénière et quatre jours de synthèse des travaux. Le texte final s'est également nourri de nombreux groupes de travail techniques - sur la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) ou sur le médecin traitant de l'enfant par exemple - et de multiples réunions bilatérales. Il a intégré l'apport des syndicats de jeunes médecins invités à participer à deux reprises aux réunions de négociation, dont la séance inaugurale du 24 février lors des travaux sur la démographie médicale ou sur la protection sociale des médecins.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels ont souhaité renforcer leur mobilisation dans la prévention ou le renforcement de la coordination des soins, au service d'une prise en charge plus efficace et plus sûre des patients.

Enfin, elle s'est attachée à répondre aux demandes communes des syndicats de médecins, comme la mise en place de plusieurs niveaux de consultations ou d'un forfait pour aider à couvrir les frais de structure du cabinet, deux revendications considérées comme clés pour maintenir et renforcer l'attractivité de la médecine libérale.

Les 8 mesures clés de la convention médicale 2016 - 2021

- 1) Une **consultation** de référence **chez le généraliste** qui passe à **25 euros** dès le 1^{er} mai 2017 et à **30 euros chez le spécialiste** le 1^{er} juillet 2017 ;
- 2) La création de 2 nouveaux tarifs de consultations correspondant à des situations cliniques ou des modalités de prise en charge plus complexes, à 46 et 60 euros ;
- 3) Une **incitation financière pour la prise en charge des patients en ville sans délai**, pour les médecins qui adressent et reçoivent ces patients sous 48 heures ;
- 4) Des **mesures renforcées pour encourager à une meilleure répartition des médecins partout en France** : aide attractive à l'installation dans des zones manquant de médecins, organisation de relais en cas de départ à la retraite, encouragement à soutenir ponctuellement des confrères dans des territoires sous-dotés... ;
- 5) Afin de poursuivre et d'accélérer la **maîtrise des dépassements d'honoraires**, un dispositif rénové du contrat d'accès aux soins, dit Optam et une nouvelle option spécifique, l'Optam-CO, pour encourager chirurgiens et obstétriciens exerçant en secteur 2 à stabiliser leurs dépassements et à accroître la part des soins facturés aux tarifs opposables (sans dépassements) ;
- 6) Une **rémunération au forfait simplifiée avec, d'une part, un forfait patientèle unique pour les médecins traitants**, qui regroupe tous les anciens forfaits. Sa valorisation dépend désormais des caractéristiques de la patientèle (âge, pathologie, population défavorisée) et, d'autre part, un **forfait structure** (ouvert à tous) pour inciter à la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant la gestion de leur cabinet, individuel ou de groupe ainsi que la coordination du parcours des patients et la simplification des relations administratives avec l'Assurance Maladie ;
- 7) Une **Rémunération sur objectif de santé publique (Rosp) renforcée et élargie** dans le domaine de la prévention (tabac, dépistage du cancer colorectal, iatrogénie...) et du suivi des pathologies chroniques (risque cardio-vasculaire) et actualisée sur le volet efficacité (génériques, biosimilaires, biologie). Elle doit intégrer un volet pour le suivi des enfants dont les principes sont d'ores et déjà établis mais dont les indicateurs sont à définir d'ici la fin 2016.

⁴ Cette augmentation est intervenue à la suite du règlement arbitral du 5 mai 2010

8) Une première étape vers le **déploiement de la télémédecine**, notamment pour les personnes âgées en Ehpad et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des plaies chroniques avec des mesures à finaliser par voie d'avenant conventionnel avant fin 2016.

Les principaux tarifs de consultation

A noter : la plupart de ces tarifs concernent les médecins de secteur 1 et ceux engagés à maîtriser leurs dépassements ; Tous ces tarifs concernent les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonné

Le prix des consultations	Exemples	Tarifs et calendrier	Ancien tarif
Consultation de référence	Prise en charge des maladies courantes de type rhinopharyngite, bronchite, gastroentérite... Vaccination, certificat médical	25 euros - 1^{er} mai 2017	23 euros (C)
Consultation coordonnée	Prise en charge par un spécialiste d'un patient adressé par son médecin traitant, par exemple un dermatologue pour vérifier un grain de beauté 'suspect' ou un rhumatologue pour la prise en charge coordonnée d'un rhumatisme inflammatoire chronique	30 euros - 1^{er} juillet 2017	28 euros (CS)
Consultation complexe Prise en charge de pathologie complexe instable ou avec un fort enjeu de santé publique	Consultation pour diabète gestationnel, scoliose grave, sclérose en plaque, maladie de parkinson ou épilepsie Première consultation de contraception ou de prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans Consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans, en risque avéré d'obésité. Trois examens obligatoires du nourrisson du 8 ^{ème} jour, du 9 ^{ème} mois ou du 24 ^{ème} mois 1 ^{ère} consultation pour tuberculose, prise en charge d'une pathologie oculaire grave, fibrose pulmonaire	46 euros - 1^{er} novembre 2017	Nouveau <i>Dans certains cas, certains de ces actes existaient déjà (comme les examens obligatoires du nourrisson)</i>
Consultation très complexe <i>Y est intégrée la visite longue à domicile</i>	Consultation d'information d'un patient et de la définition de son traitement face à un cancer ou une maladie neurologique ou neurodégénérative, face au VIH, en cas de malformation congénitale d'un nouveau-né ou du suivi d'un grand prématuré. Consultation de synthèse pour un patient présentant une insuffisance rénale chronique terminale...	60 euros 1^{er} novembre 2017	nouveau
Avis de consultant	Avis médical ponctuel du spécialiste correspondant sur demande du médecin traitant	48 euros pour un spécialiste (hors psychiatre ou neurologue) 1^{er} octobre 2017 50 euros 1^{er} juin 2018	46 euros (C2)

Fiche 1 – Faciliter l'accès aux soins

1. Faciliter l'accès aux soins

Faciliter l'accès aux soins, et ce quel que soit le lieu de résidence ou les ressources financières de chacun, constitue un des axes de mobilisation de la nouvelle convention. Elle répond à l'exigence d'accessibilité aux médecins dans le système de soins conformément aux engagements pris par le Gouvernement.

a. Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire

Les partenaires conventionnels ont souhaité poursuivre leurs efforts pour lutter contre les disparités de répartition des médecins sur le territoire, pénalisantes pour les patients, ces derniers devant parfois effectuer de longs trajets pour consulter un médecin ou rencontrant des difficultés à trouver un généraliste comme médecin traitant⁵. Elles sont également pénalisantes pour les médecins exerçant dans ces territoires qualifiés désormais de 'déserts médicaux', car elles sont source de surcharge de travail et de manque de confrères d'autres spécialités pour adresser, le cas échéant, leurs patients.

Si la densité médicale française se situe dans le haut de la moyenne de l'OCDE⁶ et permet globalement de bien couvrir les besoins de la population générale, certaines zones, y compris en ville, se caractérisent par une offre de soins qui doit être renforcée.

