

# Les conventions avec les professionnels libéraux

# Plan

## Généralités

### Les conventions médicales :

- Historique
- Convention du 12 janvier 2005
- Convention du 26 juillet 2011 :
  - ✓ la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)
- Convention du 25 août 2016
  - ✓ Valoriser les actes
  - ✓ Favoriser l'accès aux soins
  - ✓ Simplifier la rémunération forfaitaire
  - ✓ Renforcer la ROSP
  - ✓ Déployer la télémédecine

### Les conventions avec les autres professionnels de santé

# Généralités

# Les conventions nationales

- **Contrat signé entre les professionnels de santé et les caisses d'Assurance Maladie.**
- **Issu de négociations entre syndicats et UNCAM.**
  - Les **syndicats** représentatifs des professions concernées
  - Et l'Union Nationale des **Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)** des trois principaux régimes de protection sociale :
    - le régime général,
    - le régime agricole (MSA),
    - le régime social des indépendants (RSI).

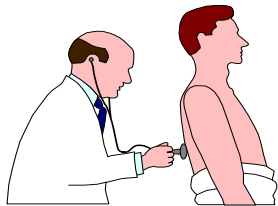
# Les conventions nationales

- **Ce contrat définit les obligations des parties :**
  - professionnels : respect des tarifs, soins de qualité
  - caisses : remboursement des soins, participation aux cotisations sociales

# Les conventions

Professionnels  
de Santé

Caisses  
d'Assurance Maladie



Organisations  
Syndicales  
représentatives

Négociations



UNCAM  
Union nationale  
des caisses d'A.M.

# Le support conventionnel type

- **Cadre du contrat conventionnel**
  - Textes CSS, grands principes de la protection sociale
- **Engagements des professionnels de santé**
  - Conditions d'exercice
  - Modalités de délivrance des soins (FSE, paiement des honoraires)
  - Qualité des soins et maîtrise médicalisée
- **Engagements des caisses**
  - Valeur des honoraires, lettres clé
- **Formation professionnelle continue conventionnelle**
- **Instances de concertation conventionnelle**
- **Mesures applicables en cas de non respect des règles conventionnelles**
- **Dispositions sociales et fiscales**
- **Des dispositions propres aux diverses professions**

# Conventionnement des professionnels de santé

- **Chaque professionnel de santé reçoit le texte de la convention et ses avenants éventuels lors de son installation dans le département.**
- **Chaque professionnel de santé est libre d'adhérer à la convention.**



# Conventionnement

## Avantages pour le professionnel de santé

- **Honoraires pris en charge par l'Assurance Maladie**  
(dans la limite des tarifs fixés par la convention)
- **Avantages sociaux**  
Financement de ses cotisation sociales, indemnisation de formation.

## Obligations pour le professionnel

- **Assurer des soins de qualité**  
Parcours de soins, amélioration des pratiques
- **Maîtriser les dépenses de santé**
- **Respecter les tarifs conventionnels**  
Tarifs opposables, facturation, dépassements encadrés

# Ne pas se conventionner

**Un professionnel peut choisir d'exercer hors convention :**

- **il fixe librement ses honoraires avec tact et mesure,**
- **il supporte intégralement la charge de ses cotisations sociales,**
- **les assurés sociaux sont remboursés sur la base d'un tarif dit « d'autorité » dont le montant est très inférieur au tarif conventionnel.**

# Les conventions médicales

# Historique des conventions médicales

- **Ordonnance de 1945** : conventions départementales non obligatoires entre médecins et caisses, nombreuses inégalités.
- **Décret de 1960** : les conventions départementales sont établies selon une convention nationale type.
- **Loi de 1971** : 1ère convention **nationale** : accès égal et solvabilisé de toute la population aux soins dans un cadre libéral.
- **1990** : notion de **régulation chiffrée de l'évolution des dépenses** de santé.
- **1993** : **maîtrise médicalisée**, Références Médicales Opposables, objectifs de qualité et de bonnes pratiques.
- **1995** : plan Juppé, **maîtrise comptable**, blocage des honoraires convention uniques pour les MG, Règlement Conventionnel Minimal pour les spécialistes.
- **Réforme de l'Assurance Maladie : loi du 13 août 2004**  
revalorisation des honoraires appuyée sur des objectifs de **maîtrise médicalisés**.

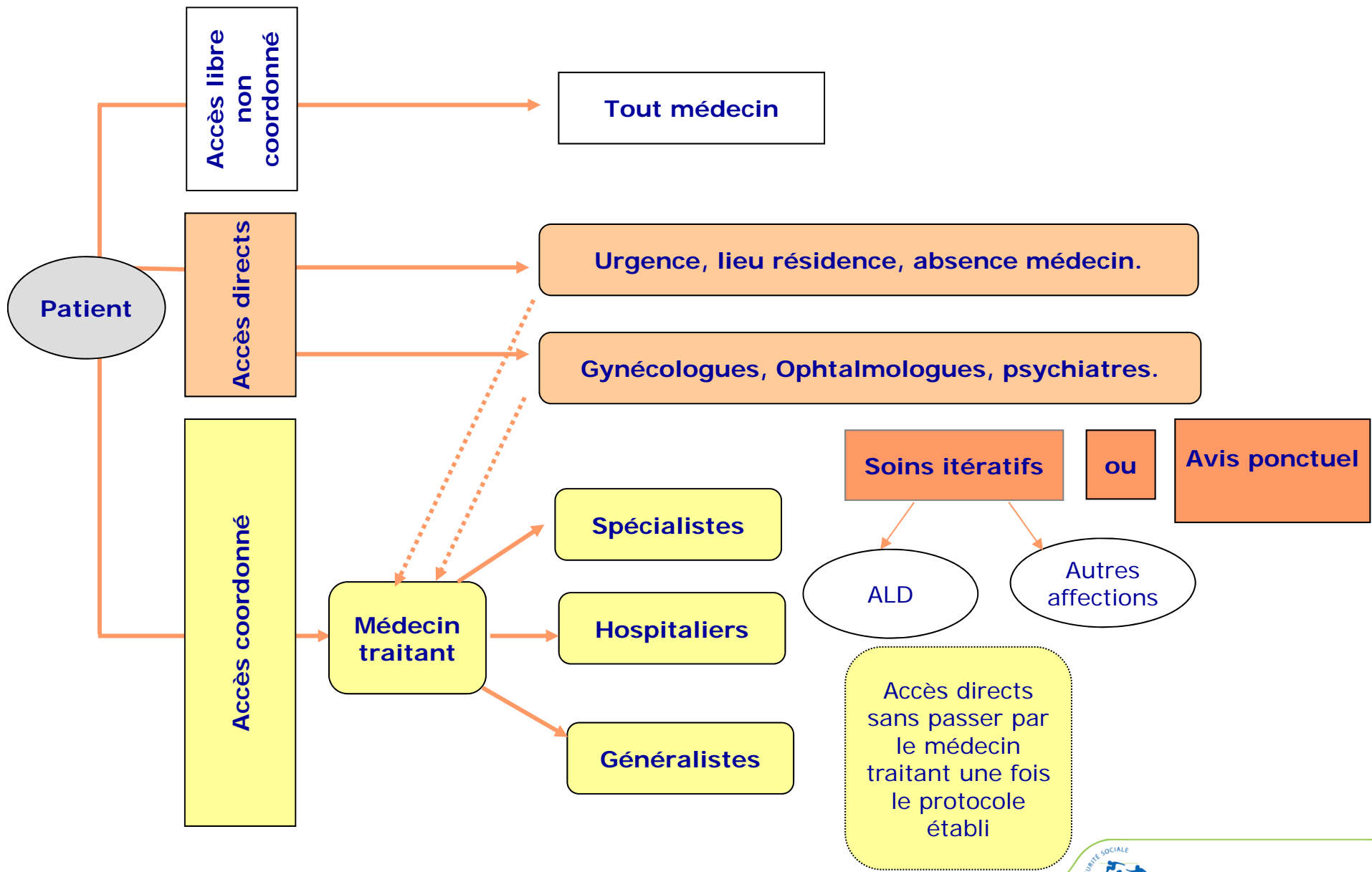
# La convention médicale du 12 janvier 2005

