

LA CONVENTION NATIONALE 2016-2021

ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE



En synthèse – Les 10 mesures clés de la convention médicale

1 REVALORISATION DE LA CONSULTATION DE RÉFÉRENCE*



Consultation de référence :

€ € **25 €**

2 REVALORISATION DE LA CONSULTATION GÉNÉRALISTE COORDONNÉE*



30 €



3 CRÉATION DE NOUVEAUX TARIFS DE CONSULTATIONS OU DE NOUVELLES MAJORATIONS

- Majoration de régulation (MRT) : **+15 €**
- Certaines consultations à fort enjeu de santé publique : **46 €**
- Certaines consultations très complexes : **60 €**

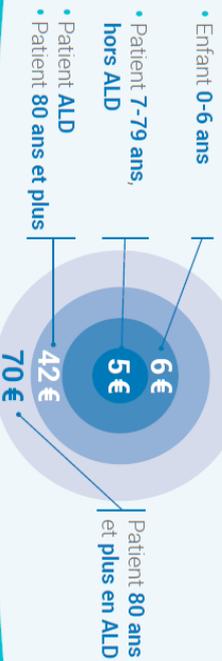
4 MAJORATION POUR PRISE EN CHARGE SANS DÉLAI* des patients en ville

48H*

Majoration d'urgence (MUT) :

+ 5 €

5 FORFAIT UNIQUE INDEXÉ SUR LES CARACTÉRISTIQUES DE LA PATIENTÈLE du médecin traitant**



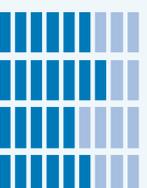
+ Majoration selon la part de patientèle en CMU-C

6 AIDES FINANCIÈRES À LA PRATIQUE EN TERRITOIRES SOUS-DOTÉS



- Installation
- Médecins installés
- Transmission d'activité
- Activité partielle

7 DISPOSITIF D'INCITATION À LA MAÎTRISE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES (OPTAM)



8 RENFORCEMENT ET ÉLARGISSEMENT DE LA ROSP

- Suivi des pathologies chroniques
- Prévention/dépistage
- Efficience des prescriptions

EXTENSION DE LA ROSP AU SUIVI DES ENFANTS PAR LE MÉDECIN TRAITANT

9 FORFAIT STRUCTURE

aide à la modernisation du cabinet et au renforcement des services au patient



10 DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

(sous réserve d'avenants à venir)

- Entrée et suivi de la personne âgée en EHPAD
- Actes de télé-expertise ou téléconsultation pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des plaies chroniques



* Concerne les médecins du secteur 1 et ceux engagés dans la maîtrise des dépassements (OPTAM).
 À partir d'avril 2018, concernera l'ensemble des médecins pour leurs actes pratiqués à tarifs opposables. -
 ** Ce forfait est réservé aux médecins du secteur 1 et ceux engagés dans la maîtrise des dépassements (OPTAM).

1. Valoriser l'activité des médecins : les consultations (1/2)

Les consultations sont désormais valorisées en tenant compte de la complexité de la prise en charge ou de l'enjeu de santé publique de certaines pathologies.

LA CONSULTATION
DE RÉFÉRENCE*

25 €

Mai 2017

NB

Prise en charge courante : épisode infectieux aigu (bronchite, gastro-entérite...), consultation avec suivi des vaccinations...

LA CONSULTATION
COORDONNÉE*

30 €

Juil. 2017

NB

Consultation en tant que médecin correspondant d'un patient adressé par le médecin traitant.

- Majoration de 5 € (MUT) pour le médecin traitant contactant un médecin correspondant pour prise en charge sous 48 h de son patient.

LA CONSULTATION
À FORT ENJEU
DE SANTÉ PUBLIQUE

46 €

Nov. 2017

Ex : Première consultation de contraception et de prévention des MST pour les jeunes filles de 15 à 18 ans.