Bon à savoir :

Ce sont les Agences régionales de santé qui définissent les zones considérées comme insuffisamment pourvues en médecins libéraux (dites « sous-denses »), pour répondre efficacement et rapidement aux besoins de la population, telles que spécifiées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Considérant l'importance de ce sujet, des critères plus précis pour déterminer ces zones sont actuellement en cours de stabilisation par le Ministère de la Santé et doivent faire l'objet de la publication d'un décret, fixant ainsi le cadre juridique avec des critères partagés et robustes pour soutenir la mise en œuvre de mesures correctives en termes de démographie médicale.

Cet enjeu - axe fort des travaux menés pendant la négociation avec les partenaires conventionnels - a conduit à prendre **4 mesures concrètes** ayant toutes pour but d'encourager une répartition plus harmonieuse des médecins libéraux sur tout le territoire, tout en préservant la liberté d'installation, considérée comme un des principes fondamentaux de la médecine libérale en France.

- **Mesure 1 (article 4) : Le Contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)** dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante. Concrètement, ce contrat d'une durée de 5 ans prend la forme d'une **aide forfaitaire significativement accrue d'un montant de 50 000 euros, versée en deux fois**. Il s'attache à apporter une aide financière significative aux médecins s'installant dans des zones sous dotées, pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité. Une aide complémentaire de 2 500 euros est versée si ces médecins s'engagent à réaliser une part de leur activité libérale au sein d'hôpitaux de proximité.
- **Mesure 2 (article 5) : Le Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)** permet d'accompagner les médecins préparant leur cessation d'activité en favorisant l'installation d'un nouveau médecin dans leur cabinet. Il est réservé aux médecins âgés de 60 ans et plus, qui s'engagent à accompagner un confrère (âgé de moins de 50 ans) nouvellement installé dans leur cabinet pour toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients pendant une durée de

⁵ En 2015, 92,7 % des patients ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant.

⁶ Cf. Panorama de la santé 2015, OCDE page 133.

trois ans. Ce contrat est **valorisé à hauteur de 10% des honoraires** (hors dépassements d'honoraires) dans la limite d'un **plafond de 20 000 euros par an**.

- **Mesure 3 (article 6) : Le Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)** est destiné à encourager les médecins impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en participant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé. Il vise également à valoriser l'activité de formation par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de stages en médecine de ville et la réalisation d'une part de l'activité libérale au sein d'hôpitaux de proximité. Ce contrat donne lieu à une **valorisation forfaitaire annuelle de 5 000 euros pour les médecins exerçant en groupe appartenant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé**.

Une valorisation supplémentaire de 1 250 euros par an est accordée pour les médecins s'engageant à réaliser une part de leur activité libérale au sein d'hôpitaux de proximité.

Une valorisation complémentaire est également accordée pour les **médecins accueillant des étudiants en médecine en stage dans leurs cabinets** (300 euros par mois en plus de l'aide actuelle accordée).

- **Mesure 4 (article 7) : Le Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)** pour encourager l'activité à temps partiel (avec un minimum de 10 jours par an – contre 28 précédemment) de médecins en soutien de leurs confrères exerçant dans des zones sous-dotées. Il prévoit une aide correspondant à **10% des honoraires liés à l'activité dans la zone concernée**, dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

⇒ **L'impact financier additionnel de ces mesures revues est évalué en année pleine à 10 millions d'euros⁷.**

⁷ Il s'agit du surcoût par rapport au montant actuellement consacré aux dispositifs démographiques de la convention 2011.

Fiche 2 – Développer la coordination des soins

2. Développer la coordination de soins

La présente convention conforte l'organisation de la prise en charge des patients dans un parcours de soins à deux niveaux : l'un, autour du **médecin traitant**, pour les soins de premier recours, et le second, autour du **médecin correspondant**, pour les soins de deuxième recours.

a. Le médecin traitant

Depuis 2005, le cadre conventionnel a consacré le **rôle clé du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours**. La **nouvelle convention confirme ce principe qui place le médecin traitant en première ligne à tous les niveaux** : diagnostic, traitement, prévention, dépistage, suivi au long cours mais aussi orientation et accompagnement des patients dans le parcours de soins avec centralisation des informations produites par tous les professionnels de santé, pour un même patient.

Ce rôle s'étend désormais aux **enfants de moins de 16 ans**⁸.

La nouvelle convention renforce ce rôle clé dans la **coordination** des prises en charge en médecine de ville permettant d'éviter des hospitalisations inutiles et de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation.

Elle réaffirme l'importance de la **prévention** dont le champ s'étend désormais à de nouveaux dépistages (comme le cancer colorectal), aux pratiques addictives et aux conduites à risque et la promotion de la santé via des comportements adaptés (alimentation, arrêt du tabac et de l'alcool).

- **La valorisation du rôle du médecin traitant comme acteur clé du suivi des patients et dans la coordination des soins entre professionnels de santé**

Les partenaires conventionnels reconnaissent la nécessité de renforcer la valorisation du médecin traitant au regard de son rôle clé dans le **suivi au long cours des patients**.

En effet, celui-ci assure la **coordination** de la prise en charge avec les autres professionnels de santé, médecins d'autres spécialités ou autres professionnels ; il établit une **fiche de synthèse, récapitulant les données essentielles du suivi médical de son patient** et il tient à jour le dossier médical partagé⁹ qu'il enrichit des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie ...).

Au cours des dernières années, la mise en œuvre de différents forfaits, tels que le forfait médecin traitant (FMT), le forfait pour la prise en charge des personnes âgées de 80 ans et plus (MPA), le forfait pour la prise en charge des patients en affection longue durée (ALD) (RMT), le volet de synthèse médicale et d'autres éléments de rémunération ont été mis en place afin de valoriser ces missions de coordination des soins. La multiplicité de ces forfaits et leur rémunération fractionnée ont rendu cette valorisation peu lisible.

⁸ Conformément à l'article 76 de la Loi de modernisation de notre système de santé publié au JO en janvier 2016

⁹ Dont la gestion a été désormais confiée à l'Assurance Maladie par la Loi de modernisation de notre système de santé (article 96).

- **Mesure 5 (article 15.4.1) - Création d'un forfait patientèle médecin traitant (FPMT)**

C'est pourquoi il a été acté de **mettre en place un seul et unique forfait¹⁰, indexé sur la patientèle du médecin traitant et fonction des caractéristiques de celle-ci en termes d'âge, de pathologies et de précarité**. Ce forfait fonctionne sur le principe d'une valorisation, attribuée forfaitairement par patient au regard de la complexité attendue de la prise en charge.