**Une convention unique signée avec les médecins libéraux généralistes et spécialistes pour 5 ans.**

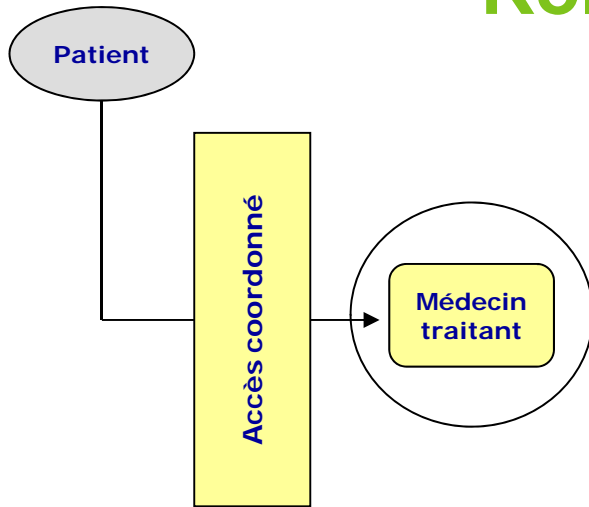
- **Mesure phare :**  
le parcours de soins coordonné – place du médecin traitant
- **Autres axes :**
  - Amélioration de l'accès aux soins (répartition démographique – option conventionnelle) et la permanence des soins.
  - Maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Infléchir les dépenses en étendant les recommandations de bonne pratique.