LA CONSULTATION
TRÈS COMPLEXE

60 €

Nov. 2017

- Consultation initiale pour les cas de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative*.
- Consultation initiale en cas d'infection par le VIH*.
- Visite longue pour des patients atteints de pathologie neurodégénérative.

NB : À partir d'avril 2018, ces deux consultations concerneront l'ensemble des médecins pour leurs actes pratiqués à tarifs opposables.

1. Valoriser l'activité des médecins : les consultations (2/2)

Focus sur les consultations de suivi de l'enfant

LA CONSULTATION
DE L'ENFANT
DE 6 À 16 ANS
SANS ALD

25 €

Mai 2017

LA CONSULTATION
DE SUIVI DE L'ENFANT
DE MOINS DE 6 ANS*

30 €

Mai 2017

LA CONSULTATION
À FORT ENJEU
DE SANTÉ PUBLIQUE

46 €

Nov. 2017

- Prise en charge courante

- Généralistes.
- Suivi du bon développement, pathologies aiguës ou chroniques...

* Ce tarif est applicable uniquement aux médecins du secteur 1 et à ceux engagés dans la maîtrise des dépassements (OPTAM). Applicable quel que soit le secteur d'exercice à partir du 1er avril 2018, dès lors que la consultation est réalisée à tarif opposable.

- Consultation des 3 examens obligatoires de l'enfant.
- Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité.

1. Valoriser l'activité des médecins : le forfait patientèle

Un forfait unique selon les caractéristiques de la patientèle

Il remplace les forfaits MPA, FMT, RMT, volet de synthèse médicale.

Caractéristique du patient	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	6 €
Personne de 6 à 80 ans, en bonne santé	5 €
Personne en affection longue durée	42 €
Personne âgée de plus de 80 ans	42 €
Personne âgée de plus de 80 ans et en affection longue durée	70 €

→ Une majoration supplémentaire est appliquée selon la part de patientèle en CMU-C.

⇒ En janvier 2018

2. Améliorer l'accès aux soins

Faciliter l'accès aux soins pour tous sur tout le territoire est un enjeu majeur de la Convention 2016

LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX (1/2)

INSTALLATION

MESURES APPLICABLES EN JANV.
2017 DANS LES ZONES SOUSDOTÉES

CONTRAT D'AIDE À L'INSTALLATION DES MÉDECINS

<p>Médecins de secteur 1 ou adhérents OPTAM (dispositif de maîtrise des dépassements)</p> 	<p>Contrat de 5 ans pour l'installation en zone sous-dotée (non renouvelable)</p> 	<p>Aide forfaitaire de 50 000 € € € versée en 2 fois et dégressive en cas d'activité libérale partielle</p> <p>50 % → à l'installation</p>  <p>50 % → après 1 an</p>
<p>Majoration de 2 500 € versés en 2 fois pour exercice partiel dans un hôpital de proximité</p> 		

→ Engagement à exercer en groupe ou à appartenir à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou à une Équipe de Soins Primaires (ESP)

→ Engagement à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire

2. Améliorer l'accès aux soins

LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX (2/2)

MESURES APPLICABLES EN JANV.
2017 DANS LES ZONES SOUSDOTÉES

MÉDECINS INSTALLÉS

CONTRAT DE STABILISATION ET COORDINATION DES MÉDECINS



Médecins conventionnés déjà installés en zone sous-dotée et impliqués dans une démarche d'exercice coordonné (exercice en groupe ou appartenance à une CPTS ou à une ESP)



5 000 €/an
pour un contrat de **3 ans**
(renouvelable tacitement)



Exercice partiel
dans un hôpital de proximité
+ 1 250 €/an



Accueil d'un étudiant stagiaire interne et externe
+ 300 €/mois, soit + 50 % par rapport à l'indemnité habituelle

ACTIVITÉ PARTIELLE

CONTRAT DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE MÉDECIN



Médecins conventionnés installés hors d'une zone sous-dotée



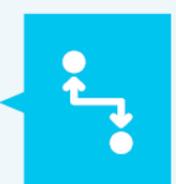
pour une activité partielle en zones sous-dotées en soutien en soutien dans des confrères installés dans ces zones