Caractéristique du patient	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	6 euros
Patient de 7 à 79 ans, hors affection de longue durée	5 euros
Personne en affection longue durée	42 euros
Personne âgée de 80 ans ou plus	42 euros
Personne âgée de 80 ans <u>et</u> en affection longue durée	70 euros

Ce forfait est calculé selon les caractéristiques de la patientèle observées chaque année au 31 décembre, pour tous les patients ayant déclaré le praticien comme médecin traitant, et ce, pour l'ensemble des régimes obligatoires.

Une **majoration** est appliquée en fonction de la **part des patients en CMU-C dans la patientèle du médecin**. Quand la part des patients bénéficiaires de la CMU-C est supérieure à la moyenne nationale observée (aujourd'hui à 7%), la majoration applicable est égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux du médecin en pourcentage. Elle est au maximum de 25 %.

Ainsi, un médecin, qui a 15% de sa patientèle bénéficiaire de la CMU-C, voit son forfait patientèle augmenté de 4 %. Pour calculer son taux de majoration, il faut appliquer le calcul suivant : 15 (taux observé chez le médecin) $- 7$ (taux de la moyenne nationale) $/ 2 =$ taux de majoration.

Le montant moyen estimé de ce forfait patientèle est de 14 640 euros par médecin.

⇒ **L'impact financier de cette mesure est évalué en année pleine à 89,5 millions d'euros.**

b. Le médecin correspondant

Il s'agit du médecin spécialiste, auquel le médecin traitant adresse ses patients pour avis, diagnostic et prise en charge dans le cadre d'une pathologie précise. Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit la prise en charge de second recours, notamment pour les soins plus spécialisés.

- **Mesure 6 (article 18.3) – Les majorations pour prise en charge sans délai**

En complément des mesures prises pour fluidifier le parcours de soins, les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser l'orientation sans délai (sous 48 heures) effectuée par le médecin traitant vers un médecin de second recours.

Dans ce cas, tout **médecin traitant** a la possibilité de coter une **majoration** dénommée « MUT » dont le montant est fixé à **5 €**

¹⁰ S'agissant de la MPA, actuellement applicables pour l'ensemble des médecins de secteur 1 ou secteur 2 CAS, elle est maintenue pour toutes les consultations dès lors lorsqu'elles sont réalisées par un médecin qui n'est pas le médecin traitant du patient.

Le médecin correspondant qui reçoit le patient sous 48 heures a, de son côté, la possibilité, quel que soit son secteur d'exercice, de coter une majoration dénommée « MCU » dont le montant est fixé à **15 €**

Ces majorations ont comme but de favoriser le virage ambulatoire, en limitant le recours à l'hospitalisation pour des pathologies pouvant être prise en charge en ville.

On estime à 2 millions le nombre de consultations entrant dans ce cadre.

⇒ **L'impact financier de ces mesures est évalué en année pleine à 42,8 millions d'euros.**

- **Mesure 7 (article 20) : La mise en place d'un forfait structure**

En réponse à la demande des médecins, la convention s'est attachée à trouver des dispositifs destinés à les aider à mettre en place des outils et des organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion au quotidien de leurs cabinets (logiciels métier disposant des fonctionnalités nécessaires ; capacité à offrir certains services aux patients...).

Comme la Rémunération sur objectifs de santé publique, ce **forfait structure** est basé sur le principe d'un système à points **d'une valeur de 7 euros**, qui va monter en puissance au cours des trois prochaines années, de 250 points maximum la première année à 660 points en fin de montée en charge du dispositif.

Le forfait structure comprend deux volets.

Le **premier volet** représente un **prérequis** dont les indicateurs doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet et ouvrir la possibilité de rémunération du deuxième volet.

Il reprend une partie des objectifs précédemment inscrits dans le volet 4 '*Organisation du cabinet*' de la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) : c'est le cas de l'utilisation de **logiciels d'aide à la prescription (LAP)**, d'un **taux de télétransmission** des feuilles de soins supérieur à 2/3 ou de **l'affichage des horaires d'ouverture** dans le cabinet.

Ce qui est nouveau, c'est qu'il prévoit désormais de valoriser **l'utilisation de logiciels métiers compatibles avec le dossier médical partagé (DMP)** et l'utilisation d'une **messagerie sécurisée de santé, permettant une meilleure coordination entre les divers professionnels de santé, notamment avec les établissements de soins.**

Les prérequis du premier volet comprennent également l'utilisation des versions logicielles Sesam-Vitale les plus à jour comportant notamment les fonctionnalités permettant de simplifier les échanges avec l'assurance maladie.

Le **second volet du forfait structure** comprend, quant à lui, 5 indicateurs, destiné à valoriser différents outils et modes d'organisation permettant d'apporter des services supplémentaires aux patients.

Il valorise ainsi **l'usage de téléservices**, comme la **déclaration de médecin traitant en ligne (DCMT)**, la **prescription des arrêts de travail (AAT)**, du **protocole de soins électronique (PSE)** qui détermine la prise en charge des patients en ALD ou d'un **certificat médical d'accident du travail ou de maladie professionnelle (CMATMP)**, en fixant des objectifs croissants de taux de dématérialisation pour toutes ces démarches.

	Objectifs			
	2017	2018	2019	2020
AAT	30%	40%	50%	60%
CM ATMP	10%	14%	17%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%
DMT	77%	80%	85%	90%

De plus, il vise à encourager les médecins à **coder un certain nombre de données médicales**, à renforcer une **prise en charge mieux coordonnée des patients** (participation à une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé) et à fournir **différents services aux patients** : prise de rendez-vous auprès d'un spécialiste, prise en charge médico-sociale ; accès aux droits...

Enfin, ce volet est également destiné à **valoriser l'encadrement des étudiants** en médecine.

Volet 1 - prérequis						
Indicateurs	2017		2018		2019	
	points	euros	points	euros	points	euros
Logiciel métier (compatible DMP)						
Messagerie sécurisée						
Logiciel Sesam Vitale	175	1 225	230	1 610	280	1 960
Taux de FSE= >2/3						
Horaires						
Volet 2 - en bonus						
Indicateurs	2017		2018		2019	
	points	euros	points	euros	points	euros
Usage des téléservices						
Codage des données patientèle						
Prise en charge coordonnée Services patients	75	525	230	1 610	380	2 660
Maitre de stage						
Total	250	1 750	460	3 220	660	4 620

Ces points déclenchent alors une rémunération forfaitaire, destinée à s'accroître de façon progressive à partir de 2017 pour arriver à son niveau maximal en 2019.

Cette montée en charge est notamment permise par une implication croissante de la participation de l'Unocam, sous réserve de l'obtention d'un accord lors de son Conseil du 16 septembre 2016.

In fine, les deux volets combinés pourraient porter la contrepartie financière du forfait structure jusqu'à 4 620 euros par an, par médecin en 2019.

Chaque année, un bilan des rémunérations générées par ce forfait sera effectué et présenté aux membres de la commission paritaire nationale pour permettre de suivre son évolution.