# Convention médicale de janvier 2005

## Le parcours de soins coordonné



# Rôle du médecin traitant

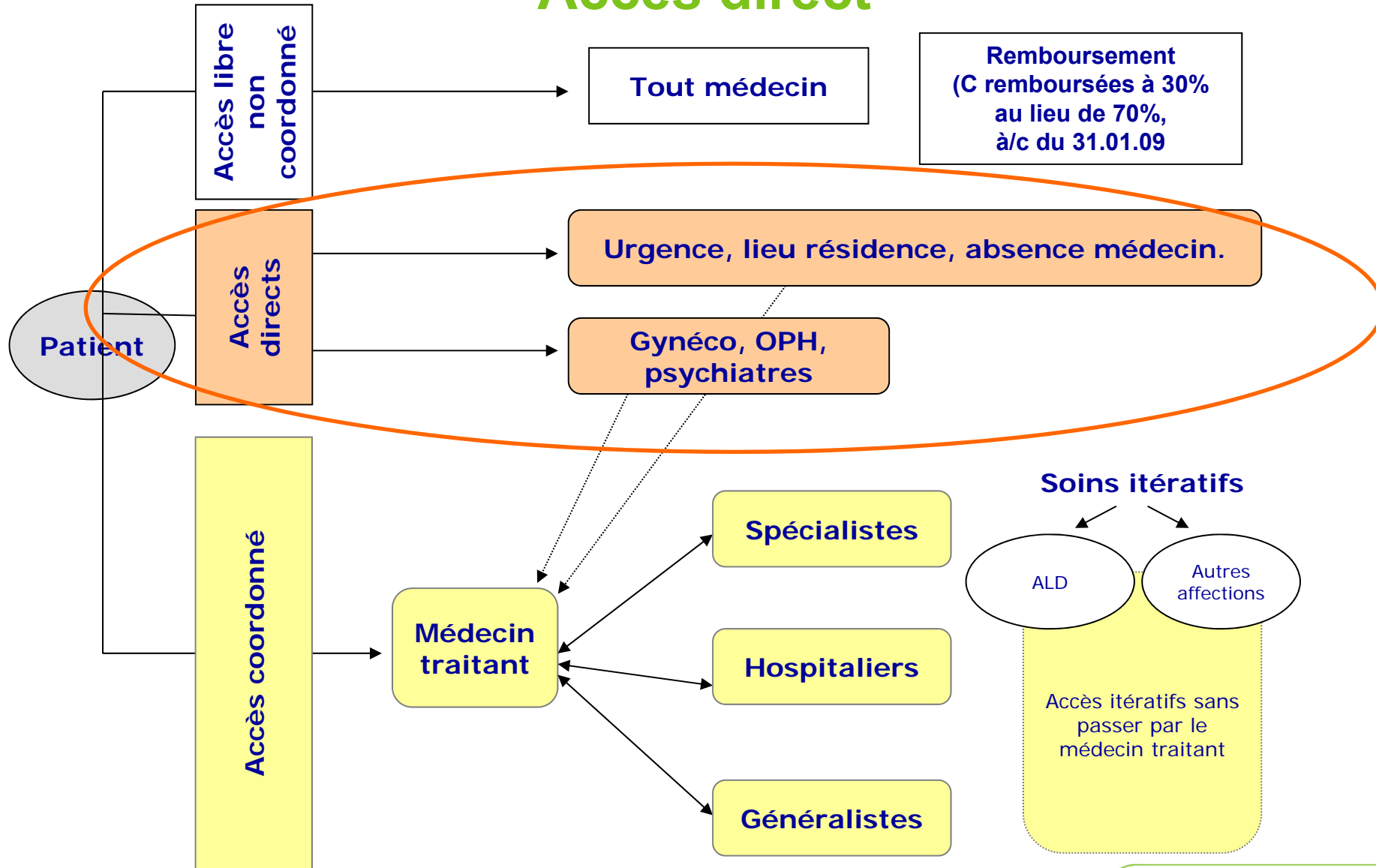


*le plus souvent généraliste*

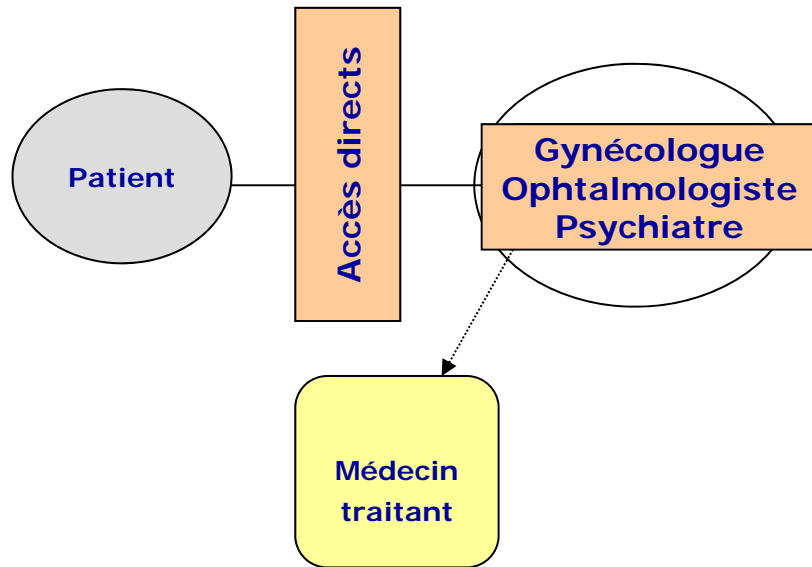
- 1er niveau de recours aux soins
- Orientation du patient
- Protocolisation des ALD
- Prévention et éducation sanitaire
- Synthèse des informations médicales



# Accès direct



# Rôle du médecin à accès spécifique

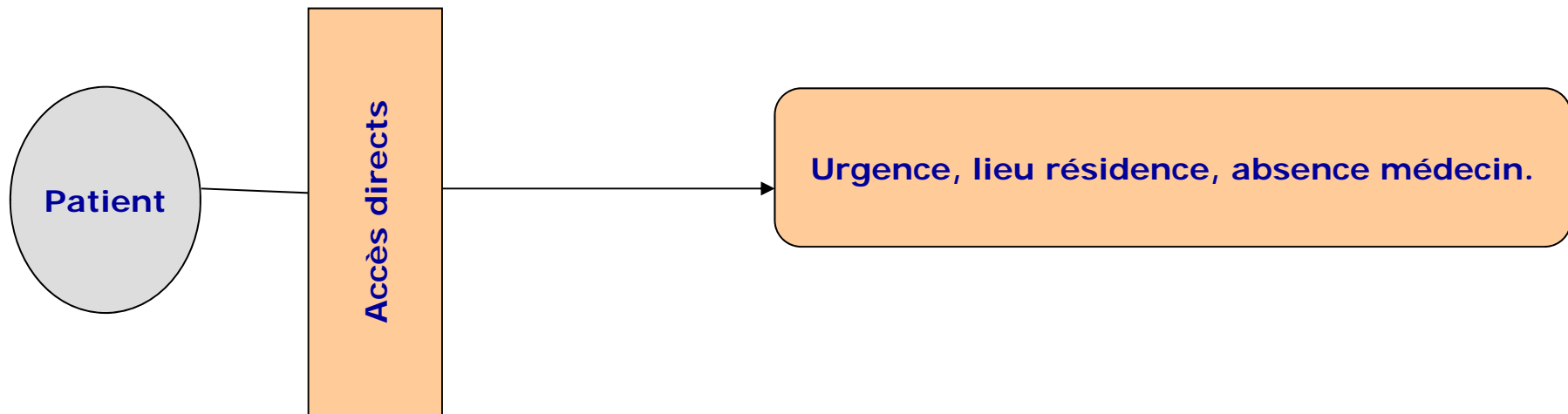


*\* uniquement spécialiste*

- Soins de 1er recours dans sa spécialité
- Pas de consultation préalable du MT
- Retour d'informations vers le MT

\* particularités sur la nature des actes (gynécologie - ophtalmologie) et sur l'âge du patient (psychiatrie)

# Accès direct par dérogation



# Hors du parcours de soins coordonné

## Le patient ne bénéficie pas de la garantie de tarifs opposables

- Il s'expose à des dépassements de tarifs chez les spécialistes du secteur 1, mais pas chez les généralistes.
- Par décision de l'UNCAM du 22/01/09, il supporte une majoration de 40% du ticket modérateur.  
Les taux de remboursement sont donc minorés à 30 %.

# La convention médicale de 2011

- Elle fait suite à la convention de 2005 et au règlement arbitral qui a suivi en 2010.
- Elle a été signée le 26 juillet 2011 pour 5 ans par l'UNCAM et les 3 principaux syndicats représentatifs des médecins : CSMF, SML et MG France, représentatifs de 70 % des généralistes.
- **Mesure phare :**
  - **Mise en place de la rémunération sur les objectifs de Santé Publique (ROSP).**

# La convention médicale de 2011

## Une convention innovante - 3 grandes priorités

- **Conforter l'accès aux soins :**
  - sur le territoire
  - avec le secteur optionnel
  - pour les revenus modestes
- **Faire progresser la qualité des soins et la prévention :**
  - parcours de soins
  - revalorisations d'actes
  - nouvelle forme de rémunération à la performance
  - maîtrise médicalisée
- **Moderniser et simplifier les conditions d'exercice :**
  - organisation du cabinet
  - qualité de service
  - informatisation