Contrat de **3 ans**
(renouvelable tacitement)



sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 20.000€/an)



Prise en charge des frais au déplacement dans ces zones



TRANSMISSION D'ACTIVITÉ

CONTRAT DE TRANSITION

Médecins conventionnés âgés de **60 ans** et plus



Engagement à aider un confrère de **moins 50 ans** à s'installer en libéral dans votre cabinet



Contrat de **3 ans** pour la préparation d'une cessation d'activité (renouvelable 1 fois)



Valorisation de **+ 10 %** des honoraires conventionnés (plafonné à 20 000 €/an) soit **15 000 €/an** en moyenne

VALORISER LA PRISE EN CHARGE SANS DÉLAI (mise en œuvre en 2018)

**ORIENTATION
POUR UNE PRISE EN CHARGE SANS DÉLAI**

Majoration
+ 5 €

(48 H')

Le médecin traitant
contacte un médecin correspondant
pour obtenir la prise en charge
de son patient sous 48h :
majoration de 5 € sur la consultation (MUT)



**CONSULTATION
EN URGENCE**

Majoration
+ 15 €

Le médecin traitant
prend en charge dans la journée
un patient adressé par le centre de régulation
des urgences (centre 15 ou 116 117) :
majoration de 15 € sur la consultation (MRT)



Le médecin
correspondant qui
prend en charge sous
48h bénéficie d'une
majoration de 15€ :

*objectif d'améliorer la
prise en charge
rapide en ville*

MAÎTRISER LES DÉPASSEMENTS

Le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) est remplacé dès janvier 2017 par un dispositif plus attractif : l'**Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)** avec une variante adaptée aux chirurgiens, anesthésistes, obstétriciens (OPTAM-CO).

Comme pour le CAS, les médecins signataires bénéficient :

- de l'alignement des tarifs de remboursement sur ceux applicables aux médecins de secteur 1 (meilleur niveau de remboursement pour les patients) ;
- du reflet de votre pratique tarifaire chaque trimestre sur Espace pro.

3. Renforcer la qualité des soins : la ROSEP

La **Rémunération sur Objectifs de Santé Publique** est maintenue autour des trois mêmes grands axes définis en 2011 :

- Suivi des pathologies chroniques
- Prévention
- Efficience de la prescription

Le nombre d'indicateurs est porté à 29.

Elle se recentre sur les seuls indicateurs de qualité des pratiques cliniques, tandis qu'un nouveau dispositif vient remplacer les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet : le « forfait Structure » (*présenté plus loin*).

Un accent particulier a été porté aux indicateurs de prévention dont la progression est essentielle à l'amélioration de l'état de santé, tant sur le plan individuel (mortalité prématurée, espérance de vie sans incapacité...) que collectif (prévention des maladies chroniques, addictions...).

	Nouveaux indicateurs	Indicateurs modifiés	Indicateurs 2011 non modifiés
DIABÈTE	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'Insuline dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans 	30 points
	<ul style="list-style-type: none"> 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 		30 points
	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif) 		20 points
HTA	<ul style="list-style-type: none"> 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 		30 points
RISQUE CV	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT dont le risque cardiovasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scoring) en amont de la prescription de statines (déclaratif) 		20 points
	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOIM traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2 		30 points
	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT traités par AVK ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de TNR dans l'année 		30 points

	Nouveaux indicateurs	Indicateurs modifiés	Indicateurs 2011 non modifiés
GRIFFE	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière		20 points
	Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, broncheectasies, hyper-réactivité bronchique) cibles par la campagne de vaccination et vaccinés		20 points
	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein		40 points
DÉPISTAGE DES CANCERS	Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années		40 points
	Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années		55 points
	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits		35 points
	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotiques et dont la durée de traitement est > 4 semaines		35 points
	Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines		35 points
IATROGÉNIE	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD		35 points
	Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération ; fluoroquinolones)		35 points
ANTIBIOTHÉRAPIE	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)		20 points
	Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)		20 points
CONDUITES ADDICTIVES			