⇒ **L'impact financier de cette mesure est évalué en année pleine à 130 millions d'euros.**

Fiche 3 – La qualité et l'efficacité des pratiques

3. Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficacité du système de soins

Afin de permettre à tous d'accéder à des soins de qualité, les partenaires conventionnels se sont attachés à identifier des dispositifs pertinents au service de la qualité et du juste soin dans toutes ses composantes : prévention et dépistage, suivi des maladies chroniques, efficacité des prescriptions et réduction des actes inutiles ou redondants.

a. La prévention et la promotion de la santé

De nombreux programmes existent déjà au service de ces deux objectifs (dépistage des cancers, prévention de pathologies aiguës ; mais les partenaires conventionnels ont souhaité renforcer les actions autour de trois enjeux clés de santé publique : prévention des conduites addictives (tabac-alcool), de l'obésité des jeunes enfants et favoriser l'accès à la contraception, y compris d'urgence, chez les jeunes filles de moins de 18 ans.

• **Mesure 8 (articles 22 et 27) : consultation de prévention**

De façon plus générale, cette mobilisation s'illustre également dans l'intégration de nouveaux indicateurs au sein de la Rosp (cf. section ci-dessous) mais aussi avec la possibilité de facturer des tarifs plus élevés, sans surcoût pour les patients, pour des consultations à fort enjeu de santé publique (contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de moins de 18 ans).

b. L'accompagnement des patients

Si le service sophia d'accompagnement des malades chroniques, lancé en 2008, a fait ses preuves auprès des patients diabétiques, preuves confirmées tant par le nombre de ses adhérents (plus de 700 000 adhérents) que par les résultats en termes de prévention des risques de complication¹¹, les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'y associer plus activement les médecins traitants et de favoriser leur implication, notamment auprès des patients qui en ont le plus besoin, qui font moins bien leur suivi.

D'autres mesures en faveur de l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques concernent le **dépistage de la rétinopathie diabétique** ainsi que diverses actions de **prévention des risques cardiovasculaires** ou de la **BPCO**¹² et l'extension des programmes d'accompagnement du retour à domicile des patients, dits Prado.

c. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait, Rosp

La convention entérine la logique engagée d'une rémunération diversifiée des médecins libéraux autour de **trois piliers** : la **rémunération à l'acte** - socle de la rémunération des médecins libéraux, **les forfaits** afin d'encourager l'engagement des professionnels sur certains sujets, et la **Rémunération sur objectifs de santé publique** (Rosp) pour valoriser la qualité des pratiques médicales.

i) La valorisation des consultations (actes cliniques)

Celle-ci a été révisée afin de concilier deux ambitions : prendre en compte la diversité des situations cliniques, tout en facilitant le codage nécessaire à la facturation des actes réalisés.

Les partenaires ont convenu de mettre en place des consultations différenciées en fonction de leur niveau de complexité ou de leur enjeu en termes de santé publique. Un regroupement des tarifs de consultations autour de 4 situations cliniques ou prises en charge a été défini afin de rémunérer de façon graduée les consultations de la situation la plus

¹¹ Dossier de presse étude sophia : *Evaluation médico-économique 2014 du 15 septembre 2015*

¹² Broncho-pneumopathie obstructive chronique

simple (consultation de référence) aux consultations plus longues et plus complexes ou à fort enjeu de santé publique.

- **Mesure 9 (article 28.1) : la consultation de référence (souvent appelé la C)**

Acte de référence, la C correspond à la cotation de la consultation habituelle des médecins généralistes telle que définies par l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale. En 2015, ce sont 235 millions de consultations qui ont été réalisées dans ce cadre.

Typiquement, ce tarif s'applique à la consultation du médecin pour la prise en charge de pathologies aiguës sans gravité, le suivi de pathologies chroniques stables, et le recours pour des motifs non pathologiques (vaccination, etc.). Cette consultation est désormais valorisée à hauteur de 25 euros, sous la forme d'une majoration de 2 euros, applicable aux médecins généralistes et médecins à expertise particulière de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 adhérents au dispositif de modération des pratiques tarifaires (anciennement appelé Contrat d'accès aux soins ou CAS, né de l'avenant 8, devenu Optam - voir plus loin en page 19). Elle pourra être également appliquée dans un second temps à partir du 1^{er} avril 2018 par tous les médecins, quel que soit leur secteur conventionnel, dès lors qu'ils facturent leurs actes en respectant le montant du tarif opposable.

Sa mise en œuvre se fera à compter du 1^{er} mai 2017.

Cette mesure est l'une des mesures les plus importantes de la convention signée par les partenaires conventionnels, tant par son poids financier que par sa portée statutaire et symbolique : elle correspond à elle seule à 85% des consultations des médecins généralistes.

⇒ **L'impact financier de cette mesure est évalué en année pleine à 565,2 millions d'euros.**

- **Mesure 10 (article 28.2) : la consultation coordonnée (précédemment appelé la CS)**

Afin de conforter l'orientation du patient dans un parcours de soins, la consultation coordonnée correspond à une consultation résultant de l'adressage d'un patient par son médecin traitant à un autre médecin, dès lors qu'il ne s'agit pas d'une situation complexe. Par exemple, c'est le cas quand un dermatologue reçoit un patient adressé par son médecin traitant, pour s'assurer qu'un grain de beauté n'est pas anormal.

La rémunération correspondante prend la forme d'une **majoration de 5 euros (auparavant à 3 euros)**, qui valorise le travail de coordination du médecin correspondant, et notamment le retour qui est fait de cette consultation vers le médecin traitant. L'objectif de cette majoration est de renforcer la coordination entre professionnels de santé. Cette mesure doit prendre effet le 1^{er} juillet 2017 pour les médecins de secteur 1 et de secteur 2 engagés à maîtriser leurs dépassements.

⇒ **L'impact financier de cette mesure est évalué en année pleine à 53,3 millions d'euros.**

- **Mesure 11 (article 28.2.4 et 28.2.5) concernant la prise en charge des patients sans délai**

Afin d'encourager la prise en charge rapide des patients en ville, deux nouveaux dispositifs sont mis en place :

- Une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants qui reçoivent sous 48 heures un patient adressé par son médecin traitant (MCU) et une majoration de 5 euros pour le médecin traitant qui a adressé ce patient (MUT) ;
- Une majoration de 15 euros (MRT) pour la prise en charge par le médecin traitant d'un de ses patients à la suite d'une demande du centre de régulation médicale des urgences (centre 15 ou 116 117).

Ces mesures ont toutes pour objet d'inciter les médecins libéraux à recevoir en priorité les patients qui ont besoin de consulter rapidement.

⇒ **L'impact financier de cette mesure est évalué en année pleine à 42,8 millions d'euros.**

↳ **Pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans, par les généralistes et les pédiatres**

Afin d'assurer un suivi renforcé des enfants, une **majoration de 5 euros** (dite MEG pour majoration enfant généraliste) sera applicable à compter du 01/04/2017 par les médecins **généralistes** (quel que soit le secteur d'exercice) pour les consultations concernant des enfants de 0-6 ans.