# La convention médicale 2016



SÉCURITÉ SOCIALE



**l'Assurance  
Maladie**

Service Médical  
Provence Alpes Côte d'Azur-Corse

## Une convention médicale : pour qui ? (données 2015)

La convention concerne **114 963** médecins libéraux dont :

- 59 802 généralistes et omnipraticiens à exercice particulier (MEP)
- 55 161 spécialistes de second recours
  
- 85 317 médecins de secteur 1
- 29 646 médecins de secteur 2
  
- 99% des médecins libéraux sont conventionnés

Ils facturent **340 millions de consultations** (toutes spécialités) par an

**Patientèle moyenne par médecin traitant généraliste (hors MEP) :**

- **864 patients** de plus de 16 ans, dont 197 en affection longue durée (ALD)

Ils sont représentés par **5 syndicats représentatifs** :

**CSMF**



**JP Ortiz**

**MG France**



**C Leicher**

**FMF**



**JP Hamon**

**SML**



**E Henry**

----- **Le Bloc** -----



**P Cuq**



**B de  
Rochambeau**



**J Vert**



# La nouvelle convention : un travail important de co-construction

Négociation engagée dans un contexte difficile, avec des attentes fortes exprimées par les médecins mais aussi des objectifs assumés de la part de l'Assurance Maladie, notamment pour l'accès aux soins des patients.

- **6 mois de travail collectif avec les syndicats**
- **16 séances de travail en séance plénière**
  - de nombreux groupes techniques
  - 4 jours de synthèse des travaux

## La nouvelle convention un travail important de co-construction

- La nouvelle convention médicale a été signée le 25 août 2016 par MG France, le Bloc et la FMF sur la base des orientations votées au conseil UNCAM du 21/01/2016
- Ces 3 syndicats représentent 52,9% des suffrages recueillis par les 5 syndicats représentatifs lors des élections aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) du 12/10/2015

# Rappel des orientations adoptées par l'UNCAM

(conseil du 21/01/2016)

1. **Accompagner les médecins** dans la mise en place d'organisations améliorant la **coordination des interventions** des différents acteurs dans **la prise en charge des patients**.
2. **Faciliter l'accès aux soins** : amélioration des mesures visant à équilibrer la répartition géographique des médecins et consolidation des dispositifs de maîtrise des dépassements d'honoraires pour un accès facilité aux soins de premier recours et spécialisés.
3. **Valoriser la qualité des pratiques médicales** :
  - ✓ développer les dispositifs tels que la ROSP;
  - ✓ valoriser à leur juste niveau les actes particulièrement utiles,
  - ✓ conforter le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi des patients (y compris des enfants) et renforcer son articulation avec les interventions des spécialistes de second recours.
4. Renforcer les actions de **prévention, de dépistage et de promotion de la santé** permettant aux patients d'adopter de meilleures habitudes de vie

# Les priorités de la nouvelle convention médicale

- **Un renforcement de la place du médecin généraliste / médecin traitant** dont le principe est étendu aux enfants de moins de 16 ans.
  - Les médecins généralistes concentrent environ 70% des revalorisations.
  - Des **éléments de rémunération plus attractifs et plus lisibles** pour tous les médecins libéraux : des hausses des tarifs de consultation, nouvelles consultations et des éléments forfaitaires simplifiés.
- **Un meilleur accès aux soins** avec une incitation financière pour l'installation des médecins en **zone insuffisamment pourvues** (*4 nouveaux contrats remplacent les anciennes options démographie*) et une rénovation du contrat d'accès aux soins pour **favoriser la baisse des dépassements** (*le CAS devient l'OPTAM et option spécifique aux plateaux techniques lourds*).
  - 94% des revalorisations bénéficient au secteur 1 et aux médecins de secteur 2 s'ils s'engagent dans une maîtrise tarifaire ou pratiquent des tarifs opposables.
  - Accès et **prise en charge sans délai (sous 48h)** des patients adressés par le médecin traitant au spécialiste de second recours en ville.
- **Une rénovation des forfaits** pour consolider la recherche d'efficacité (**ROSP**) et la structuration de l'offre médicale libérale (**forfait patientèle et forfait structure**).

## Les mesures clés de la nouvelle convention

- 1 Valoriser les actes**  
en tenant compte de la complexité de certaines prises en charge
- 2 Favoriser l'accès aux soins,**  
par une meilleure répartition des médecins sur le territoire et par une maîtrise des tarifs
- 3 Simplifier la rémunération forfaitaire,**  
par la mise en place de deux nouveaux forfaits : le forfait patientèle médecin et le forfait structure
- 4 Renforcer, élargir et actualiser sur le volet efficience,**  
la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)
- 5 Déployer la télémédecine.**

# Les mesures clés de la nouvelle convention

## 1 Valoriser les actes

en tenant compte de la complexité de certaines prises en charge :

- Les revalorisations
- Les nouveaux actes
- La valorisation des activités techniques

# 1 Les évolutions des consultations : les revalorisations

- Une consultation de référence chez le généraliste
  - qui passe à **25 euros** en mai 2017
- Une consultation coordonnée chez le spécialiste
  - qui passe à **30 euros** en juillet 2017.

# 1

## Les évolutions des consultations : les autres revalorisations

- Consultation psychiatre, neuropsychiatre et neurologue (CNPSY) :  
de 37 à 39 € au 1er juillet 2017
- Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires  
de 45,73 à 47,73 € au 1er juillet 2017
- Avis ponctuel de consultant
  - de 46 à 48 € au 1er octobre 2017, puis 50 € au 1er juin 2018
  - de 57,5 à 60 € au 1er octobre 2017 puis à 62,5 € au 1er juin 2018 pour psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue
  - maintenu à 69 euros pour les avis des professeurs d'universités-praticiens hospitaliers



# 1

## Les évolutions des consultations : les nouveaux actes

- 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 – La création de ces actes nécessite des modifications de la NGAP (décision UNCAM)

