



Nouvelle Convention médicale

La nouvelle convention signée le 25 août dernier par les syndicats **MG France, Le Bloc et la FMF**, applicable à compter du **24 octobre 2016** est parue au journal officiel (arrêté du 20/10/2016, JO du 23/10/2016) et prend en compte l'évolution de l'exercice de la médecine libérale.

Les deux conséquences immédiates liées à la publication de la convention sont les suivantes :

1) Vous serez considéré comme adhérent à la nouvelle convention dès lors que vous étiez déjà adhérent à la convention de 2011, ceci à défaut de notification expresse de votre refus d'adhésion par recommandé avec accusé de réception auprès de votre Caisse Primaire.

2) Vous avez la possibilité de refuser de bénéficier du dispositif de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) en le notifiant par écrit ou par mail auprès de la CPAM de rattachement ***dans les 3 mois qui suivent la publication de la convention (soit jusqu'au 24/01/2017) ou dans les trois mois suivants l'installation en libéral.***

***Le refus du bénéfice de la ROSP est désormais définitif pendant toute la durée de la convention.**

Cette évolution s'articule autour de 5 axes :

- 1) Valoriser les actes en fonction de la complexité du suivi des patients
- 2) Favoriser l'accès aux soins partout, pour tous, en réduisant les délais d'attente
- 3) Simplifier la rémunération forfaitaire par la mise en place de 2 nouveaux forfaits
- 4) Consolider la qualité de la pratique médicale par une ROSP renforcée et élargie
- 5) Moderniser les relations avec l'Assurance Maladie.

1. REVALORISER LES REMUNERATIONS

La consultation de référence chez le généraliste passera à 25 euros en mai 2017 et à 30 euros chez le spécialiste en juillet 2017, pour les médecins de secteur 1 ou adhérent au dispositif de maîtrise des dépassements, et à compter du 1^{er} avril 2018 par tous les médecins lorsqu'ils pratiqueront les tarifs opposables.

D'autres mesures seront mises en place telles que :

▲ La consultation de psychiatre, neuropsychiatre et neurologue (**CNPSY**) revalorisée à 39€ au 1er juillet 2017 ; la consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires (**CSC**) revalorisée à 47,73€ au 1er juillet 2017 et quelques autres majorations revalorisées : MCE, MTA, MAF, MPF . . .

▲ L'**avis ponctuel de consultant** réalisé par le médecin spécialiste à la demande du médecin traitant est porté à 48€ au 1er octobre 2017 puis 50€ au 1er juin 2018 ; pour le psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue le tarif est porté à 60€ au 1^{er} octobre 2017 puis à 62,50€ au 1er juin 2018.

▲ La **création de 2 nouveaux tarifs de consultation** correspondant à des situations cliniques ou des modalités de prise en charge plus complexes auront un montant de 46 et 60€ : La création de ces actes nécessitera des modifications de la NGAP (décision UNCAM)



Nouvelle Convention médicale

▲ La **valorisation de l'activité technique** des médecins et notamment des conditions d'exercice particulier des spécialités dites de « plateau technique lourd » (chirurgie, anesthésie-réanimation, gynécologie obstétrique).

2. FAVORISER L'ACCES AUX SOINS

Pour la prise en charge des patients en ville sans délai concernant les médecins qui adressent et reçoivent ces patients sous 48 heures, des majorations seront applicables au 1^{er} janvier 2018, uniquement en cas d'application des tarifs opposables.

Cette prise en charge rapide des patients en ville est donc valorisée par **2 nouveaux dispositifs** :

- 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 objectif d'inciter les médecins libéraux à recevoir en priorité les patients qui ont besoin de consulter rapidement afin de favoriser leur prise en charge en ville.

Par ailleurs, des **mesures d'incitation à l'installation en zones sous-denses** pour encourager une meilleure répartition des médecins partout en France sont mises en place :

Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante (durée 5 ans) pour lequel une aide forfaitaire d'un montant de 50 000 euros pour aider les médecins (secteur 1 et adhérents CAS puis OPTAM) à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (majoration possible de 20% par les ARS).

Le contrat de transition pour les médecins (COTRAM) pour accompagner les médecins préparant leur cessation d'activité en favorisant l'installation d'un nouveau médecin dans leur cabinet (durée 3 ans renouvelable une fois) pour les médecins de plus de 60 ans qui s'engagent à accompagner un confrère de moins de 50 ans nouvellement installé dans leur cabinet. 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 (majoration possible de 20% par les ARS)

Le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) pour 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) : valorisation forfaitaire annuelle de 5 000 euros. L'activité de formation par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de stages en médecine de ville est valorisée (300 euros par mois en plus de l'aide actuelle accordée) ainsi que la réalisation d'une part de l'activité libérale au sein d'hôpitaux de proximité (1 250 euros par an) - Majoration possible de ces aides de 20% par les ARS.



Nouvelle Convention médicale

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, 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 (Majoration possible de ces aides de 20% par les ARS).