Pour les **pédiatres**, un même niveau (5 euros) de majoration (nouveau forfait enfant ou NFE) peut être facturé pour les médecins exerçant en secteur 1 ou secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée pour la prise en charge des enfants de **2 à 6 ans**. Une **majoration supplémentaire de 5 euros** (nouveau forfait pédiatrique ou NFP) valorisant la prise en charge des **moins de 2 ans** par ces mêmes pédiatres peut y être associée.

Enfin, les pédiatres de secteur 1 et de secteur 2 adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée peuvent appliquer une majoration de 4 euros (Majoration Enfants par le médecin Pédiatre dite MEP) sur les consultations des enfants de 0 à 6 ans.

Ces différentes majorations sont destinées à mieux prendre compte la spécificité des consultations des enfants et encourager un suivi renforcé.

⇒ **L'impact financier des mesures pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans est évalué en année pleine à 27,6 millions d'euros.**

• **Mesure 12 (article 28.3 et suivants) : la consultation complexe à 46 euros**

Pour faire face à des consultations plus longues et plus exigeantes, un tarif spécifique valorise la **prise en charge de pathologies instables ou complexes** (par exemple en cas de diabète gestationnel, de scoliose grave, de sclérose en plaque, de maladie de parkinson ou d'épilepsie) ou des **situations à fort enjeu de santé publique**.

Concernant ce dernier volet, il s'agit notamment de la première consultation de contraception ou de prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans, de la consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants en risque avéré d'obésité et de certaines consultations du nourrisson, telles que les trois examens obligatoires du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois ou du 24^{ème} mois.

Par ailleurs, un certain nombre d'actes cliniques intègrent désormais ce niveau de valorisation. C'est le cas par exemple d'une consultation concernant un diabète compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant, la 1^{ère} consultation de prise en charge d'une tuberculose ou l'instauration d'un traitement complexe pour fibrose pulmonaire.

• **Mesure 13 (article 28.4) : la consultation très complexe à 60 euros**

Il s'agit de **situations cliniques rares mais les plus délicates et les plus complexes à gérer**. Elles doivent, à ce titre, être valorisées à hauteur du temps et de l'expertise requis.

Il s'agit, par exemple, de la consultation d'information d'un patient et de la définition de son traitement face à un cancer ou une pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, face au VIH, en cas de malformation congénitale d'un nouveau-né ou du suivi d'un grand prématuré. C'est également le cas de la consultation de synthèse pour un patient présentant une insuffisance rénale chronique terminale.

La visite longue (dite VL) réalisée au domicile pour des patients atteints de maladies graves, sources de déficiences motrices ou intellectuelles, a été également intégrée dans cette catégorie.

⇒ **L'impact financier des mesures 14 et 15 est évalué en année pleine à 37,1 millions d'euros.**

- **Mesure 14 (article 28.3.5) : l'avis ponctuel d'un consultant revalorisé de 4 euros**

Effectué par un médecin spécialiste à la demande d'un médecin traitant, cet acte déjà existant se voit revalorisé de 4 euros, en deux temps (50% au 1^{er} octobre 2017 et 50 % au 1^{er} juin 2018), portant son tarif à 48 puis 50 euros.

A noter, pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, cette hausse est de 5 euros en deux temps, portant la valeur de la consultation de consultant à 60 puis 62,5 euros.

⇒ **L'impact financier de cette mesure est évalué en année pleine à 63,1 millions d'euros.**

- **Mesure 15 (article 28.6) : développement du recours à la télémédecine**

Pour mieux prendre en compte et accompagner le développement de la télémédecine, au-delà des expérimentations en cours, source d'efficacité mais aussi de rapidité dans la prise en charge des patients, les partenaires conventionnels ont décidé d'inscrire des dispositions visant à **encourager son usage pour les résidents en Ehpad**, notamment dès lors que leur admission dans ce type d'établissements les conduit à changer de médecin traitant (un cas sur deux), pouvant créer une rupture dans le bon suivi des patients.

Un **acte de télé expertise** va être créé pour valoriser l'échange entre l'ancien et le nouveau médecin traitant. Il s'agit d'une nouveauté significative quand on sait que plus de 100 000 personnes entrent dans ces établissements chaque année et qu'au total, 650 000 y résidaient en 2013.

En outre, les partenaires conventionnels souhaitent que soient mises en place des consultations par téléconsultation, en urgence, par les médecins généralistes au profit des patients résidant en Ehpad, afin d'éviter des hospitalisations inutiles.

Par ailleurs, il est prévu d'**étendre** ces téléconsultations ou télé expertises en cas de **plaies chroniques et d'insuffisance cardiaque**, deux situations particulièrement adaptées pour ce type de consultations et actuellement expérimentées dans certaines régions.

Pour l'ensemble de ces situations, un avenant conventionnel doit intervenir avant la fin de l'année 2016 pour définir plus précisément le contenu de ces actes de téléconsultations ou de téléexpertises et en déterminer le niveau de valorisation.

- ii) Mesure 16 (article 29) : revalorisation des actes techniques**

Les travaux ont mis en avant le besoin de revaloriser l'activité technique des médecins, notamment ceux dits « de plateau technique lourd » qui requièrent des investissements importants en matériel comme c'est le cas pour les chirurgiens, les anesthésistes-réanimateurs et les gynéco-obstétriciens.

Les partenaires conventionnels se sont accordés sur la nécessité d'**actualiser l'ensemble des composantes des tarifs des actes techniques** sur ce champ, et d'y travailler **dès 2017**.

La valeur des modificateurs J et K (cotations qui fonctionnent comme des coefficients multiplicateurs) augmentent et s'appliquent à un plus grand nombre d'actes dès lorsqu'ils sont réalisés par les médecins du secteur 1 ou du secteur 2 adhérents au dispositif de maîtrise des pratiques tarifaires ou facturés à tarif opposable pour les patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS.

Ainsi, 270 actes supplémentaires vont bénéficier d'augmentations tarifaires (de 11,5% à 20% pour le modificateur K). Cela concerne des « *actes sanglants, non répétitifs, réalisés au bloc sous anesthésie par un chirurgien* » comme l'opération de l'appendicite.

- **L'impact financier de la mesure 17 est évalué en année pleine à plus de 40 millions d'euros.**

iii) Une rémunération sur objectifs de santé publique recentrée et renforcée

La Rosp, instaurée par la convention de 2011, doit se maintenir et se diversifier en se concentrant sur les trois volets concernant la qualité des pratiques médicales, soit le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficacité des prescriptions.

Elle est un levier essentiel de la convention au service de l'amélioration de la qualité des pratiques médicales.