Le prix des consultations	Exemples	Tarifs et calendrier	Ancien tarif
<b>Consultations complexes</b>  <b>Prise en charge de pathologies complexes instables ou avec un fort enjeu de santé publique</b>	<p>Consultation pour diabète gestationnel, scoliose grave, sclérose en plaque, maladie de parkinson ou épilepsie</p> <p>Première consultation de contraception ou de prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes filles de 15 à 18 ans</p> <p>Consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans, en risque avéré d'obésité.</p> <p>Trois examens obligatoires du nourrisson du 8<sup>ème</sup> jour, du 9<sup>ème</sup> mois ou du 24<sup>ème</sup> mois</p> <p>1<sup>ère</sup> consultation pour tuberculose, prise en charge d'une pathologie oculaire grave, fibrose pulmonaire</p>	<p><b>46 euros</b></p> <p>-</p> <p><b>1<sup>er</sup> novembre 2017</b></p>	<p><b>Nouveau</b></p> <p><i>Dans certains cas, certains de ces actes existaient déjà (comme les examens obligatoires du nourrisson)</i></p>
<b>Consultations très complexes</b>  <i>Y est intégrée la visite longue à domicile VL (dont la définition va être revue à la nomenclature)</i>	<p>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.</p> <p>Consultation de synthèse pour un patient présentant une insuffisance rénale chronique terminale...</p>	<p><b>60 euros</b></p> <p><b>1<sup>er</sup> novembre 2017</b></p>	<p><b>Nouveau</b></p>

# 1

## La valorisation des activités techniques

- 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)

Mesures	calendrier
Mieux valoriser certains actes thérapeutiques non répétitifs sanglants réalisés en bloc opératoire sous anesthésie générale ou loco régionale pratiqués par les chirurgiens ou gynécologues obstétriciens : extension du périmètre d'application des modificateur J et K à 270 actes	15 juin 2017
Valorisation du modificateur K de 11,5% à 20% pour les médecins de secteur 1 ou de secteur 2 adhérant à l'OPTAM CO ou quand actes facturés aux tarifs opposables pour les patients CMUC et ACS ou dans le cadre de l'urgence	15 juin 2017
Valorisation du modificateur 7 (majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste –actes d'anesthésie lourds) : passage à 6%	15 Juin 2017
Valorisations des modificateurs pour les actes réalisés en urgence en plateau technique lourds par les spécialistes PTL	1 <sup>ER</sup> janvier 2018

# Les mesures clés de la nouvelle convention

## **2 Favoriser l'accès aux soins**

par une meilleure répartition des médecins sur le territoire et par une maîtrise des tarifs :

- Favoriser l'accès aux soins, avec prise en charge sans délai
- 4 nouveaux contrats
- Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

## 2

## Favoriser l'accès aux soins : une prise en charge sans délai

- 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

Afin d'encourager cette prise en charge rapide des patients en ville, **2 nouveaux dispositifs sont mis en place :**

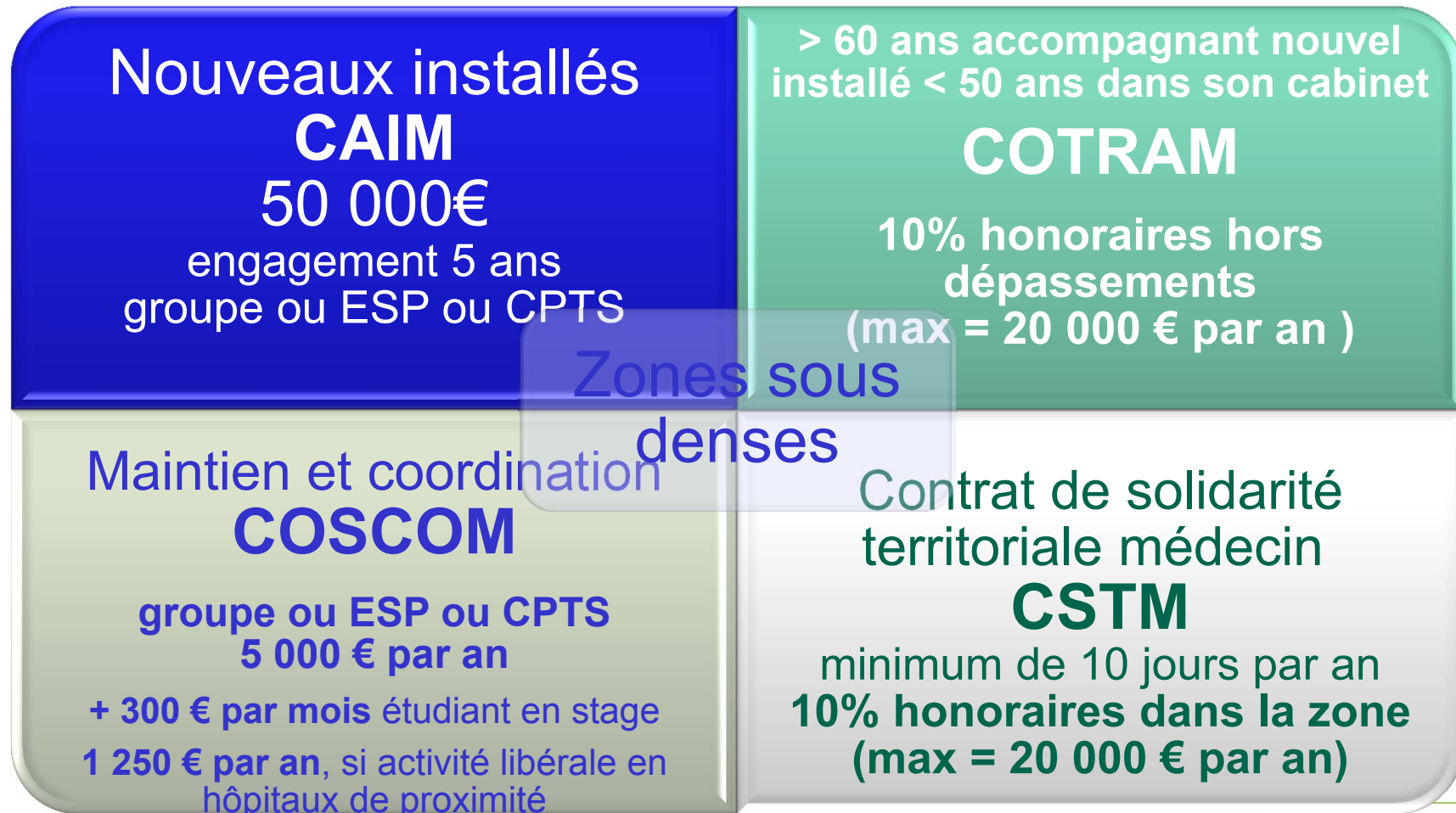
- Une majoration de 15 euros pour les médecins correspondants qui reçoivent sous 48 heures un patient adressé par son médecin traitant (MCU) et une majoration de 5 euros pour le médecin traitant qui a adressé ce patient (MUT)
- Une majoration de 15 euros (MRT) pour la prise en charge par le médecin traitant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

**Objectif : recevoir en priorité les patients qui ont besoin de consulter rapidement afin de favoriser leur prise en charge en ville.**

Majorations applicables à compter du 1er janvier 2018 uniquement en cas de respect des tarifs opposables

## 2 Favoriser l'accès aux soins : une meilleure répartition (1/4)

- Des mesures pour encourager une meilleure répartition des médecins partout en France :



## 2 Favoriser l'accès aux soins : une meilleure répartition (2/4)

### 1. Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante – durée 5 ans

Une aide forfaitaire significativement accrue 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 – activité en groupe, ESP\*, CPTS\*

### 2. 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.

Conditions : médecins (> 60 ans) qui s'engagent à accompagner un confrère (< 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 3 ans (renouvelable 1 fois).