Enfin, le **contrat d'accès aux soins (CAS)** est rénové et scindé en deux options mises en place dès janvier 2017 :

- L'Option pratique tarifaire maîtrisée, dit **OPTAM** pour tous les médecins de secteur 2
- 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)
 - ✓ Un contrat **plus souple** : durée du contrat passant de 3 ans à 1 an (renouvelable par tacite reconduction) et possibilité de sortir à tout moment du contrat (et non plus à la date anniversaire)
 - ✓ Des engagements contractuels définis au regard de la **pratique tarifaire observée sur 3 années 2013, 2014 et 2015** (et non plus 2012).

3. SIMPLIFIER LA REMUNERATION FORFAITAIRE

La simplification de la rémunération forfaitaire passe par un forfait unique qui regroupe tous les anciens forfaits et par la mise en place du forfait patientèle médecin traitant (MTF) dont la valorisation dépend désormais des caractéristiques de la patientèle (âge, pathologie, précarité).

Une majoration « précarité » est appliquée en fonction de la part des patients en CMU-C dans la patientèle du médecin : majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national (soit 7%) et le taux constaté dans la patientèle du médecin (majoration plafonnée à 25%).

Le nouveau forfait patientèle est réservé aux médecins traitants de secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM et entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

CARACTERISTIQUE DU PATIENT	VALORISATION
ENFANT DE 0 A 6 ANS	6 EUROS
PATIENT DE 7 A 79 ANS, HORS AFFECTION DE LONGUE DUREE	5 EUROS
PERSONNE EN AFFECTION LONGUE DUREE	42 EUROS
PERSONNE AGEE DE 80 ANS OU PLUS	42 EUROS
PERSONNE AGEE DE 80 ANS OU PLUS <u>ET</u> EN AFFECTION LONGUE DUREE	70 EUROS



Nouvelle Convention médicale

Les forfaits **FMT, RMT, RST et MPA** seront maintenus pour l'année 2017.

Enfin, un **forfait structure** permettra d'inciter à la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles, facilitant la gestion du cabinet individuel ou de groupe, ainsi que la coordination du parcours des patients et la simplification des relations avec l'assurance maladie.

Ce forfait est composé de deux volets dont le **premier représente un prérequis** pour lequel les indicateurs doivent tous être atteints, afin de déclencher la rémunération de l'ensemble des volets.

4. CONSOLIDER LA QUALITE DE LA PRATIQUE MEDICALE

La nouvelle convention conforte le dispositif de rémunération sur objectif de santé publique (**ROSP**) comme dispositif permettant de valoriser l'amélioration des pratiques. Il fait l'objet de modifications pour le rendre plus lisible et améliorer son adaptation aux évolutions des données et des recommandations médicales.

- ✓ La ROSP renouvelée, applicable à compter du 1^{er} janvier 2017, ne comporte plus d'indicateurs sur l'organisation du cabinet (transférés dans le nouveau forfait structure)

Les indicateurs de pratique clinique des médecins généralistes ont été renouvelés : 29 indicateurs de pratique clinique dans la convention de 2016 (contre 24 dans celle de 2011) dont 4 déclaratifs (contre 5 dans la convention de 2011).

Le nombre de points alloués augmente en conséquence et passe à 940 contre 900 précédemment. Des avenants conventionnels doivent être conclus avant la fin 2016 pour étendre la ROSP aux **endocrinologues** et mettre en place une **ROSP pour le médecin traitant de l'enfant**.

Huit indicateurs (dont 2 déclaratifs) concernent le suivi des pathologies chroniques (contre 9 en 2011) et un accent particulier a été mis sur la prévention, avec 12 indicateurs contre 8 en 2011. Enfin, 9 indicateurs d'efficacité ont été mis en place (contre 7 en 2011) dont 7 sont nouveaux et 2 ont été repris à l'identique.

5. MODERNISER DES RELATIONS

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

La nouvelle convention acte sur ce volet la garantie de paiement sur les données figurant dans la carte vitale des patients quels que soient les changements de situation des patients, rend possible la consultation des droits ouverts des assurés via le module ADRI, définit des engagements de délais de paiement et de réduction des rejets de paiement, et prévoit la mise en place d'un outil d'aide au suivi de facturation.



Nouvelle Convention médicale

◆ Evolution des outils proposés en matière de téléservices

Un autre enjeu de la convention consiste à alléger les tâches administratives afin de dégager du temps médical. Le développement des téléservices est un axe destiné à faciliter la transmission de documents administratifs en simplifiant les démarches et concerne notamment : la déclaration médecin traitant en ligne, la gestion des protocoles de soins électroniques (PSE) simplifiés, la prescription d'arrêt de travail en ligne, le certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne, La déclaration de grossesse en ligne.

◆ Accompagnement renforcé des médecins au quotidien par les caisses d'Assurance Maladie

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. Pour cet objectif, l'engagement consiste 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.

Des informations plus détaillées vous seront délivrées par votre Délégué Assurance Maladie dans les semaines à venir.

[Rendez-vous sur ameli.fr](http://www.ameli.fr)

*Retrouvez ces informations ainsi que toutes les actualités de votre CPAM sur les pages locales du site de l'Assurance Maladie www.ameli.fr rubrique professionnel de santé / **médecin**/ indiquez le code postal 72000/ puis cliquez dans « votre caisse »*