- **Mesure 17 (article 27) : augmentation du nombre d'indicateurs et des points alloués à la Rosp**

Le nombre d'indicateurs augmente et passe de 24 à 29¹³ : de **nouveaux indicateurs sont introduits** concernant, par exemple, le **suivi des patients diabétiques** (recherche de micro-albuminurie ; examen clinique des pieds...) ou la **prévention des risques cardiovasculaires**.

Le dépistage du **cancer colorectal a été ajouté aux autres dépistages du volet prévention**, permettant de renforcer la lutte contre un cancer, certes meurtrier, mais pouvant être guéri lorsqu'il est détecté à un stade précoce. Des indicateurs destinés à prévenir les **conduites addictives (tabac, alcool)**, sont également introduits, de même que des indicateurs concernant la lutte contre l'antibiorésistance ou la iatrogénie médicamenteuse.

Le **nombre de points alloués augmente** en conséquence et passe à **940** contre 900 précédemment.

Ces points se répartissent de la manière suivante :

- 220 points pour le suivi des pathologies chroniques
- 390 points pour les indicateurs de prévention (+30%, témoignant de l'importance de ce volet) ;
- 330 points pour les indicateurs portant sur l'efficacité des prescriptions (médicaments génériques et bio-similaires de l'insuline glargine¹⁴, prescription de metformine et hormonémies thyroïdiennes).

Une **valorisation complémentaire maximale de 60 points** du volet efficacité est prévue par la convention, portant le total des points de la Rosp à 1 000.

Elle va permettre l'élaboration et la valorisation d'indicateurs complémentaires à définir concernant l'efficacité des prescriptions en matière de transports, de biologie, d'imagerie ou de reprise d'activité professionnelle.

Par ailleurs, les partenaires s'accordent sur la nécessité de mettre en place un **dispositif plus souple**, permettant de faire évoluer certains indicateurs sans recourir systématiquement à un avenant conventionnel. Ce nouveau dispositif va permettre d'adapter plus rapidement les indicateurs aux données de la science de manière à renforcer leur impact sur la qualité des pratiques et l'efficacité des soins.

De plus, les partenaires conventionnels conviennent de l'importance de valoriser la qualité des pratiques professionnelles pour l'ensemble des spécialités médicales, et les signataires s'engagent à poursuivre leurs travaux d'extension de la Rosp aux médecins spécialistes correspondants. Dans ce cadre, ils ont acté le fait de conclure avant la fin de l'année 2016

¹³ Voir tableau détaillé pour la Rosp médecin traitant en annexes page 29

¹⁴ L'insuline glargine est un analogue de l'insuline humaine de durée d'action prolongée

un avenant conventionnel pour définir une Rosp pour les **médecins endocrinologues** (article 27.6).

Enfin, pour tenir compte de la mise en place du médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, introduite par la Loi de modernisation de notre système de santé, les partenaires conventionnels ont convenu de la nécessité d'introduire des indicateurs propres à la prise en charge des enfants, notamment concernant les thèmes suivants : vaccination, repérage et prise en charge de l'obésité, lutte contre l'antibiorésistance et prise en charge de l'asthme.

La définition d'indicateurs spécifiques pour le suivi de l'enfant fera l'objet d'un avenant conventionnel qui interviendra au plus tard le 31 décembre 2016.

⇒ **L'impact financier de la mesure est évalué en année pleine à un surcoût de 25 millions d'euros pour le médecin traitant et de 20 millions pour le médecin traitant de l'enfant**

Fiche 4 – L'exercice conventionnel

4. L'exercice conventionnel

Cette partie de la convention décrit l'ensemble des dispositions relatives à l'installation et la cessation d'activité. Elle traite également des modalités de conventionnement, des secteurs conventionnels d'exercice (secteur à honoraires opposables dit secteur 1 et secteur à honoraires différents dit secteur 2) et enfin des dispositifs visant à maîtriser la pratique des dépassements d'honoraires.

Elle reprend l'essentiel des dispositifs conventionnels existants, à l'exception notable des dispositifs au service de la maîtrise des pratiques tarifaires.

a. **L'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam)**

L'accès aux soins, quelles que soient les conditions de ressources des assurés, reste une priorité des partenaires conventionnels : c'est pourquoi il apparaît nécessaire de poursuivre la dynamique engagée de baisse des dépassements d'honoraires et de progression des soins facturés aux tarifs opposables

D'un commun accord, ils ont décidé de revoir le dispositif antérieur mis en place en 2012 par l'avenant 8 autour du Contrat d'accès aux soins (CAS) pour le rendre plus lisible et plus attractif.

Désormais, est offerte une option pour l'ensemble des médecins de secteur 2, **l'Option Pratique tarifaire maîtrisée (Optam)**. Les chirurgiens et les obstétriciens se voient proposer une option spécialement conçue pour eux, **l'Optam-CO**.

Ces nouvelles options reposent sur le même principe que le CAS, tout en y apportant des adaptations plus à même de convenir aux médecins concernés. Elle consiste à encourager les médecins de secteur 2 à stabiliser leurs tarifs et à facturer davantage aux tarifs opposables ; en contrepartie, ces médecins bénéficient des tarifs de remboursement de leurs actes alignés sur ceux des médecins exerçant en secteur 1 (permettant à leurs patients de bénéficier d'un meilleur niveau de remboursement) et d'une valorisation de l'activité réalisée aux tarifs opposables (sans dépassements).

Pour sa part, l'Unocam s'engage à inciter les organismes complémentaires à prendre en charge de façon privilégiée les dépassements d'honoraires pour les médecins, y adhérant dans les contrats proposés aux assurés

• **Mesures 18 et 19 (articles 40 à 58) : l'Optam et l'Optam-Co**

Comme précédemment, le médecin s'engage sur deux indicateurs dans le cadre de ces options : le 1^{er}, le **respect d'un taux de dépassement moyen défini**, et le 2nd, le respect d'un **taux d'activité aux tarifs opposables** définis regard de sa pratique tarifaire observée sur les trois dernières années. La durée de l'engagement est annuel mais renouvelable par tacite reconduction avec possibilité pour les médecins de sortir à tout moment de leur engagement dans une option.

Pour les nouveaux installés, les engagements sont fixés au regard de la moyenne observée chez leurs confrères installés dans la même région et de même spécialité.

Même si le principe reste le même, ces deux contrats comportent plusieurs nouveautés.

Tout d'abord, la **valorisation** proposée aux médecins adhérant à l'Optam et respectant leurs engagements **est désormais progressive** en fonction du taux observé de dépassements et d'activité aux tarifs opposables, pouvant ainsi bénéficier à un plus grand nombre de médecins signataires ;

De plus, elle a été adaptée ; elle correspond désormais à une rémunération en pourcentage des honoraires des actes pratiqués sans dépassement et non plus sur une participation à la prise en charge des cotisations sociales. Ce nouveau mode de valorisation permet un

règlement plus rapide aux médecins dès l'année suivante (contre deux ans après comme c'était le cas précédemment).