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) .

\* Majoration possible par l'ARS à hauteur de 20 % dans les zones particulièrement déficitaires

\*ESP : équipe de soins primaires et CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

## 2 Favoriser l'accès aux soins : une meilleure répartition (3/4)

3. **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)**

Ce contrat donne lieu à une valorisation forfaitaire annuelle de 5 000 euros

Il valorise également l'activité de formation par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de stages en médecine de ville (300 euros par mois en plus de l'aide actuelle accordée) et 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 .

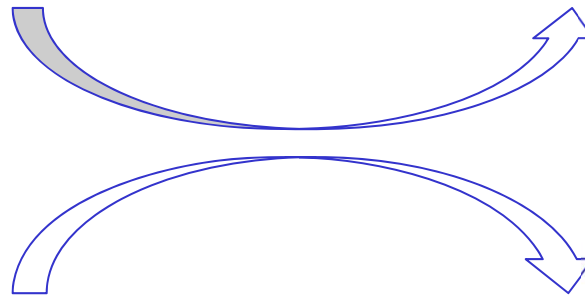
4. **Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) pour encourager l'activité à temps partiel (avec un minimum de 10 jours par an – contre 28 précédemment) de médecins en soutien de leurs confrères exerçant dans des zones sous-dotées.**

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. Majoration possible de ces aides de 20% par les ARS

## 2 Favoriser l'accès aux soins : une maîtrise des tarifs (1/5)

Poursuivre et accélérer la maîtrise des dépassements d'honoraires en rénovant le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place dans le cadre de l'avenant 8

**2013- 2016**  
Contrat d'accès  
aux soins  
**CAS**



**2017 – 2021**  
Option pratique  
tarifaire  
maîtrisée  
**OPTAM**  
*tous médecins*  
*secteur 2*

Option pratique  
tarifaire  
maîtrisée  
**OPTAM-CO**  
*Chirurgiens et*  
*Obstétriciens*  
*secteur 2*



## 2 Favoriser l'accès aux soins : une maîtrise des tarifs (2/5)

L'Option pratique tarifaire maîtrisée, dit **OPTAM** pour tous les médecins de secteur 2 et une nouvelle option spécifique, l'**OPTAM-CO** pour encourager chirurgiens et obstétriciens exerçant en secteur 2 :

- à stabiliser leurs dépassements
- à accroître la part des soins facturés aux tarifs opposables (sans dépassements)

► **entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017**

### Les engagements de l'Assurance Maladie :

- ✓ Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de **remboursement identiques** aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.
- ✓ Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une **rémunération spécifique** au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite

## 2 Favoriser l'accès aux soins : une maîtrise des tarifs (3/5)

### L'engagement du médecin

- ✓ Etat de la pratique tarifaire, deux indicateurs sont définis (au cours des trois dernières années 2013, 2014, 2015)
  - 1er indicateur : le taux de dépassement constaté
  - 2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable
  
- ✓ Le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé
  
- ✓ Le médecin s'engage à respecter le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables.
  - ❖ **Recalculé** = si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables

## 2 Favoriser l'accès aux soins : une maîtrise des tarifs (4/5)

### Les nouveautés :

- ✓ Une **option spécifique pour les chirurgiens et obstétriciens (OPTAM-CO)** avec une rémunération spécifique (**modificateur K porté de 11,5% à 20%**) qui permet de bénéficier de tarifs majorés sur les actes techniques lourds à l'instar des médecins de secteur 1.
- ✓ 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).

## 2

# Favoriser l'accès aux soins : une maîtrise des tarifs (5/5)

## Les nouveautés (suite)

- Une valorisation **calculée à partir des honoraires des actes pratiqués sans dépassement** et non plus sur la participation à la prise en charge des cotisations : application d'un pourcentage défini par spécialité (*qui a été déterminé au regard du taux moyen de cotisations*) qui permet un règlement plus rapide pour les médecins.
- Une **valorisation progressive** permettant de bénéficier à un plus grand nombre de médecins signataires : valorisation partielle pour les médecins en écart de quelques points seulement par rapport à leurs engagements.
- Un **partage des gains entre le médecin et le patient** en cas de hausse des bases de remboursement (avenant au contrat proposé dans ce sens).
- Une possibilité de fixer les **engagements au niveau du groupe** pour les médecins exerçant en groupe et souhaitant adopter une pratique tarifaire commune (avec toujours le maintien d'un contrat individuel dont le suivi reste individuel).
- La prise en compte de **l'activité à tarifs opposables réalisée dans les établissements de type Espic** (pour la fixation des engagements et le suivi).

# Les mesures clés de la nouvelle convention

## **3** Simplifier la rémunération forfaitaire

par la mise en place de 2 nouveaux forfaits :

- Forfait patientèle
- Forfait structure

### 3 Une rémunération forfaitaire simplifiée : le forfait patientèle (1/2)

- Mise en place du forfait patientèle médecin traitant (MTF) : un forfait unique qui regroupe tous les anciens forfaits.
- Sa valorisation dépend désormais des caractéristiques de la patientèle (âge, pathologie, précarité)

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 ou plus <u>et</u> en affection longue durée	70 euros

- Il est calculé selon les caractéristiques de la patientèle observées chaque année au 31/12, pour tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant.
- 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%).