3. Renforcer la qualité des soins : la ROSP

> Efficience de la prescription

	Nouveaux indicateurs	Indicateurs modifiés	Indicateurs 2011 non modifiés
PRESCRIPTION DANS LE RÉPERTOIRE	<ul style="list-style-type: none"> Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques 	<ul style="list-style-type: none"> Part des boîtes d'antiypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques 	<ul style="list-style-type: none"> Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques
	<ul style="list-style-type: none"> Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques 	<ul style="list-style-type: none"> Indice global de prescription dans le reste du répertoire 	<ul style="list-style-type: none"> Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine
	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par anti-agrégants plaquettaires 	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT diabétiques traités par metformine 	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH
	50 points	45 points	45 points
	30 points	30 points	30 points
	10 points	30 points	45 points
BIOSIMILAIRES	<ul style="list-style-type: none"> Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine 		30 points
			45 points
EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par anti-agrégants plaquettaires 	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT diabétiques traités par metformine 	45 points
	<ul style="list-style-type: none"> Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH 		45 points
			45 points

3. Renforcer la qualité des soins : le forfait structure (1/3)

UN FORFAIT STRUCTURE POUR AIDER LES MEDECINS À MODERNISER LEUR CABINET ET RENFORCER LES SERVICES OFFERTS AUX PATIENTS

Destiné à libérer du « temps médical », le forfait Structure permet de mettre en place des démarches et mode d'organisation plus simple et plus efficace afin d'offrir davantage de services aux patients : accompagnement des parcours complexes, travail en équipe pluriprofessionnelle...

- Deux volets : équipement du cabinet - services aux patients.
- Les indicateurs du volet 1 doivent être atteints pour accéder au volet 2 et déclencher une rémunération.

Engagements	Nombre de points		
	2017	2018	2019
VOLET 1 PRÉREQUIS (doit être atteint pour déclencher le volet 2)	Indicateur 1 : disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS et compatible Dossier Médical Partagé (DMP)*		
	Indicateur 2 : disposer d'une messagerie sécurisée de santé		
	Indicateur 3 : disposer d'une version du cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération		
	Indicateur 4 : taux de télétransmission > ou égal à 2/3		
	Indicateur 5 : affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé		

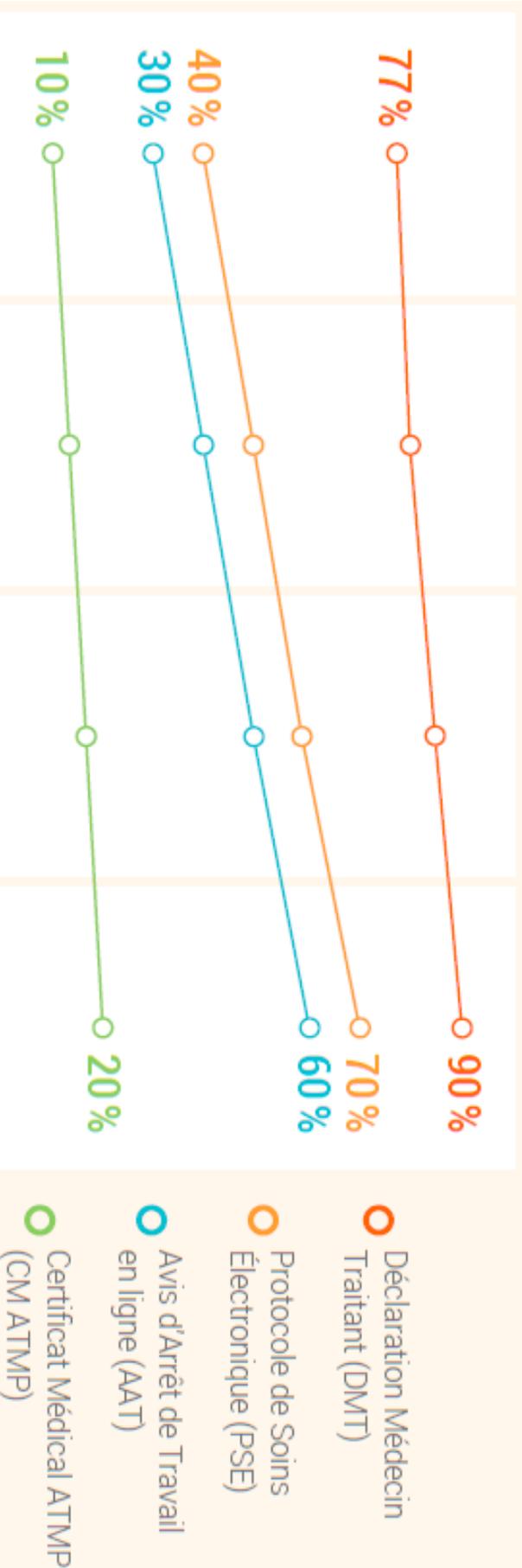
3. Renforcer la qualité des soins : le forfait structure (2/3)