Une option spécifique est désormais proposée aux chirurgiens et obstétriciens pour prendre en compte la spécificité de leur activité. La rémunération spécifique proposée correspond à la possibilité de bénéficier de tarifs majorés sur les actes de plateaux techniques lourds à l'instar des médecins du secteur 1 (utilisation du modificateur K valorisé à 20% au lieu de 11,5%).

Enfin, pour les médecins d'une même spécialité exerçant en groupe, et ayant une pratique tarifaire commune au niveau du groupe, il est proposé de **fixer les engagements au niveau du groupe** (sur la base de la moyenne des taux constatés chez l'ensemble des médecins sur les 3 années précédentes). L'engagement et le suivi de l'option restent individuels.

⇒ **L'impact financier de cette mesure est évalué en année pleine à 60 millions d'euros.**

b. Les dispositions sociales

Considéré comme un acquis incontournable des précédentes conventions, la convention confirme la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales des médecins de secteur 1.

Conscients de l'importance du niveau de la protection sociale offerte aux médecins pour l'attractivité de l'exercice libéral notamment auprès des jeunes générations, les partenaires conventionnels ont décidé de maintenir le niveau de participation de l'assurance maladie aux différents risques (maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocations vieillesse). Pour ce dernier risque, ce maintien du niveau de participation (au deux tiers des cotisations dues) se traduit par un investissement supplémentaire de l'assurance maladie dans la protection sociale des médecins dans la mesure où une nouvelle réforme de l'allocation supplémentaire de vieillesse (ASV) est en cours pour pérenniser le régime se traduisant par une augmentation du taux de cotisations.

- **Mesure 20 (Articles 69 et suivant) : élargissement de la protection sociale**

Par ailleurs, les partenaires conventionnels ont convenu de la nécessité de renforcer la protection sociale dans les domaines suivants : couverture maternité, protection en cas d'incapacité de travail et couverture du risque accident du travail. Toutefois, ces évolutions nécessitent au préalable des évolutions législatives et réglementaires. Une fois ces modifications intervenues, ils examineront dans le cadre d'un avenant à la convention les modalités possibles de participation de l'assurance maladie au financement de la mise en place de ces mesures en faveur d'une meilleure couverture sociale des médecins libéraux.

⇒ **L'impact financier des mesures de protection sociale est évalué en année pleine à 61,4 millions d'euros.**

Fiche 5 – Moderniser les relations

5. La modernisation des relations entre les médecins et l'Assurance Maladie

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les médecins, trouve sa traduction dans trois sources principales d'amélioration de la qualité de service :

- Facilitation de la facturation des actes ;
- Evolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- Accompagnement renforcé des médecins au quotidien au niveau des caisses d'Assurance Maladie.

a. Facilitation de la facturation

La nouvelle convention acte un certain nombre d'engagements de l'Assurance Maladie en matière de paiement et de suivi des facturations : garantie de paiement sur les données figurant dans la carte vitale des patients quels que soient les changements de situation des patients, possibilité de consultations des droits ouverts des assurés via le module ADRI, engagement de délais de paiement, réduction des rejets de paiement, outils d'aide de suivi de facturation facilitée par la mise en œuvre d'une norme unique de transmission électronique (*Noémie 580*).

Elle se traduit également via la mise en place de la plateforme d'assistance inter-régimes en cas de difficulté pour pratiquer le tiers payant (CESI), accessible par téléphone ou courriel.

b. Simplification des échanges via notamment les téléservices

Un des enjeux de la convention médicale et des partenaires conventionnels consiste à trouver des voies de progrès dans ce domaine, pour alléger les tâches administratives des médecins et ainsi dégager du temps médical.

Le développement des téléservices proposés par l'assurance maladie participe à cet objectif C'est pourquoi ils se sont engagés notamment dans le cadre du forfait structure sur des indicateurs de déploiement progressif de l'utilisation de ces outils qui permettent également un accès facilité des patients à un certain nombre de prestations.

5 téléservices sont destinés à faciliter la transmission de documents administratifs par les médecins aux caisses et ainsi leur simplifier les démarches :

- **La gestion des protocoles de soins électroniques (PSE) simplifiés**

Ce téléservice permet d'effectuer une demande de prise en charge d'un patient en affection longue durée (ALD) avec une saisie allégée du protocole de soins sur un support électronique. Il permet au médecin de disposer d'un accord immédiat pour tous ses patients en ALD à déclaration simplifiée. Il permet pour les autres un échange plus rapide entre le médecin traitant et le médecin conseil.

- **La prescription d'arrêt de travail en ligne**

Ce service permet de faire parvenir sans délai un avis d'arrêt de travail dématérialisé aux services concernés de l'assurance maladie et de produire le volet destiné à l'assuré.

- **La déclaration du médecin traitant en ligne**

Ce service permet d'effectuer une déclaration « médecin traitant » dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie.

- **La déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne**

Grâce à une aide intégrée, ce service permet de rédiger un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle avec l'arrêt de travail afférent transmis en temps réel aux services de l'assurance maladie.

- **La déclaration de grossesse en ligne**

Pour éviter à la patiente d'envoyer le certificat papier remis lors du premier examen médical, ce téléservice permet d'effectuer une déclaration de grossesse dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie.

Pour la suite, les partenaires conventionnels s'engagent à travailler ensemble pour déployer de nouveaux outils facilitant les échanges notamment dans le cadre du comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives définies à l'article 82 du texte.

- c. Accompagnement renforcé des médecins**

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les médecins dans leur exercice quotidien, réside également dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

Dans cet objectif, l'assurance maladie s'engage à déployer différents outils pour faciliter ces échanges : désignation de correspondants identifiés, développement des échanges par mail, accompagnement renforcé par les délégués de l'assurance maladie et les conseillers informatique service, mise en place d'un centre de services inter-régimes (Cesi) pour répondre à toutes les questions des médecins sur leurs facturations en tiers payant.

Fiche 6 – La vie conventionnelle

6. La vie conventionnelle

a. Le cadre juridique

La convention est conclue pour une durée de cinq ans, à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation ; elle peut être signée par toutes les organisations syndicales représentatives.

Elle n'est résiliable que par décision de l'Uncam ou par décision conjointe de deux organisations représentatives de la convention, représentant la majorité des suffrages dans les deux collèges.

La convention est mise à disposition des médecins sur le site ameli de l'Assurance Maladie dans un délai d'un mois suite à la publication du texte au Journal officiel.

b. Les instances conventionnelles

Comme précédemment, les partenaires conventionnels ont souhaité maintenir les instances paritaires conventionnelles, tant au niveau local que national pour suivre conjointement la mise en œuvre des différentes dispositions de la convention et maintenir le dialogue conventionnel tout au long de la durée de la convention.

Pour suivre les dispositions créées par la convention, les partenaires conviennent de la nécessité de mettre en place un **observatoire des mesures conventionnelles**, qui aura comme mission le suivi et l'évaluation des mesures dans leurs aspects médico-économiques, juridiques et financiers.