### 3 Une rémunération forfaitaire simplifiée : le forfait patientèle (2/2)

- Montant moyen estimé : 14 640 euros par médecin.
- Forfait réservé aux médecins traitants de secteur 1 ou adhérent à l'OPTAM.
- Maintien des forfaits existants (FMT, RMT, RST et MPA) pour l'année 2017 et entrée en vigueur du nouveau forfait patientèle au 1<sup>er</sup> janvier 2018.
- Maintien de la MPA (majoration pour les consultations réalisés auprès de patients âgés de 80 et plus) pour le suivi des patients dont le médecin n'est pas le médecin traitant.

### 3 Une rémunération forfaitaire simplifiée : le forfait structure (1/3)

- Un forfait structure (ouvert à tous médecins) 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 avec l'Assurance Maladie.

#### 2 volets :

Le premier volet représente un **prérequis** : les indicateurs doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération des 2 volets.

Reprend certains objectifs précédemment inscrits dans le volet « *Organisation du cabinet* » de la ROSP comme l'utilisation de logiciels d'aide à la prescription (LAP), le taux de télétransmission des feuilles de soins supérieur à 2/3 ou l'affichage des horaires d'ouverture dans le cabinet.

#### Les nouveautés :

- 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 professionnels de santé
- utilisation des versions logiciels Sesam-Vitale les plus à jour comportant notamment les fonctionnalités permettant de simplifier les échanges avec l'assurance maladie.



### 3 Une rémunération forfaitaire simplifiée : le forfait structure (2/3)

Le **deuxième volet** comprend **5 indicateurs**, pour valoriser des 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.

	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 encourage les médecins à **coder un certain nombre de données médicales**, à être **maître de stage d'étudiants en médecine** et les incite à 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 des **services d'accompagnement aux patients** (*prise de rendez-vous auprès d'un spécialiste, prise en charge médico-sociale, accès aux droits...*).

### 3 Une rémunération forfaitaire simplifiée : le forfait structure (3/3)

## Synthèse

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	75	525	230	1 610	380	2 660
Services patients						
Maitre de stage						
<b>Total</b>	<b>250</b>	<b>1 750</b>	<b>460</b>	<b>3 220</b>	<b>660</b>	<b>4 620</b>

- Une valorisation sur le principe d'un système à points **d'une valeur de 7 euros** comme pour la ROSP

- **Jusqu'à 4 620 euros par an**, par médecin en 2019.

# Les mesures clés de la nouvelle convention

4

**Renforcer, élargir et actualiser sur le volet efficience,  
la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)**

# 4

## Une ROSP renforcée et élargie (1/7)

- ❑ **La nouvelle convention conforte le dispositif de la ROSP comme dispositif permettant de valoriser l'amélioration des pratiques des médecins. Il fait l'objet de modifications pour le rendre plus lisible et améliorer son adaptation aux évolutions des données et des recommandations médicales.**
  
- ❑ **Entrée en vigueur du nouveau dispositif : 1<sup>er</sup> janvier 2017**
  - ✓ Les médecins ont la possibilité de refuser de bénéficier du dispositif en notifiant par écrit auprès de la CPAM de rattachement dans les 3 mois qui suivent la publication de la convention ou dans les trois mois suivants l'installation en libéral.
  - ✓ A noter : tout refus est désormais définitif sur toute la durée de la convention.
  
  - ✓ La ROSP ne comporte plus d'indicateurs sur l'organisation du cabinet (basculés dans le nouveau forfait structure).

# 4

## Une ROSP renforcée et élargie (2/7)

- ❑ 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.**
    - 220 points pour le suivi des pathologies chroniques
    - 390 points pour les indicateurs de prévention **(+30%)**
    - 330 points pour les indicateurs portant sur l'efficacité des prescriptions
    - **Une valorisation complémentaire maximale de 60 points du volet efficacité est prévue par la convention, portant le total des points à 1 000** pour l'élaboration et la valorisation d'indicateurs complémentaires à définir concernant l'efficacité des prescriptions (transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité professionnelle).
- Les indicateurs de pratique clinique des **gastroentérologues** sont inchangés (8 indicateurs dont 2 déclaratifs). Deux indicateurs des **cardiologues** (qui comprend 9 indicateurs dont 2 déclaratifs) ont été légèrement modifiés.

# 4

## Une ROSP renforcée et élargie (3/7)

- L'avenant n°1 signé le 30 décembre 2016 et publié au JO de mai 2017 instaure la ROSP médecins traitant pour 13 millions d'enfants et de jeunes
- 10 indicateurs
  - 30 points supplémentaires
  - 1<sup>er</sup> versement fin premier trimestre 2018
  - Pathologie chronique : asthme
  - Prévention :
    - Obésité
    - Vaccination ROR / Méningocoque
    - Antibiorésistance
    - Troubles sensoriels
    - Troubles de l'apprentissage
    - Suivi bucco dentaire

# 4

## Une ROSP renforcée et élargie (4/7)

- ❑ **8 indicateurs (dont 2 déclaratifs) concernent le suivi des pathologies chroniques (9 en 2011).**
  - Six sont nouveaux,
  - un a été repris à l'identique « *part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans* »,
  - un autre a été modifié pour tenir compte de l'évolution du référentiel HAS correspondant « *part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année* »
  
- ❑ **Un accent particulier a été mis sur la prévention, avec 12 indicateurs contre 8 en 2011.** Sept sont nouveaux, 4 ont été repris à l'identique et 1 a été modifié pour tenir compte des dispositions de l'arrêté du 31 juillet 2013 (extension des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge du vaccin contre la grippe).
  
- ❑ **9 indicateurs d'efficience (contre 7 en 2011) sont répartis en 2 axes :** prescription dans le répertoire des génériques (ou biosimilaires) et efficience des prescriptions. Parmi ces indicateurs, 7 sont nouveaux et 3 ont été repris.

# 4

## Une ROSP renforcée et élargie (5/7)

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 bénéficié d'un examen clinique annuel 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	
		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 bénéficié d' au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	≥ 95%	30	
	<b>Total</b>				<b>220</b>



# 4

## Une ROSP renforcée et élargie (6/7)

En bleu, les indicateurs nouveaux ou revus

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	≤ 7%	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 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 <sup>e</sup> et 4 <sup>e</sup> 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
	<b>Total</b>			

# 4

## Une ROSP renforcée et élargie (7/7)

En bleu, les indicateurs nouveaux ou revus

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

# Les mesures clés de la nouvelle convention

## **5** Déploiement de la télémédecine

# 5

## Une première étape vers le déploiement de la télémédecine

**Au-delà des expérimentations en cours, la convention intègre une mesure visant à encourager l'usage de la télémédecine**

- ❑ **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.