Engagements	Nombre de points		
	2017	2018	2019
Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	20	60	90
Indicateur 2 : liste anonymisée attestant la capacité à requêter sur des données médicales codées (ex : liste anonymisée de vos patients diabétiques)	10	20	50
Indicateur 3 : document attestant d'un engagement à une prise en charge coordonnée des patients (équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, réunions de concertation pluridisciplinaire...)	15	40	60
Indicateur 4 : document attestant d'un investissement pour de nouveaux services aux patients (temps de personnel dédié ou recours à un prestataire externe). ex : prise de rendez-vous avec le médecin correspondant, accompagnement des parcours complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale ...	20	80	130
Indicateur 5 : document attestant l'encadrement des jeunes étudiants en médecine (attestation de stage)	10	30	50
TOTAL VOILET 2	75	230	380

3. Renforcer la qualité des soins : le forfait structure (3/3)

Focus sur l'indicateur 1 « Téléservices » du volet 2

Des objectifs croissants de dématérialisation sont définis par téléservice :



Le calcul de cet indicateur sera réalisé automatiquement sur la base des données du Régime général.

5. Quel impact financier pour un médecin ?

EXEMPLE : POUR UN

MÉDECIN GÉNÉRALISTE*



POUR LA VALORISATION
DES ACTES CLINIQUES

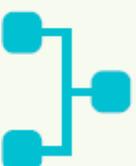
+11 400 € 

dont valorisation de **2 €**
pour la consultation de
référence **+ 10 300 €**



POUR LE FORFAIT STRUCTURE
D'AIDE À L'ORGANISATION
DU CABINET

+1 500 €



POUR LA ROSP
y compris "médecin traitant
de l'enfant"

+800 €

POUR LE FORFAIT
PATIENTÈLE UNIQUE
(FMPT)

+1 300 €



POUR LES AUTRES
MESURES
(majoration pour suivi
de personnes âgées,
protection sociale)

+700 €



Valorisation annuelle de son activité

+15 700 €



6. Mise en œuvre de la convention médicale

- Volonté de **mettre en place rapidement les instances paritaires locales** à la suite de l'installation de la CPN médecin le 3 novembre
 - Objectif que les Commissions paritaires régionales soient en place au 15 décembre et les Commissions paritaires locales (par département) d'ici mi janvier
- **Communication et accompagnement** :
 - Informations sur ameli pour tous, site dédié sur la convention médicale
 - Campagne des délégués de l'assurance maladie auprès des médecins généralistes à partir de novembre axée sur la ROSP et forfait structure
 - Campagne auprès des médecins sur l'OPTAM et OPTAM-CO : courrier immédiat aux signataires du CAS pour confirmer la continuité entre les deux dispositifs et adhésions aux nouvelles options à partir de mars 2017
- **Négociation d'avenants prévus par la convention médicale** en novembre/décembre : ROSP médecin traitant de l'enfant et endocrinologues, télé-médecine
 - Attente publication LFSS 2017 pour la couverture maternité des médecins