Cet observatoire va suivre de près l'évolution des rémunérations liées à l'activité clinique, comme aux **actes techniques**, mais aussi sur l'**Optam**, trois nouveautés importantes du nouveau dispositif conventionnel.

ANNEXES

1. Synthèse des mesures de la convention et calendrier prévu de déploiement

	Total dépenses remboursées (M€)	Total dépenses remboursables (M€)	Calendrier de mise en œuvre des mesures	
			1 ^{ère} étape	2 ^{ème} étape
Actes cliniques :				
Majoration de 2 € pour les médecins généralistes et MEP	442,4	565,2	100% 01/05/17	
Majoration Enfants du Pédiatre (MEP) et la Majoration Enfants du médecin Généraliste (MEG)	19,3	27,6	100% 01/05/17	
<i>dont Pédiatres</i>	3,4	4,8		
Revalorisation de la MCG à 5 € (+ 2 €)	3,0	3,9	100% 01/07/17	
Revalorisation MCS et élargissement aux enfants	48,0	61,5	100% 01/07/17	
Revalorisation Cnpsy, Vpsy et CSC (+ 2€)	26,2	31,9	100% 01/07/17	
Avis ponctuel de consultant (C2 +4€ et C2,5 +5€)	48,7	63,1	50% 01/10/17	50% 01/06/18
Consultations obligatoires enfant (+8 € pédiatres et +11€ MG)	7,1	7,1	100% 01/11/17	
Consultations complexes de niveau 3 et niveau 4 (+16 euros et + 30 euros)	32,7	37,1	100% 01/11/17	
Consultations en moins de 48h (5 € et 15 €) et consultations suite à régulation (15 €)	32,9	42,8	100% 01/01/18	

CCMU de niveaux 2 et 3 pour les Urgentistes	3,7	4,8	100%	01/01/18
Revalorisation des actes cliniques des S2 non CAS/Optam si tarif opposable	16,1	20,9	100%	01/04/18
Forfaits et rémunérations sur objectifs :				
Rosp médecin traitant partie clinique	25,0	25,0	démarrage 01/01/17, payé 1er semestre 2018	
Rosp médecin traitant de l'enfant	20,0	20,0	démarrage 01/01/17, payé 1er semestre 2018	
Forfaits patientèle et MPA pour le généraliste en l'absence du médecin traitant	69,5	89,5	démarrage 01/01/18, payé 1er semestre 2018	
Forfaits structure	-	130,0	démarrage 01/01/17, payé 1er semestre 2018	
Actes techniques :				
Revalorisation du modificateur K (à 20%), extension liste des actes avec J & K et Revalorisation du modificateur 7 (+2pts)	43,6	43,6	100%	15/06/17
Modificateurs Urgence PTL	8,1	9,6	100%	01/01/18
CAS et OPTAM-OPTAMCO	60,0	60,0	démarrage 01/01/17	
Mesures démographie	10,0	10,0	démarrage 01/01/17	
Protection sociale (ASV, AF)	61,4	61,4	démarrage 01/01/18	
Total	978	1 315		

* l'Unocam financerait 150 M€ supplémentaires sur le forfait patientèle, ce qui permet à l'Uncam d'investir 130 M€ sur le forfait structure tout en maintenant 20 M€ sur le forfait patientèle.

|

2. La convention de 2011 et les avenants

La convention de 2011 faisait suite au règlement arbitral de 2010 (publié au JO du 5 mai 2010) qui avait prévu notamment la revalorisation de la C à 23€ au 1^{er} janvier 2011.

La convention de 2011 (parue au JO du 26/09/2011) signée le par 4 syndicats, CSMF, MG France, SML et FMF, les partenaires conventionnels ont souhaité mettre en place un nouveau partenariat pour consolider l'attractivité de la médecine libérale et se sont attachés à renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire, valoriser la qualité des pratiques, diversifier les modes de rémunération et simplifier les échanges entre les médecins et l'assurance maladie.

En effet, la stratégie conventionnelle a fortement évolué depuis quelques années avec le développement d'une dimension organisationnelle et des objectifs de qualité des soins et de santé publique.

Celle-ci a notamment mis en place la **Rémunération sur objectifs de santé publique** et aidé à **moderniser l'organisation du cabinet** en encourageant la télétransmission, l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription et les logiciels métiers de suivi de la patientèle.

Mais elle a également instauré le **tiers payant pour les patients les moins favorisés** (bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé) Il faut par ailleurs souligner que la vie conventionnelle a été particulièrement dynamique : 11 avenants ont été signés entre septembre 2011 et octobre 2013, dont 4 plus particulièrement importants :

- ❑ Avenant 4 : révision des tarifs de certains actes d'imagerie et de cardiologie pour tenir compte de l'évolution des technologies (*baisses de tarifs et création de nouveaux actes*) ;
- ❑ Avenants 7 et 10 : ROSP spécifique avec des indicateurs cliniques pour les spécialistes en cardiologie et médecine vasculaire puis pour les spécialistes en gastroentérologie et hépatologie ;
- ❑ Avenant 8 : contrat d'accès aux soins, opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS et procédure conventionnelle sanctionnant les pratiques tarifaires excessives, revalorisation de certains tarifs, création de forfaits pour le suivi au long cours.

Le coût financier estimé à partir de la dernière année connue, en année pleine de l'effet final des mesures s'est élevé à 663,6 M€ en honoraires remboursables¹⁵.

¹⁵ Prise en compte des montants versés au titre de la ROSP 2014, du forfait FMT (suivi patients hors ALD par le Médecin traitant 2015, MPA (majoration forfaitaire pour les consultations personnes âgées) sur une année glissante personnes âgées de 80 ans et plus

3. Les indicateurs de la Rosp médecin traitant

En bleu, les indicateurs nouveaux ou revus

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	≥ 93%	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	≥ 77%	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques, ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 61%	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen clinique des pieds par le MT ou une consultation de podologie dans l'année	≥ 95%	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 14%	30
	Risque cardio vasculaire	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	≥ 95%	20
		Prévention secondaire: part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	≥ 61%	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant eu au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	≥ 95%	30
	Total			

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75%	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 75%	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 80%	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	≥ 80%	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage CCR a été réalisé au cours des deux dernières années	≥ 70%	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans, ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits	0%	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > 4 semaines	≤ 24%	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines	≥ 75%	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	14	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistance (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération ; fluoroquinolones)	≤ 27%	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	≥ 75%	20
		Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite dans l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	≥ 75%	20
	Total			

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 97%	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 92%	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques	≥ 94%	30
		Part des boîtes prescrites dans le traitement de l'asthme dans le répertoire des génériques	≥ 86%	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	?	10
	Prescription de bio-similaires	Prescriptions de bio-similaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 20%	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 94%	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	≥ 93%	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	≥ 99%	45
	Total			