Il y aura aussi la mise en place de téléconsultations, en urgence, par les médecins généralistes au profit des patients résidant en EHPAD, afin d'éviter des hospitalisations inutiles.

- ❑ **Une extension des 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.**

**→ un avenant conventionnel doit intervenir avant la fin 2016 pour définir plus précisément le contenu de ces actes de téléconsultations ou de télé expertises et en déterminer le niveau de valorisation.**

# La mise en œuvre de la convention

- ❑ **La convention, signée le 25 août 2016 est publiée au JO du 23 octobre 2016**
- ❑ **Installation des instances paritaires :**
  - ✓ Pour la CPN dans les 2 mois suivant l'entrée en vigueur de la convention
  - ✓ Pour les CPR et CPL dans les 3 mois suivant l'entrée en vigueur de la convention
  - ✓ La répartition des sièges au sein de la section professionnelle s'effectue par accord des syndicats signataires
  - ✓ La CPN a été installée le 3 novembre 2016,
  - ✓ la composition des instances régionales et locales s'alignera sur celle de la CPN.
- ❑ Elle est mise en ligne sur Ameli pour être accessible à l'ensemble des médecins
- ❑ La présentation de la nouvelle convention a fait l'objet de visites par les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) spécifiques chez les généralistes au dernier trimestre 2016.

# Les conventions avec les autres professionnels de santé

# Convention des chirurgiens dentistes

- **2 syndicats dentaires et l'UNCAM – juin 2006**
- **Inspirée dans sa rédaction de la convention médicale (instances conventionnelles, MMDS)**
- **Revalorisation des actes prothétiques et orthodontiques pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire**
- **Revalorisations des actes de soins conservateurs, chirurgicaux et de prévention**
- **Dispositif de prévention bucco-dentaire pour les enfants de 6 à 18 ans plus performant**

# Convention des chirurgiens dentistes

- **Avenant n° 2** paru au JO du 31 juillet 2012 :
  - Article 1 : renforcer la prévention bucco-dentaire et étendre l'examen de prévention aux femmes enceintes
  - Article 2 : harmoniser la permanence des soins
  - Article 3 : favoriser un meilleur accès à l'offre de soins dentaires sur le territoire
  - Article 4 : suivre et évaluer la profession des chirurgiens-dentistes par un observatoire conventionnel national
  - Article 5 : mettre en œuvre la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire
  - Article 6 : mise en place d'une Commission Paritaire Régionale
  - Article 7 : mettre en place un modèle type de devis dentaire
  - Article 8 : valoriser l'activité des chirurgiens-dentistes



# Convention des chirurgiens dentistes

- **Avenant n°3** paru au JO du 30 novembre 2013 avec deux axes majeurs :
  - Instauration de la CCAM au 1<sup>er</sup> juin 2014
  - Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes au 1<sup>er</sup> janvier 2014
  - Revalorisations tarifaires
  - Précisions sur le dispositif du contrat incitatif,
  - Devis dentaire lié à la CCAM au 1er juin 2014

# Mars 2017 : règlement arbitral

Sont reconduites les dispositions conventionnelles contenues dans :

- La convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, signée les 11 et 19 mai 2006 et publiée au Journal officiel du 18 juin 2006, et reconduite le 18 juin 2016, ainsi que ses annexes ;
- L'avenant 1 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes conclu le 6 avril 2007 et publié au Journal officiel du 21 juillet 2007 ;
- L'avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes conclu le 16 avril 2012 et publié au Journal officiel du 31 juillet 2012 ;
- L'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes conclu le 31 juillet 2013 et publié au Journal officiel du 30 novembre 2013.

# Juillet 2017 : report du règlement arbitral

Pour permettre aux partenaires de négocier un accord, l'entrée en vigueur du règlement arbitral est repoussée de un an, au 1er janvier 2019.

Les mesures suivantes entrent cependant en vigueur le 1er octobre 2017

- Amélioration de la couverture des bénéficiaires de la CMU-C et à extension aux bénéficiaires de l'ACS
- les plafonnements des tarifs des prothèses dentaires.

# Convention des pharmaciens

- **Signée par 3 syndicats représentatifs et l'UNCAM – 4 avril 2012**
- **Trois axes principaux**
  - **Qualité de la dispensation**  
accompagnement des pathologies chroniques (asthme, AVK, patients sous nouveaux anticoagulants d'action directe) à venir. Bilan de médication chez les patients ayant plus de 5 médicaments  
stabilisation de la dispensation des génériques chez les personnes âgées
  - **Modernisation de la qualité de service officine**  
scannérisation des pièces justificatives. Maintenant, transmission par sesam vitale scor et développement des télé services
  - **Nouveaux modes de rémunération**  
honoraire de dispensation  
rémunération pour l'accompagnement des pathologies chroniques  
performance sur la délivrance des génériques : taux de substitution de 86 % fin 2016.  
Transmission du numéro RPPS
- ↳ **Accord sur les génériques : engagement dans un rôle moteur de développement des génériques**
- **Création d'une commission paritaire régionale des pharmaciens**

# Les autres conventions en vigueur

## Négociations conventionnelles en cours pour les autres professionnels de santé :

- **Directeurs de laboratoire : octobre 1994**
- **Sages femmes : 2007**
- **Infirmiers : juin 2007**
  - Optimisation de la prescription des dispositifs médicaux; vaccination grippe ; avenant n°3 (nov 2011) régulation démographique à l'installation
- **Kinésithérapeutes : mai 2007- avenant n°3 (déc 2011) : amélioration de la répartition de l'offre**
- **Orthophonistes : 2003**
- **Orthoptistes : août 1999**
- **Transporteurs : 2003**
- **Pédicures podologues : 2007**
  - Prise en charge des soins de pieds chez les patients diabétiques
- **Fournisseurs de matériel médical : 2003**
- **Centres de santé dentaires : mars 2003**
- **Structures de santé pluri-disciplinaires de proximité : arrêté du 23 février 2015**
- **Fournisseurs de LPP – Titre I et IV : Convention signée le 3 juin 2016**

# En conclusion

- Respect du libre choix du patient
- Amélioration de l'accès aux soins
- Amélioration de la qualité des soins
- Amélioration de l'efficacité des soins
- Un parcours de soins coordonné
- Des engagements sur la maîtrise médicalisée
- Des référentiels élaborés par la HAS
- De nouveaux modes de rémunération